

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

**TEKRARLI CERRAHİ İŞLEM GEÇİREN ÇOCUKLARDA PSİKO-
SOSYAL SEMPTOMLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

GÜLHAN ULU ŞENER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
YRD. DOÇ. DR. FERDA YILDIRIM**

SİVAS-2015

“Tekrarlı Cerrahi İşlem Geçiren Çocuklarda Psiko-Sosyal Semptomların Değerlendirilmesi” adlı **Yüksek Lisans Tezi**, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği** Ana Bilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan(Danışman)

Yrd.Doç.Dr. Ferda Yıldırım

Üye

Doç.Dr. Meral Kelleci

Üye

Doç.Dr. Özgür Alparslan

ONAY

Bu tez çalışması, 17/06/2015 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ali ÇELİKSÖZ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRÜ

Bu tez, Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

Çalışma sırasında bana destek olan eşime ve anneme...

ÖZET

TEKRARLI CERRAHİ İŞLEM GEÇİREN ÇOCUKLARDA PSİKO-SOSYAL SEMPTOMLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Gülhan ULU ŞENER

Yüksek Lisans Tezi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ferda YILDIRIM

2015, 90 sayfa

Araştırmada, tekrarlı cerrahi işlem geçiren çocukların psiko-sosyal semptomlarının tanılanması ve bazı demografik özelliklerle ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın evrenini; Ankara ili, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri, Çocuk Hastanesi Bölüm 32 ortopedi ve travmatoloji yataklı servisinde son 6 aydır yatan ve cerrahi işleme maruz kalan tüm çocuklar; örneklemini ise, iki ve daha fazla cerrahi işleme maruz kalan, okuma ve yazma bilen çocuklar oluşturmuştur.

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından konuya ilişkin kaynaklardan yararlanılarak oluşturulan kişisel bilgi formu ve 2012 yılında geçerlilik ve güvenirliği Üstün ve Kelleci tarafından yapılmış olan hastanede yatan 6-12 yaş grubu çocuklar için psikososyal ölçek alt boyutları tanılama ölçeği uygulanarak toplanmıştır. Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Standart destek programları oluşturularak hem cerrahi girişim öncesi çocuklarda hem ailelerinde psikososyal etkenlerin saptanması gereklilik göstermektedir. Özellikle, tekrarlanan cerrahi girişimler için operasyon sürecinin uzuyor olması destek gerekliliğini gözler önüne sermektedir. Bu araştırmaya konu olan tekrarlı cerrahi işlem geçiren çocukların psikososyal semptom düzeyleri incelendiğinde; çocuklarda en çok anksiyete gözlemlendiği, regresyon hariç tüm psikososyal semptomlarda eğitim durumunun anlamlı düzeyde farklılaşma yarattığı ilköğretim 1.sınıfa gidenlerin daha yüksek düzeyde ortalama sahibi oldukları belirlenmiştir. Çocukların hastalık süresi ile psikososyal semptom düzeylerinin ilişkisi incelendiğinde; regresyon alt boyutunda hastalık süresi arttıkça azalan bir ortalama

dikkat çekerken, çocukların cerrahi işlem türü ile psikososyal semptom düzeylerinin ilişkisinin anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir. Tekrarlı cerrahi işlem türü ile psikososyal semptomlar arasında anlamlı düzeyde ilişki olmaması sadece ortopedik ve ürolojik cerrahi yaşamış çocukların seçilmiş olmaları ile açıklanabileceği düşünülmüştür.

Çalışmaya katılan çocukların cerrahi işlem sayısı ile psikososyal semptom düzeylerinin ilişkisinin anlamlı düzeyde olduğu, psikososyal semptom düzeyleri ile son cerrahi işlemden sonra geçen süre arasında anksiyete ve umutsuzluk boyutlarında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Ayrıca tekrarlı cerrahi işlem geçiren çocukların psikososyal semptom düzeyleri ile anne ve babalarına ait bazı faktörler incelendiğinde; babalarının ve annelerinin yaşları ile psikososyal semptomlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu, anksiyete alt boyutunda lise mezunu annelerin aleyhine önemli bir farklılaşma olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Tekrarlı Cerrahi İşlem, Psiko-Sosyal Semptomlar, Hemşirelik.

