

**TC.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KOROZİV ÖZOFAGUS YANIKLARINDA AİLELERİN EĞİTİM
GEREKSİNİMLERİNİN KART SORT TEKNİĞİ İLE BELİRLENMESİ**

YÜKSEKLİSANS TEZİ

Araş. Gör. Nurdan AKÇAY

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Zeynep CONK**

İZMİR-2006

**TC.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KOROZİV ÖZOFAGUS YANIKLARINDA AİLELERİN EĞİTİM
GEREKSİNİMLERİNİN KART SORT TEKNİĞİ İLE BELİRLENMESİ**

YÜKSEKLİSANS TEZİ

Araş. Gör. Nurdan AKÇAY

**DANIŞMAN
Prof.Dr. Zeynep CONK**

İZMİR-2006

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Başkan : Prof. Dr. Zeynep CONK
(Danışman)
Üye : Prof. Dr. Oktay MUTAF
Üye : Yard. Doç. Dr. Bahire BOLIŞIK

YÜKSEKLİSANS TEZİNİN KABUL EDİLDİĞİ TARİH:

ÖNSÖZ

Mesleki eğitim sürecimde ve araştırmamın her aşamasında değerli katkılarını ve desteğini gördüğüm danışmanım Prof.Dr. Zeynep CONK' a

Önerileriyle çalışmalarına ışık tutan, çalışmamın yürütülmesinde değerli katkıları olan ve tez jüri üyesi Sayın Prof.Dr.Oktay MUTAF 'a

Her anlamda katkısını, desteğini ve ilgisini esirgemeyen Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD Başkanı Doç .Dr.Zümrüt Başbakkal 'a

Her zaman desteği ile arkamda olan ve tez jürimde yer alan Yard. Doç. Dr. Bahire BOLIŞIK'a

Araştırmamın tüm aşamalarında bilgi ve görüşleriyle bana destek veren Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliğindeki bölüm arkadaşlarıma,

Araştırmaya katılmayı kabul eden Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisinde koroziv yanık tedavisi gören hastalara, ailelerine ve serviste görev yapan hemşirelere ,

Tezimin planlanmasında, yürütülmesinde ve yönlendirilmesinde sürekli yanımda olduklarını bana hissettiren SEVGİLİ ODA ARKADAŞLARIMA

İstatistiksel değerlendirme aşamasında yardımlarını esirgemeyen Biyoistatistik ABD'da Arş. Gör. Hatice ULUER'E

Bana olan desteğini kelimelerle ifade edemeyeceğim AILEME çok,çok

TEŞEKKÜR EDERİM...

ARŞ. GÖR. NURDAN AKÇAY

İZMİR-2006

İÇİNDEKİLER

	SAYFA NO
ÖNSÖZ	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLolar DİZİNİ	IV
ŞEKİLLER DİZİNİ	V
BÖLÜM I	1
GİRİŞ	1
1.1.Problemin Tanıtımı	1
1.2.Araştırmanın Amacı	3
1.3.Genel Bilgiler	4
1.3.1.Koroziv Özofagus Yanıkları	4
1.3.1.1. Etyolojisi	4
1.3.1.2. Fizyopatoloji	5
1.3.1.3. Klinik	10
1.3.1.4. Tanı	11
1.3.1.5. Tedavi	13
1.3.2. Koroziv Özofagus Yanığı Tanısı Alan Hastalara Bakım Vermede Hemşirenin Rolü	22
1.4.Araştırmanın Önemi	25
1.5 .Tanımlar	26
1.6. Araştırmanın Hipotezleri	26
1.7.Araştırmanın Sınırlılıkları	27
BÖLÜM II	28
GEREÇ VE YÖNTEM	28
2.1. Araştırmanın Tipi	28
2.2.Araştırmanın Yeri	28
2.3.Araştırmanın Evreni	29
2.4.Araştırmanın Örneklemi	29
2.5. Veri Toplama	30
2.5.1. Veri Toplama Tekniği	30
2.5.1.1. Q Methodu	30
2.5.1.2. Kart Sort Tekniği	31
2.5.2.Veritoplama Araçları	33
2.5.2.1. Anket Formu	34
2.5.2.2. Kart Sort Soruları	35
2.5.2.2.1. Q ÖRNEKLEM AŞAMASI	35
2.5.2.2.2. Q SORT(SIRALAMA) AŞAMASI	39
2.5.2.2.3. Q METHODU	40
2.6.Verilerin Değerlendirilmesi	42
2.7.Araştırmanın Bağımlı Bağımsız Değişkenleri	42
2.8. Süre Ve Olanaklar	42
2.9. Etik Açıklamalar	44
BÖLÜM III	45
BULGULAR	45
3.1.Koroziv Yanık Tanısı İle İzlenen Hasta Çocukların Ailelerinin Tanıtıcı Bulguları	45
3.2. Koroziv Yanık Tanısı İle İzlenen Hasta Çocukların Tanıtıcı Bulguları	49

3.3.İçilen Koroziv Maddeye Özgü Tanıtıcı Bulgular	50
3.4. Hemşirelerin Tanıtıcı Bulguları	53
3.5.Aileler Ve Hemşirelerin Kart Sort Tekniğinde Yaptıkları Sıralama Dağılımlarının İncelenmesi	56
3.5.1.Kart Sort Sorularına Ailelerin Yaptıkları Sıralama Dağılımının Genel Sonuçları	56
3.5.2.Kart Sort Sorularına Hemşirelerin Yaptıkları Sıralama Dağılımının Genel Sonuçları	59
3.5.3 Kart Sort Sorularına Ailelerin Ve Hemşirelerin Yaptıkları Sıralama Dağılımının Bireysel Sonuçları	62
3.5.4.Spesifik Sonuçlar	78
BÖLÜM IV	82
TARTIŞMA	82
4.1.Koroziv Yanık Tanısı İle İzlenen Hasta Çocukların Ailelerinin Tanıtıcı Bulguların İncelenmesi	82
4.2. Koroziv Yanık Tanısı İle İzlenen Hasta Çocukların Tanıtıcı Bulguların İncelenmesi	83
4.3.İçilen Koroziv Maddeye Özgü Tanıtıcı Bulguların İncelenmesi	84
4.4. Hemşirelerin Tanıtıcı Bulgularının İncelenmesi	86
4.5.Aileler Ve Hemşirelerin Kart Sort Tekniğinde Yaptıkları Sıralama Dağılımlarının İncelenmesi	87
4.5.1. Ailelerin Yaptıkları Sıralama Dağılımının Genel Sonuçları	87
4.5.2.Hemşirelerin Yaptıkları Sıralama Dağılımının Genel Sonuçları	88
4.5.3 Ailelerin Ve Hemşirelerin Yaptıkları Bireysel Sonuçlarının İncelenmesi	89
4.5.4.Spesifik Sonuçlar	92
BÖLÜM V	95
Sonuç Ve Öneriler	95
5.1 SONUÇ	95
5.2 ÖNERİLER	98
BÖLÜM VI	100
ÖZET	100
ABSTRACT	103
KAYNAKLAR	106
EKLER	113
EK I HASTA ÇOCUK VE AİLESİNİ TANITICI ANKET FORMU	113
EK-II ÇALIŞAN HEMŞİRELERİ TANITICI ANKET FORMU	115
EK III KART SORT SORULARI	116
EK IV VERİ İŞLEM FORMU	119
EK V İZİN BELGESİ	120
EK VI EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU ETİK KURUL KARARI	121
EK VII EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ İZİNİ	122
EK VIII ARAŞTIRMA KONUSUNUN DEĞİŞİKLİĞİ NEDENİYLE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜNDEN GELEN YAZI	123

TABLolar DİZİNİ

TABLO NO

Tablo 1: Kimyasal Yanık Oluşturan Maddeler Ve Ticari Şekilleri	7
Tablo 2: Akut Özofagus Yanıklarının Endoskopik Bulgularına Göre Derecelendirilmesi	12
Tablo 3: Araştırma Planı	36
Tablo 4: Araştırma Takvimi	43
Tablo 5: Annelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	45
Tablo:6 Babaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	47
Tablo 7:Araştırmaya Katılan Ailelerin Tanıtıcı Özelliklere Göre Dağılımı	48
Tablo 8: Koroziv Madde İçen Çocukların Yaş Durumları Ve Cinsiyetlerine Göre Dağılımı	49
Tablo 9. Koroziv Maddeye Özgü Bilgilerin Dağılımı	50
Tablo 10: Koroziv madde içimi sonrası alınan destek durumuna yönelik bilgilerin dağılımı	51
Tablo 11: Koroziv Madde İçimi Sonrası Evde Yapılan İlk Yardım Uygulaması	52
Tablo 12: Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	53
Tablo 13. Dilatasyon Günü Hasta Sayılarının Dağılımına Yönelik Bilgiler	55
Tablo 14: Kart sort sorularının birbirlerine göre öklit uzunlukları	56
Tablo15: Kart sort sorularının birbirlerine göre öklit uzunlukları	59
Tablo 16: Çocuğumu Tüple Hangi Yöntemle Besleyebilirim ? sorusunun dağılımı	62
Tablo 17: Koroziv maddelerden yanık oluşturabilen piyasadaki diğer ürünler nelerdir? sorusunun dağılımı	63
Tablo 18: Çocuk dilatasyon aşamasında okula gidebilecek mi? sorusunun dağılımı	64
Tablo 19: Tekrarını önlemek için evde ne tür koruyucu önlemler alabilirim? sorusunun dağılımı	65
Tablo 20:Kalıp ve dilatasyon tedavisinin çocuğum için yararı nedir? sorusunun dağılımı	66
Tablo21:Koroziv yanığın tedavi süreci neden uzun ve tekrarlı dilatasyon işlemlerinden oluşur, çocuğum için yararı nedir?sorusunun dağılımı	67
Tablo 22:Kalıp tedavisinde tüpün dışarı çıkan çevresi ile nasıl ilgileneceğim? sorusunun dağılımı	68
Tablo 23:Piyasada özofagus yanığını önlemek için yapılan koruyucu önlemler nelerdir? sorusunun dağılımı	69
Tablo 24:Tedavi süreci sonrasında eski yeme alışkanlıklarına dönebilecek mi ? sorusunun dağılımı	70
Tablo 25:Özofagus yanık sonrası ilk yardım olarak ne yapmalıyım? sorusunun dağılımı	71
Tablo 26: Koroziv madde alımından sonra hangi organlarda ne tür zararlar oluşur? sorusunun dağılımı	72
Tablo 27: Koroziv madde nedir? sorusunun dağılımı	73
Tablo 28: Çocuk kalıp tedavisinde iken havuz yada denize girebilir mi? sorusunun dağılımı	74
Tablo 29: Dilatasyondan sonra eve taburcu olduğumuzda nelere dikkat etmeliyim ? sorusunun dağılımı	75
Tablo 30: Tedavi sürecine kadar sürecek? sorusunun dağılımı	76
Tablo 31: Ailelerin kart sıralamalarındaki önem dereceleri ile hemşirelerin kart sıralamalarındaki önem derecelerinin karşılaştırılması	77

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Kart Sort Tekniğinde Kartların Gösterimi	33
Şekil: 2: Q Methodolojisi Yönetiminin Bileşenleri	35
Şekil 3:Pilot Çalışmanın Uygulanması	39
Şekil 4:Ailelerin eğitim gereksinimi duydukları soru değişkenlerinin dendrogramı	57
Şekil 5:Hemşirelerin ailelere yönelik eğitim gereksinimi duydukları soru değişkenlerinin dendrogramı	60

BÖLÜM I

1.1.PROBLEMİN TANITIMI

GİRİŞ

Çocukların toplam nüfusun %30-35'ini oluşturduğu ülkemiz, Avrupa'nın en kalabalık çocuk nüfusuna sahiptir.Tıp dünyasında, hem koruyucu, hem de tedavi edici alandaki büyük gelişmeler sonucunda çocuk ölüm nedenlerinin sıralaması değişmiştir(1,36).

Gelişmiş ülkelerde 1-4 yaş arasında çocuk ölümlerinde, kaza ve özkiyım başta gelen nedenleri oluştururken, gelişmekte olan ülkelerde 1-4 yaş arası ölümlerde gastro-enteritler ve solunum yolu enfeksiyonları yüksek oranda sorumludur. Ülkemizde ise zehirlenmeler ve buna bağlı ölümler daha düşük bir oranda karşımıza çıkmakta, ancak sıklığı giderek artmaktadır (2,33,36).

Ülkemizde yapılan araştırmalarda zehirlenmeler, travmalardan sonra ikinci sırada yer alan çocukluk çağı kazaları olarak belirlenmiştir(1,20, 35,41, 66).

Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) Ulusal Entoksikasyon Merkezi'nin verilerine göre ABD'de yılda tahmini 2.3 milyon kişi zehirlenmektedir ve zehirlenenlerin %60'ı altı yaşından küçüktür. Ayrıca zehirlenme olgularının %92'sinin evde gerçekleştiği, %98'inin akut zehirlenme, %88'inin kaza, %10'unun öz kıyım ya da kötü amaçlı ilaç kullanımı sonucu ortaya çıktığı belirtilmiştir (1, 36).

Zehirlenme olgularında, zehirlenmeye neden olan etkenlere bakıldığında koroziv maddeye bağlı zehirlenmelerin pediatrik populasyon da çok yaygın olduğu literatürlerde ve çalışmalarda yaygın olarak geçmektedir (37,61,62).

Koroziv madde alımı sonucu görülen özofagus yanıkları da endüstriyel çağın insan hayatına olumsuz etkilerinden biridir. Çocuklarda da görülen ve acil hastalıklar

arasında yer tutan koroziv madde zehirlenmeleri günümüzde çocuklar için sağlığı tehdit edici önemli bir sorundur (5,40).

19 yy ortalarında kuvvetli bir kostik madde olan NaOH'in endüstrinin bir yan ürünü olarak ortaya çıkmasından önce özofagus yanığı olguları nadir olarak bildirilmekteydi. Daha sonra temizlik ajanı olarak ve sabun yapımında kullanılmasıyla günlük hayata giren koroziv maddeler, teknolojinin artmasıyla çeşitli formlarda her eve yerleşerek tehlike unsuru olmaya başlamıştır(29).

Bu madde gibi birçok koroziv madde bakkalarda, temizlik ürünleri satan marketlerde açıkça satılmaktadır. Kapalı ve özel bir ambalajda değil açık olarak su şişeleri, gazoz şişeleri, plastik bidon yada kaplarda saklanmaktadır.Erimiş NaOH su gibi saydam, kokusuz ve tatsız olduğundan küçük çocuklar tarafından yanlışlıkla su yerine çok kolay içilebilmektedir.Birkaç damlanın özofagusa teması bile uzun ve sıkıntılı bir sürecin başlaması için yeterlidir(10,29).

NaOH gibi birçok koroziv asit ve alkali maddelerin içilmesi ile özofagusta oluşan yanıklara koroziv özofagus yanığı bunların etkisi sonucu gelişen darlığa ise koroziv özofagus darlığı adı verilir. Özellikle alkali koroziv maddelerin pediatrik popülasyon tarafından içilmesi akut perforasyonlara, akut dönemden sonra ise hastada özofagus darlıkları oluşturarak ileriye yönelik uzun ve sıkıntılı bir sürecin başlamasına neden olmaktadır(1,10,19,31).

Gelişen hasar aslında ev kazaları arasında oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Asit yanıkları sıklıkla ev temizleme solüsyonlarından kaynaklanmaktadır ve alkali maddelere nazaran asit maddeler çoğunlukla özofagus alt ucu ve midede hasar oluşturmaktadır. Kuvvetli asitler büyük miktarlarda alındıklarında mide boş ise erken perforasyona bile neden olabilmektedirler(24,30).

Bu nedenle daha çok çocukluk çağında gerçekleşen ve aile eğitiminin rolünün büyük olduğu zehirlenmeler konusu, tüm pediyatristler ve pratisyen hekimleri yakından ilgilendirmektedir. Zehirlenmelerin önlenmesi ile ilgili birçok araştırma yapılmış olup, bu çalışmalarda daha çok zehirlenme olasılığı yüksek, riskli aileler hedef alınmış, zehirlenmelerin önlenmesine yönelik yeni yöntemler üzerinde durulmuş ve eğitimin önemi vurgulanmıştır.(4)

Çocuklar ve aileleri yaşamlarındaki kriz dönemlerinden biri olan zehirlenme durumunda hastaneye yatış sürecinde tedavinin her aşamasında eğitime gereksinim duyarlar. Eğer sağlık bakım personeli holistik hemşirelik bakımını sürdürüyor ise bu gereksinimleri uygun bir teknikle belirlemesi gerekmektedir.

1.2.ARAŞTIRMANIN AMACI

Özofagus yanığı akut olarak ortaya çıkan bir travma olup literatürde uygulanan uzun süreli tedavi ve dilatasyon programları nedeniyle kronik hastalık grubunda yer almaktadır.

Kronik hastalıklar gerek fiziksel gerek ruhsal olsun bireylerin sürekli bakımını, sürekli bakım ise aile ve toplumda çeşitli sorunları gündeme getirmiştir. Koroziv madde alımı dünyanın pek çok yerinde olduğu gibi ülkemizde de toplum sağlığını ilgilendiren önemli bir sorun olarak devam etmektedir.

Çocuk yaş grubuna özgü bir travma tipi olan koroziv özofagus yanıkları çocuk ve ailesi açısından sosyal, ekonomik ve psikolojik problemler oluşturmaktadır.

Suçluluk öfke gibi duygular yaşayan aile üyelerinin rol değişimleri ve hasta bakımında yetersizlikler ve güçlükler yaşadığı ve desteğe yardım duydukları bir gerçektir (41).

Bu araştırmanın amacı; koroziv özofagus yanığı tanısı almış bir çocuğun bakımından sorumlu olan ailenin eğitim gereksinimlerini ve o çocuğa bakım veren hemşirenin ailede yapacağı eğitim gereksinimlerini kart sort tekniği yolu ile incelemektir.

1.3.GENEL BİLGİLER

1.3.1.KOROZİV ÖZOFAGUS YANIKLARI

1.3.1.1. ETYOLOJİSİ

Koroziv maddelerin kazara içilmesi çocukluk çağında sık görülen bir durumdur. İçilenlerin çoğunluğu da evlerde kullanılan temizlik maddeleridir (4,41,44).

1967'den önce temizleme ajanlarının solid partiküller şeklinde olduğu bildirilmiştir. Bu maddelerle oluşan yanıklar özofagus ve orofarinkste oluşurken, o tarihten sonra bu ajanların sıvı natür kazanması ile hasarın özelliği ve genişliği değişmiştir. Sıvı maddeleri içerenlerde de sadece ağız ve özofagus değil aynı zamanda mide ve duodenum yanıkları hatta bronşial sistem yanıkları görülmeye başlamıştır (12,34).

Ülkemizde de koroziv maddeler sıvı ya da en yoğun şekil olan kristal formda serbestçe satılmaktadır. Koroziv maddelerin meşrubat şişesi ve su bardağı içerisine konulması çocukların kolaylıkla ulaşabilecekleri yerlerde saklanması, bu maddeleri içeren kapların çocuğun ulaşabileceği şekilde çöpe atılması ailelerin sıklıkla yaptığı hatalardandır (34).

Koroziv özofagus yanığına en sık neden olan etkenler;kireç çözücüler (NaOH), yağ çözücüler (NaOH), lavabo açıcılar (NaOH, KOH), tuvalet temizleyiciler (H₂SO₄, HCl)ve Fırın temizleyiciler (NaOH)'dir (34,45).

Yanıklara alkalilerden sonra ikinci sıklıkla asitler ve civa biklorit, organik çözücüler, konsantre karbonik asit benzeri maddeler neden olur. Asit yanıklarında özofagus duvarında koagülasyon nekrozu oluşur. Derin dokulara ilerleyen yanıklar açısından bazılar kadar etkili değildirler (34,45).

Güçlü asitler daha çok mide, duodenum nekrozuna ve perforasyonuna yol açarlar. Güçlü asitler yüzey epitelyumunun ve submukozal dokuların koagülasyon nekrozuna neden olur. Asitler özofagusta tükürük ile seyreltilerek daha yüzeysel etki gösterir. Ancak gastrik asitle birleşip, antrum ve pilor daha fazla olmak üzere tüm mide bölümlerinde, çok seyrek olarak da ince bağırsakta nekroz ile kendini gösteren lezyonlara neden olabilirler (4,5).

Seyreltik alkali temizleme çözeltileri olan çamaşır sodası ve amonyak ile oluşan özofagus yanıklarının darlık oluşturmaları nadirdir (34,45).

Günümüzde diğer bir koroziv ajan etkeni de alkalen pillerdir. Pillerin metal korumaları içinde yarı katı formda yüksek yoğunluklu alkaliler bulunmaktadır. Piller yutulduktan sonra gastro intestinal sistemin herhangi bir bölümünde takılıp kalması sonucunda önce elektriksel, açıldıktan sonra da kimyasal yanıklara neden olmaktadır (66).

1.3.1.2. FİZYOPATOLOJİ

Özofagusun travmaya en az toleransı olan ve komplikasyonlarının tedavisi cerrahlar için en fazla zorluk teşkil eden organlardan biri olduğu uzun zamandır bilinmektedir. Özellikle çocuklar tarafından oral yoldan alınan kimyasal maddeler sıklıkla özofagusta yaralanmaya yol açabilmektedir. Alınan kimyasal maddenin cinsi, fiziksel şekli, miktarı, PH'sı, doku ile temas süresi gibi faktörler hasarlanmanın

şiddetini ve kaderini belirlemektedir. Gastrointestinal sistemde sıklıkla kimyasal yanık oluşturan maddeler ve ticari formları Tablo 1de gösterilmiştir (4,63,67).

Çocuklarda gerçekleşen kostik yaralanmanın patolojisi ile ilgili bilgilerin çoğunluğu yetişkinler ve hayvanlar üzerinde yapılan deneysel çalışmalardan elde edilmiştir. Kuvvetli asit ya da alkali ile kontak sonrası mukozada hasarlanma saniyeler içerisinde başlar (5,67).

Asitik ya da alkali ajanların yaptığı hasar oluşum ve sonuç bakımından birbirinden farklıdır. Asit alımında mukozada koagülasyon nekrozu, sert nedbe formasyonu ve genellikle sınırlı mukoza penetrasyonu görülür (5,51).

Alkali madde alımında likefaksiyon nekrozu ile beraber doku penetrasyonu ve sonrasında epitelyum ve submukozanın kas tabakasına kadar bütünlüğünü bozduğu görülür. Oluşan gevrek ve soluk renkli nedbe tabakasının altında doku hasarlanması alkali madde nötralize oluncaya kadar devam eder. Hasarlanma öncelikle özofagusun daraldığı ve yakıcı maddenin tutulduğu seviyelerde görülür. Kristal halde bulunan maddeler genellikle orofarinkste tutulduğu yada dışarı atıldığı için sıklıkla bu bölgede lokal yanıklar oluşur. Sıvı formdaki maddeler ise hızla orofarinksten aşağı geçerek tüm özofagus boyunca yanığa sebep olabilirler (4, 19).

Tablo 1: Kimyasal Yanık Oluşturan Maddeler Ve Ticari Şekilleri

KOSTİK MADDE	CİNSİ	TİCARİ ŞEKLİ
ASİTLER	Sülfirik Asit	Piller Endüstriyel Temizleyiciler Metal Kaplama
	Oksalik Asit	Tiner Metal Temizleyiciler
	Hidroklorik asit	Lavabo ve tuvalet temizleyicileri Pas çözücü bileşikler
	Fosforik asit	Tuvalet temizleyiciler
ALKALİLER	Sodyum Hidroksit	Sabun Yapımı ve temizlik maddeleri Lavoba Açıcılar
	Potasyum Hidroksit	Fırın Temizleyiciler Toz Deterjanlar Disk Piller
	Sodyum Karbonat	Çamaşır suları, temizleyiciler Endüstriyel deterjanlar
DETERJANLAR	Sodyum hipoklorit Sodyum polifosfat	Çamaşır suları, temizleyiciler Endüstriyel deterjanlar
PROTOPLAZMİK ZEHİRLER	Asetik asit	Turşu yapımı
CONDY KRİSTALLERİ	Potasyum permanganat	Dezenfektan Saç boyaları

Ancak çocuklarda içilen madde miktarı genellikle azdır ve yanlışlıkla içilen yakıcı madde fark edilerek dışarı atılmaya çalışır. Bu sırada ağız, farinks ve üst özofagus epitelyumi ile kimyasal reaksiyona girerken genellikle yutulan madde mide

özofagus seviyelerine geldiğinde nötralize olmuştur. Alkali madde farinkse girer girmez krikofaringeus şiddetle kasılır ve motilite bozulur.Bu olay geçikmiş boşalmaya hatta gastrik regürgitasyona yol açar.Alkali maddeler saniyeler içerisinde özofagus mukozasında, submukozada ve mükülaris mukozada likefaksiyon nekrozuna yol açar (38,49,50).

Alkali maddelerin vücut dokularına hızla yayılabilme özelliği, içerdiği hidroksil radikalinin nükleik asit, protein ve fosfolipid gibi esansiyel intrasellüler partiküllerde bulunan serbest hidrojen iyonuna hızla bağlanmasından kaynaklanır.İlk saniyelerde mükülaris mukozaya kadar diffüze olan alkali madde, yağları ve proteinleri denatüre eder ve damarlarda tromboza yol açar. Doku hasarı ödem, lökosit infiltrasyonu ve şiddetli inflamatuvar reaksiyonu başlatır.İnce damarların trombozu alkali hasarın karakteristik özelliğidir ve nekrotizan etkiyi yaratır.Hidroksit konsantrasyonu fazla ise transmural penetrasyon hızla ilerleyerek özofagusun kas duvarında da nekroza yol açar.Perforasyon gelişebilir ve mediasten, trakea, ana bronşlar, büyük damarlar, hatta periton gibi peri özofageal dokular yaralanabilir (4,19,53).

Özofagus yanığı olduğu ilk 24 saat içerisinde (erken akut faz) özofagus duvarında hemoraji, tromboz ve şiddetli inflamatuvar yanıtla beraber oluşan ödem lümeni daraltır, hatta tı kayabilir.48 saatten sonra submukozal damarların trombozu lokal nekroz ve gangrene yol açar (4,19,55).

Bakteriyel kontaminasyon ile küçük intramural abseler oluşmaya başlar.Yanık sonrası 4.7. günler arasında mukozal nekrozun döküldüğü, fibroblastik aktivitenin arttığı,ödem azaldığı ve neovaskülarizasyon başladığı görülür. Bu erken reparatif yada suba akut dönem ikinci hafta boyunca da sürmeye devam eder

Bu süre içinde başlayan inflamatuvar yanıt trombosit agregasyonu, kapillerin genişlemesi, permeabilite artışı ve önce polimorfonükleer lökositlerin, daha sonra monositlerin yanık sahası etrafında birikmesi ile karakterizedir(4,19,52).

Bu sırada fibroblast proliferasyonu iyice belirginleşmiş ve kollajen üretilip depolanmaya başlanmıştır. Vücuttaki dokuların fiziksel dayanıklılığından ve stabilitesinden sorumlu olan kollajen aynı zamanda yanık yarasının iyileşmesi sonucu ortaya çıkan striktürün de sebebidir.Striktürün fiziksel özellikleri sentez edilen kollajen miktarına ,liflerin örgü dokusuna ve moleküller arasındaki kovalent bağların sayısına bağlıdır. Striktürün kaderini tayin eden bir diğer faktör ise yara kontraksiyonuna neden olan myofibroblastlardır. Fibroblastlara benzeyen ancak düz kas dokusu içeren miyofibroblastlar iyileşen yarayı bürzerken diğer yandan biriken kollajende pozisyonun korunmasında yardım eder.Kontraksiyon sonucu küçülen yara yüzeyi epitelyumizasyonun daha hızlı gerçekleşmesini sağlar.Vücudun iyileşme için kullandığı bu fizyolojik mekanizma özofagus gibi lümenli organlarda ise daralmaya neden olmaktadır.Özellikle tüm kadrınların ve m.üsk.üler tabakanın derinlemesine hasarlandığı yanıklarda iyileşme sonrasında ortaya çıkan nedbe kontraksiyonu lümeni daraltmakta veya tamamen kapatabilmektedir (4,19).

Yanık oluşumundan sonraki üçüncü ve altıncı haftalar arasında özofagus lümenindeki reepitelizasyon tamamlanır.Bu süre içerisinde de özofagus lümenini daraltan yada tamamen oblitere eden epitelyum adezyonlar görülebilir.Yaklaşık 21.günde olgunlaşmaya başlayan kollajen depolanması ile striktür belirgin hale gelir.Bu günler içerisinde biriken kollajen moleküllerinin arasındaki çapraz bağlar yumuşaktır.Oluşan darlığın matür fibröz doku haline gelmesi 3 ay ile bir yıl arasında gerçekleşir.Yaranın yeniden şekillenmesi ise yıllarca sürülebilir.Özofagus kas tabakası nekroze olduktan sonra bu tabakanın yeniden rejenere olması mümkün

değildir. İyileşme sadece fibröz doku replasmanı ile gerçekleşir. Böyle bir durumda beklenebilecek en iyi gelişme luminal yüzeyin reepitelizasyonudur (19,22).

1.3.1.3. KLİNİK

Kostik madde içen çocukların çoğunluğu ağır olmayan bulgularla başvurmaktadır. Olguların yaklaşık %25'inde belirgin objektif semptomlar görülür. Çocukların genellikle küçük yaşta olmaları ve aile gözetiminden uzaktayken gerçekleştiği için olay hakkında detaylı bilgi almak sıklıkla mümkün değildir. İçilen maddenin özelliği ve miktarı tüm prognozu etkileyeceği için aileden bu konuda yardım istenmelidir (4)

Kristal yapıdaki alkali maddeler nemli yüzeylere yapışarak şiddetli ağrılara yol açtıklarından sıklıkla hemen fark edilerek tekrar ağız yolu ile dışarı atılırlar. Bu nedenle kristal madde ile oluşan yanıklar öncelikle orofarinks ve üst özofagus segmentinde lokalizedir (63).

Orofaringeal bölgedeki yanık; inflamatuvar mukozal ödem, hiperemi, ağız ve retrosternal yöne yayılan şiddetli ağrı ile karakterizedir. Beraberinde sıklıkla taşikardi ve ajitasyon mevcuttur. Salya akıntısı veya yutma güçlüğü posterior faringeal veya laringeal ödem yada kostik maddenin havayollarına aspire edilmesi üst havayolunda obstrüksiyona yol açabilir (63).

Respiratuvar semptomlar ilk 24 saat içerisinde ortaya çıkmayabilir. Bu nedenle kostik madde alımı öyküsü alan bütün olgular ilk gece hastanede gözetim altına tutulmaktadır. Daha az sıklıkla ise özofagus perforasyonu sonucu mediastinit, peritonit veya şok oluşabilir. Ciddi ağrı, solunum sıkıntısı, taşikardi, ani yükselen ateş, lökositoz, abdominal hassasiyet ve gelişen şok tablosu yanığın şiddetli olduğunun ve

organ perforasyonu ile beraber ölümcül komplikasyonların da geliştiğinin bir habercisidir (55).

1.3.1.4. TANI

Hastadan ve ailesinden detaylı bir öykü almak her zaman mümkün değildir. Aileden öncelikle içilen maddenin cinsi, hatta kendisi istenerek içilen maddenin kimyasal özellikleri öncelikle belirlenmelidir. Koroziv olduğuna inanılan her madde özofagusa zarar verecek yapıda olmayabilir. Eğer içilen maddelerin alkali yada asidik kuvveti fazla ise aydınlatılması gereken ikinci bir durum çocuğun bu maddeyi içip içmediği, içtiyse miktarı ve yutup yutmadığının değerlendirilmesidir. Dudak, ağız ve orofarinkste eritem, ödem, yutma zorluğu, aşırı sekresyon dikkat edilmesi gereken noktalar. Koroziv madde alımında erken tanı ve tedavi prognozu etkileyen önemli faktörlerdendir. Ek olarak hastada özofagus yaralanması olmadığının gösterilmesi gereksiz hospitalizasyon ve tedavi girişimlerini de önleyecektir(4,38).

Tanı koydurucu ilk ve en önemli girişim tercihen ilk 12-24 saat olmak üzere ilk 24 saat içerisinde yapılan özofagoskopi. Daha öncede anlatıldığı gibi hastanın bulgu ve semptomları yanığın derecesini gösteren güvenilir kriterler değildir. Bu nedenle özofagoskopi özofagus yanığını varlığını direk olarak görmek için yapılır.

Özofagoskopi kostik madde alımında hemen sonra yapılmamalıdır. Hastanın midesinin dolu olması ve oluşacak regürjitasyon ile özofagus 2. kez yaralanabilir. Özofagusa daha fazla zarar vermemek için özofagoskopi mutlaka genel anestezi altında yapılmalıdır. Yine özofagusa daha az zarar vereceği ve gastro intestinal sistemin distal kısımlarını da değerlendirme imkanı verdiği için rigid yerine fleksibl özofagoskop tercih edilmelidir (21,25,63).

Hastada stridor ile beraber faringeal yanık bulguları var ise havayolu obstruksiyonunu artırma riski nedeniyle erken özofagoskopi kontrendikedir. Bu gibi durumlarda üst solunum yollarını değerlendirmek için indirek fiberoptik laringoskopi yapılmalıdır (21,25,63).

Özofagoskopinin amacı hastada özofagus yanığının olup olmadığını görmektir. Eğer özofagus yanığı gözlenmemişse hastaya ağız yanıkları dışında tedaviye gerek yoktur ve hasta tedavi edilebilir. Kostik madde içim öyküsü bulunan çocukların %75-80'i bu gruba girmektedir. Özofagoskopide ilk ciddi yanık lezyonunun görüldüğü noktada durulmalı, perforasyon riski ile daha ileri gidilmemelidir.(38,40)

Özofagoskopide yanığın derinliğini tam olarak gözlemlemek mümkün değildir. Ancak özofagus yanığının şiddetini mutlaka değerlendirerek derecelendirmelidir. Pratiğe her zaman yansımaya da yanığın derecesi hastanın uzun dönem sonuçları hakkında faydalı bilgiler verebilir

Tablo 2' de akut özofagus yanıklarının endoskopik bulgularına göre derecelendirilmesi gösterilmiştir(42).

Tablo 2: Akut Özofagus Yanıklarının Endoskopik Bulgularına Göre Derecelendirilmesi

Evre 0	Normal
Evre I	Mukozal Ödem ve Hiperemi
Evre IIa	Frajil, hemorajik mukoza;erozyon, eksuda yada beyazımsı membranlar, yüzeysel ülserler
Evre IIb	Evre IIa+belirgin derin yada sirkumferensiyal ülserler
Evre IIIa	Küçük dağınık nekroz alanları, kahverengi siyah veya gri renkli alanlar
Evre IIIb	Yaygın Nekroz

Radyolojik alışmalar, özellikle akut komplikasyonların değerlendirilmesi için tanıda yardımcıdır. Postero-anterior ve lateral toraks grafileeri ile ayakta direk karın grafileeri akciğer ve mediasteninin değerlendirilmesi ve özofagus yada mide perforasyonunun tanınmasında önemli bilgiler sağlar (4, 38,49)

Eğer hastada ateş, sistemik sepsis ve st gastrointestinal sistem bulguları ile beraber perforasyon şüphesi var ise suda znen kontrast madde ile yapılan özofagogram perforasyonunu göstermek için faydalı olabilir. Kontrastlı özofagogram endoskopi ile değerlendirilemeyen özofagus segmenti hakkında bilgi almak, moliliteyi gözlemlemek, mukozal yada transmural yaralanmanın ciddiyetini görmek ve ileri dönemlerde iyileşmenin seyrini değerlendirmek için faydalı bilgiler vermesine rağmen akut dönem yerine 10.ve 14. günlerden sonra yapılması önerilmektedir.Bu nedenle kontrastlı çalışmalar tanı konulmasından ziyade hastanın takibi ve uygun tedavi yöntemlerinin seçilmesinde yardımcı olmak amacıyla kullanılmaktadır (37).

1.3.1.5. TEDAVİ

Geçen yüzyıldan bu yana koroziv özofagus yanıklarında tedaviye yaklaşım, teknolojinin ilerlemesi ile sürekli değişmekte ve bu konuda önemli gelişmeler kaydedilmektedir (22).

Tedaviye yaklaşım konusunda yapılan gelişmeler yeni tartişmaları da beraberinde getirmektedir. Günümüzde tedaviye yaklaşım aşamalı olarak yapılmaktadır.Akut fazda akut inflamasyon patolojisinin temel ilkelerine ölümcül komplikasyonlarının tedavisine yönelik uygulamalar ön plana çıkarken, kronik fazda tedavi, gelişmiş komplikasyonlara yönelik yapılmaktadır (49).

I-AKUT FAZ

Yakıcı madde alındıktan sonra hasar gerekleŖtiđi ve artık geri donüşümü olmadığı için erken akut dönemde tedavinin ana ilkesi hastanın daha fazla zarar görmesine engel olmaktır. Bu amaçla bilinçsiz girişimlere engel olmak ve iyileşmenin optimal şartlarda gerçekleşebilmesi için uygun destek tedavisinin verilmesi gereklidir(4,10,12)

Hasta görüldüğünde yapılması gereken ilk girişim solunum yollarının kontrolü ve açıklığının sağlanmasıdır. Özellikle başa pozisyon verilmeli, farinks aspire edilmeli ve solunumun devamlılığı için gerekiyorsa trakeostomi yapılmalıdır.Daha sonra damar yolu açılarak eğer var ise sıvı açığı karşılanmalıdır.Oral yoldan beslenme kesilmeli ve hasta kesinlikle kusturulmamalıdır.Yutma güçlüğü çeken çocuga nazogastrik tüp takmaya çalışılmamalıdır.Bu yönde yapılmış girişim hasarlanmış mukozaya daha çok zarar verilebilir.Gastrointestinal sistem steril bir ortam olmadığı için mukozal hasarlanma sonucu gelişebilecek enfeksiyon riskini azaltmak için antibiyotik başlanmalıdır. Solunum sistemine aspirasyon yada özofageal perforasyon şüphesi var ise kullanılacak antibiyotiklerin spektrumu geniş tutulmalıdır.Özellikle özofagus yanıklarından sonra gelişen enfeksiyonun, inflamasyon şiddetini artırmakta ve iyileşme döneminde nedbe birikimini,dolayısıyla striktür oluşma riskini artırdığı için birçok çalışmacı tarafından bildirilmiştir(19,22,49).

Yanık sonrası ilk 48 saat inflamasyonun en şiddetli dönemidir.Ciddi olgularda intraluminal ödem nedeniyle hastalar kendi sekresyonlarını dahi yutamayabilirler.Sık yapılacak orofaringeal aspirasyon, bu dönemde fazla sekresyonları temizleyerek hastanın rahatlamasına yardımcı olacaktır.Daha sonraki günlerde ödem yavaş yavaş azalmaya başlayacağından hasta tekrar sekresyonlarını yutmaya başlayabilir.Önce steril su içirilerek özofagusun devamlılığından emin olduktan sonra İV girişim

sonlandırılarak kalori ve proteinden zenginleştirilmiş sıvı diyet yavaş yavaş miktarı artırılarak başlanmalıdır.Bu dönemde hastanın metabolik ihtiyaçlarını karşılayabilmek ve hastada pozitif nitrojen dengesini sağlamak amacıyla parenteral nutrisyon uygulanmasının iyileşme döneminde olumlu sonuçlar verdiğiine dair görüşler bildirilmiştir (51,52).

Yaklaşık 10.gün civarında hastada tekrar yutma güçlüğü başlayabilir. Bu durum aşırı fibroblastik aktivitenin lümeni tıkadığını gösterir ve kötü prognozun habercisidir.Yutma güçlüğü fark edildiğinde en kısa zamanda hastaya ince bir nazogastrik tüp takılması gerekmektedir.Yerleştirilen bu tüp,hem lümenin ortadan kalkmasını önleyecek, hem de enteral beslenmenin devamını sağlayacaktır(4, 49)

Özofagusun iyileşmesi genellikle 21. gün civarında tamamlanmış olacaktır.Bu dönemden sonra kronik iyileşme fazı başlayacağından hem özofagografi hem de genel anestezi altında yapılan özofagoskopi ile özofagus değerlendirilmelidir. Peristaltizmi kaybolmamış, lümeni açık ve özofagoskopide hafif hiperemi gözlenen olgularda tedavi bitmiş sayılabilir.Ancak bu hastalar en az 3 ay boyunca yakında takip edilmektedir.Darlık gözlenen diğer hastalarda ise kronik faz tedavi programına alınmalıdır (4, 50).

Sonuç itibariyle, bugün için koroziv özofagus yanıklarının tedavisinde steroid kullanımı bir çok klinik tarafından önerilmemektedir.Bu ajanın evre I yaralanmalarında gereksiz daha yüksek evreli yaralanmalarda ise yetersiz olduğu düşünülmektedir. Steroid uygulamasına taraftar olanlar da steroid tedavisine olabildiğince erken başlanıp, en az 3-4 hafta boyunca kullanılmasını önermektedir(51).

II-KRONİK FAZ

Kronik faz genellikle 21. günden itibaren başlar. Bu sırada epitelyumizasyon tamamlanmış ve yumuşak karakterli stenoz oluşmuştur. Ağız, farinks ve servikal özofagus en derişik madde ile temas etseler dahi kural olarak daima iyileşirler. Pasajın hızlı olması ve bu bölgedeki kanlanmanın zenginliği yara iyileşmesinin striktür gelişmeden gerçekleşmesine yardımcı olur (4).

Kronik dönemde ilaç tedavisinin yeri yoktur. 21. günde çekilen özofagogram ile özofagus anatomisi ve fizyolojisi ortaya konduktan sonra hastaya genel anestezi altında özofagoskopi yapılır. Darlık gözlendiğinde lümenin açık tutulması için dilatasyon programı başlatılır (5).

1.Özofagus Dilatasyonu: Dilatasyonlar, yaralanmış ve iyileşmekte olan özofagusun remodelizasyonu üzerine etkili olmakta ve yara iyileşmesinin doğal sonucu olan yara kontaksiyonlarını önlemektedir. 18 ve 19 yy özofagus dilatasyonları çeşitli maddelerle yapılmış dilatörlerle anterograd olarak körlemesine yapılmaktaydı. Chevalier Jacson ilk kez 1902'de distalden aydınlatmalı özofagoskopi geliştirdiğinde striktürlerin görülerek anterograd yapılması gerektiğini vurgulamıştır. Tucker 1924'te kendi adını verdiği dilatörlerle gastrostomi yapılan hastalarda retrograd dilatasyonu geliştirmiş ve önemli aşamalar kaydetmiştir (22,44,45).

Hasta dilatasyon programına alındığında mutlaka epitelyumizasyon tamamlanmış olmalıdır. Dilatasyonlar daima gelen anestezi altında ve kanamaya dolayısı ile yeni yaralanmalara yol açmayacak şekilde yapılmalıdır (52).

Dilatör ile Dilatasyon: Günümüzde çeşitli isimlerle anılan anterograd veya retrograd kullanım amaçlı dilatörler bulunmaktadır(38).

Retrograd dilatasyon: Bu yolun avantajı dilatör bir klavuz yardımı ile mideden farinkse doğru pasif olarak ilerletildiği için dilatörün mide ve özofagusun fragil bölgelerini zedeleme ihtimalinin düşük olmasıdır. Bu yöntemle dilatasyon nispeten daha kolay gerçekleştiği için aşırı bir dilatasyon kayarak skatriksi çatlatma ve perforasyon riski yüksektir. Bu yöntemi kullanmak için hastaya ayrıca gastrostomi yapılması da gerekmektedir (38).

Anterograd dilatasyon: Bu yöntemin emniyetli olması için darlık mutlaka görülmeli ve mukozal hasarı vermeyecek genişlikte dilatör kullanılmalıdır. Eğer mukozal hasar olursa, tüm yara iyileşme reaksiyonları tekrar başlayacak ve yeni skar oluşumu gerçekleşecektir (38).

2. Balon Dilatasyonu: İlk kez 1981'de London tarafından özofagus darlıklarının tedavisinde kullanılan endoskopik ve radyolojik kontrollü balon dilatasyonu, anterograd ve retrograd dilatasyonlarının aksiyal itici veya çekici kuvvet uygulamalarından farklı olarak, daralan segmenti radial ve uniform şekilde genişletmektedir. Bu yöntem çocuklarda bile genel anesteziye ihtiyaç olmadan uygulanabilmesi, özofagusu daha az travmatize etmesi hastaneye yatış gerektirmemesi, fleksibl özelliği ile darlığın distaline daha kolay geçebilmesi nedeniyle popüler olmuştur. Özellikle anastomoz ve izole darlıkların dilatasyonunda etkili olduğu bildirilen bu yöntemin uzun segmentli koroziv özofagus yanıklarında kullanılması ise tartışmalıdır (44,45).

Her hastanın dilatasyon programı vereceği cevaba göre ayarlanmalıdır. Yanık alanında ilk başlarda yumuşak olan kollajen çapraz bağları her dilatasyon ile

parçalanarak, zaman içinde skatris dokusunun olgunlaşması ile çapraz bağlanma durumunda ortadan kalkacaktır.Bu nedenle programın başında ilk dilatasyonlar sık aralıklarla yapılmalıdır.Tipik olgularda ilk dilatasyonlar ilk 3 ay içinde duruma göre 3 haftada bir daha sonra sıklık azalarak 1,2,3 aylık aralıklarla bir yıla kadar yapılması önerilmektedir.Hastalar yanık sonrası 5 yıl boyunca takipten çıkarılmamalıdır(44,45).

Yukarıda anlatılan her üç dilatasyon yönteminde de tedavi sırasında ve sonrasında özofagus perforasyonu, trakeoözofageal fistül, mediastinit, ampiyem, peritonit, bakteriyemi ve beyin absesi sıklıkla gelişen komplikasyonlar olarak bildirilmiştir(52).

3.İntralezyonel Steroid İnjesiyonu: Kostik özofagus yanıklarının tedavisinde en çok tartışma yaratan yöntem sistemik steroid uygulanmasıdır.İlk defa 1950'li yıllarda deneysel kostik özofagus yanıklarında striktür oluşumunu azalttığı gösterilen steroidler hakkında bugüne dek bir çok çelişkili deneysel ve klinik sonuçlar bildirilmiştir (4,5).

Güçlü bir antienflamatuar ajan olan triamcinolone acetone, keloidlerin, hipertrofik skarların ve yanık kontraktürlerin tedavisinde lokal injeksiyon yolu ile belirgin remisyona sağlandığı bildirilmektedir.Ancak bu yöntemin günümüzde kısa ve izole darlıklarda kullanılması gerektiği kabul edilmektedir(62).

4.İntraluminal Stent (İLS) :Özofagusun koroziv striktürlerinde aralıklı uygulanan dilatasyon, ağır yaralanmalarda iyileşme süreci içindeki özofagusta kollajen birikimine tam olarak engel olmayıp travmatik dilatasyonlar sonucu striktürün şiddetlenmesine bile yol açabilirler.Bu nedenle belirgin striktür gelişmiş olgularda bir yıla varan süre içerisinde yeterli remodelizasyon sağlanması için dilatasyonun sürekli olması gerektiği düşünülmüştür(49).

Teorikte kostik yanık sonrası gelişen skatris dokusunun lümeni daraltmasını mekanik olarak durduran bu yöntemin pratikte uygulanırken karşılaşılan bazı zorlukları ve dikkat etmesi gereken noktaları mevcuttur. Öncelikle İLS uygulamasının yapılabilmesi için özofagusta epitelyumizasyonun tamamlanmış olması gereklidir. Akut dönemde travmatize ve frajil özofagus lümenine uygulanacak olan stent yeni bir travmaya yol açabilir yada gelişmekte olan enfeksiyonu şiddetlendirilebilir. Yara iyileşmesi modellerinden edinilen bilgilere göre remodelizasyon için yaklaşık bir yıl gibi bir süre gerektiğinden, ilk 21 gün boyunca uygulanan stentin sadece akut dönemdeki hızlı fibroblastik proliferasyonuna bağlı darlığı önlediği özellikle ilk 3 ay boyunca devam eden kollajen birikimine etkisi olmayacağı düşünülmektedir. Bu nedenle stent uygulamasının uzun süreli yapılması önerilmektedir (49).

Kostik özofagus yanıklarında İLS uygulamasında karşılaşılan önemli bir sorun, nedbe dokusu nedeniyle normalde kısalan özofagus boyunun gastroözofageal reflüye yol açmanın yanı sıra lümeni açık olan stentin reflü şiddetini artırarak özofagusta daha ileri travmaya yol açmasıdır. Gastroözofageal reflünün meydana getireceği hasarı önlemek için İLS uygulanan hastalara medikal yada cerrahi reflü tedavisi önerilmektedir (49).

5. Ekstraluminal Skarektomi: Kısa segmentli striktürler torakotomi ile eksplore edildiğinde, yanık bölgesi çapının normal özofagustan daha dar olmadığı gözlenmiş ve dar segmentin içerisine dilatör yerleştirildiğinde dış çap yine değişmemiştir. Bu gözlenen başarısız dilatasyonlarda skatris genişlemesinin yalnızca lümenin iç çapı ile ilgili olduğu ve dış çapın değişmediği sonucu çıkarılmıştır. Böyle bir durumda nedbenin dışarıdan lümeneye uyguladığı basıncı ortadan kaldırmak amacıyla

ekstraluminal olarak kollajen dokusunun tahrip edilmesinin faydalı olacağı düşünülmüştür. Bu yöntemde sağ torakotomi ile özofagus ve dar segment eksplore edildikten sonra kan dolaşımının bozulmaması için yanık kısmının yalnızca 180 derecelik sağ ön yüzeyi prepare edilir. Daha sonra ince sert bir zımpara yardımı ile nedbe aşındırılmaya başlanır. Lümen içine önceden yerleştirilmiş bir dilatör silüet halinde görülünceye kadar devam edilir. Bu sırada meydana gelen kanama sadece bası ile kontrol edilir. Dilatör işlem sonunda çekildiğinde lümenin kollabe olduğu gözlenmelidir (2).

6. Radikal Operasyonlar (Özofagoskopi Yöntemleri): Kostik özofagus yanıklarında uzun dönem dilatasyon tedavisine cevap vermeyen yada lümenin tamamen kapandığı olgularda faringogastrik pasajın devamlılığı için değişik özofagoplasti ameliyatları tarif edilmiştir. Hangi olgularda ne zaman ve hangi cerrahi tekniğin uygulanması gerektiği konusunda kesin kriterler henüz tam olarak tanımlanmamıştır. Bununla beraber yanık sonrası 1. aydan sonra başvurduğu trakeostomi gerektirecek şekilde faringoözofageal yarığın olduğu perfore olduğu radyolojik incelemede dar segmentin 5 cm den uzun olduğu ve ilk dilatasyonda geçişe izin veren dilatör çapının küçük olduğu olgularda konservatif tedavinin başarı şansı düşük olarak öngörülmüş ve bu hastaların erken cerrahi girişimden daha çok fayda görebilecekleri bildirilmiştir(51,62).

Özofagusun daralmış segmentinin kısa olduğu durumlarda uygulanması gereken en fizyolojik yöntem dar bölgenin rezeksiyonu ile beraber yapılan özofagostomidir. Böylece hem premalign potansiyeli mevcut segment çıkarılmış olur hem de peristaltizm için devamlılık sağlanmış olur. Ancak bu yöntemde gergin

anastomoz ve teknik hatalardan dolayı sıklıkla anastomoz darlığı ve komplikasyonlar gelişebilmektedir(51,62).

Rezeksiyon ve anastomozun yapılamayacağı uzun darlıklarda ise diğer özofagogastrik by pass ameliyat teknikleri tarif edilmiştir.Özofagus replasmanı için hangi kolon segmentinin hangi yerleşimde hangi yönde kullanılması gerektiği konusunda hangi yöntemin mutlak üstün olduğu henüz kesinlik kazanmamıştır.Ancak çocuklarda damarlanmanın daha uygun olması ve kolay hazırlanması nedeniyle retrosternal sol kolon tercih edilmektedir.Replase edilen kolon segmentin de her ne kadar peristaltizm sayılamayacak kontraksiyonlar monometrik olarak da gösterilmişse de replase edilen segmentte yutmanın primer olarak graviteyle gerçekleştiği kabul edilir (50).

Çocuklarda uygulanan kolon replasman ameliyatlarından sonra önemi yadsınmayacak şiddette komplikasyonlar bildirilmiş olup reoperasyon gereksinimi nadir karşılaşılan bir durum değildir.Kolon replasmanlarından sonra %6-50 servikal fistül, %3-24 servikal anastomoz striktürü, % 0-20 transplante kolonda nekroz ve bu segmentte %3-21 oranında reflüye bağlı ülserasyon,%0-38 brid ileus ve %0-12 oranında mortalite bildirilmiştir.Bütün bunlara ek olarak özofagus yanıklı olgular yaralanmanın ileri dönemlerinde yanık mukozasında skuamoz hücreli karsinom gelişme riskini normal popülasyondan 1000 kat daha fazla taşımaktadırlar (41).