ABSTRACT

THE EVALUATION OF PSYCHOSOCIAL SYMPTOMS SEEN AMONG CHILDREN WHO UNDERWENT ITERATIVE SURGICAL PROCEDURES

Gülhan ULU ŞENER

Postgraduate Thesis, Department of Pediatrics

Supervisor: Asst. Prof. Ferda YILDIRIM

2015, 90 pages

In this study, we aimed to identify psychosocial symptoms seen among children who underwent iterative surgical procedures and to determine the relationship of these symptoms with particular demographic characteristics. The study population included all children treated in the inpatient unit of the orthopedics and traumatology service, Hacettepe Children's Hospital, which located in Ankara Province of Turkey, for the last 6 months; the study sample included children who are literate and underwent two or more surgical procedures. The validity and reliability of this scale is well established.

Data was collected by administering a personal information form developed by the researcher using relevant resources and using the psychosocial symptom identification scale developed for children patients (6-12 years). The validity and reliability of the latter scale was established by Üstün and Kelleci in 2012. Collected data was analyzed using SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21.0. It is imperative to identify the psychosocial factors effecting both children and their families before the surgical procedure by developing standard support programs. This is more important for the cases that will undergo iterative surgical procedures as the prolonged hospital stay exacerbate the results. As far as the psychosocial symptoms, we determined that children who underwent iterative surgical procedure experiences mainly anxiety. We also determined that education status significantly affected all psychosocial symptoms except regression and that the first graders showed the highest

mean. When we evaluated the relation between the duration of the disease and the psychosocial symptoms; we found that mean regression levels decrease as the duration of the disease increases and that the relation between the type of surgical procedure and the level of psychosocial symptoms is not significant. We believe that the fact that there is no significant relation between the type of iterative surgical procedure and psychosocial symptoms can only be explained by the sample which consists only the children who underwent either orthopedic or urological surgery.

We found a significant relation between the number of surgical interventions and the level of psychosocial symptoms. We also found a significant relation between the level of psychosocial symptoms and the time after the operation in terms of anxiety and unhappiness. Besides when we studied the psychosocial symptom levels of the children who underwent iterative surgical procedures and the particular factors affecting their parents, we found a significant relation between the age of parents and psychosocial symptoms and a significant differentiation in terms of anxiety between mothers graduated from high school and mothers that are not.

Keywords: Children, Iterative Surgical Procedure, Psychosocial Symptoms, Nurse.

TEŞEKKÜR

Danıőmanım Yrd. Doç. Dr. Ferda YILDIRIM' a tez boyunca esirgemediği katkılardan dolayı teşekkür ederim. Tezin saha çalışması aşamasında yardımcı olan ve imkan sağlayan Hacettepe Üniversitesi Bölüm 32 servis hemőirelerine teşekkür ederim. Her konuda sabırla yardımcı olan eőim İsa ŞENER' e ve annem Meral ULU' ya desteklerinden dolayı teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	vi
TEŞEKKÜR.....	viii
İÇİNDEKİLER	ix
TABLOLAR	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin tanımı ve Araştırmanın Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Problemi	4
KAVRAMSAL ÇERÇEVE.....	6
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Hasta Çocuk	6
2.1.1. Hasta Olma ve Hastaneye Yatmanın Çocuk Üzerine Etkisi	6
2.2. Cerrahi İşlem Tanımı	8
2.2.1. Çocuklara Uygulanan Cerrahi İşlem Çeşitleri	9
2.3. Cerrahi işlem ve Psikososyal Semptom İlişkisi	13
2.3.1. Tekrarlı Cerrahiye Maruz Kalan Çocuklarda Görülen Bazı Psikososyal Semptomlar.....	14
2.3.2. Anksiyete	15
2.3.3. Psikososyal Bakım ve Hemşirelik.....	19
2.4. Çocuklarda Cerrahi işlem Öncesi Hazırlığın Önemi	22
2.5. Çocuklarda Yaş Dönemi Özelliklerine Göre Cerrahi İşleme Hazırlık.....	24
2.6. Cerrahi İşlem Sonrası Bakım	27
2.6.1. Ayılma Ünitesinde Bakım.....	27
2.7. Cerrahi Girişimler Sonrasında Psikososyal Sürecin Değerlendirilmesi	28
2.7.1. Cerrahi İşlem Sürecine Hazırlık Programlarının Gerekliliği	28
2.7.2. Çocuğa Girişimler ile ilgili Bilgi Verilmesi.....	28
2.7.3. Terapotik Oyun	28
2.7.4. Resim Çizdirme.....	30