Sonuç olarak, değişik tiplerde özofagogastrik by pass ameliyatları kabul edilebilir başarılı olanları ile bir çok yazar tarafından bildirilmiş ve tavsiye edilmiş olsalar da özofagoplastiler mortalite ve morbidite oranları yüksek, zor ve fizyolojik olmayan yöntemlerdir.(2)

1.3.2.ÖZOFAGUS YANIĞI TANISI ALAN HASTALARA BAKIM VERMEDE

HEMŞİRENİN ROLÜ

Sağlık bakım sistemi içerisinde son 30 yılda ortaya çıkan ve bireyin sağlık durumunu koruma, sürdürme ve geliştirmeye yönelik değişiklikler özellikle gelişmiş ülke toplumlarında çocukların hastalık ve ölüm oranlarında önemli derecede azalma sağlamıştır. Bu görüşü benimseyen “çocuk hemşireleri” rollerini çocuk sağlığını koruma ve gelişimine katkıda bulunacak biçimde yoğunlaştırmışlar, çocuk ve aileye, temel sağlık hizmetleri doğrultusunda kapsamlı hemşirelik bakımı vermeye başlamışlardır.

Özofagus yanığı küçük yaştaki çocukların asid yada baz gibi kostik maddeleri yanlışlıkla kaza sonucu içmeleri ile oluşur ve sonuçta çocuğun ömür boyu bakım ve tedavi görmesine neden olur. En geçerli korunma şekli primer korunma olup hastalığın nedenler ile savaşıma ve bu nedenleri yok etme anlamında gelir. Özofagus yanıklarını tedavi etmeye çalışmaktansa küçük önlemler alarak yaraların oluşum önlenebileceği gibi ve korunmanın sağlanacağı unutulmamalıdır(2).

Bir çocuğun kostik madde içmesi fark edilince ailesi tarafından hemen içtiği madde ile beraber hastaneye götürülmesi gerekir. İlk anda nötralizasyon için sirke, limon suyu kesinlikle verilmez. İnflamasyon 72 saat sürer ve yine ağızdan birşey verilmez. İlk 72 saatten sonra steril su sonra süt ve sıvı diyet başlanır. Burada en önemli nokta özofagus mukozasını ikinci kez yakmamak için hasta çocuk asla kusturulmamalıdır (4,5).

Özofagus yanıklı hasta erkenden tedavi edilmelidir. Çünkü fibrozis oluşuktan sonra tek tedavi cerrahi girişimdir. Erken dönemde hastaya özofagus darlığını önlemek amacıyla dilatasyon yapılır (40).

Özofagus yanıklı hastalarda hemşirelik bakımının amacı beslenmenin uygun koşullarda sürdürülmesine, hastanın mümkün olduğunca çabuk sağlığına kavuşmasına ve en kısa sürede bağımsızlığına ve bağlı olduğu topluma geri dönmesine yardımcı olmaktır. Hemşirelik bakımının diğer amaçları çocuğun ve tüm aile üyelerinin, çocuğun kronik hastalığına psikososyal uyumuna yardım etmek, çocuğun evde bakımını sağlamak, çocuğa ve ailesine kendine bakımı öğretmektir (2, 42).

Çocuğun yaşamını sürdürmede yeme ve içmede yetersizlik, özofagus yanında bu işlevin engellenmesine bağlı olarak da ayrı bir önem taşır. Yutmanın mümkün olmadığı olgularda ilk beslenme nazogastrik yoluyla belli aralıklarla yapılır. Nazogastrikle beslenmenin başarısında tıbbi bakım ve hemşire yardımı çok önemlidir. Hemşire nazogastrik sondanın yerinde olmadığını kontrol etmeli hastayı bulantı ve kusma gibi komplikasyonlar yönünden izlemelidir (4,5).

Uzun tedavi süreci nedeniyle ilk 7 gün sonunda hastalara gastrostomi açılarak bu yolla beslenmeye geçilir. Hemşirenin buradaki görevi hasta yakınlarına gastrostomi yoluyla beslenmeyi ve gastrostomi bakımını öğretmek hastalığa uyumunda yardımcı olmaktır. Bunun için hasta ve ailesine deri bakımını tüpün temizlik ve bakımını, formül mamaların hazırlanması ve tüpten verilmesini öğretmektir. Yakın bir tıbbi gözlemin önemini anlatarak problemle karşılaştıklarında hekim, hemşire ve diyetisyene hemen başvurması gerektiği belirtilmelidir(5).

Gastrostomi açıldıktan sonra sondanın dışarı çıkmaması ve kaymaması için bir dikiş ve flasterle karın duvarına tespit edilir. Gastrostomi etrafındaki derinin tüp tarafından sızabilecek gastrik salgıdan dolayı irritasyona maruz kalmaması için bakımının yapılması gerekir(43). Hemşire bu bakımı yaparken hasta ailesine de bunu öğretmelidir. Bunun için sonda çevresinde cilt günde iki kez steril su ile silinmeli ve

gün boyunca kuru tutulmalıdır. ayrıca tahrişi önlemek için sonda çevresindeki cilde koruyucu pomadlar sürülmelidir(4,5).

Gastrostomi yoluyla hastalar aralıklı ya da devamlı beslenebilirler. Aralıklı beslemede hasta çocuk diyetisyenin belirlediği kalori ve miktardaki besinleri belli saat aralıklarıyla annenin ya da hemşirenin enjektör yardımıyla gastrostomiden yavaş yavaş verilmesi ile alır. devamlı beslenmede ise beslenme pompa ile yapılır. Beslenmeye birkaç ml/saat hızla başlanır. eğer hasta tolere edebiliyorsa miktar artırılır. Beslenmeyi takiben hasta başı yüksekte sağ yan pozisyonda yarım saat yatmalıdır. Bu işlem midenin boşalmasını çabuklaştırarak kusmayı önleyecektir. Bunun yanı sıra gastrik sekresyonu uyarmak için hazırlanan besinleri mümkünse hastanın tatması ve hatta çiğnemesine izin verilmelidir (4,5).

Beslenme öncesi tüpün açık olup olmadığı kontrol edilmelidir. Ayrıca verilecek besinlerin oda ısısında olması son derece önemlidir. Gastrostomi sondalarının tıkanmaması için beslenme aralarında ve sonrasında su verilmelidir. Sondada tıkanıklık varsa değişmesi için doktora haber verilmelidir. Hastalar kusma yönünden mutlaka kontrol edilmeli, kusma olursa beslenmeye ara verilmelidir(4,5).

Özofagus yanıklı çocuklarda başlangıçta özofagustaki darlığı önlemek amacıyla belli aralarda dilatasyon ameliyatları yapılır. Dilatasyonların işe yaramadığı durumlarda da bir seri ameliyatlar yapılır (20).

Hastalığın iyileştirilmesi için yapılan her cerrahi işlem hasta ve ailesine korku, endişe, ümitsizlik yaşamalarına neden olur. Hastalığın olumsuz etkilerinden korunma anlamına gelen tersiyer korunmada bakımın amacı durumun daha iyi tolere edilmesini ve gereksiz rahatsızlık ve kısıtlamalarının önlenmesini sağlayarak hastanın yaşamının niteliğini yükseltmektir .Bunun için gerekli eğitsel, gerek

psikolojik gerekse sosyal sorunların çözenin en doğru yolu çocuğu ve aileyi her aşamada eğitme tir(17).

Hastane ortamında sağlanan bakım ve desteğin yanı sıra çocuk taburcu olmadan önce çocuğun ve ailenin evdeki bakıma hazırlanması gerekir. Bu amaçla hemşire aileye hastalığın doğası, tedavi planı, çocuğun bakımı, kendilerinden neler beklendiği, bakımda gerekli olan araçlar ve toplumda çocukla ilgili yardım alabilecekleri kuruluşlar konusunda eğitim ve bilgiler verilebilir.

Sonuç olarak tüm bu gereksinimler sonucu ebeveynlere yapılacak eğitimin uygun bir teknikle, gereksinim duydukları eğitim konularının önem derecesi ve gereksinim duydukları eğitim konularının sırasına uygun olarak verilmesi gerekmektedir.

1.4.ARAşTIRMANIN ÖNEMİ

Koroziv maddelerin evlerde, ortalıkta, çocukların kolaylıkla ulaşabilecekleri yerlerde olmasının sonucu çok ağırdır. Yanlışlıkla içilen bir yudum kostik maddesi çocuk ve ailesinin hayatını tümü ile değiştirir. Tanının konmasından sonra ailenin ve çocuğun uzun yıllar çeşitli tedavilere maruz kaldığı ve tedavi süresince birçok zorlukla karşılaştığı bilinmektedir (2,5,17).

Birçok kronik hastalıkta araştırmacılar hastanın bakımıyla uğraşan aile üyelerinin hastalığın seyri sırasında karşılaştıkları sorunları araştırmış ve bu sorunlarla nasıl baş ettiklerini incelemişlerdir. Fakat yapılan literatür çalışmasında özofagus yanıklı hasta yakınları ile ilgili bu tarzda bir araştırma yapılmadığı görülmüştür.

Bu araştırma sonuçlarının, koroziv özofagus yanığı tanısı almış bir çocuğun bakımından sorumlu olan ailenin eğitim gereksinimlerinin ve o çocuğa bakım veren hemşirenin ailede yapacağı eğitim gereksinimlerinin kart sort tekniği yolu ile saptanması ile ileride bu konuda yapılacak eğitim programlarına ve araştırmalara temel olacağı düşünülmektedir.

1.5 .TANIMLAR

Toplama: Gerçek anlamda toparlamadır. Bir araya getirme, toplama, fikirlerin elde edildikleri kaynağa göre ya da ilgilenilen konuya göre bir araya getirilmesidir (3,9,11).

Özofagus Yanığı: Kostik maddenin büyüklerde intihar, çocuklarda ise kaza ile içilmesi sonucu mukozada yanığından tam kat özofagus duvarı nekrozu ve peri özofagial doku ve organ yaralanmasına kadar gidebilen bir yanık şeklidir (1,42).

Subjektivite: Belli ve önemli bir konuda bireylerin ve bireysel görüş noktasını yansıtmadır(6,7,8).

Q Metodolijisi: Kalitatif ve kantitatif yöntemlerin kombine olduğu temel olarak bireylerin subjektivitesini ölçmeye yarayan bir araştırma yöntemidir(3,16,18).

Q Sort Sıralama: Q örnekleme sonrası katılımcılarının her birinin yaptığı sıralamadır(60,64,65,).

1.6. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H1: Ailenin gereksinim duyduğu eğitim konularının sıralaması kart sıralaması ile ilişkilidir.

H2: Hemşirelerin aileye vermeyi düşündükleri eğitim konularının sıralaması kart sıralaması ile ilişkilidir.

1.7.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

- Araştırma kapsamına girecek ailenin en az bir çocuğunun koroziv özofagus yanığı tanısı almış olması
- Koroziv zofagus tanısı ile izlenen çocuğun tedavisinin dilatasyon aşamasında olması
- Ebeveynin okuma – yazma bilmesi
- Serviste alıŐan hemşirenin dilatasyon günü, tanısı koroziv yanık olan bakım verdiği en az bir hastasının olması

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma, koroziv özofagus yanığı tanısı almış bir çocuğun bakımından sorumlu olan anne ile birlikte ayrıca ona bakım veren hemşirenin bakış açısı ile ailenin eğitim gereksinimlerini kart sort tekniği ile incelemek amacıyla kalitatif ve kantitatif olarak planlanmıştır.

2.2.ARAŞTIRMANIN YERİ

Araştırma, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı ünitesinde yürütülmüştür. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi 853 cerrahi birimler, 915 dahili bilimler yatak kapasitesine sahiptir.

Çocuk cerrahisi kliniği 1961 yılında kurulmuştur. Bugün yoğun bakım, yenidoğan, yanık ve servis birimleri ile beraber 60 yataklı araç gereç yönünden oldukça yeterli olmakla birlikte, kendi içerisinde tam bir sağlık profesyonelleri çatısı altında birlikte hizmet veren ülkemizde örnek gösterilen bir çocuk cerrahisi merkezidir.

Klinikte hastalar hastalıklarına göre A, B, C, D, E şeklinde ayrılan birimlerden birinde izlenmektedir. Araştırma grubumuz olan özofagus yanıklı hastalar ise bu grupların B biriminde tedavi edilmektedir.

Servis 34 yatak kapasitesi ile hizmet vermekte olup, hemşireler hafta içi 08.00-16.00ve 16.00-08.00 şeklinde, hafta sonu ise 08.00-20.00 ve 20.00-08.00 saatleri arasında çalışmaktadırlar.Serviste hafta içi gündüz 3 gece 1hemşire, hafta sonu gündüz 1 gece 1 hemşire görev yapmaktadır.

2.3.ARAşTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini 15 Eylül 2005 / 30 Mayıs 2006 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ocuk cerrahisi servisinde koroziv özofagus yanık tanısı ile izlenen çocukların ailesi ve ocuk cerrahisi servisinde çalışan hemşireler oluşturmuştur.

2.4.ARAşTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırma rneklemini 15 Eylül 2005 / 30 Mayıs 2006 tarihlerinde Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ocuk Cerrahisi Anabilim Dalı nitesinde koroziv özofagus yanığı tanısı ile izlenen ve ayaktan tedavileri devam eden ve dilatasyon aşamasında olan 30 hasta çocuğun ailesine ve bu serviste çalışan 30 hemşire araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Hasta ocukların aileleri ve ona bakım veren hemşireler belirtilen srelerde olasılıksız örnekleme yöntemi ile araştırmaya alınmıştır.

2.5. VERİ TOPLAMA

2.5.1. VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen anket formu ile Card Sort Tekniğinden yararlanılarak araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır.

2.5.1.1. Q METHODU

Sağlık bakımında son yıllarda yaşanan gelişmelerle birlikte sağlık bakım profesyonelleri arasında hasta memnuniyeti, bakım kalitesi, doktor hasta ilişkisi ve hastaların taburculuk planı gereksinimleri gibi konulara olan ilgide artış olmaktadır. Bunlar geleneksel kantitatif araştırma araçları ile çalışılmayan subjektif alanlardır. Q metodu bu yönden kalitatif ve kantitatif araştırma yöntemlerinin kombine olduğu tek yöntemdir(3,27,32,39).

Bu yöntem ilk olarak 1930'larda İngiliz hekim ve psikolojist William Stephenson tarafından geliştirilmiştir. Bu metodun geliştirilmesinin arkasında yatan fikir "insan aklının subjektivitesini" incelemektir (3,46).

Literatürde subjektivite teriminin anlamı "bireysel bakış noktasıdır". Q metodolojisi subjektivitenin burada iki temel alanını temel alır. İlki bireyin subjektivitesidir ki diğer bireylere iletilebilir. Örneğin uygun bir soru sorulduğunda hasta spesifik problemi ile ilgili olarak ne hissettiğini ifade edebilir yada iletilebilir. İkinci alanı ise subjektivitenin bireysel bakış noktasından daima yararlanmasıdır. Basit bir anlatımla Q metodolojisinin de önemli olan nedir sorusunun yanıtı : "bireyin ne

hissettiği” yada “diğer bireylerin fikrine karşılık kendi fikrinin ne olduğu”dur. Bu bireysel oryantasyon kavramları Q metodunun temelini oluşturur(46).

Q metodu bu eksikliğin doğrudan neden olduğu bir sonuç olarak ortaya çıkmıştır. Q metodu ile elde edilen verileri değerlendirme de bilgisayar programları geliştirilmiş böylece subjektif verilerin kantitatif (sayısal) verilere dönüştürülmesi kolaylaşmıştır. Böylelikle günümüze kadar Q metodu ile 4000 den fazla makale ve araştırma yayımlanmıştır(47).

2. 5. 1. 2. KART SORT TEKNİĞİ

Kart sort tekniği Q metodundan gelişmekle beraber bu inceleyici yaklaşım, bireyin özel durumunu anlaması, yorumlaması ve tanımlanmasına odaklaşmaktadır. Bu yaklaşım bireyin fikirleri, tutumları ve özel bir konu alanı hakkındaki inançlarını ölçer (57,58).

Yöntem çok önemliden az önemliye gibi önemliliğin devamını içeren sözler yada sorularla; konuları sınıflandıran kartlardan oluşur.Bu süreç bireyin karar vermesini ve her kart üzerindeki sorunun önemini karşılaştırılmasını gerektirir. Yanıtları ne doğru ne de yanlış diye yargılanır. Bunun yerine hastanın algısı ve görüş noktası yansıtılır(59).

Kart Sort tekniği hastaların eğitim gereksinimlerinin belirlenmesinde bir süreç olarak ilk kez 1999 yılında Luniewski ve arkadaşları tarafından kullanılmıştır. Luniewski ve arkadaşları “kalp yetmezliği olan hastaların eğitim gereksinimleri ile hastalara bakım veren hemşire ve hekimlerin hastaları için düşündükleri eğitim gereksinimlerinin karşılaştırılmasında “kart sort tekniği kullanmıştır.(46)

Araştırmacılar bu yöntemin hasta gereksinmelerini öncelik sırasına koymada faydalı olduğunu bulmuşlardır. Çalışmaya katılan hemşire ve hekimler ise yöntemin kullanımının faydalı ve kolay olduğunu belirtmişlerdir(46).

Drake 1995 'te Kart Sort tekniğini "yeni doğan yoğun bakım ünitesindeki bebeklerin eğitim gereksinimlerini saptamada" bir teknik olarak kullanmışlardır. Ebeveynlere sınıflama kartlarıyla taburculuk eğitimi için gereksinim duydukları eğitim konularını tanımlamaları sorulmuştur. Ebeveynler ve hemşireler bu tekniğin konuların tartışılması ve öncelik sırasına konulmasında faydalı olduğunu bulmuşlardır(23)

Freer ve arkadaşları bu yöntemi "Sağlık hizmeti sunan dört ekibin konulara verdikleri önemi" karşılaştırmada kullanmıştır. Hemşire, öğrenci hemşire, doktor ve intörn doktorların yenidoğan bakımı ile ilgili konulara verdikleri önem karşılaştırılmıştır. Sonuçta grup içinde benzer ancak gruplar arası farklı sonuçlar elde edilmiş yöntemin farklı ekiplerin konulara verilen önem eğilimlerinin belirlenmesinde faydalı olduğu görülmüştür(23).

Gaffney ve arkadaşları bu tekniği yine 2001 yılında "Yenidoğan sağlığını yükseltmek için kullanılan klinik müdahale stratejilerini annelerin sıralaması "adlı çalışmalarında kullanmıştır. Bu çalışmada belirlenen 8 müdahale stratejisi kart sort yaklaşımı ile sıralanmıştır. Her bir kartın üzerine bir strateji yazılmış ve annelere kartları en çok tercih ettiklerinden en son tercih edilene doğru sıralamaları istenmiştir(46).



Şekil 1: Kart Sort Tekniğinde Kartların Gösterimi

2.5.2.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veriler ilgili literatür doğrultusunda geliştirilen 29 sorudan oluşan anket formu (EK I-II) ile Q metodu (kart sort soruları) (EK-III) kullanılarak toplanmıştır. Q metodunda “**Q örneklem (Q sample) - Q sort (sıralama)- Q method** olarak bilinen üç temel adımdan oluşmuştur(3).

Uygun bir pilot çalışmadan ve küçük bir grup insanla görüşme yapıldıktan sonra bu “Q örnekleme” gerçek çalışma için hazır olmuştur. Gerçek çalışmada daha sonra katılımcılara yapılandırılmış ve eğitim, literatür taraması sonucunda oluşturulmuş ifadelerin sıralanması sorulmuştur. Sonuç olarak bu ifadelerin sıralanması kartlara yazılarak kart sort tekniği ile toplanarak ifadelerin sıralanması araştırmanın sonucunu oluşturmuştur.

Kart Sort hasta ve hemşire gereksinimlerini karşılayabilen bir teknik olduğundan hastaların eğitim gereksinimlerini belirlenmesine olanak verecek ve onları kendi bakım planlarına katılmasına da olanak vermektedir. Böylelikle onların eğitim konularına bakışları, hangi konulara önem verdikleri ve kendi eğitim planlarını oluşturmada sonuçta yardımcı olmuştur.

Kart sort seçimlerine bakıldıktan sonra ayrıca çoğu katılımcı kart üzerinde yazılan konular hakkında farkında olmadıkları bazı gereksinimleri hakkında açıklamada istemişler böylece kart-sort tekniği katılımcıların bilgi gereksinimlerindeki boşlukların saptanmasında da yardımcı olmuştur.

2. 5. 2. 1. ANKET FORMU

Anket formu çocuk ve ailesini tanıtıcı sosyo-demografik özellikler hakkındaki bilgileri içeren sorulardan oluşmaktadır.

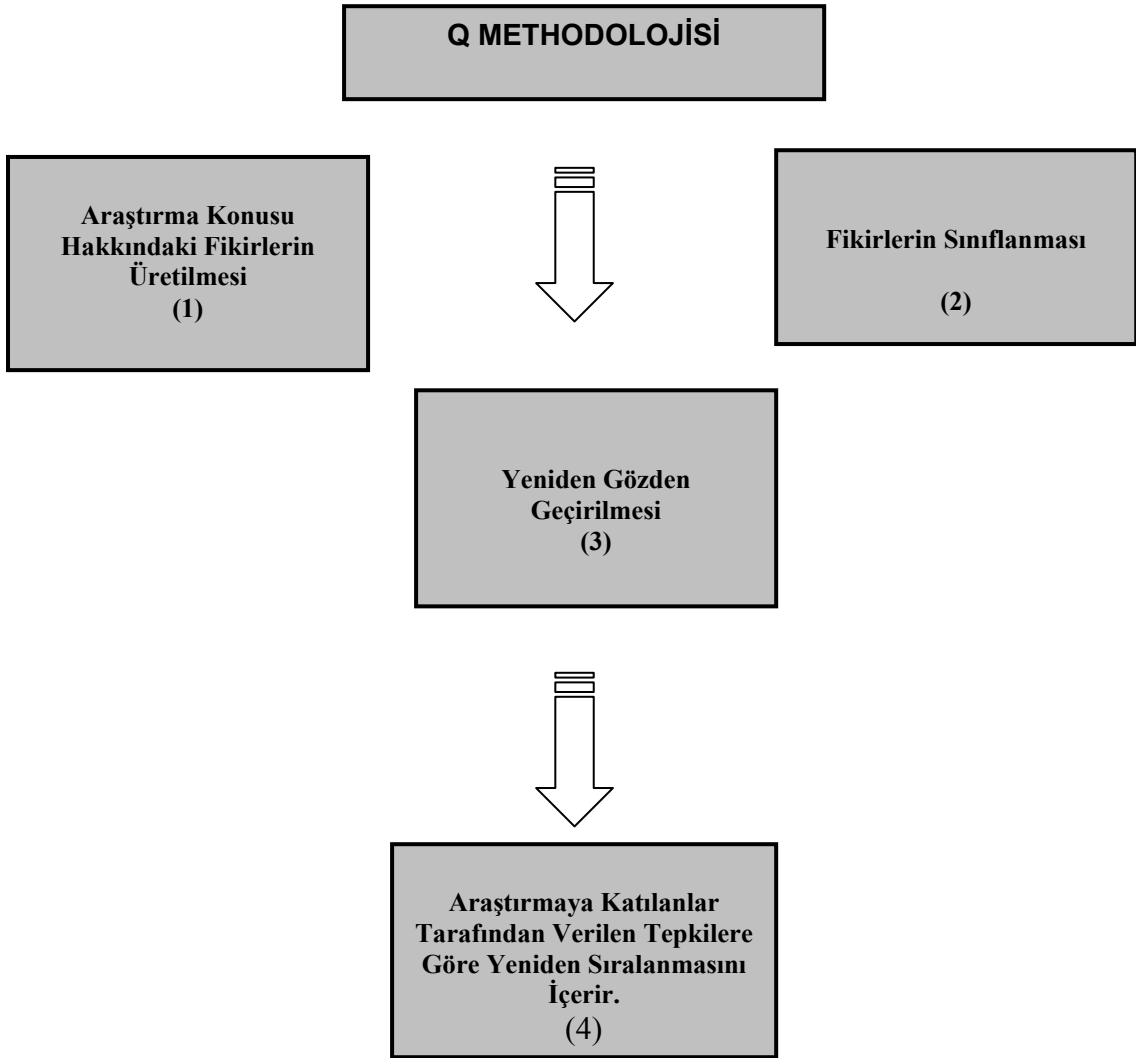
Anket formu anneye ve babaya ait sosyo-demografik değişkenler (yaş, eğitim durumu, mesleği, sosyal güvence, aylık gelir durumu, aile şekli, ailede yaşayan çocuk sayısı), çocuğa ve hastalığa ait değişkenlikler (yaş, cinsiyet, içtiği madde, içtiğinde yardım ve destek alıp almadığı, kimden aldığı, ilk uygulama olarak ne yapıldığı), hemşireye ait değişkenliklerde (yaşı, medeni durumu, hangi okuldan mezun olduğu, ne kadar süredir çalıştığı, çalışma şekli, serviste koroziv nedeniyle bakım verdiği hasta sayısı) ile ilişkili sorulardan oluşmaktadır.

2. 5. 2. 2. KART SORT SORULARI

2.5.2.2.1. Q ÖRNEKLEM AŞAMASI

Q metodolojisi kalitatif ve kantitatif araştırma yöntemlerinin kombine olduğu tek yöntemdir(3).

Sırasıyla adımlar;



Şekil: 2: Q Methodolojisi Yönetiminin Bileşenleri (3)

Şekil 2'deki bu düzenlemelerin oluşturulması Q örnekleminin başlangıcını oluşturur. Pilot araştırma bitirildikten sonra Q örneklemini Q SORT düzenlemesi için hazır hale gelecektir.

Q örneklem için yapılan pilot çalışma 1 Eylül - 30 Kasım 2005 tarihleri arasında çocuk cerrahisi servisinde 15 koroziv özofagus yanığı tanısı ile izlenen hasta ailesine ve ona bakım veren 15 hemşireye uygulanmıştır.

Tablo 3: Pilot Çalışmanın Araştırma Planı

PILOT ÇALIŞMA HASTA (N:15)	PILOT ÇALIŞMA HEMŞİRE (N:15)
TANIŞMA *Çalışma için onam alma *Anketlerin Uygulanması	TANIŞMA *Çalışma için onam alma *Anketlerin Uygulanması
<u>Dilatasyonun Aşaması:</u> Hazırlanmış olan 12 Kart sort soruları ile eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi *Boş 3 kart daha verilerek diğer kart sort sorularının yapılandırılması	<u>Dilatasyonun Aşaması:</u> Kart sort soruları ile hastanın eğitim gereksinimlerinin hemşire tarafından belirlenmesi
3 HAFTA SONRA... <u>Dilatasyonun Aşaması:</u> Kart sort soruları ile tekrar eğitim gereksinim sıralamasının uygulanması *Boş 3 kart daha verilerek diğer kart sort sorularının yapılandırılması	<u>Dilatasyonun Aşaması:</u> Hastanın 3. haftaki eğitim gereksinimlerinin hemşire tarafından belirlenmesi
Bireysel kart sort soruları doğrultusunda planlanmış hasta eğitiminin verilmesi	

Tablodan araştırma planının görüleceği gibi hastaların dilatasyona geldiği günler hasta ve ailesi ile tanışılarak çalışmaya katılım ve anket formlarının uygulanması konusunda sözel ve yazılı izin alınmıştır (Ek V). Aynı zamanda çalışmaya katılımı desteklemesi amacıyla ailelere çalışmanın amacı ve konusunda ayrıntılı bilgi verilmiştir.

Dilatasyon haftasında özofagus dilatasyonuna gelen hasta ailelerine, kart sort metodu uygulanmıştır. İfadeler, 12 kart sort sorusundan oluşmuştur ve ailelerin eğitim gereksinimlerini belirlemek amacı ile geliştirilmiştir. Bu gereksinim cümleleri kendi içerisinde 3'lü ölçek şeklinde hazırlanmış ve "çok önemli", "orta derecede önemli", "az önemli" olarak belirlenmiştir.

Çalışmada yer alan *kart sort soruları* numara sıralarına göre şu eğitim konularını içermektedir;

1. *"Çocuğumu tüple hangi yöntemle besleyebilirim ?"*
2. *"Koroziv maddelerden yanık oluşturabilen piyasadaki diğer ürünler nelerdir?"*
3. *"Çocuk dilatasyon aşamasında okula gidebilecek mi?"*
4. *"Tekrarını önlemek için evde ne tür koruyucu önlemler alabilirim?"*
5. *"Kalıp ve dilatasyon tedavisinin çocuğum için yararı nedir?"*
6. *"Koroziv yanığın tedavi süreci neden uzun ve tekrarlı dilatasyon işlemlerinden oluşur, çocuğum için yararı nedir?"*
7. *"Kalıp tedavisinde tüpün dışarı çıkan çevresi ile nasıl ilgileneceğim?"*
8. *"Piyasada özofagus yanığını önlemek için yapılan koruyucu önlemler nelerdir?"*
9. *"Tedavi süreci sonrasında eski yeme alışkanlıklarına dönebilecek mi ?"*
10. *"Özofagus yanık sonrası ilk yardım olarak ne yapmalıyım?"*
11. *"Koroziv madde alımından sonra hangi organlarda ne tür zararlar oluşur?"*
12. *"Koroziv madde nedir?"*

Bu maddelerin tümü önemli olduğu halde göreceli olarak ağırlığı, ailenin bakış açısına ve gereksinimine bağlı olarak değişmektedir. Bu pilot çalışmada aileler ifadeleri 2 gruba ayırırken bir gruba önemli olanları diğerlerine önemli görmediklerini koymuşlar ve gruplamadan sonra tüm bu ifadeleri önem sırasına göre sıralamaları istenmiştir. Sonuç olarak hastalardan alınan sıralanmış kart sort soruları ile ailelerin hangi konuları "çok önemli" yada "az önemli" olduğunu düşündüğü konusunda

araştırmacıya bilgi vererek, eğitim gereksinimi duydukları konulara verdikleri önem de saptanmış oldu.

Kart sort seçimlerine bakıldıktan sonra ayrıca çoğu aile, kart üzerine yazılı olan konular dışında bazı gereksinimleri hakkında da açıklama istemişlerdir. Araştırmadan önce uygulanan pilot çalışmanın önemi burada anlaşılmaktadır. Çünkü kart sort tekniği uygulanırken hastalara 3'er adet boş kart verilmiş ve soruları içinde yer almayan ama eğitim gereksinimi duydukları bu soruları bu kartlara yazmaları istenmiştir.Sonuç olarak pilot çalışma ie kart sort tekniğinde ailelerin bilgilerindeki boşlukların saptanmasında da bu teknik yardımcı olmuştur.

Özetle bu teknik, bireylerin eğitim gereksinimlerinin önceliklerinin belirlenmesine olanak sağlayarak, sağlık bakım ekibinin, hastalarına en önemli gereksiniminden en az önemli gereksinimine doğru eğitim yapmasına yardımcı olur.Bu strateji ile böylelikle her bir hastanın, hastalığının yönetimindeki rolünün önemini anlamasına ve bakımına aktif katılmasının güçlendirilmesine de olanak sağlanmış olunmaktadır.

Sonuç olarak bu aşamada yapılan işlem grupları Q örneklem aşamasını oluşturmuş ve verilerdeki her bir kart sıralaması araştırmacı tarafından işlenmiştir (EK IV).



Şekil 3:Pilot Çalışmanın Uygulanması

2.5.2.2.2. Q SORT (SIRALAMA) AŞAMASI

Pilot çalışma sonrası bu aşamada işlenen verilerle artık kart sorta yeni eklenen 3 kart sorusunun işlem analizleri yapılmıştır.İşlem analizleri yapılırken SPSS 13.0 programından yararlanılmış sayı ve yüzdeler analizleri yapılmıştır.

Pilot çalışma sonrası aileler tarafından kart sort soruları içerisinde bulunmayan ve eklenmesini istedikleri eğitim konuları şu şekilde saptanmıştır;

Bu tedavi süreci ileride çocuğun benlik imajını etkiler mi?

Dilatasyon sürecinde özel bir diyetle çocuğumu beslemem gerekiyor mu?

Dilatasyondan sonra eve taburcu olduğumuzda nelere dikkat etmeliyim?

Sosyal yaşama uyum sağlamada zorlukları oluşur mu?

Çocuk kalıp tedavisinde iken havuz yada denize girebilir mi?

Kalıp yerinden çıkar mı,çıkarsa ne yapmalıyım?

Tedavi sürecine kadar sürecek?

Yapılan istatistik değerlendirme sonucunda ailelerin gereksinimleri doğrultusunda yeni eklenen kart sort soruları sayı ve yüzdelerine göre aşağıda belirlenmiştir.

YENİ KART SORT SORULARI	Sayı	%
<i>Yeni (13) Çocuk kalıp tedavisinde iken havuz yada denize girebilir mi?</i>	9	30,0
<i>Yeni (14)Dilatasyondan sonra eve taburcu olduğumuzda nelere dikkat etmeliyim?</i>	9	30,0
<i>Yeni(15) Tedavi sürecine kadar sürecek?</i>	5	16,7
<i>Bu tedavi süreci ileride çocuğun benlik imajını etkiler mi?</i>	3	10,0
<i>Dilatasyon sürecinde özel bir diyetle çocuğumu beslemem gerekiyor mu?</i>	2	6,7
<i>Sosyal yaşama uyum sağlamada zorlukları oluşur mu?</i>	1	3,3
<i>Kalıp yerinden çıkar mı,çıkarsa ne yapmalıyım?</i>	1	3,3
TOPLAM	30	100,0

Yukarıda yazılan tüm sorular hasta aileleri için göreceli olarak önemli olmasına rağmen, bu teknikte maksimum olması gereken soru sayısının 15 olması nedeniyle sayı ve yüzdeler olarak ilk 3'e giren eğitim sorularının yeni eklenen sorular olması kararına istatistiksel değerlendirme sonucunda ulaşılmıştır.Buna göre pilot çalışma sonrası yeni eklenen kart sort soruları,

13. *Yeni (13) Çocuk kalıp tedavisinde iken havuz yada denize girebilir mi?*
14. *Yeni (14)Dilatasyondan sonra eve taburcu olduğumuzda nelere dikkat etmeliyim?*
15. *Yeni(15) Tedavi sürecine kadar sürecek?* soruları olmuştur.

2.5.2.2.3 Q METHODU

Pilot çalışma bitirildikten sonra Q örnekleme artık Q method uygulaması için hazırdır. Toplam oluşan 15 kart sort sorusu, konu ile ilgili eğitim gereksinimini içeren ifadelerden oluşmaktadır.

Araştırmanın uygulama aşaması bu aşama olmakla beraber veriler 1 Aralık-30 Mart 2005 tarihleri arasında 30 hasta ailesi ve 30 hemşireye uygulanmıştır. Uygulama aşamasında anket formları ile beraber kart sort soruları kullanılmış ve veriler anket formları ile birlikte veri işlem formuna Ek (IV) kaydedilmiştir.

Uygulama aşaması sonrasında verilerin değerlendirilmesinde Cluster Analizi yapılmış ve sonuçların gösterilmesinde ise dendrogramlar kullanılmıştır(13,14,15).

Sonuçlar üç farklı başlık altında kullanılarak rapor edilmiştir. Genel, Spesifik ve Bireysel sonuçlar;

Genel sonuçlar, ailenin ve hemşirelerin bireysel kartlarındaki yanıtlarını oluşturmuştur. Bu sonuçlar araştırmanın genel eğilimin görülmesine olanak sağlamaktadır.

Genel sonuçların rapor edilmesinin kolay olması için, katılımcıların seçimleri, çok önemli, orta düzeyde önemli ve az önemli şeklinde kategorize edilmiştir. Kartların kendi aralarındaki uzaklıkları ve önem sıraları cluster analizi ve dendrogramlar kullanılarak belirlenmiştir.

Aynı zamanda spesifik sonuçlar rapor edilmiştir. Spesifik sonuçlar, her bir grubun öncelikli seçimi ile birlikte ailenin ve hemşire gruplarının demografik özelliklerini kapsamaktadır.

Bireysel sonuçlar ise aile ve hemşirenin kendi yaptıkları seçimlerin orijinal karşılaştırmalarını yansıtmaktadır(3).

2.6.VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Toplanan veriler araştırmacı tarafından bilgisayar kayıtları yapıldıktan sonra, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 13.0 istatistik programında sayı ve yüzdeler dağılımları yapılmıştır.Ayrıca ailelerin eğitim gereksinimleri (kart sort tekniğinin analizi) SPSS 13.0 programı kullanarak Cluster analizi uygulanarak değerlendirilmiştir(43,47,54,56,59).Bu analizde dendrogramlar üretilip, dendrogramlarla özel grafikler oluşturulmuş bilgilendirici ölçüm sonuçları sayı ve yüzdeler ve ki-kare verilerek açıklanmıştır.

2.7.ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri: Eğitim gereksinimleri (kart sort soruları) araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri: Aileler için hastaların yaşları, içilen koroziv madde türü, sosyo-ekonomik durumları, çocuk sayıları, eğitim durumları, aile yapıları, hemşireler için ise, mezun oldukları okullar, çalışma süreleri, baktıkları hasta sayıları araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

2.8. SÜRE VE OLANAKLAR

Araştırmanın yürütülmesi ile ilgili zaman takvimi Tablo 4' de sunulmuştur.

2.9. ETİK AÇIKLAMALAR

Araştırma kapsamına alınan ailelere araştırmanın amacı, uygulama yöntemi ve elde edilmesi planlanan sonuçlar hakkında gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra izin alınmıştır(**EK V**).

Araştırmanın yapılabilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulundan yazılı izin alınmıştır (**EK VI**).

Araştırmanın uygulanabilmesi için Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nden yazılı izin alınmıştır (**EK VII**).

Araştırma örneklemini artırmak amacı ile araştırma konusunun değişimi için Sağlık Bilimleri Enstitüsünden yazılı izin alınmıştır.(**EK VIII**).

BÖLÜM III

BULGULAR

3.1.KOROZİV YANIK TANISI İLE İZLENEN HASTA ÇOCUKLARIN AİLELERİNİN TANITICI BULGULARI

Bu bölümde koroziv yanık tanısı ile yatan hasta çocukların annelerinin; yaş grupları, eğitim durumları, çalışma durumları, mesleği, babalarının; yaş grupları, eğitim durumları, çalışma durumları, mesleği ve aileler(aile şekilleri, ailenin çocuk sayıları, sosyal güvenceleri ve gelir düzeyleri) ile ilgili veriler yer almaktadır.

Tablo 5: Annelerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı

		Sayı	%
<u>Yaş Grupları</u>	20-24 yaş	6	20,0
	25-29 yaş	5	16,7
	30-34 yaş	11	36,7
	35 yaş ve üstü	8	26,7
<u>Eğitim Durumları</u>	İlk-orta öğretim mezunu	24	80,0
	Lise - Üniversite	6	20,0
<u>Çalışma Durumları</u>	Çalışıyor	8	26,7
	Çalışmıyor	22	73,3
<u>Meslek</u>	Ev hanımı	22	73,3
	İşçi-memur	6	20,0
	Serbest meslek	2	6,7
TOPLAM		30	100,0

Araştırma kapsamına alınan annelerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 5'te görülmektedir.

Annelerin yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde %20'sinin 20-24, %16,7'sinin 25-29, %36,7'sinin 30-34, %26,7'sinin ise 35 yaş ve üstü yaş grubunda olduğu görülmektedir (Tablo 5).

Eğitim durumları incelendiğinde, %80'inin ilk-orta öğretim mezunu, %20,0'sinin ise lise - üniversite mezunu olduğu görülmektedir (Tablo 5).

Araştırma kapsamına alınan annelerin büyük çoğunluğu çalışmamaktadır. Çalışanların ise %20'sinin işçi-memur, %6,7'sinin ise serbest meslek sahibi olduğu görülmektedir (Tablo 5).

Tablo:6 Babaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı

		Sayı	%
<u>Yaş Grupları</u>	20-24 yaş	1	3,3
	25-29 yaş	3	10,0
	30-34 yaş	14	46,7
	35 yaş ve üstü	12	40,0
<u>Eğitim Durumları</u>	İlk-orta öğretim mezunu	19	63,3
	Lise - üniversite	11	36,6
<u>Çalışma Durumları</u>	Çalışıyor	28	93,3
	Çalışmıyor	2	6,7
<u>Meslek</u>	İşsiz	2	6,7
	İşçi-memur	10	33,3
	Serbest meslek	18	60,0
TOPLAM		30	100,0

Araştırma kapsamına alınan babaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 6'da görülmektedir.

Babaların yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde %3,3'ünün 20-24, %10'unun 25-29, %46,7'sinin 30-34, %40'ının ise 35 yaş ve üstü yaş grubunda olduğu görülmektedir (Tablo 6).

Eğitim durumları incelendiğinde, %63,3'ünün ilk-orta öğretim mezunu, %36,6'sının ise lise - üniversite mezunu olduğu görülmektedir (Tablo 6).

Araştırma kapsamına alınan babaların ise büyük çoğunluğu çalışmaktadır. Çalışanların ise %33,3'ünün işçi-memur, %60'ının ise serbest meslek sahibi olduğu görülmektedir (Tablo 6).

Tablo 7:Araştırmaya katılan ailelerin tanıtıcı özelliklere göre dağılımı

		Sayı	%
<u>Aile Şekli</u>	Çekirdek aile	26	86,7
	Geniş aile	4	13,3
<u>Ailenin Çocuk Sayısı</u>	1	11	36,7
	2	13	43,3
	3	2	6,7
	4 ve üstü	4	13,3
<u>Sosyal Güvenceleri</u>	Emekli sandığı	1	3,3
	Bağkur	3	10,0
	SSK	15	50,0
	Yeşilkart ve diğer	11	36,7
<u>Gelir Düzeyleri</u>	Gelir giderden az	20	66,7
	Gelir gidere denk	8	26,7
	Gelir giderden yüksek	2	6,7
TOPLAM		30	100,0

Tablo 7’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan ailelerin aile şekillerine göre dağılımları incelendiğinde büyük çoğunluğunun (%86,7) çekirdek yapısında olduğu görülmektedir.

Ailelerin çocuk sayılarına göre dağılımları incelendiğinde ise % 36,7’sinin tek çocuk sahibi olduğu, %43,3’ünün 2 , %6,7’sinin 3, %13,3’ünün ise 4 ve üstü çocuk sahibi olduğu görülmektedir (Tablo 7).

Sosyal güvencelerine göre dağılımları incelendiğinde, %3,3’ünün emekli sandığı, %10’unun bağkur, %50’sinin SSK, %36,7’sinin ise yeşilkart ve diğer sosyal güvencelere sahip olduğu görülmektedir (Tablo 7).

Ailelerin gelir düzeylerine göre dağılımını incelediğimizde ise büyük çoğunluğunun (%66,7) gelir düzeyinin giderden az olduğu görülmektedir.(Tablo 7).

3.2. KOROZİV YANIK TANISI İLE İZLENEN HASTA ÇOCUKLARIN TANITICI BULGULARI

Araştırmaya alınan koroziv yanık tanısı ile izlenen hasta çocukların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 8’de görülmektedir.

Tablo 8: Koroziv madde içen çocukların yaş durumları ve cinsiyetlerine göre dağılımı

		Sayı	%
<u>Koroziv Madde İcen Çocukların Yaş Durumları</u>	1-4 yaş	8	26,6
	5-10 yaş	16	53,4
	11-14 yaş	4	13,3
	15 yaş ve üstü	2	6,6
<u>Cinsiyetleri</u>	Kız	11	36,7
	Erkek	19	63,3
TOPLAM		30	100,0

Tablo 8’de görüldüğü gibi araştırmada koroziv madde içen çocukların yaş durumları incelendiğinde, %26,6’sının 1-4 yaş, %53,4’ünün 5-10 yaş, %13,3’ünün 11-14 yaş, %6,6’sının ise 15 yaş üstü olduğu görülmektedir (Tablo 8).

Koroziv madde içen çocukların cinsiyetlerinin dağılımları incelendiğinde ise büyük çoğunluğunun (%63,3) erkek olduğu görülmüştür (Tablo 8).

3.3.İÇİLEN KOROZİV MADDEYE ÖZGÜ TANITICI BULGULAR

Bu bölümde içilen koroziv maddelerin türleri, içildiği yerler, içiminden sonra görülen ilk belirtiler, içilmesi sonrası alınan ilk yardım ve destek durumu, kimden alındığı ve yapılan ilk yardım uygulamaları Tablo 9, Tablo10 ve Tablo 11 de görülmektedir.

Tablo 9. Koroziv Maddeye Özgü Bilgilerin Dağılımı

		Sayı	%
İçilen koroziv maddenin türü	Yağ-çöz	22	73,3
	Kostik	5	16,7
	Tarım ilacı	2	6,7
	Por-çöz	1	3,3
İçildiği yer	Evde oynarken	12	40,0
	Komşu akraba ziyaretinde	7	23,3
	Ev dışında	6	20,0
	Evde temizlik yaparken	5	16,7
İçiminden sonra görülen ilk belirtiler	Ağızda yanma	13	43,3
	Bulantı-kusma	10	33,3
	Öksürme -öksürük	7	23,3
TOPLAM		30	100,0

Tablo 9' da görüldüğü gibi içilen koroziv maddelerin dağılımı incelendiğinde %73,3'ünün yağ çöz, %16,7'sinin kostik, %6,7'sinin tarım ilacı %3,3'ünün ise por çöz içtiği görülmektedir (Tablo 9).

İçildiği yerin dağılımı incelendiğinde, %40,0'ının evde oynarken, %23,3'ünün komşu akraba ziyaretinde, %20,0'sinin ev dışında, %16,7'sinin ise evde temizlik yaparken içtiği görülmektedir (Tablo 9).

İçiminden sonra görülen ilk belirtilerin dağılımı incelendiğinde ise, %43,3'ünün ağzında yanma olduğu, %33,3'ünün bulantı-kusma gerçekleştiği, %23,3'ünün ise öksürme –öksürük şeklinde yakınmalarının olduğu saptanmıştır (Tablo 9).

Tablo 10: Koroziv madde içimi sonrası alınan destek durumuna yönelik bilgilerin dağılımı

		Sayı	%
Koroziv madde içimi sonrası alınan yardım ve destek durumu	Evet	22	73,3
	Hayır	8	26,7
Yardımlı Kimden Aldığı	Almadı	8	26,7
	Komşu-arkadaş	9	30,0
	Yakın akraba	7	23,3
	Es	4	13,3
	Diğer	2	6,7
TOPLAM		30	100,0

Tablo 10'da görüldüğü gibi koroziv madde içimi sonrası alınan yardım ve destek durumunun dağılımına baktığımızda büyük çoğunluğunun (%73,3) yardım aldığı görülmüştür.

Kimden yardım aldığına yönelik dağılıma baktığımızda ise %30'unun komşu-arkadaş, %23,3'ünün yakın akraba, %13,3'ünün eşi ve %6,7'sinin ise diğer kişiler tarafından yardım aldığı görülmektedir (Tablo 10).

Tablo 11: Koroziv Madde İçimi Sonrası Evde Yapılan İlk Yardım Uygulaması

		Sayı	%
Koroziv madde alımı sonrası evde yapılan ilk yardım uygulaması	Hemen hastaneye götürmek	24	80,0
	Süt veya su içirmek	21	70,0
	Kusturmak	21	70,0
	Sirke, limon tuzu eriği, zeytinyağı içirmek	7	23,3
TOPLAM		30	100,0

*Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo 11 'de koroziv madde içimi sonrası evde yapılan ilk yardım uygulamalarının dağılımı verilmektedir. Evde yapılan ilk yardım uygulamalarına baktığımızda %80'inin hemen hastaneye getirdiği, %70,0'inin süt veya su içirdiği, %70,0'inin kusturduğu, %23,3'ünün ise sirke, limon tuzu eriği veya zeytinyağı içirdiği görülmektedir (Tablo 11).

3.4. HEMŞİRELERİN TANITICI BULGULARI

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin tanıtıcı bulguları (yaş grupları, medeni durumları, mezun olunan okul, alıőma Şekilleri, hemşire olarak alıőtđđı toplam çalışma sũreleri ile ocuk cerrahi servisinde alıőtđđı toplam sũreleri) ve bakım verdikleri hasta sayıları bakımından dağılımları incelenmiş ve Tablo 12 ve Tablo13'de

Tablo 12: Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

HEMŞİRELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİ		Sayı	%
Yaş Grupları	30-34 yaş	8	26,7
	35-39 yaş	12	40,0
	40 yaş ve üstũ	10	33,3
Medeni durumları	Evli	22	73,3
	Bekar	8	26,7
Mezun olunan okul	Hemşirelik - önlisans	22	73,3
	Hemşirelik- lisans	8	26,7
Çalışma sekli	çoğunlukla gũndũz	20	66,7
	Karışık(Nöbet-gũndũz)	10	33,3
Hemşire olarak alıőtđđı toplam sũre	15 yıl ve üzeri	8	26,7
	25 yıl ve üzeri	12	40,0
	30 yıl ve üzeri	10	33,3
ocuk cerrahisi servisinde alıőtđđı toplam sũre	1-5 yıl	12	40,0
	15 yıl ve üzeri	8	26,7
	30 yıl ve üzeri	10	33,3
TOPLAM		30	100,0

Tablo 12'de görüldüğü gibi araştırmaya katılan hemşirelerin yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde; %26,7'sinin 30-34 yaş, %40'ının 35-39 yaş, %33,3'ünün ise 40 yaş ve üstü olduğu görülmektedir.

Medeni durumlarının dağılımı incelendiğinde %73,3'ünün evli olduğu %26,7'sinin ise bekar olduğu görülmektedir (Tablo 12).

Hemşirelerin mezun olunan okul durumlarının dağılımında ise %73,3'ünün hemşirelik önlisansı bitirdiği, %26,7'sinin hemşirelik lisans mezunu olduğu görülmüştür (Tablo 12).

Hemşirelerin çalışma şekillerinin dağılımı incelendiğinde ise %66,7'sinin çoğunlukla gündüz çalıştığı, %33,3'ünün karışık (Nöbet-gündüz) olarak çalıştığı görülmüştür (Tablo 12).

Hemşire olarak çalıştığı toplam sürenin dağılımını incelediğimizde %26,7'sinin 15 yıl ve üzeri, %40,0'ının 25 yıl ve üzeri, %33,3'ünün ise 30 yıl ve üzeri çalıştığı görülmüştür (Tablo 12).

Çocuk cerrahisi servisinde çalıştığı toplam sürenin dağılımına baktığımızda ise %40,0'ının 1-5 yıl, %26,7'sinin 15 yıl ve üzeri, %33,3'ünün ise 30 yıl ve üzeri çalıştığı görülmüştür (Tablo 12).

Tablo 13. Dilatasyon Günü Hasta Sayılarının Dağılımına Yönelik Bilgiler

		Sayı	%
Serviste dilatasyon günleri koroziv yanık tanısıyla yatan hasta sayıları	2 hasta	2	6,7
	3 hasta	9	30,0
	4 hasta	11	36,7
	5 hasta	8	26,7
Hemşire başına düşen koroziv yanık hasta sayısı	1 hasta	4	13,3
	2 hasta	11	36,7
	3 hasta	15	50,0
TOPLAM		30	100,0

Tablo 13'de dilatasyon günü koroziv yanık tanısıyla yatan hasta sayıları ve hemşire başına düşen hasta sayılarının dağılımına yönelik bilgiler vermektedir.

Tablo 13'e göre serviste dilatasyon günü koroziv yanık tanısı ile yatan hasta sayısının dağılımına baktığımızda %6,7'si ile 2 hasta, %30,0'u 3 hasta, %36,7'si 4 hasta, %26,7'si 5 hasta olduğu görülmektedir (Tablo 13).

Hemşire başına düşen koroziv yanık hasta sayısının dağılımını incelediğimizde ise %13,3'ü 1 hasta, %36,7'si 2 hasta, %50'si 3 hastayla ilgilendiği görülmektedir (Tablo 13).

3.5. AİLELER VE HEMŞİRELERİN KART SORT TEKNİĞİNDE YAPTIKLARI SIRALAMA DAĞILIMLARININ İNCELENMESİ

3.5.1. KART SORT SORULARINA AİLELERİN YAPTIKLARI SIRALAMA DAĞILIMININ GENEL SONUÇLARI

	Kart 1	Kart 2	Kart 3	Kart 4	Kart 5	Kart 6	Kart 7	Kart 8	Kart 9	Kart 10	Kart 11	Kart 12	Kart 13	Kart 14	Kart 15
Kart 1	.000	1662.000	578.000	1299.000	713.000	552.000	588.000	1403.000	1063.000	1189.000	1050.000	1491.000	666.000	765.000	569.000
Kart 2	1662.000	.000	1868.000	775.000	2341.000	1162.000	1396.000	575.000	1675.000	1033.000	1404.000	861.000	1484.000	1065.000	1547.000
Kart 3	578.000	1868.000	.000	1643.000	619.000	856.000	752.000	1855.000	875.000	1123.000	724.000	1903.000	786.000	915.000	809.000
Kart 4	1299.000	775.000	1643.000	.000	2322.000	1225.000	1143.000	600.000	1916.000	1102.000	1077.000	660.000	1621.000	1252.000	1508.000
Kart 5	713.000	2341.000	619.000	2322.000	.000	1357.000	951.000	2338.000	1042.000	1510.000	1035.000	2406.000	995.000	1006.000	812.000
Kart 6	552.000	1162.000	856.000	1225.000	1357.000	.000	790.000	1083.000	1147.000	1131.000	1568.000	1319.000	800.000	733.000	835.000
Kart 7	588.000	1396.000	752.000	1143.000	951.000	790.000	.000	1105.000	1271.000	1203.000	1280.000	1239.000	1094.000	863.000	869.000
Kart 8	1403.000	575.000	1855.000	600.000	2338.000	1083.000	1105.000	.000	2322.000	750.000	1853.000	236.000	1843.000	1420.000	1606.000
Kart 9	1063.000	1675.000	875.000	1916.000	1042.000	1147.000	1271.000	2322.000	.000	1812.000	1097.000	2304.000	711.000	900.000	690.000
Kart 10	1189.000	1033.000	1123.000	1102.000	1510.000	1131.000	1203.000	750.000	1812.000	.000	1091.000	948.000	1367.000	1122.000	1074.000
Kart 11	1050.000	1404.000	724.000	1077.000	1035.000	1568.000	1280.000	1853.000	1097.000	1091.000	.000	1907.000	984.000	979.000	1039.000
Kart 12	1491.000	861.000	1903.000	660.000	2406.000	1319.000	1239.000	236.000	2304.000	948.000	1907.000	.000	1863.000	1686.000	1720.000
Kart 13	666.000	1484.000	786.000	1621.000	995.000	800.000	1094.000	1843.000	711.000	1367.000	984.000	1863.000	.000	763.000	595.000
Kart 14	765.000	1065.000	915.000	1252.000	1006.000	733.000	863.000	1420.000	900.000	1122.000	979.000	1686.000	763.000	.000	416.000
Kart 15	569.000	1547.000	809.000	1508.000	812.000	835.000	869.000	1606.000	690.000	1074.000	1039.000	1720.000	595.000	416.000	.000

*Üst köşegen ailelerin 2. dilatasyondaki eğitim gereksinimleri, alt köşegen ise 3. dilatasyondaki eğitim gereksinimlerini göstermektedir.