2.7.5. Psikolojik Tetkiklerin Yapılması	32
2.8. Cerrahi İşlem Sonrası Taburculuk Eğitimi	33
3. İLGİLİ ARAŞTIRMALAR	34
4. GEREÇ ve YÖNTEM	39
4.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	39
4.2. Verilerin Toplanması Ve Değerlendirilmesi	40
4.2.1. Veri Toplama Araçları	40
4.2.2. Verilerin Toplanması ve Etik Yönleri	40
4.2.3. Veri Toplama Formları	40
4.2.3.1. Kişisel Bilgi Formu	40
4.2.3.2. Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği	41
4.2.4. Verilerin Değerlendirilmesi	41
5. BULGULAR ve YORUM	43
5.1. Çalışma Grubundaki Tekrarlı Cerrahi İşlem Geçiren Çocukların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	43
5.2. Çalışma Gurubundaki Çocukların Cerrahi İşlem Özelliklerine Göre Dağılımı	46
5.3. Çalışma Grubundaki Çocukların Psikososyal Semptom Düzeylerinin Ortalamaları	47
5.4. Çalışma Grubundaki Tekrarlı Cerrahi İşlem Geçiren Çocukların Psikososyal Semptom Düzeylerinin Hastalık ve Tedavi Özelliklerine Göre Ortalamaları	52
6. TARTIŞMA	59
7. SONUÇ	62
7.1. ÖNERİLER	63
7.1.1. Araştırmacılara Yönelik Öneriler	63
7.1.2. Hemşirelere Yönelik Öneriler	64
7.1.3. Ebeveynlere Yönelik Öneriler	64
KAYNAKLAR	65

EKLER.....	74
Ek-1 Kişisel Bilgi Formu	74
Ek-2 Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği....	76
ÖZGEÇMİŞ	78

TABLolar

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1: Çalışma Grubundaki Çocukların Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı	43
Tablo 2: Çalışma Grubundaki Çocukların Ebeveynlerine İlişkin Tanıtıcı Özelliklere Göre Dağılımı	44
Tablo 3: Tekrarlı Cerrahi İşlem Geçiren Çocukların Cerrahi İşlem Değişkenine Göre Dağılımı	46
Tablo 4: Tekrarlı Cerrahi İşlem Geçiren Çocukların Psikososyal Semptom Belirtileri Puan ortalamaları	47
Tablo 5: Çalışma Grubundaki Çocukların Psikososyal Semptom Belirtilerinin Cinsiyete Göre Dağılımı	47
Tablo 6: Çalışma Grubundaki Çocukların Psikososyal Semptom Belirtilerinin Eğitim Seviyelerine Göre Ortalamaları	48
Tablo 7: Çalışma Grubundaki Çocukların Psikososyal Semptom Düzeylerinin Annenin Eğitim Durumuna Göre Ortalamaları.....	49
Tablo 8: Çalışma Grubundaki Çocukların Psikososyal Semptom Belirtilerinin Babanın Eğitim Düzeyine Göre Ortalamaları.....	50
Tablo 9: Çalışma Grubundaki Çocukların Psikososyal Semptom Belirtilerinin Puan Ortalamalarının Dağılımı	52
Tablo 10: Çalışma Grubundaki Çocukların Psikososyal Semptom Belirtileri Ortalamalarının Cerrahi İşlem Türüne Göre Dağılımı.....	53
Tablo 11: Çalışma Grubundaki Çocukların Psikososyal Semptom Belirtileri Ortalamalarının Cerrahi İşlem Sayısı Türüne Göre Dağılımı.....	54
Tablo 12: Çalışma Grubundaki Çocukların Psikososyal Semptom Belirtilerinin İlk ve Son Cerrahi İşlem Geçirdiği Yaşa Göre Ortalamaları	55
Tablo 13: Çalışma Grubundaki Çocukların Psikososyal Semptom Belirtilerinin Son Cerrahi İşlemden Sonra Geçen Süre Değişkenine Göre Dağılımı.....	56