Tablo 14: Kart sort sorularının birbirlerine göre öklit uzunlukları

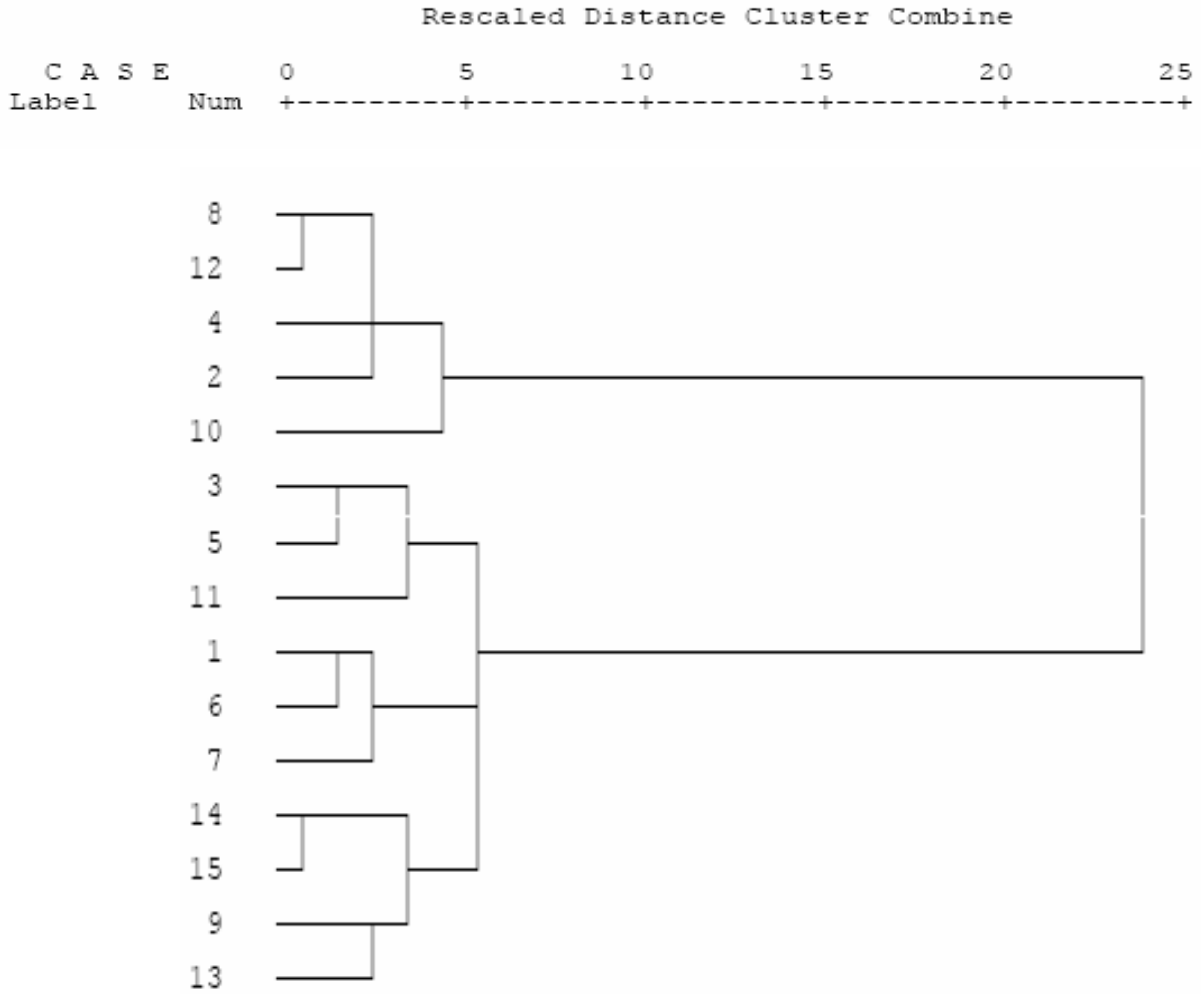
Tablo 14’de ailelerin eğitim gereksinimlerine göre sıraladıkları soruların birbirlerine göre yakınlık ve uzunluk ölçümlerini göstermektedir. Tabloya göre “Tedavi süreci ne kadar sürecek?” sorusu ile “Dilatasyondan sonra eve taburcu olduğumuzda nelere dikkat etmeliyim?” soruları arasında (416,000) minimum uzaklık bulunmuştur.

Tabloda “Tedavi süreci sonrasında eski yeme alışkanlıklarına dönebilecek mi ?” ile “Piyasada özofagus yanığını önlemek için yapılan koruyucu önlemler nelerdir?” soruları ile beraber aynı oranda “Tekrarını önlemek için evde ne tür koruyucu

önlemler alabilirim?"ile "Kalıp ve dilatasyon tedavisinin çocuğum için yararı nedir?"soruları maximum uzunlukta sorular olduğu (2322.000) bulunmuştur.

Cluster analizi kart sort sorularının matematiksel yakınlığının rapor edilmesinde kullanılan bir analiz yöntemidir. Kartların kendi içinde önem derecelerini belirlemek amacı ile (Ward methodu), "**çok önemli, orta dereceli önemli ve az önemli**" şeklinde sınıflandırmıştır. Böylelikle kendi içinde sınıflanan bu kartlar dendrogramlarla görsel hale getirilmiştir.

Dendrogram using Ward Method



Şekil 4:Ailelerin eğitim gereksinimi duydukları soru değişkenlerinin (kart sorularının) dendrogramı

Dendrogama göre ailelerin eğitim gereksinimi duydukları ve en çok merak ettikleri kart sort sorularının; **3. - 5. ve 11.** kartların olduğu saptanmıştır.

Buna göre sırasıyla “Çocuk dilatasyon aşamasında okula gidebilecek mi?”, “Kalıp ve dilatasyon tedavisinin çocuğum için yararı nedir?” ve “Koroziv madde alımından sonra hangi organlarda ne tür zararlar oluşur? soruları aileler tarafından çok önemli ve **en çok merak ettikleri** kart sort soruları olmuştur.

Dendrogamda ailelere göre orta düzeyde önemli kart sort sorularının ise **1.-6.-7.-9.- 13.-14. ve 15.** kartların olduğu saptanmıştır.

Buna göre; “Çocuğumu tüple hangi yöntemle besleyebilirim?”, “Koroziv yanığın tedavi süreci neden uzun ve tekrarlı dilatasyon işlemlerinden oluşur, çocuğum için yararı nedir?”, “Kalıp tedavisinde tüpün dışarı çıkan çevresi ile nasıl ilgileneceğim?”, “Tedavi süreci sonrasında eski yeme alışkanlıklarına dönebilecek mi?”, “Çocuk kalıp tedavisinde iken havuz ya da denize girebilir mi?”, “Dilatasyondan sonra eve taburcu olduğumuzda nelere dikkat etmeliyim?” “Tedavi sürecine kadar sürecek?” soruları aileler tarafından orta düzeyde önemli kart sort soruları olmuştur.

Dendrogama göre az önemli kart sort sorularının ise **2.- 4.- 8.- 10.- ve 12.** kartlar olduğu saptanmıştır.

Buna göre; “Koroziv maddelerden yanık oluşturabilen piyasadaki diğer ürünler nelerdir?”, “Tekrarını önlemek için evde ne tür koruyucu önlemler alabilirim?”, “Piyasada özofagus yanığını önlemek için yapılan koruyucu önlemler nelerdir?”, “Özofagus yanık sonrası ilk yardım olarak ne yapmalıyım?”ve “Koroziv madde nedir?

soruları aileler tarafından **az önemli** gördükleri ve **en az merak ettikleri** kart sort soruları olduğu bulunmuştur.

3.5.2.KART SORT SORULARINA HEMŞİRELERİN YAPTIKLARI SIRALAMA DAĞILIMININ GENEL SONUÇLARI

Kart Numaraları	Kart 1	Kart 2	Kart 3	Kart 4	Kart 5	Kart 6	Kart 7	Kart 8	Kart 9	Kart 10	Kart 11	Kart 12	Kart 13	Kart 14	Kart 15
Kart 1	.000	1834.000	246.000	1503.000	230.000	908.000	330.000	1562.000	823.000	1084.000	1127.000	1710.000	1273.000	762.000	663.000
Kart 2	1834.000	.000	1610.000	1049.000	2054.000	2114.000	1856.000	386.000	2165.000	1052.000	1135.000	370.000	755.000	2454.000	2269.000
Kart 3	246.000	1610.000	.000	1701.000	270.000	750.000	244.000	1246.000	911.000	1100.000	1153.000	1444.000	1401.000	824.000	731.000
Kart 4	1503.000	1049.000	1701.000	.000	1919.000	2259.000	1903.000	1031.000	2040.000	705.000	670.000	1023.000	868.000	2333.000	2216.000
Kart 5	230.000	2054.000	270.000	1919.000	.000	756.000	80.000	1572.000	747.000	1432.000	1427.000	1894.000	1577.000	656.000	543.000
Kart 6	908.000	2114.000	750.000	2259.000	756.000	.000	824.000	1688.000	539.000	1380.000	1655.000	2292.000	1469.000	482.000	525.000
Kart 7	330.000	1856.000	244.000	1903.000	80.000	824.000	.000	1420.000	775.000	1388.000	1343.000	1756.000	1619.000	740.000	605.000
Kart 8	1562.000	386.000	1246.000	1031.000	1572.000	1688.000	1420.000	.000	1779.000	916.000	967.000	422.000	753.000	1884.000	1795.000
Kart 9	823.000	2165.000	911.000	2040.000	747.000	539.000	775.000	1779.000	.000	1343.000	1248.000	2127.000	1608.000	325.000	322.000
Kart 10	1084.000	1052.000	1100.000	705.000	1432.000	1380.000	1388.000	916.000	1343.000	.000	183.000	1110.000	675.000	1182.000	1099.000
Kart 11	1127.000	1135.000	1153.000	670.000	1427.000	1655.000	1343.000	967.000	1248.000	183.000	.000	1101.000	872.000	1289.000	1150.000
Kart 12	1710.000	370.000	1444.000	1023.000	1894.000	2292.000	1756.000	422.000	2127.000	1110.000	1101.000	.000	947.000	2402.000	2251.000
Kart 13	1273.000	755.000	1401.000	868.000	1577.000	1469.000	1619.000	753.000	1608.000	675.000	872.000	947.000	.000	1659.000	1536.000
Kart 14	762.000	2454.000	824.000	2333.000	656.000	482.000	740.000	1884.000	325.000	1182.000	1289.000	2402.000	1659.000	.000	41.000
Kart 15	663.000	2269.000	731.000	2216.000	543.000	525.000	605.000	1795.000	322.000	1099.000	1150.000	2251.000	1536.000	41.000	.000

*Üst köşegen ailelerin 2. dilatasyondaki eğitim gereksinimleri, alt köşegen ise 3. dilatasyondaki eğitim gereksinimlerini göstermektedir.

Tablo15: Kart sort sorularının birbirlerine göre öklit uzunlukları

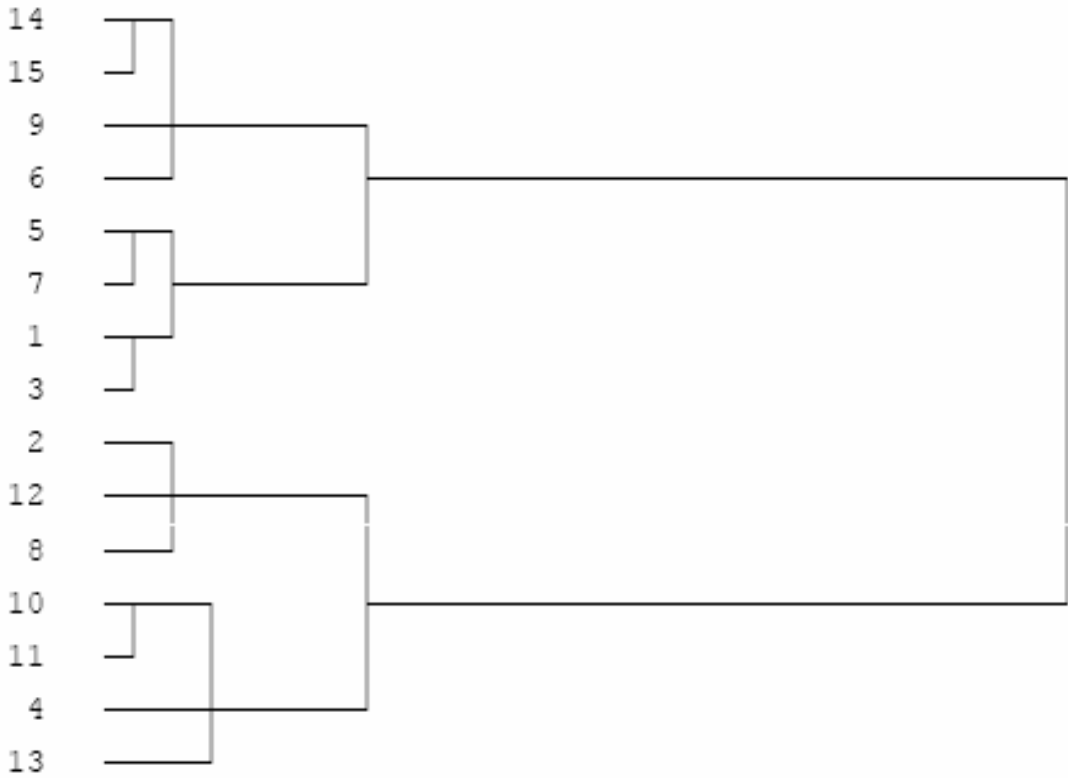
Tablo 15’de hemşirelerin eğitim gereksinimlerine göre sıraladıkları soruların birbirlerine göre yakınlık ve uzunluk ölçümlerini göstermektedir. Tabloya göre “Tedavi süreci ne kadar sürecek?” sorusu ile “Dilatasyondan sonra eve taburcu olduğumuzda nelere dikkat etmeliyim?” soruları arasında (41,000) minimum uzaklık bulunmuştur.

Tabloda “Kalıp ve dilatasyon tedavisinin çocuğum için yararı nedir?” sorusu ile “Tekrarını önlemek için evde ne tür koruyucu önlemler alabilirim?”soruları arasında (1919.000) ise maximum uzaklık bulunmuştur.

Dendrogram using Ward Method

Rescaled Distance Cluster Combine

C A S E	0	5	10	15	20	25
Label	Num	+	+	+	+	+



Sekil 5:Hemşirelerin ailelere yönelik eğitim gereksinimi duydukları soru değişkenlerinin (kart sorularının) dendrogramı

Dendrogama göre, hemşirelerin ailelere yönelik eğitim vermeyi düşündükleri çok önemli kart sort sorularının ; **6.- 9.-14.- ve15.** kartların olduğu saptanmıştır.

Buna göre; hemřirelerin ailelere eđitim vermeyi dűřűndűkleri çok önemli kart sorularının “Koroziv yanıđın tedavi sűreci neden uzun ve tekrarlı dilatasyon iřlemlerinden oluřur, çocuđum için yararı nedir?”, “Tedavi sűreci sonrasında eski yeme alıřkanlıklarına dönebilecek mi?”, Dilatasyondan sonra eve taburcu olduđumuzda nelere dikkat etmeliyim?”ve “Tedavi sűrecine kadar sűrececek?” olduđu bulunmuřtur.

Dendrogama göre hemřirelerin aileler için dűřűndűkleri orta dűzeydeki eđitim konularının **1- 3 -5. ve 7.** kartlar olduđu saptanmıřtır.

Buna göre: “ocuđumu tűple hangi yöntemle besleyebilirim?”, “ocuk dilatasyon ařamasında okula gidebilecek mi?”, “Kalıp ve dilatasyon tedavisinin çocuđum için yararı nedir?, ve “Kalıp tedavisinde tűpűn dıřarı çıkan çevresi ile nasıl ilgileneceđim?” soruları orta dűzeyde önemli kart sort soruları olmuřtur.

Hemřirelerin yine dendrogoma göre aileler için az önemli grdűkleri kart sort sorularının ise; **2- 4,-8- 10- 11,-12. ve 13.** kartlar olduđu saptanmıřtır.

Buna göre; Koroziv maddelerden yanık oluşturabilen piyasadaki diğer őrűnler nelerdir?”, “Tekrarını önlemek için evde ne tűr koruyucu önlemler alabilirim?”, “Piyasada zofagus yanığını önlemek için yapılan koruyucu önlemler nelerdir?”, özofagus yanık sonrası ilk yardım olarak ne yapmalıyım?”, “Koroziv madde alımından sonra hangi organlarda ne tűr zararlar oluşur?, “Koroziv madde nedir?,ve ocuk kalıp tedavisinde iken havuz yada denize girebilir mi?”soruları az önemli kart soruları olmuştur.

3.5.3 KART SORT SORULARINA AİLELERİN VE HEMŞİRELERİN YAPTIKLARI SIRALAMA DAĞILIMININ BİREYSEL SONUÇLARI

Bu bölümde araştırmaya alınan ailelerin ve hemşirelerin her bir soruyu sıraladıkları önem dereceleri incelenmiş ve dağılımları gösterilmiştir.

Tablo 16: Çocuğumu Tüple Hangi Yöntemle Besleyebilirim ? sorusunun dağılımı

Çocuğumu tüple hangi yöntemle besleyebilirim ?	<u>AİLE</u>		<u>HEMŞİRE</u>		<u>TOPLAM</u>	
	n	%	n	%	n	%
ÇOK ÖNEMLİ	9	42,9	12	57,1	21	100,0
ORTA DÜZEYDE ÖNEMLİ	13	44,8	16	55,2	29	100,0
AZ ÖNEMLİ	8	80,0	2	20,0	10	100,0
<u>TOPLAM</u>	30	50,0	30	50,0	60	100,0

Tablo 16' ya göre aileler, **Çocuğumu tüple hangi yöntemle besleyebilirim?** sorusunu %42,9 çok önemli, %44,8 orta düzeyde önemli, %80 ise az önemli eğitim konusu olarak sıralamışlardır.

Hemşireler ise bu eğitim sorusunu %57,1'i çok önemli, %55,2,'si orta düzeyde önemli %20'si ise az önemli eğitim konusu olarak sıralamışlardır.

Tablo 17: Koroziv maddelerden yanık oluşturabilen piyasadaki diğer ürünler nelerdir? sorusunun dağılımı

Koroziv maddelerden yanık oluşturabilen piyasadaki diğer ürünler nelerdir?	<u>AİLE</u>		<u>HEMSİRE</u>		<u>TOPLAM</u>	
	n	%	n	%	n	%
ÇOK ÖNEMLİ	10	83,3	2	16,7	12	100,0
ORTA DÜZEYDE ÖNEMLİ	5	50,0	5	50,0	10	100,0
AZ ÖNEMLİ	15	39,5	23	60,5	38	100,0
<u>TOPLAM</u>	30	50,0	30	50,0	60	100,0

Tablo 17'ye göre aileler, ***Koroziv maddelerden yanık oluşturabilen piyasadaki diğer ürünler nelerdir?*** sorusunu %83,3'ü çok önemli, %50'si orta düzeyde önemli, %39,5'i az önemli eğitim konusu olarak sıralamışlardır.

Hemşireler ise bu eğitim sorusunu %16,7'si çok önemli, %50'si orta düzeyde önemli, %60,5'i ise az önemli eğitim konusu olarak sıralamışlardır.

Tablo 18: Çocuk dilatasyon aşamasında okula gidebilecek mi? sorusunun dağılımı

Çocuk dilatasyon aşamasında okula gidebilecek mi?	<u>AİLE</u>		<u>HEMŞİRE</u>		<u>TOPLAM</u>	
	n	%	n	%	n	%
ÇOK ÖNEMLİ	13	56,5	10	43,5	23	100,0
ORTA DÜZEYDE ÖNEMLİ	11	42,3	15	57,7	26	100,0
AZ ÖNEMLİ	6	54,5	5	45,5	11	100,0
<u>TOPLAM</u>	30	50,0	30	50,0	60	100,0

Tablo 18'e göre aileler **Çocuk dilatasyon aşamasında okula gidebilecek mi?** sorusunu %56,5'i çok önemli, %42,3'ü orta düzeyde önemli, %54,5'i ise az önemli eğitim konusu olarak sıralamışlardır.

Hemşireler ise bu eğitim sorusunu %43,5'i çok önemli, %57,7'si orta düzeyde önemli, %45,5' i ise az önemli eğitim konusu olarak sıralamışlardır.

Tablo 19: Tekrarını önlemek için evde ne tür koruyucu önlemler alabilirim? sorusunun dağılımı

Tekrarını önlemek için evde ne tür koruyucu önlemler alabilirim?	<u>AİLE</u>		<u>HEMŞİRE</u>		<u>TOPLAM</u>	
	n	%	n	%	n	%
ÇOK ÖNEMLİ	7	53,8	6	46,2	13	100,0
ORTA DÜZEYDE ÖNEMLİ	7	63,6	4	36,4	11	100,0
AZ ÖNEMLİ	16	44,4	20	55,6	36	100,0
<u>TOPLAM</u>	30	50,0	30	50,0	60	100,0

Tablo 19'a göre aileler ***Tekrarını önlemek için evde ne tür koruyucu önlemler alabilirim?*** sorusunu % 53,8'i çok önemli, % 63,6'sı orta düzeyde önemli,%44,4'ü ise az önemli eğitim konusu olarak sıralamışlardır.

Hemşireler ise bu eğitim sorusunu %46,2'si çok önemli, % 36,4'ü orta düzeyde önemli, %55,6'sı ise az önemli eğitim konusu olarak sıralamışlardır.

Tablo 20:Kalıp ve dilatasyon tedavisinin çocuğum için yararı nedir? sorusunun dağılımı

Kalıp ve dilatasyon tedavisinin çocuğum için yararı nedir?	<u>AİLE</u>		<u>HEMŞİRE</u>		<u>TOPLAM</u>	
	n	%	n	%	n	%
ÇOK ÖNEMLİ	14	48,3	15	51,7	29	100,0
ORTA DÜZEYDE ÖNEMLİ	10	47,6	11	52,4	21	100,0
AZ ÖNEMLİ	6	60,0	4	40,0	10	100,0
<u>TOPLAM</u>	30	50,0	30	50,0	60	100,0

Tablo 20'ye göre aileler **Kalıp ve dilatasyon tedavisinin çocuğum için yararı nedir?** sorusunu %48,3'ü çok önemli, %47,6'sı orta düzeyde önemli, %60,0'ı az önemli eğitim konusu olarak sıralamışlardır.

Hemşireler ise bu eğitim sorusunu %51,7'si çok önemli, %52,4'ü orta düzeyde önemli, %40,0'ı az önemli eğitim konusu olarak sıralamışlardır.

Tablo21:Koroziv yanığın tedavi süreci neden uzun ve tekrarlı dilatasyon işlemlerinden oluşur,çocuğum için yararı nedir?sorusunun dağılımı

Koroziv yanığın tedavi süreci neden uzun ve tekrarlı dilatasyon işlemlerinden oluşur, çocuğum için yararı nedir?	<u>AİLE</u>		<u>HEMSİRE</u>		<u>TOPLAM</u>	
	n	%	n	%	n	%
ÇOK ÖNEMLİ	3	16,7	15	83,3	18	100,0
ORTA DÜZEYDE ÖNEMLİ	17	68,0	8	32,0	25	100,0
AZ ÖNEMLİ	10	58,8	7	41,2	17	100,0
<u>TOPLAM</u>	30	50,0	30	50,0	60	100,0

Tablo 21'e göre aileler **Koroziv yanığın tedavi süreci neden uzun ve tekrarlı dilatasyon işlemlerinden oluşur,çocuğum için yararı nedir?** sorusunu %16,7' si çok önemli, %68'i orta düzeyde önemli, %58,8'i ise az önemli eğitim konusu olarak sıralamışlardır.

Hemşireler ise bu eğitim sorusunu %83,3'ü çok önemli, %32,0'ı orta düzeyde önemli, %41,2'si ise az önemli eğitim konusu olarak sıralamışlardır.

Tablo 22:Kalıp tedavisinde tüpün dışarı çıkan çevresi ile nasıl ilgileneceğim? sorusunun dağılımı

Kalıp tedavisinde tüpün dışarı çıkan çevresi ile nasıl ilgileneceğim?	<u>AİLE</u>		<u>HEMŞİRE</u>		<u>TOPLAM</u>	
	n	%	n	%	n	%
ÇOK ÖNEMLİ	6	33,3	12	66,7	18	100,0
ORTA DÜZEYDE ÖNEMLİ	11	40,7	16	59,3	27	100,0
AZ ÖNEMLİ	13	86,7	2	13,3	15	100,0
<u>TOPLAM</u>	30	50,0	30	50,0	60	100,0

Tablo 22'ye göre aileler ***Kalıp tedavisinde tüpün dışarı çıkan çevresi ile nasıl ilgileneceğim?*** sorusunu %33,3' çok önemli, %40,7'si orta düzeyde önemli,%86,7'si az önemli eğitim konusu olarak sıralamışlardır.

Hemşireler ise bu eğitim sorusunu %66,7'si çok önemli, %59,3' orta düzeyde önemli,%13,3' az önemli eğitim konusu olarak sıralamışlardır.

Tablo 23:Piyasada özofagus yanığına önlemek için yapılan koruyucu önlemler nelerdir? sorusunun dağılımı

Piyasada özofagus yanığına önlemek için yapılan koruyucu önlemler nelerdir?	<u>AİLE</u>		<u>HEMŞİRE</u>		<u>TOPLAM</u>	
	n	%	n	%	n	%
ÇOK ÖNEMLİ	6	54,5	5	45,5	11	100,0
ORTA DÜZEYDE ÖNEMLİ	7	53,8	6	46,2	13	100,0
AZ ÖNEMLİ	17	47,2	19	52,8	36	100,0
<u>TOPLAM</u>	30	50,0	30	50,0	60	100,0

Tablo 23'e göre aileler, **Piyasada özofagus yanığına önlemek için yapılan koruyucu önlemler nelerdir?** sorusunu %54,5'i çok önemli, %53,8'i orta düzeyde önemli,%47,2'si az önemli eğitim konusu olarak sıralamışlardır.

Hemşireler ise bu eğitim sorusunu %45,5'i çok önemli,%46,2'si orta düzeyde önemli,%52,8'i az önemli eğitim konusu olarak sıralamışlardır.

Tablo 24:Tedavi süreci sonrasında eski yeme alışkanlıklarına dönebilecek mi ? sorusunun dağılımı

Tedavi süreci sonrasında eski yeme alışkanlıklarına dönebilecek mi ?	<u>AİLE</u>		<u>HEMSİRE</u>		<u>TOPLAM</u>	
	n	%	n	%	n	%
ÇOK ÖNEMLİ	17	51,5	16	48,5	33	100,0
ORTA DÜZEYDE ÖNEMLİ	10	45,5	12	54,5	22	100,0
AZ ÖNEMLİ	3	60,0	2	40,0	5	100,0
<u>TOPLAM</u>	30	50,0	30	50,0	60	100,0

Tablo24'e göre aileler, ***Tedavi süreci sonrasında eski yeme alışkanlıklarına dönebilecek mi ?*** sorusunu %51,5'i çok önemli, % 45,5'i orta düzeyde önemli, %60,1 az önemli eğitim konusu olarak sıralamışlardır.

Hemşireler ise bu eğitim sorusunu %48,5'i çok önemli, %54,5'i orta düzeyde önemli,%40'ı az önemli eğitim konusu olarak sıralamışlardır.

Tablo 25:Özofagus yanık sonrası ilk yardım olarak ne yapmalıyım? sorusunun dağılımı

Özofagus yanık sonrası ilk yardım olarak ne yapmalıyım?	<u>AİLE</u>		<u>HEMŞİRE</u>		<u>TOPLAM</u>	
	n	%	n	%	n	%
ÇOK ÖNEMLİ	13	65,0	7	35,0	20	100,0
ORTA DÜZEYDE ÖNEMLİ	5	31,3	11	68,8	16	100,0
AZ ÖNEMLİ	12	50,0	12	50,0	24	100,0
<u>TOPLAM</u>	30	50,0	30	50,0	60	100,0

Tablo 25'e göre aileler, sorusunu **Özofagus yanık sonrası ilk yardım olarak ne yapmalıyım?** %65'i çok önemli, % 31,3'ü orta düzeyde önemli, %50'si az önemli eğitim konusu olarak sıralamışlardır.

Hemşireler ise bu eğitim sorusunu %35'i çok önemli, %68,8'i orta düzeyde önemli, %50' si az önemli eğitim konusu olarak sıralamışlardır.

Tablo 26: Koroziv madde alımından sonra hangi organlarda ne tür zararlar oluşur? sorusunun dağılımı

Koroziv madde alımından sonra hangi organlarda ne tür zararlar oluşur?	<u>AİLE</u>		<u>HEMSİRE</u>		<u>TOPLAM</u>	
	n	%	n	%	n	%
ÇOK ÖNEMLİ	14	63,6	8	36,4	22	100,0
ORTA DÜZEYDE ÖNEMLİ	11	44,0	14	56,0	25	100,0
AZ ÖNEMLİ	5	38,5	8	61,5	13	100,0
<u>TOPLAM</u>	30	50,0	30	50,0	60	100,0

Tablo 26'a göre aileler, "**Koroziv madde alımından sonra hangi organlarda ne tür zararlar oluşur?**" sorusunu %63,6'sı çok önemli, % 44'ü orta düzeyde önemli, %38,5'i az önemli eğitim konusu olarak sıralamışlardır.

Hemşireler ise bu eğitim sorusunu %36,4'ü çok önemli, %56'sı'ı orta düzeyde önemli, %61,5'i az önemli eğitim konusu olarak sıralamışlardır

Tablo 27: Koroziv madde nedir? sorusunun dağılımı

Koroziv madde nedir?	<u>AİLE</u>		<u>HEMŞİRE</u>		<u>TOPLAM</u>	
	n	%	n	%	n	%
ÇOK ÖNEMLİ	7	58,3	5	41,7	12	100,0
ORTA DÜZEYDE ÖNEMLİ	5	55,6	4	44,4	9	100,0
AZ ÖNEMLİ	18	46,2	21	53,8	39	100,0
<u>TOPLAM</u>	30	50,0	30	50,0	60	100,0

Tablo27' ye göre aileler, ***Koroziv madde nedir?*** sorusunu %58,3'ü çok önemli, % 55,6'sı orta düzeyde önemli, %46,2'si az önemli eğitim konusu olarak sıralamışlardır.

Hemşireler ise bu eğitim sorusunu % 41,7'si çok önemli, %44,4'ü orta düzeyde önemli, %53,8'i az önemli eğitim konusu olarak sıralamışlardır.

Tablo 28: Çocuk kalıp tedavisinde iken havuz yada denize girebilir mi? sorusunun dağılımı

Çocuk kalıp tedavisinde iken havuz yada denize girebilir mi?	<u>AİLE</u>		<u>HEMSİRE</u>		<u>TOPLAM</u>	
	n	%	n	%	n	%
ÇOK ÖNEMLİ	10	83,3	2	16,7	12	100,0
ORTA DÜZEYDE ÖNEMLİ	11	64,7	6	35,3	17	100,0
AZ ÖNEMLİ	9	29,0	22	71,0	31	100,0
<u>TOPLAM</u>	30	50,0	30	50,0	60	100,0

Tablo 28'e göre aileler **Çocuk kalıp tedavisinde iken havuz ya da denize girebilir mi?** sorusunu %83,3'ü çok önemli, % 64,7'si orta düzeyde önemli, %29,0'ı az önemli eğitim konusu olarak sıralamışlardır.

Hemşireler ise bu eğitim sorusunu % 16,7'si çok önemli, %35,3'ü orta düzeyde önemli,71,0'ı az önemli eğitim konusu olarak sıralamışlardır

Tablo 29: Dilatasyondan sonra eve taburcu olduğumuzda nelere dikkat etmeliyim ? sorusunun dağılımı

Dilatasyondan sonra eve taburcu olduğumuzda nelere dikkat etmeliyim?	<u>AİLE</u>		<u>HEMŞİRE</u>		<u>TOPLAM</u>	
	n	%	n	%	n	%
ÇOK ÖNEMLİ	9	37,5	15	62,5	24	100,0
ORTA DÜZEYDE ÖNEMLİ	16	53,3	14	46,7	30	100,0
AZ ÖNEMLİ	5	83,3	1	16,7	6	100,0
<u>TOPLAM</u>	30	50,0	30	50,0	60	100,0

Tablo 29'da göre aileler, *Dilatasyondan sonra eve taburcu olduğumuzda nelere dikkat etmeliyim?* sorusunu %37,5'i çok önemli, % 53,3'ü orta düzeyde önemli, %83,3'ü az önemli eğitim konusu olarak sıralamışlardır.

Hemşireler ise bu eğitim sorusunu % 62,5'i çok önemli, %46,7'si orta düzeyde önemli, %16,7'si az önemli eğitim konusu olarak sıralamışlardır

Tablo 30: Tedavi sürecine kadar sürecek? sorusunun dağılımı

Tedavi sürecine kadar sürecek?	<u>AİLE</u>		<u>HEMŞİRE</u>		<u>TOPLAM</u>	
	n	%	n	%	n	%
ÇOK ÖNEMLİ	12	37,5	20	62,5	32	100,0
ORTA DÜZEYDE ÖNEMLİ	12	60,0	8	40,0	20	100,0
AZ ÖNEMLİ	6	75,0	2	25,0	8	100,0
<u>TOPLAM</u>	30	50,0	30	50,0	60	100,0

Tablo 30'a göre aileler, ***Tedavi sürecine kadar sürecek?*** sorusunu %37,5'i çok önemli, % 60'ı orta düzeyde önemli, %75,0'ı az önemli eğitim konusu olarak sıralamışlardır.

Hemşireler ise % 62,5'i çok önemli, %40,0'ı orta düzeyde önemli, %25,0'ı az önemli eğitim konusu olarak sıralamışlardır.

Sonuç olarak; araştırma kapsamına alınan ailelerin kart sıralamaları ile hemşirelerin ailelere vermeyi düşündükleri eğitim gereksinimleri sonucu önem derecesine göre sıraladıkları kart sıralamaları arasında sonuç olarak istatistiksel olarak Tablo 38'e göre anlamlı bir fark bulunmamıştır $(p > 0.005)$ (Tablo 31).

Tablo 31: Ailelerin kart sıralamalarındaki önem dereceleri ile hemşirelerin kart sıralamalarındaki önem derecelerinin karşılaştırılması

AİLE	HEMŞİRE						TOPLAM	
	ÇOK ÖNEMLİ		ORTA DÜZEYDE ÖNEMLİ		AZ ÖNEMLİ			
	N	%	N	%	N	%	N	%
ÇOK ÖNEMLİ	0	0,0	2	66,7	1	33,3	3	100,0
ORTA DÜZEYDE ÖNEMLİ	4	57,1	2	28,6	1	14,3	7	100,0
AZ ÖNEMLİ	0	0,0	0	0,0	5	100,0	5	100,0

3.5.4.SPESİFİK SONUÇLAR

Spesifik sonuçlarda araştırma kapsamına alınan aileler ve hemşirelerin önem sıralarına koydukları kart soruları ile demografik özelliklerinin karşılaştırılmalarını içermektedir.

Aileler tarafından en çok merak ettikleri ve çok önemli gördükleri kart sorularının **“Çocuk dilatasyon aşamasında okula gidebilecek mi?”**, **“Kalıp ve dilatasyon tedavisinin çocuğum için yararı nedir?”** ve **“Koroziv madde alımından sonra hangi organlarda ne tür zararlar oluşur?”** olduğu bulunmuştur. Aşağıda bu sorular ile ilgili ailelerin sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırmaları verilmiştir.

“Çocuk dilatasyon aşamasında okula gidebilecek mi?” sorusunu 30-34 yaş grubu annelerin %30,8’i ve ilk - orta eğitim mezunu annelerin %76,9’u çok önemli kart soruları arasına almıştır.

Ailelerin çocuklarının içtiği koroziv madde sınıflandırılmasına baktığımızda ise %76,9’unun koroziv madde olarak yağ çöz içtiği ve ilk yardım uygulaması için %84,6’sının yardım aldığı saptanmıştır.%30,8’inin bu yardımı komşu ve arkadaşlarından aldığı saptanmıştır.

Bu ailelerin yaptığı ilk yardım uygulamalarına baktığımızda ise %23,1’inin sirke, limon tuzu eriği veya ,zeytinyağı içirdiği, %76,9’unun süt veya su içirdiği, %76,9’unun kusturduğu, %76,9’unun ise hemen hastaneye götürdüğü görülmektedir. (Not: Burada bir kişi birden fazla yanıt vermiştir.)

“Kalıp ve dilatasyon tedavisinin çocuğum için yararı nedir?” sorusunu 35 yaş ve üstü yaş grubu annelerin %50’si ve ilk - orta eğitim mezunu annelerin %41,7’si çok önemli kart soruları arasına almıştır. Çok önemli kart soruları arasında yer alan bu soruda çocukların

içtiği koroziv madde sınıflandırılmasına baktığımızda ise %54,5'inin koroziv madde olarak yağ çöz içtiği ve ilk yardım uygulaması için %45,5'inin yardım aldığı saptanmıştır.%57,1'inin bu yardımı yakın akrabasından aldığı görülmüştür.

Çok önemli sorular arasına koyan ailelerin yaptığı ilk yardım uygulamalarına baktığımızda ise %14,3'ünün sirke, limon tuzu eriği, zeytinyağı içirdiği, %47,6'sının süt veya su içirdiği, %52,4'ünün kusturduğu, %54,2'sinin ise hemen hastaneye götürdüğü görülmektedir. (Not:Burada bir kişi birden fazla yanıt vermiştir.)

“Koroziv madde alımından sonra hangi organlarda ne tür zararlar oluşur?”
sorusunu 35 yaş ve üstü yaş grubu annelerin %75'i ve ilk - orta eğitim mezunu annelerin %45,8'i çok önemli kart soruları arasına almıştır. Çok önemli kart soruları arasında yer alan bu soruda çocukların içtiği koroziv madde sınıflandırılmasına baktığımızda ise %45,5'i koroziv madde olarak yağ çöz içtiği ve ilk yardım uygulaması için %40,9'unun ilk yardım aldığı saptanmıştır.% 75,0'inin bu yardımı eşinden aldığı görülmüştür.

Çok önemli sorular arasına koyan ailelerin yaptığı ilk yardım uygulamalarına baktığımızda ise %43,5'inin sirke, limon tuzu eriği,zeytinyağı içirmediği, %42,9'unun süt veya su içirdiği, %64,3'ünün kusturduğu, %78,6'sının ise hemen hastaneye götürdüğü görülmektedir. (Not:Burada bir kişi birden fazla yanıt vermiştir.)

Hemşireler tarafından çok önemli gördükleri kart dendrogama göre çok önemli kart sort soruları; “Koroziv yanığın tedavi süreci neden uzun ve tekrarlı dilatasyon işlemlerinden oluşur, Çocuğum için yararı nedir?”, “Tedavi süreci sonrasında eski yeme alışkanlıklarına dönebilecek mi ?”, Dilatasyondan sonra eve taburcu olduğumuzda nelere dikkat etmeliyim?”,“Tedavi sürecine kadar sürecek?” olduğu bulunmuştur olduğu bulunmuştur.

Aşağıda bu sorular ile ilgili hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırmaları verilmiştir.

“Koroziv yanığın tedavi süreci neden uzun ve tekrarlı dilatasyon işlemlerinden oluşur, Çocuğum için yararı nedir?” sorusunu çok önemli kart sort sıralamasına koyan hemşirelere baktığımızda %73,3’ünün önlisansı bitirdiği, %53,3’ünün toplam çalışma süresinin 26 yıl olduğu servisteki çalışma süresi %53,3’ünün ise 2 yıl olduğu bulunmuştur. Çalışma şekillerine baktığımızda ise %80’inin çoğunlukla gündüz çalıştığı bulunmuştur. Serviste yatan ve hemşirelerin bakım verdiği o gün serviste yatan koroziv tanısı olan hasta sayılarının dağılımına baktığımızda ise, 3 tane hasta bakanların %46,7’sinin bu soruyu çok önemli kart sıralaması arasına koyduğu saptanmıştır.

Tedavi süreci sonrasında eski yeme alışkanlıklarına dönebilecek mi ?” sorusunu ise çok önemli kart sort sıralamasına koyan hemşirelere baktığımızda 87,5’inin önlisansı bitirdiği, %50’sinin toplam çalışma süresinin 26 yıl olduğu servisteki çalışma süresi ise %50’sinin 2 yıl olduğu bulunmuştur. Çalışma şekillerine baktığımızda ise %62,5’inin çoğunlukla gündüz çalıştığı bulunmuştur. Serviste yatan ve hemşirelerin bakım verdiği o gün serviste yatan koroziv tanısı olan hasta sayılarının dağılımına baktığımızda ise, 3 tane hasta bakanların %60’i”bu soruyu çok önemli kart sıralaması arasına koyduğu bulunmuştur.

Dilatasyondan sonra eve taburcu olduğumuzda nelere dikkat etmeliyim?” sorusunu ise çok önemli kart sort sıralamasına koyan hemşirelere baktığımızda bu soruyu çok önemli kart sort sıralamasına koyan hemşirelere baktığımızda % 80’inin önlisansı bitirdiği, %53,3’ünün toplam çalışma süresinin 26 yıl olduğu servisteki çalışma süresi ise %53,3’ünün 2 yıl olduğu bulunmuştur. Çalışma şekillerine baktığımızda ise %73,3’ünün çoğunlukla gündüz çalıştığı bulunmuştur. Serviste yatan ve hemşirelerin bakım verdiği o gün serviste yatan koroziv tanısı olan hasta sayılarının dağılımına baktığımızda ise, 3 tane hasta bakanların %60’i”bu soruyu çok önemli kart sıralaması arasına koyduğu bulunmuştur.

Tedavi sürecine kadar sürecektir?” sorusunu ise çok önemli kart sort sıralamasına koyan hemşirelere baktığımızda % 75’inin önlisansı bitirdiği, %50’sinin’ toplam çalışma

süresinin 26 yıl olduğu servisteki çalışma süresi ise %50'sinin' 2 yıl olduğu bulunmuştur .Çalışma şekillerine baktığımızda ise %75'inin çoğunlukla gündüz çalıştığı bulunmuştur.Serviste yatan ve hemşirelerin bakım verdiği o gün serviste yatan koroziv tanısı olan hasta sayılarının dağılımına baktığımızda ise, 3 tane hasta bakanların %60'ı''bu soruyu çok önemli kart sıralaması arasına koyduğu bulunmuştur.

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

4.1.KOROZİV YANIK TANISI İLE İZLENEN HASTA ÇOCUKLARIN AİLELERİNİN TANITICI BULGULARIN İNCELENMESİ

Toplumda önemli bir sorun haline gelen zehirlenmelerin önlenmesine yönelik çalışmalar daha çok zehirlenme olasılığı yüksek aileleri hedef almaktadır. Çalışmalarda ailelerin bu konularda bilgisiz ve ilgisiz oldukları ve sosyoekonomik düzey düştükçe zehirlenme olasılığının arttığı görülmektedir.(36)

Araştırmamızda ise annelerin yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde %36,7'sinin 30-34 yaş grubunda olduğu saptanmıştır. %80' inin ilk-orta öğretim mezunu olduğu ve bu yüzden de büyük çoğunluğunun çalışmadığı ev hanımı olduğu saptanmıştır (Tablo5).

Babaların yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde ise %46,7'sinin 30-34 yaş grubunda olduğu saptanmıştır.Eğitim durumları incelendiğinde ise annelerin eğitim durumu ile benzerlik göstermekle birlikte, %63,3'ünün ilk-orta öğretim mezunu olduğu bulunmuştur.Babaların büyük çoğunluğunun çalıştığı ve %80 oranında serbest meslekle sahibi olduğu bulunmuştur (Tablo 6)

Ailelerin aile şekillerine göre dağılımını incelediğimizde ise (%86,7) çekirdek yapısında olduğu ve %43,3'ünün ise 2 çocuk sahibi olduğu görülmektedir (Tablo 7).

Sosyal güvencelerinin ise %50'sinin SSK 'ya bağlı devlet güvencesi olduğu bulunmuştur (Tablo 7).

Kahveci ve ark. (2004) yapmış olduğu çalışmada da zehirlenme olgularının aile öyküsünde, sosyoekonomik düzeyin ve eğitim düzeyinin düşüklüğü ile bu ailelerin küçük bir mekanda yaşayan kalabalık aileler olduklarını bildirmiştir.

4.2. KORUZİV YANIK TANISI İLE İZLENEN HASTA ÇOCUKLARIN TANITICI BULGULARIN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamına dahil koroziv madde içen çocukların yaş durumları incelendiğinde, %26,6'sının 1-4 yaş grubunda olduğu saptanmakla birlikte bu bilgi literatür bilgileri ile dönem özellikleri açısından benzerlik taşımaktadır (Tablo 8).

Literatürler , ocukların bu dönemde motor becerilerini kullanmada sıvıyı almak ve içmek için yeterli olduğunu belirtse de bilişsel ve entelektüel gelişimleri henüz tamamlayamadığından ve çevreyi somut girişimlerle algıladıklarından sıklıkla toksik madde alımına bu dönemde maruz kaldıklarını vurgulamaktadır. (49,50)

Zehirlenmelerin 5 yaş öncesinde daha sık görölmesinin nedeni de büyük ölçüde dikkatsizlik ve bilinçsiz ailelerin toksik maddeleri çocukların ulaşabilecekleri yerlere bırakmaları veya kendilerine ait olmayan kaplarda bulundurmaları ve çocuklarını yeterli izlememeleridir (1).

Araştırmada koroziv yanık tanısı olan hastaların cinsiyetlerinin dağılımları incelediğimizde ise büyük çoğunluğunun (%63,3) erkek olduğu görölmüştür (Tablo 8).

Conk ve ark (2004) yaptıkları çalışmada da koroziv madde içen çocukların yaş ortalamasının 4.5 ± 0.3 olup, çocukların %68,8'inin erkek, % 31,3'ünün ise kız ocuk olduğu bildirilmektedir(17).

4.3.İÇİLEN KOROZİV MADDEYE ÖZGÜ TANITICI BULGULARIN İNCELENMESİ

Koroziv madde içeren madde içimi, ciddi sorunlar doğuran çocukluk çağı kazalarındandır. Ev temizleme maddelerinin yaygın kullanımı ve kolay elde edilebilirliği kostik madde içimi sonucu oluşan özofagus yanıklarının artışında öncülük etmektedir(1).

Araştırma kapsamında içilen koroziv maddelerin dağılımı incelendiğinde %73,3'ünün yağ çözücü, %16,7'sinin kostik, %6,7'sinin tarım ilacı, %3,3'ünün ise por çözücü içtiği saptanmıştır (Tablo 9).

Akbay ve ark. (2003)Eskişehir bölgesinde 323 zehirlenme vakasını izledikleri çalışmalarında, vakaların %16,7'sinin kostik/koroziv madde içtiği bildirilmiştir.(1) Bulut (2004) ,Casasnovas ve ark.(1997) ve Erdoğan (2002) yapmış olduğu çalışmalarda ise koroziv madde içimine bağlı olan kazaların sıklıkla alkalilerle olduğu bildirilmektedir.(1)

Kutlu ve ark.(1998) yapmış olduğu çalışmada %65,5 oranında koroziv madde içimine bağlı kazaların çamaşır suyu ile gerçekleştiği, Kahveci ve ark.(2004) yapmış olduğu çalışmada ise 68 zehirlenme olgusunun 16'sında koroziv madde zehirlenmesi olduğu ve saptanan koroziv maddelerin ise 8 olguda çamaşır suyu,4 olguda tiner, 2olguda deterjan, 2 olguda ise dişinol olduğu bildirilmiştir(42).

Casasnovas ve ark (1997) yapmış olduğu çalışmalarda temizlik ürünlerindeki yelpazenin genişlemesi ve her evde çamaşır, bulaşık makinelerinin yaygınlaşması nedeniyle katı formdaki temizlik maddeleri ile olan zehirlenme sayısının arttığı ve bunun ise çok ciddi yanıklara sebep olduğu bildirilmektedir(10).

Koroziv madde içilen yerin dağılımını incelediğimizde, %40,0'ının evde oynarken, %23,3'ünün komşu akraba ziyaretinde, %20,0'sinin ev dışında, %16,7'sinin ise evde temizlik yaparken içtiği görülmektedir (Tablo 9).

Literatürler koroziv madde içiminden sonra görülen ilk belirtilerin kusma, yutma güçlüğü, ağızda salya artışı ve ağız içerisinde orofarinkste ağrı olarak belirtirken, Bu bulguların koroziv madde yutulmuş olabileceğini düşündürse de kesin olmadığını vurgulamaktadır. Ancak ağızda koku ve ağızda/ farinkste yanıkların saptanması bu kuşkuları güçlendirmektedir(2)

Araştırma kapsamında koroziv madde içiminden sonra görülen ilk belirtilerin dağılımı incelendiğinde, %43,3'ünün ağızda yanma olduğu, %33,3'ünün bulantı-kusma gerçekleştiği, %23,3'ünün ise öksürme –öksürük şeklinde yakınmalarının olduğu saptanmıştır (Tablo 9).Sonuç olarak bu belirtilerin literatürde belirtilen bulgularla ortak olduğu görülmektedir.

Akbay ve ark (2003) Eskişehir bölgesinde 323 zehirlenme vakasını izledikleri çalışmalarında da vakaları içerisinde koroziv madde içen 54 vakanın 39'unda ağız mukozasında hiperemi, bu 39 vakanın 5'inde aynı zamanda ağız mukozasında ülser, 14'ünde ise mukoza ödemi olduğunu bildirilmiştir.Bunların içerisinde özofagoskopi yapılan 9 hastadan 5'inde özofagus mukozasında hiperemi ve ödem, ikiside koroziv özofajit ve birinde de fibrinli ağır yanığın saptandığı bildirilmiştir.

Koroziv madde içimi sonrası alınan yardım ve destek durumunun dağılımına baktığımızda büyük çoğunluğunun (%73,3) yardım aldığı, ise %30'unun komşu-arkadaş, %23,3'ünün yakın akraba tarafından yardım aldığı görülmektedir (Tablo 10).

Koroziv madde içtiği görülen olgulara soğuk su, süt yada ayran içerilmesi zararlı maddeleri özofagus mukozasından uzaklaştıracağı ve daha dayanıklı bir organ olan mide içinde seyreltik sıvı durumuna getirileceğinden sınırlıda olsa bazı kaynaklarda önerilmektedir. Ancak ağızdan alınan herhangi bir maddenin verilmesi total gastrik volümü artırıp çocukta kusmayı uyarabileceğinden ve kusulan maddenin özofagus ve larinksin yeniden hasar görmesine neden olacağı düşünüldüğünden ağızdan hiçbir şey verilmemesi daha uygundur.Koroziv madde yuttuğu bilinen her çocuğun mutlaka zaman kaybetmeden hastaneye getirilmesi tedavinin seyri açısından büyük önem taşımaktadır(2)

Araştırmada evde yapılan ilk yardım uygulamalarına baktığımızda %80'inin hemen hastaneye getirdiği, %70,0'inin süt veya su içirdiği, %70,0'inin kusturduğu, %23,3'ünün ise sirke, limon tuzu eriği veya zeytinyağı içirdiği görülmektedir (Tablo 11).

Akbay ve ark.(2003) yaptığı çalışmada zehirlenme ile hastaneye başvuru sırasında geçen sürenin 15 dakika ile 24 saat arasında olduğu bildirilmektedir(1).

Casasnovas ve ark(1997) çalışmasında çocuklara bakan kişilerin %70'i koroziv madde içildikten sonra hiçbirşey vermediklerini ifade ederken, %21'i de süt yada su ile beraber limonata gibi sıvılar içirdiklerini ifade etmişlerdir(10).

4.4. HEMŞİRELERİN TANITICI BULGULARININ İNCELENMESİ

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde %40'ının 35-39 yaş, %33,3'ünün ise 40 yaş ve üstü olduğu görülmekle birlikte %73,3'ünün evli olduğu saptanmıştır.%73,3'ünün hemşirelik

önlisansı bitirdiği, %26,7'sinin hemşirelik lisans mezunu olduğu görülmüştür (Tablo 12).