BÖLÜM I

1. GİRİŞ

1.1. Problemin tanımı ve Araştırmanın Önemi

Çocuk için hastalık durumunun ve buna bağlı olarak hastaneye yatmanın onu korkutan, rahatsız eden ve hoş olmayan yaşantıları içerdiği belirtilmektedir (Çavuşoğlu 2004, Neyzi ve Ertuğrul 2002). Her yaştaki çocuk için hastalıkların bir travma olduğu bilinmekte; hastaneye yatmanın çocuğun gelişimi üzerinde çeşitli olumsuz etkileri olduğundan söz edilmektedir (Akay ve Emiroğlu 2008). Hastaneye yatmakla fiziksel yönden zarar görme, ameliyat olma ve aileden ayrılma gibi korkuları nedeniyle değişik derecelerde stres yaşamakta olan çocuklar, hastalık nedeniyle ortaya çıkan fiziksel kısıtlılığa bağlı pek çok endişeyi de beraberinde yaşamaktadırlar (İnal 2003). Bu durumda kendilerini diğerlerinden farklı olarak algılayan çocuklar, yetersizlik duyguları yaşamakta ve kendilerini engellenmiş hissetme duygusuna kapılmaktadırlar (Gültekin 2005).

Çocuğun yaşamında, hastalıkla birlikte büyük kayıplar olmaktadır. Çocuk başta sağlığı olmak üzere, annesi, ailesinin diğer üyeleri, evi, yatağı, alıştığı çevresi, okulu, arkadaşları, oyuncakları gibi kaybettiği tüm nesnelere yasını tuttuğu görülmektedir (Özbaran ve Erermiş 2006). Hastanede bilmediği bir ortam, tanımadığı sağlık personeli, gürültülü çalışan alet ve monitörler, değişik kokular, uygulanan tıbbi yöntemler ve bunlarla ilgili ağrı ve acı duyma, yanında annesinin ya da aile üyelerinin bulunamaması, canı istediği zaman koşup oynayamaması, geçmişte yaşadığı iyi veya kötü hastane deneyimleri çocuğu en çok etkileyen etmenlerdendir (Akay ve Emiroğlu 2008).

Sağlık durumundaki aksaklıklar nedeniyle başvuru alan iki temel yaklaşımdan biri olan ve geçmişte çok az kullanılan cerrahi yöntemler günümüzde teknolojinin gelişmesi ile birlikte; sağlığın yeniden kazanılması, sürdürülebilirliğinin sağlanması, yaşamın optimal düzeye çıkarılması, dış görünüşte istenilen fiziksel değişikliklerin yapılması, hastanın kendisine ve ailesine yetebilmesi ve ağrıların ortadan kaldırılması gibi durumlarda çok sık kullanılmaktadır. Hızlı nüfus artışı ve ortalama yaşam süresinin uzaması, kazalardaki artış gibi nedenler hastalıkların tedavi edilmesinde kullanılan

cerrahi girişimleri arttırmaktadır. Ayrıca teknolojinin gelişmesi ve tıbbi yöntemlerin teknolojiyle birlikte iyileştirilmesi de tanı ve tedavi yöntemlerini kolaylaştırarak cerrahi girişimi arttırmaktadır (Dadaş 2003). Cerrahi girişim genel anlamda, fizyolojik sürecin mümkün olduğunca korunarak hastalık, yaralanma ve deformateler ile meydana gelen işlevsizlikleri normal fizyolojiye yakın hale getirmeye yönelik tedavi yöntemi olarak karşımıza çıkmaktadır (Onat 1993).