Çalışma şekillerinin dağılımı incelendiğinde ise %66,7'sinin çoğunlukla gündüz çalıştığı, %40,0'ının 25 yıl ve üzeri, %33,3'ünün ise 30 yıl ve üzeri çalıştığı görülmüştür (Tablo 12).

Çocuk cerrahisi servisinde çalıştığı toplam sürenin dağılımına baktığımızda ise %40,0'ının 1-5 yıl ve üzeri çalıştığı görülmüştür (Tablo 12).

Serviste dilatasyon günü koroziv yanık tanısı ile yatan hasta sayısının dağılımına baktığımızda da %30,0'u 3 hasta, %36,7'si 4 hasta, olduğu hemşire başına düşen koroziv yanık hasta sayısının dağılımını incelediğimizde de ,%50'sinin dilatasyon günü 3 hastaya bakım verdiği görülmüştür (Tablo13).

4.5. AİLELER VE HEMŞİRELERİN KART SORT TEKNİĞİNDE YAPTIKLARI SIRALAMA DAĞILIMLARININ İNCELENMESİ

4.5.1. AİLELERİN YAPTIKLARI SIRALAMA DAĞILIMININ GENEL SONUÇLARI

Genel sonuçlara göre, "Tedavi süreci ne kadar sürecek?" sorusu ile "Dilatasyondan sonra eve taburcu olduğumuzda nelere dikkat etmeliyim?" soruları ailelerin tüm kartlardaki sıralamalarında hep ard arda en yakın gelen merak ettikleri kart soruları olmuştur. (Tablo 14).

Ailelerin eğitim gereksinimi duydukları ve en çok merak ettikleri kart sort sorularının sırasıyla "Çocuk dilatasyon aşamasında okula gidebilecek mi?", "Kalıp ve dilatasyon tedavisinin çocuğum için yararı nedir?" ve "Koroziv madde alımından sonra hangi organlarda ne tür zararlar oluşur? olduğu bulunmuştur. Bu sorular aileler

tarafından eğitim konusu olarak kendilerine anlatılmasını istedikleri soruların en önemlileri olarak seçilmiştir (şekil 4).

Aileler yukarıdaki eğitim sorularından sonra; “Çocuğumu tüple hangi yöntemle besleyebilirim?”, “Koroziv yanığın tedavi süreci neden uzun ve tekrarlı dilatasyon işlemlerinden oluşur ve çocuğum için yararı nedir?”, “Kalıp tedavisinde tüpün dışarı çıkan çevresi ile nasıl ilgileneceğim?”, “Tedavi süreci sonrasında eski yeme alışkanlıklarına dönebilecek mi?”, “Çocuk kalıp tedavisinde iken havuz ya da denize girebilir mi?”, “Dilatasyondan sonra eve taburcu olduğumuzda nelere dikkat etmeliyim?” “Tedavi sürecine kadar sürecek?” sorularını merak etmişler ve bu konularda eğitim verilmesini istemişlerdir. Böylelikle ailelerin çok önemli kart sorularından sonra kendilerine anlatılmasını istedikleri eğitim konuları olarak bu soruları seçmişlerdir (şekil 4).

Ailelere göre az önemli yani en az merak ettikleri eğitim sorularının ise ; “Koroziv maddelerden yanık oluşturabilen piyasadaki diğer ürünler nelerdir?”, “Tekrarını önlemek için evde ne tür koruyucu önlemler alabilirim?”, “Piyasada özofagus yanığını önlemek için yapılan koruyucu önlemler nelerdir?”, Özofagus yanık sonrası ilk yardım olarak ne yapmalıyım?”ve “Koroziv madde nedir? olduğu bulunmuştur (şekil 4).

4.5.2.HEMŞİRELERİN YAPTIKLARI SIRALAMA DAĞILIMININ GENEL

SONUÇLARI

Hemşirelerin genel sonuçlarına göre “Tedavi süreci ne kadar sürecek?” sorusu ile “Dilatasyondan sonra eve taburcu olduğumuzda nelere dikkat etmeliyim?” soruları aileler gibi hemşirelerin de tüm kartlardaki sıralamalarında hep ard arda ve en yakın gelen merak ettikleri kart soruları olmuştur. (Tablo 15). Sonuçta bu iki eğitim sorusunun sırası hem ailelerde (416,000) hem de hemşirelerde (41,000) benzerdir

Hemşirelerin ailelere eğitim konusu olarak vermeyi düşündükleri kart sort sorularının;“Koroziv yanığın tedavi süreci neden uzun ve tekrarlı dilatasyon işlemlerinden oluşur, Çocuğum için yararı nedir?”, “Tedavi süreci sonrasında eski yeme alışkanlıklarına dönebilecek mi?”, Dilatasyondan sonra eve taburcu olduğumuzda nelere dikkat etmeliyim?” ve “Tedavi sürecine kadar sürecektir?” olduğu bulunmuştur (şekil 5).

Hemşirelerin yukarıdaki eğitim sorularından sonra “Çocuğumu tüple hangi yöntemle besleyebilirim?”, “Çocuk dilatasyon aşamasında okula gidebilecek mi?”, “Kalıp ve dilatasyon tedavisinin çocuğum için yararı nedir?, ve “Kalıp tedavisinde tüpün dışarı çıkan çevresi ile nasıl ilgileneceğim?” sorularını aileye anlatmak istediklerini seçmişlerdir (şekil 5).

Son olarak ta ailelere ;”Koroziv maddelerden yanık oluşturabilen piyasadaki diğer ürünler nelerdir?”,“Tekrarını önlemek için evde ne tür koruyucu önlemler alabilirim?”,“Piyasada özofagus yanığını önlemek için yapılan koruyucu önlemler nelerdir?”,Özofagus yanık sonrası ilk yardım olarak ne yapmalıyım?”,“Koroziv madde alımından sonra hangi organlarda ne tür zararlar oluşur?”,“Koroziv madde nedir?,ve Çocuk kalıp tedavisinde iken havuz yada denize girebilir mi?”soruları ile eğitim vermek istemişlerdir (şekil 5).

4.5.3 AİLELERİN VE HEMŞİRELERİN YAPTIKLARI BİREYSEL SONUÇLARININ İNCELENMESİ

Çocuğumu Tüple Hangi Yöntemle Besleyebilirim ? sorusunun dağılımını ailelerin %80’ni az önemli eğitim konusu olarak sıralarken, hemşireler ise bu eğitim sorusunu %57,1’i çok önemli eğitim konusu olarak sıralamışlardır (**Tablo 16**).

Koroziv maddelerden yanık oluşturabilen piyasadaki diğer ürünler nelerdir? sorusunun dağılımlını ailelerin %83,3'ü çok önemli eğitim konusu olarak sıralarken, hemşireler ise bu eğitim sorusunu %60,5'i ise az önemli eğitim konusu olarak sıralamışlardır (Tablo 17).

Çocuk dilatasyon aşamasında okula gidebilecek mi? sorusunun dağılımlını ailelerin %56,5'i çok önemli eğitim konusu olarak sıralarken, hemşireler ise bu eğitim sorusunu %57,7'si orta düzeyde önemli eğitim konusu olarak sıralamışlardır (Tablo 18).

Tekrarını önlemek için evde ne tür koruyucu önlemler alabilirim? sorusunun dağılımlını ailelerin % 63,6'sı orta düzeyde önemli eğitim konusu olarak sıralarken, hemşireler ise bu eğitim sorusunu %55,6'sı az önemli eğitim konusu olarak sıralamışlardır (Tablo 19).

Kalıp ve dilatasyon tedavisinin çocuğum için yararı nedir? sorusunun dağılımlını ailelerin %48,3'ü çok önemli eğitim konusu olarak sıralarken, hemşireler de bu eğitim sorusunu %51,7'si çok önemli o eğitim konusu olarak sıralamışlardır (Tablo 20).

Koroziv yanığın tedavi süreci neden uzun ve tekrarlı dilatasyon işlemlerinden oluşur, çocuğum için yararı nedir? sorusunun dağılımlını ailelerin %68'i orta düzeyde önemli eğitim konusu olarak sıralarken, hemşireler ise bu eğitim sorusunu %83,3'ü çok önemli eğitim konusu olarak sıralamışlardır (Tablo 21).

Kalıp tedavisinde tüpün dışarı çıkan çevresi ile nasıl ilgileneceğim? sorusunun dağılımlını ailelerin %86,7'si az önemli eğitim konusu olarak sıralarken hemşireler ise bu eğitim sorusunu %66,7'si çok önemli eğitim konusu olarak sıralamışlardır (Tablo 22).

Piyasada özofagus yanığını önlemek için yapılan koruyucu önlemler nelerdir? sorusunun dağılımlını ailelerin %54,5'i çok önemli eğitim konusu olarak sıralarken,

hemşireler ise bu eğitim sorusunu %52,8'i az önemli eğitim konusu olarak sıralamışlardır (**Tablo 23**).

Tedavi süreci sonrasında eski yeme alışkanlıklarına dönebilecek mi ? sorusunun dağılımını ailelerin %51,5'i çok önemli olarak sıralarken eğitim konusu olarak sıralarken, hemşireler ise bu eğitim sorusunu %54,5'i orta düzeyde önemli eğitim konusu olarak sıralamışlardır (**Tablo 24**).

Özofagus yanık sonrası ilk yardım olarak ne yapmalıyım? sorusunun dağılımını ailelerin %65'i çok önemli eğitim konusu olarak sıralarken, hemşireler ise bu eğitim sorusunu %68,8'i orta düzeyde önemli eğitim konusu olarak sıralamışlardır (**Tablo 25**).

Koroziv madde alımından sonra hangi organlarda ne tür zararlar oluşur? sorusunun dağılımını ailelerin %63,6'sı çok önemli eğitim konusu olarak sıralarken hemşireler ise bu eğitim sorusunu %61,5'i az önemli eğitim konusu olarak sıralamışlardır (**Tablo 26**).

Koroziv madde nedir? sorusunun dağılımını ailelerin %58,3'ü çok önemli eğitim konusu olarak sıralarken, hemşireler ise bu eğitim sorusunu, %53,8'i az önemli eğitim konusu olarak sıralamışlardır (**Tablo 27**).

Çocuk kalıp tedavisinde iken havuz yada denize girebilir mi? sorusunun dağılımını ailelerin %83,3'ü çok önemli eğitim konusu olarak sıralarken, hemşireler ise bu eğitim sorusunu 71,0'ı az önemli eğitim konusu olarak sıralamışlardır (**Tablo 28**).

Dilatasyondan sonra eve taburcu olduğumuzda nelere dikkat etmeliyim? sorusunun dağılımını ailelerin %83,3'ü az önemli eğitim konusu olarak sıralarken, hemşireler ise bu eğitim sorusunu, % 62,5'i çok önemli eğitim konusu olarak sıralamışlardır (**Tablo 29**).

Tedavi süreci ne kadar sürecek? sorusunun dağılımını ailelerin % 60'ı orta düzeyde önemli eğitim konusu olarak sıralarken, hemşireler ise bu eğitim sorusunu, % 62,5'i çok önemli eğitim konusu olarak sıralamışlardır (**Tablo 30**).

4.5.4.SPESİFİK SONUÇLAR

“Çocuk dilatasyon aşamasında okula gidebilecek mi?” sorusunu 30-34 yaş grubu annelerin %30,8'ı ve ilk - orta eğitim mezunu annelerin %76,9'u çok önemli kart soruları arasına almıştır. Bu soruyu seçen ailelerin demografik verilere baktığımızda, yaş grubu olarak orta yaş ve üstü eğitim durumu olarak ise düşük eğitim düzeyine sahip ailelerin seçtiğini görmekteyiz.

Ailelerin çocuklarının içtiği koroziv madde sınıflandırılmasına baktığımızda ise %76,9'unun koroziv madde olarak yağ çöz içtiği ve ilk yardım uygulaması için %84,6'sının yardım aldığı saptanmıştır.%30,8'inin bu yardımı komşu ve arkadaşlarından aldığı saptanmıştır.

Bu ailelerin yaptığı ilk yardım uygulamalarına baktığımızda ise %23,1'inin sirke, limon tuzu eriği veya ,zeytinyağı içirdiği, %76,9'unun süt veya su içirdiği, %76,9'unun kusturduğu, %76,9'unun ise hemen hastaneye götürdüğü görülmektedir. (Not: Burada bir kişi birden fazla yanıt vermiştir.)

“Kalıp ve dilatasyon tedavisinin çocuğum için yararı nedir?” sorusunu 35 yaş ve üstü yaş grubu annelerin %50'si ve ilk - orta eğitim mezunu annelerin %41,7'si çok önemli kart soruları arasına almıştır.

Çok önemli kart soruları arasında yer alan bu soruda çocukların içtiği koroziv madde sınıflandırılmasına baktığımızda ise %54,5'inin koroziv madde olarak yağ çöz içtiği ve ilk yardım uygulaması için %45,5'inin yardım aldığı saptanmıştır.%57,1'inin bu yardımı yakın akrabasından aldığı görülmüştür.

Çok önemli sorular arasına koyan ailelerin yaptığı ilk yardım uygulamalarına baktığımızda ise %14,3'ünün sirke, limon tuzu eriği, zeytinyağı içirdiği, %47,6'sının süt veya

su içirdiği, %52,4'ünün kusturduğu, %54,2'sinin ise hemen hastaneye götürdüğü görülmektedir. (Not:Burada bir kişi birden fazla yanıt vermiştir.)

“Koroziv madde alımından sonra hangi organlarda ne tür zararlar oluşur?” sorusunu 35 yaş ve üstü yaş grubu annelerin %75'i ve ilk - orta eğitim mezunu annelerin %45,8'i çok önemli kart soruları arasına almıştır.

Çok önemli kart soruları arasında yer alan bu soruda çocukların içtiği koroziv madde sınıflandırılmasına baktığımızda ise %45,5'i koroziv madde olarak yağ çöz içtiği ve ilk yardım uygulaması için %40,9'unun ilk yardım aldığı saptanmıştır.% 75,0'inin bu yardımı eşinden aldığı görülmüştür.

Çok önemli sorular arasına koyan ailelerin yaptığı ilk yardım uygulamalarına baktığımızda ise %43,5'inin sirke, limon tuzu eriği,zeytinyağı içirmediği, %42,9'unun süt veya su içirdiği, %64,3'ünün kusturduğu, %78,6'sının ise hemen hastaneye götürdüğü görülmektedir. (Not:Burada bir kişi birden fazla yanıt vermiştir.)

“Koroziv yanığın tedavi süreci neden uzun ve tekrarlı dilatasyon işlemlerinden oluşur, Çocuğum için yararı nedir?” sorusunu çok önemli kart sort sıralamasına koyan hemşirelere baktığımızda ise %73,3'ünün önlisansı bitirdiği, %53,3'ünün toplam çalışma süresinin 26 yıl olduğu servisteki çalışma süresi %53,3'ünün ise 2 yıl olduğu bulunmuştur. Çalışma şekillerine baktığımızda ise %80'inin çoğunlukla gündüz çalıştığı bulunmuştur. Serviste yatan ve hemşirelerin bakım verdiği o gün serviste yatan koroziv tanısı olan hasta sayılarının dağılımına baktığımızda 3 tane hasta bakanların %46,7'sinin'bu soruyu çok önemli kart sıralaması arasına koyduğu saptanmıştır

Tedavi süreci sonrasında eski yeme alışkanlıklarına dönebilecek mi ?”sorusunu ise çok önemli kart sort sıralamasına koyan hemşirelere baktığımızda 87,5'inin önlisansı bitirdiği, %50'sinin toplam çalışma süresinin 26 yıl olduğu servisteki çalışma süresi ise %50'sinin 2 yıl olduğu bulunmuştur .Çalışma şekillerine baktığımızda ise %62,5'inin çoğunlukla gündüz çalıştığı bulunmuştur.Serviste yatan ve hemşirelerin bakım verdiği o gün

serviste yatan koroziv tanısı olan hasta sayılarının dağılımına baktığımızda ise, 3 tane hasta bakanların %60'ı"bu soruyu çok önemli kart sıralaması arasına koyduğu bulunmuştur.

"Dilatasyondan sonra eve taburcu olduğumuzda nelere dikkat etmeliyim?" sorusunu ise çok önemli kart sort sıralamasına koyan hemşirelere baktığımızda bu soruyu çok önemli kart sort sıralamasına koyan hemşirelere baktığımızda % 80'inin önlisansı bitirdiği, %53,3'ünün toplam çalışma süresinin 26 yıl olduğu servisteki çalışma süresi ise %53,3'ünün 2 yıl olduğu bulunmuştur .Çalışma şekillerine baktığımızda ise %73,3'ünün çoğunlukla gündüz çalıştığı bulunmuştur.Serviste yatan ve hemşirelerin bakım verdiği o gün serviste yatan koroziv tanısı olan hasta sayılarının dağılımına baktığımızda ise, 3 tane hasta bakanların %60'ı"bu soruyu çok önemli kart sıralaması arasına koyduğu bulunmuştur.

"Tedavi sürecine kadar sürecek?" sorusunu ise çok önemli kart sort sıralamasına koyan hemşirelere baktığımızda % 75'inin önlisansı bitirdiği, %50'sinin' toplam çalışma süresinin 26 yıl olduğu servisteki çalışma süresi ise %50'sinin' 2 yıl olduğu bulunmuştur .Çalışma şekillerine baktığımızda ise %75'inin çoğunlukla gündüz çalıştığı bulunmuştur.Serviste yatan ve hemşirelerin bakım verdiği o gün serviste yatan koroziv tanısı olan hasta sayılarının dağılımına baktığımızda ise, 3 tane hasta bakanların %60'ı"bu soruyu çok önemli kart sıralaması arasına koyduğu bulunmuştur.

Sonuç olarak; araştırma kapsamına alınan ailelerin kart sıralamaları ile hemşirelerin ailelere vermeyi düşündükleri eğitim gereksinimleri sonucu önem derecesine göre sıraladıkları kart sıralamaları arasında sonuç olarak istatistiksel olarak Tablo 38'e göre anlamlı bir fark bulunmamıştır .($p > 0.005$) (Tablo 31).

Bu çalışma, ailelerin ve hemşirelerin kart sorularının önem sırasına göre sıralamalarının benzer olmadığını göstermiş olup, eğitim gereksinimlerini saptamada kart sort tekniğinin bu açıdan ne kadar yararlı ve önemli olduğunu ortaya koymuştur.

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1 SONUÇ

Koroziv özofagus yanığı tanısı almış bir çocuğun bakımından sorumlu olan ailenin eğitim gereksinimlerini ve çocuğa bakım veren hemşirenin ailede yapacağı eğitim gereksinimlerini kart sort tekniği ile belirlemek amacıyla planlanan araştırmanın sonuçlarına göre;

Ailenin tanıtıcı özelliklerinde yaş gruplarına göre dağılımına baktığımızda annelerin %36,7'sinin 30-34 yaş grubunda, babaların ise %46,7'sinin 30-34 yaş grubunda olduğu, %86,7 'sinin ise çekirdek yapısında ve %66,7'sinin gelir düzeyinin giderden az olduğu ,

Koroziv madde içen çocukların %53,4'ünün 5-10 grubunda olduğu cinsiyetlerinde ise %63,3'ünün erkek, %36,7'sinin ise kız çocuk olduğu,

Çocukların %40,0'inin evde oynarken koroziv madde içtiği bunların ise %73,3'ünün yağ çöz olduğu,

Çocukların koroziv madde içiminden sonra ailelerinin %80'inin hemen çocuğu hastaneye getirdiği, %70,0'inin süt veya su içirdiği, %70,0'inin kusturduğu, %23,3'ünün ise sirke, limon tuzu eriği veya zeytinyağı içirdiği,

Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine baktığımızda %40'ının 35-39 yaş grubunda olduğu, %66,7'sinin çoğunlukla gündüz çalıştığı, %40,0'ının toplam çalışma yılı olarak 25 yıl çalıştığı,

Araştırma kapsamına giren ailelerin eğitim gereksinimi duydukları "*Tedavi süreci ne kadar sürecek?*" sorusu ile "*Dilatasyondan sonra eve taburcu olduğumuzda*

nelere dikkat etmeliyim?”sorularının sıralamada birbirlerini takip eden **(416,000)** sorular olduğu,

“Tedavi süreci sonrasında eski yeme alışkanlıklarına dönebilecek mi ?”ile “Piyasada özofagus yanığını önlemek için yapılan koruyucu önlemler nelerdir?” soruları ile beraber aynı oranda “Tekrarını önlemek için evde ne tür koruyucu önlemler alabilirim?”ile “Kalıp ve dilatasyon tedavisinin çocuğum için yararı nedir?”sorularının ise ailelerin kart sorularını sıralamada birbirlerine en uzak **(2322.000)** olan sorular olduğu

“Çocuk dilatasyon aşamasında okula gidebilecek mi?”, “Kalıp ve dilatasyon tedavisinin çocuğum için yararı nedir?” ve “Koroziv madde alımından sonra hangi organlarda ne tür zararlar oluşur? soruları aileler tarafından çok önemli ve **en çok merak ettikleri** kart sort soruları olduğu,

“Çocuğumu tüple hangi yöntemle besleyebilirim ?”, “Koroziv yanığın tedavi süreci neden uzun ve tekrarlı dilatasyon işlemlerinden oluşur, çocuğum için yararı nedir?”, “Kalıp tedavisinde tüpün dışarı çıkan çevresi ile nasıl ilgileneceğim?”, “Tedavi süreci sonrasında eski yeme alışkanlıklarına dönebilecek mi ?”, “Çocuk kalıp tedavisinde iken havuz ya da denize girebilir mi?”, “Dilatasyondan sonra eve taburcu olduğumuzda nelere dikkat etmeliyim?” “Tedavi sürecine kadar sürecek?” soruları aileler tarafından orta düzeyde önemli kart sort soruları olduğu,

“Koroziv maddelerden yanık oluşturabilen piyasadaki diğer ürünler nelerdir?”, “Tekrarını önlemek için evde ne tür koruyucu önlemler alabilirim?”, “Piyasada özofagus yanığını önlemek için yapılan koruyucu önlemler nelerdir?”, Özofagus yanık sonrası ilk yardım olarak ne yapmalıyım?”ve “Koroziv madde nedir? soruları aileler tarafından **az önemli** gördükleri ve **en az merak ettikleri** kart sort soruları olduğu,

Araştırma kapsamına giren hemşirelerin eğitim gereksinimi duydukları “*Tedavi süreci ne kadar sürecek?*” sorusu ile “*Dilatasyondan sonra eve taburcu olduğumuzda nelere dikkat etmeliyim?*” sorularının sıralamada birbirlerini takip eden **(41,000)** sorular olduğu,

“Kalıp ve dilatasyon tedavisinin çocuğum için yararı nedir?” sorusu ile “Tekrarını önlemek için evde ne tür koruyucu önlemler alabilirim?” sorularının ise *hemşirelerin kart sorularını sıralamada birbirlerine en uzak (1919.000) olan sorular olduğu,*

“Koroziv yanığın tedavi süreci neden uzun ve tekrarlı dilatasyon işlemlerinden oluşur, Çocuğum için yararı nedir?”, “Tedavi süreci sonrasında eski yeme alışkanlıklarına dönebilecek mi?”, Dilatasyondan sonra eve taburcu olduğumuzda nelere dikkat etmeliyim?”ve “Tedavi sürecine kadar sürecek?” soruları hemşireler tarafından aileye eğitim konusu olarak gördükleri çok önemli ve **en çok merak ettikleri** kart sort soruları olduğu,

“Çocuğumu tüple hangi yöntemle besleyebilirim?”, “Çocuk dilatasyon aşamasında okula gidebilecek mi?”, “Kalıp ve dilatasyon tedavisinin çocuğum için yararı nedir?, ve “Kalıp tedavisinde tüpün dışarı çıkan çevresi ile nasıl ilgileneceğim?” hemşireler tarafından orta düzeyde önemli kart sort soruları olduğu,

“ Koroziv maddelerden yanık oluşturabilen piyasadaki diğer ürünler nelerdir?”, “Tekrarını önlemek için evde ne tür koruyucu önlemler alabilirim?”, “Piyasada özofagus yanığını önlemek için yapılan koruyucu önlemler nelerdir?”, Özofagus yanık sonrası ilk yardım olarak ne yapmalıyım?”, “Koroziv madde alımından sonra hangi organlarda ne tür zararlar oluşur?, “Koroziv madde nedir?,ve Çocuk kalıp tedavisinde iken havuz yada denize girebilir mi?” hemşireler tarafından aileye eğitim konusu

olarak gördükleri az önemli ve **en az eğitim konusu olarak gördükleri** kart sort soruları olduğu,

Sonuç olarak, araştırma kapsamına alınan ailelerin kart sıralamaları ile hemşirelerin ailelere vermeyi düşündükleri eğitim gereksinimleri sonucu önem derecesine göre sıraladıkları kart sıralamaları arasında sonuç olarak istatistiksel olarak Tablo 38'e göre anlamlı bir fark bulunmamıştır **.($p > 0.005$)** (Tablo 31).

5.2 ÖNERİLER

Çocuğun basit bir hastalıkla bile hastaneye yatırılması hem çocuk hem aile için stres verici bir durumdur. Çocukta bu akut olay zehirlenme olduğunda, sadece hasta çocuk için değil aynı zamanda aile üyeleri içinde bir kriz durumu oluşur. Bu bağlamda pediatri hemşirelerine önemli roller düşmektedir. Hemşireler çocuk ve aileyle en fazla zaman geçiren ekip üyeleridir ve bundan dolayı tanılama, girişimler ve eğitim yönünden çok büyük olanaklara sahiptirler. Aynı zamanda pediatri hemşireleri diğer ekip üyelerini aile ve çocuğa yaklaşımlarını da olumlu yönde etkileyebilirler.

Servislerde ve kliniklerde hasta ve ailesine yönelik bilgilendirme girişimleri personelin algıladığı gereksinimlere bağlı olarak hızlı ve geneldir. Bu gibi durumlarda personelin enerjisi belkide ailenin eğitim açlığı duymadığı gereksinimlere odaklanabilir. Bu açıdan hemşirelerin hastaların holistik bakımında aile gereksinimlerini bilerek karşılaması yönünde girişimlerde bulunmalarında kart sort tekniği oldukça ideal bir yöntemidir.

Çünkü kart sort tekniği ;

- Hastaların yada ailelerinin kendi bakım planlarına katılmalarına olanak verir,

- Hasta ya da ailelere eğitim gereksinimlerini sıralama imkanını sağlamak, bir karar verici olarak onlara önem verildiğini gösterir,
- Kart sort uygulandığında hastaların ilgili konulara verdikleri önem saptanır ve hemşirelere hangi hastanın neyi bilmek istediği, hastalarının hangi konuları daha az önemli olduğunu düşündüğü konusunda bilgi verir,
- Hastaların en önemli olarak seçtikleri konular yoluyla hemşireler kendilerinden emin bir şekilde ve zaman kaybetmeden hastaların eğitim gereksinimlerini bu teknikle karşılayabilirler.