Hastaneye yatmanın yanı sıra çocuğun hastanede maruz kaldığı cerrahi işlemlerin biyolojik, ruhsal, sosyal, çevresel, ailesel, psikososyal etkileri olduğu belirtilmektedir (Çavuşoğlu 2004, Akay ve Emiroğlu 2008, Kocaman 2008). Hasta çocuklar uzun süreli hastalıklara ve hastalıklarının tedavisi sırasında karşılaşılabilecekleri cerrahi işlemlere olan tepkilerini çeşitli biçimlerde gösterirler. Özellikle de cerrahi işlemin tekrarı gerekiyorsa geliştirilen tepkiler sıklıkla regresyon, yadsıma, anksiyete, depresyon, korku, üzüntü, umutsuzluk, düşük benlik saygısı, beden imajında değişiklik, sevgi yoksunluğu, sosyal izolasyon, kontrol kaybı, güvensizlik, öfke ve saldırganlık, tedaviyi reddetme, dikkat eksikliği ve\veya hiperaktivite, uyku ve beslenme bozukluğu, ölüm korkusu, ölmeyi isteme ve intihar girişimi durumlarıdır (İnal ve Akgün 2003, Board 2005, Yıldız 2006, Baykara 2006, Erermiş 2008, Kocaman 2008, Emiroğlu ve Akay 2008, Erdoğan ve Kahraman 2008, Çavuşoğlu 2008, Beytut 2009, Gönener ve Görak 2009, Başbakkal 2010, Hart ve Walton 2010, Küçük 2011).

Hastane ortamında birçok olumsuz durumla karşılaşan çocuğun, fiziksel hastalığının yanı sıra psikososyal sorunları da beraberinde yaşadığı görülmektedir (Erermiş 2008). Tanılanmayan ve tedavi edilmeyen bu sorunlar çocukların daha sonraki yaşamlarında kısıtlılıklara ve kalıcı etkilere yol açabilmektedir (Duke 2005). Bu nedenle hastanede yatan çocuklarda psikososyal sorunların bütüncül bir yaklaşımla ele alınıp değerlendirilmesi gerekmektedir (Erermiş 2008, Özdemir 2007). Psikososyal sorunların değerlendirilmesinde tüm sağlık ekibinin özellikle de çocuğa bakım veren hemşirenin rolünün büyük olduğu belirtilmektedir. Hemşireler sadece çocukların fiziksel sorunları ile değil, aynı zamanda onların psikolojik sorunları ile de baş etmelerine yardımcı olmalıdırlar. Sağlık profesyonelleri içinde özellikle hemşireler hastanede yatan çocuk ve ailesinin ruh sağlığı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (Dalgas-Pelish 2006). Ancak bu etkiyi sağlayacak uygulamaların yetersiz olduğu (Zengerle-Levy 2006), hastaların tanı ve tedavisini etkileyen psikososyal sorunların göz ardı edildiği belirtilmektedir (Rushton 2010, Wissow 2005).

Literatürde yapılan çalışmalarda psikososyal semptomların yeterince tanılanamadığı ve bu nedenle de büyük bir kısmına müdahale edilemediği belirtilmektedir (Üstün 2012). Oysa psikososyal semptomların değerlendirilmesi ne kadar kapsamlı olursa, müdahale gereken alanlar da o kadar iyi belirlenmiş olmaktadır (Drotar 1981, Adams-Greenly 1986). Psikososyal bakım göz ardı edildiğinde ise; çocuğun hastalık durumundan nasıl etkilendiği, hastalığa karşı tepkilerinin neler olduğu belirlenememekte, böylece önceden rehberlik ve danışmanlık hizmeti almaları sağlanamamaktadır. Ayrıca bu durum çocuklarda, hastalık ve tedaviye daha az uyum göstermelerine neden olmakta, iyileşme hızını azaltmakta, hastanede yatış süresini uzatmakta, mortalite, morbidite ve yetiyitimine yol açmakta, yaşam kalitesini düşürmekte ve hastane maliyetini artırmaktadır (Kocaman 2008).

Genel olarak psikososyal semptomların değerlendirilmesinde tüm sağlık ekibinin rolü olmakla birlikte, özellikle de çocuğa bakım veren çocuk hemşiresinin rolü büyük ve önemli olduğu belirtilmektedir (Erdim 2006). Çünkü hasta çocuğun durumunu en iyi bilen, hemşiresidir (Hofling ve Leininger 1981). Çocuk hemşiresinin, fiziksel hastalığı olan ve cerrahi işlem geçirmesi gereken çocuğa psikososyal bakım verebilmesi için, çocuğun tepkilerini tanılaması ve psikososyal tepkileri etkileyen faktörleri bilerek hasta çocuğu değerlendirmesi gerekmektedir. Ancak, sağlık sisteminin işleyişi psikososyal bakım boyutunun ve hastaların psikososyal gereksinimlerinin ihmal edilmesine neden olabilmektedir (Kocaman 2008).

Cerrahi işlem öncesi eğitimin, tekrarlı cerrahi işleme maruz kalacak olan çocuğun anksiyete düzeyini önemli ölçüde azalttığı ve çocukların tedaviye uyumlarını daha da arttırdığı belirtilmektedir (Dönmez 1999, Uzun 2000, Koca ve Kanan 2000). Cerrahi işlem öncesi eğitim, pozitif hasta sonuçlarına katkıda bulunan hasta bakımının vazgeçilmez bir parçası ve en önemli hemşirelik girişimlerinden biri olarak görülmektedir (Uzun 2000).

Araştırma, hemşirelerin tekrarlı cerrahi işleme maruz kalan çocuklarda görülen psiko-sosyal semptomlara yönelik bilgi ve farkındalıklarını artırarak; tekrarlı cerrahi işleme maruz kalan çocukların travmatize edici etkilenimlerine müdahale açısından önemlidir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada tekrarlı cerrahi işlem geçiren çocuklarda görülmesi olası olan psiko-sosyal semptomların varlığının incelenmesi amaçlanmıştır. Belirlenen genel amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır;

1.3. Araştırmanın Soruları

S1. Tekrarlı cerrahi işleme maruz kalan çocukların psikososyal semptomları nelerdir?

S2. Tekrarlı cerrahi işleme maruz kalan çocukları etkileyen değişkenler nelerdir?

Varsayımlar

Araştırmanın yapılmasında geçerli olabilecek varsayımlar aşağıda belirtilmiştir;

1. Tekrarlı cerrahi işlem geçiren çocukların ailelerinin ölçme aracına verdiği yanıtların gerçek görüşlerini yansıttığı varsayılmıştır.
2. Tekrarlı cerrahi işlem geçiren çocukların kendilerine ait ölçme aracına verdiği yanıtların gerçek görüşlerini yansıttığı varsayılmıştır.
3. Tekrarlı cerrahi işlem geçiren çocukların ailelerinin ölçme aracına ait soruları tam olarak anladıkları ve bu doğrultuda cevap verdikleri varsayılmıştır.
4. Tekrarlı cerrahi işlem geçiren çocukların ve ailelerinin ölçme aracını yanıtlarken herhangi bir etki altında kalmadıkları varsayılmıştır.

Sınırlılıklar

1. Araştırma, 2013-2014 yılında Ankara İli, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri, Çocuk Hastanesi Bölüm 32 ortopedi ve travmatoloji yataklı servisinde 6 aylık bir süre içerisinde cerrahi işleme maruz kalan çocuklarla sınırlıdır.

2. Araştırma, ölçme aracının ölçtüğü nitelikler ile sınırlıdır.

Tanımlar

Anksiyete: Evrensel ve ortak bir deneyim olup, bireyin kendini güvensiz hissettiği durumlara karşı geliştirdiği doğal bir tepkidir. Anksiyete, benlik bütünlüğüne karşı beklenen bir tehdide tepki olarak hissedilen bir gerginlik, sinirlilik ve endişe gibi duygularla ifade edilmektedir (Şehirli 2007, Öz 2010).

Umutsuzluk: Umut, gelecek ile ilgili bir amacı gerçekleştirmede sıfırdan fazla olan beklentilerdir. Bir çıkış yolu olduğuna ve yardım ile bireyin varlığında değişiklikler oluşabileceği inancı en önemli özelliğidir. Umutsuzluk ise bir amacı gerçekleştirmede sıfırdan az olan olumsuz beklentiler şeklinde tanımlanmaktadır (Dilbaz ve Seber 1993).

Öfke ve Saldırganlık: Kişinin güvenlik, mutluluk ya da başka bir gereksiniminin çevreye zarar verme, eşyaları kırma, dökme, küfür etme, arkadaşlarına ve yetişkinlere vurma, bağırıp çağırma, öfke nöbetleri, yerinde duramama, aşırı heyecanlanma biçiminde ortaya çıkması ya da kişinin saldırganlığını içine atarak olumlu ya da olumsuz sergileme gibi davranışları ve zarar vermeyi amaçlayan tehditleri olarak tanımlanabilir (Şehirli 2007).