Sonuç olarak kart sort tekniği, her bir hastanın hastalığının yönetimindeki rolünün önemini anlamasına, bakımına aktif katılmasının güçlendirilmesine olanak sağladığı ve hastalığının yönetiminde hastanın veya ailesinin seçtiği kararın önemli olduğunu belirttiği için eğitim gereksinimlerini belirlemede servislerde, ayaktan tedavi kliniğinde, yoğun bakımlarda ve taburculuk işlemlerinde kullanılması önerilebilir.

BÖLÜM VI

ÖZET

Koroziv Özofagus Yanıklarında Ailelerin Eğitim Gereksinimlerinin Kart Sort Tekniği İle Belirlenmesi

Bu çalışma koroziv özofagus yanığı tanısı almış bir çocuğun bakımından sorumlu olan ailenin eğitim gereksinimlerini ve çocuğa bakım veren hemşirenin ailede yapacağı eğitim gereksinimlerini kart sort tekniği yolu ile incelemek amacıyla kalitatif ve kantitatif olarak yapılmıştır.

Araştırma, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı ünitesinde yürütülmüştür. Araştırma kapsamına 15 Eylül 2005 / 30 Mayıs 2006 tarihleri arasında olasılıksız örneklem yoluyla, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı ünitesinde koroziv özofagus yanığı tanısı ile izlenen 30 hasta çocuğun ailesi ve bu serviste çalışan 30 hemşire alınmıştır.

Veriler, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen anket formu ile Kart Sort Tekniğinden yararlanılarak yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır.Kart sort tekniği önce aileye daha sonra ona bakım veren hemşireye uygulanmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzde dağılımları, Cluster analizi ve dendrogramlar kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda ailelerin çok önemli ve **en çok merak ettikleri** kart sort sorularının “Çocuk dilatasyon aşamasında okula gidebilecek mi?”, “Kalıp ve

dilatasyon tedavisinin çocuğum için yararı nedir?" ve "Koroziv madde alımından sonra hangi organlarda ne tür zararlar oluşur? soruları olduğu belirlenmiştir.

Aileler için az önemli ve **en az merak ettikleri** kart sort sorularının "Koroziv maddelerden yanık oluşturabilen piyasadaki diğer ürünler nelerdir?", "Tekrarını önlemek için evde ne tür koruyucu önlemler alabilirim?", "Piyasada özofagus yanığını önlemek için yapılan koruyucu önlemler nelerdir?", Özofagus yanık sonrası ilk yardım olarak ne yapmalıyım?"ve "Koroziv madde nedir? soruları olduğu belirlenmiştir.

Araştırma sonucunda hemşireler çok önemli ve **en çok merak ettikleri** kart sort sorularının "Koroziv yanığın tedavi süreci neden uzun ve tekrarlı dilatasyon işlemlerinden oluşur, Çocuğum için yararı nedir?", "Tedavi süreci sonrasında eski yeme alışkanlıklarına dönebilecek mi ?", Dilatasyondan sonra eve taburcu olduğumuzda nelere dikkat etmeliyim?,"Tedavi sürecine kadar sürecek?" soruları olduğu belirlenmiştir.

Hemşireler için az önemli ve **en az merak ettikleri** kart sort sorularının "Koroziv maddelerden yanık oluşturabilen piyasadaki diğer ürünler nelerdir?", "Tekrarını önlemek için evde ne tür koruyucu önlemler alabilirim?", "Piyasada özofagus yanığını önlemek için yapılan koruyucu önlemler nelerdir?", Özofagus yanık sonrası ilk yardım olarak ne yapmalıyım?", "Koroziv madde alımından sonra hangi organlarda ne tür zararlar oluşur?, "Koroziv madde nedir?,ve Çocuk kalıp tedavisinde iken havuz yada denize girebilir mi?"soruları olduğu belirlenmiştir.

Aileler ve hemşirelerin kart sort sorularındaki sıralama yanıtlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Araştırma sonucunda ailelerin ve hemşirelerin soruları önem sırasına göre sıralamaları benzer olmadığını göstermiş olup, bu durum eğitim gereksinimlerini

saptamada kart sort tekniğinin ne kadar yararlı ve önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

Sonuç olarak kart sort tekniğinin kullanılmasının eğitim gereksinimini belirlemede etkin ve zaman kazandıran bir yöntem olduğu belirlenmiştir. Bu doğrultuda pediatri hemşirelerinin, hastaların ve ailelerin eğitim gereksinimlerini saptamada bu tekniği kullanmaları nerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Koroziv zofagus yanığı, Kart sort, Hemşirelik, Eğitim

ABSTRACT

Determination of Education Needs of Families via Card Sort Technique in Corrosive Esophagus Burns

This study was done qualitatively and quantitatively by using the Card Sort Technique in examining the education needs of those families responsible for the care of a child with the diagnosis of corrosive esophagus burn and also the education needs of the nurse who would provide the education to the family.

The research was conducted at the Child Surgery Department of Ege University Faculty of Medicine Investigation and Application Hospital. The scope of the research included the families of 30 sick children monitored with the diagnosis of corrosive esophagus burn at the Child Surgery Department of Ege University Faculty of Medicine Investigation and Application Hospital as well as 30 nurses working at this service between 15th September 2005 and 30th May 2006 via randomized (olasılıksız) sampling method.

The data were collected by face-to-face interview technique with the use of a questionnaire form developed by the investigator derived from the literature and the Card Sort technique was utilized. The Card Sort Technique was first applied to the family and then the caring nurse. Number and percentage distributions, Cluster analysis, and dendrograms (?) were used in the assessment of data.

As a result of the investigation, those Card Sort questions that families wondered at most and found very important were determined as “Will the child be able to go to school at the dilatation phase?,” “What is the benefit of pattern (kalıp)

and dilatation treatment for my child?,” and “What kind of damages occur in which organs after corrosive substance intake?.”

It was determined that the Card Sort questions, which families wondered at the lowest level and found less important, were: “What are the other products in the market that might cause burn due to corrosive substances?,” “What kind of measures can be taken at home in order to prevent the repetition of the burn?,” “What are the preventive measures in the market taken to prevent esophagus burn?,” “What should I do as the first aid action after esophagus burn?,” and “What is corrosive substance?.”

Among the results of the investigation it was found that those Card Sort questions that nurses wondered at most and found very important were determined as “Why does the treatment period of corrosive burn continue for long and is constituted by repeated dilatation processes, What is the benefit for my child?,” “Will the child regain his/her pre-eating habits after treatment period?,” “To what should I pay attention after discharge following dilatation,” and “How long will the treatment process continue?.”

It was also determined that the Card Sort questions, which nurses wondered at the lowest level and found less important, were “What are the other products in the market that might cause burn due to corrosive substances?,” “What kind of measures can be taken at home in order to prevent the repetition of the burn?,” “What are the preventive measures in the market taken to prevent esophagus burn?,” “What should I do as the first aid action after esophagus burn?,” “What kind of damages occur in which organs after corrosive substance intake?,” “What is corrosive substance?,” and “Can the child go into the pool or sea during pattern treatment?.”

No statistically significant differences were detected among the mean scores of the sorting of answers by families and nurses regarding the Card Sort questions.

The results of the investigation revealed that the sorting of answers by families according to their attributed importance was not similar to that by nurses, suggesting the usefulness and importance of the Card Sort Technique in detecting the education needs.

As a conclusion, the use of Card Sort Technique was determined as an effective and time-saving method in detecting the need for education. In this context, pediatric nurses are suggested to employ this technique in detecting the education needs of both patients and families.

Key words: Corrosive esophagus burn, Card sort, Nursing, Education

KAYNAKLAR

1. Akbay Y., Uçar B., (2003) "Eskişehir Bölgesinde Çocukluk Çağı Zehirlenmelerinin Retrospektif Değerlendirilmesi", Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Dergisi, 46 ,103-113
2. Aksu B., İnan M., (2002) "Çocuklarda Koroziv Özofagus Yanıkları" Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi; 19 (3-4) : 183-188
3. Amin Z. (2000) "Q Methodology - A Journey İn To The Subjectivity Of Human Mind " Singapore Med J, Vol 41 (8) : 410-414
4. Baskın D. et al. (2004)" A Standardised Protocol Fort The Acute Management Of Corrossive İngestion İn Children" Pediatr. Surg. 20 : 824-828
5. Broto J.et al. (1999) "Conservative Treatment Of Caustic Esophageal İnjuries İn Children: 20 Years Of Experience, Pediatr Surg İnt, 15: 323-325
6. "Card Sort", www.websort.net, (ErişimTarihi:27.12.2004).
7. "Card Sort", [www.cardsort.net/ - 11k](http://www.cardsort.net/), (ErişimTarihi:27.12.2004).
8. "CardSorting", [www.boxesandarrows.com/view/card_sorting_a_definitive_guide - 67k](http://www.boxesandarrows.com/view/card_sorting_a_definitive_guide_-_67k), (ErişimTarihi:27.12.2004).
9. "Card Sorting: How Many Users To Test", <http://www.useit.com/alertbox/20040719.html> (ErişimTarihi:22.12.2004).
10. Casasnovas B.et al. (1997)" A Retrospective Analysis İngestion Of Caustic Substances By Chidren "Eur J. Pediatr 156; 410-414
- 11." Case Studies", <http://www.acm.org/sigchi/web/chi97testing/mele.html> (ErişimTarihi:20.12.2004).
12. Christesen HB.(1994) "Epidemiology And Prevention Of Caustic İngestion İn Children "Acta Paediatr, feb; 83 (2): 212-215

13. "Cluster Analysis", <http://149.170.199.144/multivar/hc.html>,
(Erişim Tarihi: 14.12.2004),
14. "Cluster Analysis For The Social Sciences",
<http://www.infodesign.com.au/usability/cardsorting.html>,
(Erişim Tarihi: 22.12.2004).
15. "Cluster Analysis" , <http://www.statsoft.com/textbook/stcluan.html>
(Erişim Tarihi: 22.12.2004)
16. Combes H. et al. (2004) " Using Q Methodology To Involve People With Intellectual Disability In Evaluating Person-Centered Planning" Journal Of Applied Research in Intellectual Disabilities, 17, 149-159
17. Conk Z. ve ark (2004) " Korozif Madde İçen Çocukların Değerlendirilmesi Ve Ailelerinin Hastaneye Başvurana Kadar Uyguladıkları Yöntemlerin Saptanması Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 20 (2):1-9
18. Deibel K. et al. "Using Edit Distance To Analyze Card Sorts", Expert Systems, July, Vol.22, No.3, 129-138
19. Ekingen G. et al. (2005) " Effect Of The Prostacyclin Derivate Iloprost In Experimental Caustic Esophageal Burn" PEDIATR SURG, 21 ; 441-444
20. Ergur A., Sütçü İ., Tanzer F., (1999) "Pediatri Servisindeki Zehirlenme Olgularının Değerlendirilmesi ", T.Klinik Pediatri , 8 ; 9-14.
21. Fasulakis S. Andronikou S. (2003) "Balloon Dilatation In Children For Oesophageal Strictures Other Than Those Due To Primary Repair Of Oesophageal Atresia, Interposition Or Restrictive Fundoplication, PEDIATR RADIOL, 33; 682-687
22. Fincher S. et al. (2005) " Making Sense Of Card Sorting Data" Expert Systems, July, Vol 22, No.3

23. Frer, Y. et al. (2002) "Mismatched Concepts In A Neonatal Intensive Care Unit (NICU) : Further Issues For Computer Decision Support ? ", Journal Of Clinical Monitoring And Computing , Volume , 17 , Numbers : 7-8 ; 441-447.
24. Genç A. (2004) "Çocuk Kostik Özofagus Yanıklarında Tanımlama Ve Uzun Süreli İzlemede Özofageal Manometrenin Yeri" Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İzmir
25. Genç A., Mutaf O. (2002) "Esophageal Motility Changes In Acute And Late Periods Of Caustic Esophageal Burns And Their Relation To Prognosis In Children" Journal Of Pediatric Surgery, vol 37, no 11: pp1526-1528
26. Gerrard S., Dickinson J. (2005) "Women's Working Wardrobes: A Study Using Card Sorts, Expert Systems, July, Vol 22, No.3, 108-114
27. Golden C. et al (2001) "Searching for the meaning of the category tests and the winconsin card sort test: A comparative analysis, Intern J. Neuroscience, Vol.93 (1-2), pp.141-150
28. Grigioni F., Carigi S. , Grandi S. , Potena L. , Et Al. (2003) " Distance Between Patients Subjective Perceptions And Objectively Evaluated Disease Severity In Chronic Health Failure" , Psychotherapy And Psychosomatics : 72 , 3; 166.
29. Gün F. , Çelik A. , Salman T. ve ark. (2003) "Çocuklara Asit Maddelerin Alımı Sonucu Gelişen Mide Hasarı", Çocuk Dergisi, 3 (1); 39-43.
30. Hancı İ H ve ark. (1994) "Koroziv Bir Madde Olarak Hidroklorik Asit (Tuz Ruhü): Bir Olgu Sunumu. 1. Adli Bilimler Kongresi, 12-15 Nisan Adana Bildiriler Kitabı 285-287

31. Huang Y. et al.(2001)"Balloon Dilation Of Double Strictures After Corrosive Esophagitis", Journal Of Pediatric Gastroenterology And Nutrition, April, 32; 496-498
- 32."Information design using card sorting", <http://www.steptwo.com.au> (ErişimTarihi: 28.12.2004)
33. İrisoy S. ,(2003.) , "Kostik Kullanan Ailelerin Yanıkların Önlenmesine Yönelik Bilgi Düzeylerinin Saptanması, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Mezuniyet Tezi, İzmir.
34. Janousek P et al (2006) "Corrosive oesophagitis in children following ingestion of sodium hydroxide granules--a case report, Int J Pediatr Otorhinolaryngol, Jan;70(1):179.
35. Jong A.L."Corrosive Esophagitis İn Children:A 30 Year Review",International Journal Of Pediatric Otorhinolaryngology,57, 203-211
36. Kahveci M. ve ark.(2004)" Bir Üniversite Hastanesi Acil Servisine Başvuran Çocukluk Çağı Zehirlenmelerinin Değerlendirilmesi" Sted, Cilt 13, Sayı 1, 19-21
37. Kamijo Y.et al.(2004)"Miniprobe Ultrasonography For Determining Prognosis İn Corrosive Esophagitis, American Journal Of Gastroenterology, pp: 851-854
38. Karnak I et al.(1998)"Esophageal Perforations Encountered During The Dilation Of Caustic Esophageal Strictures" Journal Of Cardiovascular Surgery; Jun,39, 3, pp:373-377
39. Katz N.et al.(2003)"Participation İn Occupational Performance:Reliability And Validity Of The Activity Card Sort "Winter, Volume 23, number 1, pp:10-17

40. Koç O. , Karaman A. , Karaman İ. , Erdoğan D. ve ark. (2003) “Çamaşır Suyu İçen Çocuklarda Yaklaşım Nasıl Olmalıdır?” , Pediatrik Cerrahi Dergisi 17;70-73
41. Kurugöl Z., Mutlubaş F., Katuruğlu G ve Ark. (2001) ”Çocukluk Çağında Kazalar Ve Zehirlenmeler”, Ege Pediatri Bülteni , 8(2) ;79-82.
42. Kutlu T.(2001)”Çocuklarda Korozif Özofajitler” İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri Gastrointestinal Sistem Hastalıkları Sempozyumu, İstanbul
43. Lamantia J.(2003) “Analyzing Card Sort Results with a Spreadsheet Template”,
www.boxesandarrows.com/view/analyzing_card_sort_results_with_a_spreadsheet_template - 47k
(Erişim Tarihi:13.12.2004)
44. Lan L.et al(2003)” Endoscopic Balloon Dilatation Of Esophageal Strictures In Infants And Children:17 Years”Experience And A Literature Review” Journal Of Pediatric Surgery,Vol 38, No 12 (december): pp1712-1715
45. Loubani M.et al(2001)”Oesophageal Strictures: New İndication For İntra-Aortic Balloon Pumps?”,European Journal Of Cardio – Thoracic Surgery, 20, 1237-1239
46. Luniewski,M. , Reigle , J. White ,B. (1999) ”Card Sort An Asseement Tool For The Educational Needs Of Patients With Heart Failure” , American Journal Of Critical Care September , Volume: 8 , Number : 5 ; 297-302.
47. McCauley R et al. (2005)” What Do Succesful Computer Science Students Know?An İntegrative Analysis Using Card Sort Measures And Content Analysis To Evaluate Graduating Students Knowledge Of Programming Concepts”, Expert Systems, July 2005, Vol.22, No.3, 147- 159

48. McCauley R et al. (2005), "Attitudes To Expert Systems. A Card Sort Study",
The Foot,15, 190- 197
49. Mutaf O. "Çocuklarda Özefagus Tıkanıklıkları ", Ders Notları , Bölüm 5 : 172-
186.
50. Mutaf O.(2004) Kostik Özofagus Yanıklı Hastaların Değerlendirilmesi Ve
Tedavi İlkeleri, <http://med.ege.edu.tr/pedsurg/>
51. Mutuş H. M. (2000). "Koroziv Özefagus Yanıklarında Caffeic Acid Phenethyl
Esther Ve Epidermal Growth Factörün Darlık Oluşumu Üzerine Etkilerinin
Deneysel Olarak Araştırılması" , İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk
Cerrahisi Anabilimdalı, Uzmanlık Tezi, Malatya
52. Nwomeh B.et al(2004)" Minimally Invasive Esophagectomy For Caustic
Esophageal Stricture İn Children "Journal Of Pediatric Surgery ,Vol 39, No 7
53. Ocakcı A. ve ark.(2006) "Beneficial effects of ebselen on corrosive esophageal
burns of rats", Jan;70(1): 45 - 52
54. Özdamar K. (2002) " Kümeleme Analizi", Paket Programlar İle İstatistiksel Veri
Analizi 2 , Kaan Kitabevi, 4.Baskı ; 281-34
55. "Özofagus perforasyonları; 11 olgunun analizi",
<http://www.tgkdc.dergisi.org/text.php3?id=354-32k-Ek> (Erişim Tarihi:2.2.2005)
56. Rugg G., McGeorge P., Maiden N.,(2000)"Method Fragments",Expert
Systems, November, Vol.17, No.5, 248-257
57. Rugg G., McGeorge P, "The Sorting Technigues:A Tutorial Paper On Card
Sorts, Picture Sorts And İtem Sorts, Expert Systems, July 2005, vol.22,No.3
58. Sachs D. et al.(2003)"The Activity Card Sort:A factor analysis",Fall, Volume
23, Number 4, 165-174

59. Sanders K.et al.(2005), "A Multi-Institutional, Multinational Study Of Programming Concepts Using Card Sort Data", Expert Systems, July,Vol .22, No.3, 121-128
60. "Setting Objectives For Networking A Card Sort Exercise",
www.derby.oc.uk/careers/handouts/networkingcardsort_student.copy.pdf,
(ErişimTarihi:2.2.2005).
- 61.şenocak M.E.(2001) "Koroziv Madde Yutulmasında Yaklaşım Ve Tedavi",
Katkı Pediatri Dergisi, 22 (4) ;464-474.
62. Temir G. (2001) "Deneysel Koroziv Özefagus Yanığında Sukralfatin Etkinliğinin Araştırılması", Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma HastanesiÇocuk Cerrahisi Kliniği,Uzmanlık Tezi, İzmir.
63. Tiryaki T.et al.(2005)" Early Bougienage For Relief Of Stricture Formation Following Caustic Esophageal Burns"Pediatr Surg 21;78-80
64. "What Is Card Sorting ?",
<http://www.infodesign.com.au/usabilityresources/design/cardsorting.asp>,
(Erişim Tarihi:16.12.2004).
65. "Web Metrics Testbed",<http://zing.ncsl.nist.gov/WebTools/>,
(ErişimTarihi:2.2.2005).
66. "Zehirlenme olgularının beş yıllık analizi",
http://www.medicine.ankara.edu.tr/internal_medical/forensic_medi/toksikhastane.htm
(ErişimTarihi:18.08.2005).
67. Z.Jing-Hai et al."Management Of Corrosive Esophageal Burns İn 149 Cases"
The Journal Of Thoracic And Cardiovascular Surgery,Volume 130, Number 2, pp 449-457

EK I

HASTA ÇOCUK VE AİLESİNİ TANITICI ANKET FORMU

Denek No:.....

Görüşülen kişi :.....

Görüşme tarihi

1. Annenin yaşı (...)

- a.15-19 b.20-24 c.25-29 d.30-34 e. 35 ve üstü

2. Annenin eğitim durumu

- a.Okur yazar değil b.İlk-orta öğretim Mezunu c.Lise ve Dengi Okul Mezunu
d.Yüksekokul/Fakülte Mezunu e.Lisansüstü eğitim

3. Anne bir işte çalışıyor mu ?

- a.Evet b.Hayır

4. Annenin mesleği

- a.Ev hanımı b.İşçi -Memur c.Serbest Meslek d.Diğer.....

5. Babanın yaşı (...)

- a.15-19 b.20-24 c.25-29 d.30-34 e. 35 ve üstü

6. Babanın eğitim durumu

- a.Okur yazar değil b.İlk-orta öğretim Mezunu c.Lise ve Dengi Okul Mezunu
d.Yüksekokul/Fakülte Mezunu e.Lisansüstü eğitim

7. Baba bir işte çalışıyor mu ?

- a.Evet b.Hayır (Hayır ise 9. soruya geçiniz).

8. Babanın mesleği

- a.İşçi -Memur b.Serbest Meslek c.Diğer.....

9. Sosyal güvenceniz var mı?

- a.Evet b.Hayır

10. Sosyal güvenceniz nedir?

- a.Emekli sandığı
b.SSK
c.Bağ-kur
d.Diğer

11. Ailenizin aylık gelir durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a.Gelir giderden az b.Gelir gidere denk c.Gelir giderden yüksek

12.Aile şekliniz nedir ?

- a.Çekirdek aile b.Geniş aile

13.Ailenizde halen yaşayan çocuk sayısı (.....)

14.Koroziv madde içen çocuğun yaşı (.....)

15.Çocuğun cinsiyeti nedir?

- a.Kız
b.Erkek

16.Çocuğun içtiği madde nedir(.....)

17.Çocuk koroziv maddeyi nerde içti?

- a.Komşu akraba ziyaretinde b.Evde oynarken
c.Ev dışında d.Evde temizlik yaparken e.Diğer.....

18.Koroziv madde içildikten sonra çocuğunuzda tanımladığınız ilk belirtiler nelerdir?

- a.Ağızda yanma
b.Bulantı kusma
c.Ağızda salya artışı
d.Yutma güçlüğü
e.Öğürme-öksürük

19.Çocuk koroziv madde içtiğinde o anda hiç yardım ve destek aldınız mı?

- a.Evet b.Hayır (Hayır ise 21. soruya geçiniz)

20.Cevabınız evet ise bu yardım ve desteği kimden aldınız?

- a.Eş
b.Yakın akraba
c. Komşu / Arkadaş
d. Sağlık Çalışanları
e. Diğer.....

21.Koroziv madde içimi sonrasında ilk yardım olarak yaptığınız ilk uygulama nedir?

- a.Sirke, limon, limon tuzu eriği, zeytinyağı içirdim.
b.Süt veya su içirdim.
c.Kusturdum.
d.Hemen hastaneye getirdim
e.Diğer.....

EK-II

ÇALIŞAN HEMŞİRELERİ TANITICI ANKET FORMU

1. Yaşınız (.....)
2. Medeni durumunuz nedir?
 - a.Evli
 - b.Bekar
3. Hangi okul mezunusunuz?
 - a.Sağlık Meslek Lisesi
 - b.Hemşirelik - Ön Lisans Programı
 - c.Hemşirelik Lisans Programı
4. Ne kadar süredir hemşire olarak çalışıyorsunuz? (.....ay/.....yıl)
5. Ne kadar süredir bu serviste çalışıyorsunuz? (.....ay/.....yıl)
6. Çalışma şekliniz nasıldır?
 - a.Çoğunlukla gündüz
 - b.Sürekli gece (Nöbet)
 - c.Karışık (Nöbet + Gündüz)
- 7.Klinikte o gün koroziv madde içme tanısı ile yatan toplam hasta sayısı nedir?(.....)
- 8.İzlediğiniz ve bakım verdiğiniz koroziv madde içen hasta sayısı nedir?(.....)

EK III

KART SORT SORULARI

“Çocuğumu tüple hangi yöntemle besleyebilirim ?”

“Koroziv maddelerden yanık oluşturabilen piyasadaki diğer ürünler nelerdir?”

“Çocuk dilatasyon aşamasında okula gidebilecek mi?”

“Tekrarını önlemek için evde ne tür koruyucu önlemler alabilirim?”

“Kalıp ve dilatasyon tedavisinin çocuğum için yararı nedir?”

“Koroziv yanığın tedavi süreci neden uzun ve tekrarlı dilatasyon işlemlerinden oluşur, çocuğum için yararı nedir?”

*“Kalıp tedavisinde tüpün dışarı
ıkan evresi ile nasıl
ilgileneceğim?”*

*“Piyasada zofagus yanığını
nlemek için yapılan koruyucu
nlemler nelerdir?”*

*“Tedavi süreci sonrasında eski
yeme alışkanlıklarına
dönebilmek mi ?”*

*“zofagus yanık sonrası ilk
yardım olarak ne yapmalıyım?”*

*“Koroziv madde alımından sonra
hangi organlarda ne tür zararlar
oluşur?”*

“Koroziv madde nedir?”

*“Çocuk kalıp tedavisinde iken
havuz yada denize girebilir mi?”*

*“Dilatasyondan sonra eve
taburcu olduğumuzda nelere
dikkat etmeliyim?”*

*“Tedavi sürecine kadar
sürecek?”*

EK V

İZİN BELGESİ

Sayın Katılımcı,

Koroziv özofagus yanığı ülkemizde sıklığı giderek artan ve ailenin tüm üyeleri için ileriye yönelik bakım sorunlarını da beraberinde getiren kronik bir durumdur. Hastalığın ortaya çıkardığı bu bakım yükü, ailelerin yaşamını değişik alanlarda etkilemektedir. Ailelerin yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi ve özellikle de eğitimin planlanması sağlık personeli için oldukça önemli bir gereksinimdir. Bu gereksinimden yola çıkarak “Koroziv Özofagus Yanıklarında Ailelerin Eğitim Gereksinimlerinin Kart Sort Tekniği İle Belirlenmesi”ne ilişkin Nurdan AKÇAY tarafından uygulanan Yüksek lisans tez çalışmasına, araştırmacı tarafından bilgilendirildikten sonra katılmayı gönüllü olarak kabul ediyorsanız lütfen bu formu imzalayınız.

ADI-SOYADI

İMZA