Regresyon: Çocuğun, içinde bulunduğu sıkıntılı duruma katlanabilmek için, kendini daha güvenli hissettiği ilk dönemlerine gerilemesi ve önceden edindiği becerileri kaybetmesi şeklinde açıklanabilmektedir (Baykara 2006).

Yalnızlık ve Sosyal İzolasyon: Yalnızlık, bireyin sosyal çevresiyle iletişiminin hem niteliksel hem de niceliksel bozulması durumunda yaşanan hoş olmayan bir duygudur. Yalnızlık çoğu zaman bir duygu olarak değil, kişide açıklanamayan bir korku, sıkıntı, ümitsizlik ya da yerinde duramama şeklinde yaşanır (LeBlanc 2003, Erermiş 2008, Erdoğan ve Karaman 2008, Küçük 2011).

BÖLÜM II

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hasta Çocuk

Bütün toplumlarda çocuk, geleceğin yetişkini olarak özenle eğitilen ve eldeki olanaklar en üst düzeyde kullanılarak, sağlık gereksinimleri karşılanan değerli bireylerdir (Er 2006, Üstün 2012).

Sağlık genel olarak, başarılı uyum süreci olarak tanımlanabilir ve çocuklarda büyüme ve gelişme döneminin en önemli göstergesidir. Hastalık ise uyumda bozulma veya denge sağlamada yetersizlik göstergesi olarak algılanmakta ve hastalık süreci içinde çocukta büyüme ve gelişmede bozukluk ve yetersizlik görülebilmektedir (Erdim 2006) Hastalık hangi alanda yaşanırsa yaşansın çocuğu biyolojik, duygusal, ruhsal ve sosyal olarak olumsuz etkileyen çok yönlü bir kavram olarak tartışılmaktadır (Özkan 2001). Hasta olmak ve hastaneye yatmak; çocuğun yaşamını çeşitli yönlerden etkileyen, kaygı ve endişelerin arttığı ve her zamanki dengesinin nispeten alt-üst olduğu bir durum olarak görülmektedir (Tunçbilek 1988, Erdim 2006).

2.1.1. Hasta Olma ve Hastaneye Yatmanın Çocuk Üzerine Etkisi

Çocuğun hastalığa ve hastaneye yatmaya karşı tepkilerini etkileyen hastalık öncesi faktörler bulunmaktadır. Bunlar; çocuğun yaşı, kişilik özellikleri, duygusal ve bilişsel gelişimi, savunma mekanizmaları, kültürel özellikleri, ailesi ve çevresi, ebeveyn ilişkisinin düzeyi, çocuğun uyum düzeyi ve yeteneklerini içermektedir (Er 2006, Özdemir 2007, Erermiş 2008, Çavuşoğlu 2004).

Çocuğun hastalığa ve hastaneye yatmaya karşı tepkilerini etkileyen, hastalıkla ilgili faktörlerin başlıcaları; hastalığın başlangıç yaşı, hastalığın işlevselliğe ve fiziksel görünümüne etkisi, hastalığın süresi ve şiddeti, ağrı ve hareket kısıtlılığının miktarı, hastalık ya da hastaneye yatma ile ilgili önceki deneyimleri, hastaneye yatmaya hazırlama, hastalığın algılanması, hastalığın çocuk ve ailesi için taşıdığı anlam, hastalıkla ilgili düşünceleri ve bilgi düzeyi, sağlık ekibi ile ilgili önyargıları, hastalık

inançları, sosyal destek sistemleri, hastalığın; çocuğun toplumsal uyumuna, okul yaşantısına, alışkanlıklarına, kardeş ve arkadaşları ile ilişkilerine etkisini içerdiği belirtilmektedir (Üstün 2012).

Çocuğun ailesinin duygusal desteğinden uzun süre yoksun bırakılması ve muhtemelen daha fazla zarar görmesi, çocuğun uzun süre hastanede yatması aşamasında görülmektedir (Üstün 2012). Fiziksel yönden zarar görme, ameliyat olma ve aileden ayrı kalma gibi korkuları nedeniyle değişik derecelerde stres yaşamakta olan çocuklar, hastalık nedeniyle ortaya çıkan fiziksel kısıtlılığa bağlı pek çok endişeyi de beraberinde yaşamaktadırlar (Çavuşoğlu 2004). Bu durumda kendilerini diğerlerinden farklı olarak algılayan çocuklar, yetersizlik duyguları yaşamakta ve kendilerini engellenmiş hissetmektedirler (Gültekin ve Baran 2005).

Çocuk ve aile için çocukluk döneminde kronik bir hastalığının teşhisi zihinsel şok, stres, kızgınlık, hüznün hissi ve ilişkilerde artan gerginliğe neden olabilir. Özellikle üzücü olan, daha önce sağlıklı bir çocuğa konulan teşhistir. Kronik hastalık hem hastalıktan hem tedavi aşamasından korkan çocuk için oldukça zorlayıcı olabilir. Başlangıçta teşhis ve tedavinin karmaşıklığını anlayamayan çocukların hastalıkla baş etmeye çalışma ve tıbbi müdahalelerden kafası karışabilir. Kronik hastalığı olan çocuklar tedaviyi her zaman kolayca takip edemeyebilecekleri için erişkine kıyasla daha fazla yardıma ve desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. Dahası, çocuklar bu hastalığı geçmişte kendisinin veya ebeveynlerinin işledikleri bir günahın cezası olarak düşünüp suçluluk duygusuna kapılabilirler. Çoğu durumda çocuklar durumlarını kalıcı olarak görüp git gide kötüleşeceğini düşünüp korkabilirler. Bu durumda, paniklemesine hastalığın belirtileriyle başa çıkamayıp, fiziksel ve psikolojik seviyede başa çıkma yollarını öğrenmesine engel olur. Güvensiz çocuk ebeveynlerde strese yol açar ki bu durum çocuğun stresini daha da arttırıp davranışsal bozukluklara yol açabilmektedir (Theofanidis 2007).

Çocuğun kronik hastalığa tepkisinin genel olarak, kişilik özelliklerine, yaşına, sosyal tutumuna, çocuğun ebeveynleriyle olan ilişkisi gibi etmenlere bağlı olduğu belirtilmektedir. Psikolojik durumlar hastalığın prognozunu kesinlikle etkiler ve çocuğun hastaneye yatırılması potansiyel olarak travmatik bir deneyim olabilmektedir (Kliwer 1997).

Hastanede yatan hasta çocuktaki belirtiler hastalıktan hastalığa değişse de, genellikle ağrı ve üzüntü ortak görülmektedir. Genel olarak psikososyal semptomlar sık sık hastaneye yatmakla ve ağırlı tedavilerle ortaya çıkabilmektedir. Çocuklar hastalığından kaynaklanan kısıtlamalardan ötürü kendisini yetersiz hissedebilir ve diğerleri tarafından kabul görmeyecek şekilde farklı olduklarına inanabilirler ayrıca, tekrarlanan tıbbi muayeneler, diyet veya diğer kısıtlamalar nedeniyle de hastalığının akranlarına bulaşacağına da inanabilirler. Çocuklarda ebeveynlerine veya diğer bakıcılarına karşı bağımlılık oluşabilir, bu da sıklıkla kontrolü ele alma isteksizliği olarak sonuçlanmaktadır. Bu durumda sosyal aktivitelerden kendisini mahrum bırakma, artan üzüntü ve ebeveyn korumacılığına neden olabilmektedir. Ne yazık ki bazı çocuklar aşırı talepkar ve sinirli olabilir, bir derece bağımsızlık elde edebilmek için ebeveynlerine başkaldırabilir. Bu durum özellikle ergenlik döneminde ortaya çıkmakta ve ergen anti-sosyal davranışlar gösterip, hastalığını yok sayarak, diyet ve egzersiz dahil olmak üzere tüm tedaviyi reddedebilmektedir (Phipps ve Steele 2002).

2.2. Cerrahi İşlem Tanımı

Hastaneye yatan çocukların maruz kaldıkları cerrahi girişimler ve yöntemler, son teknolojiler kullanılarak yapılan bir tedavi olup, günümüz teknolojilerinde rutin olarak yer alan uygulamalar olarak görülmektedir (Dadaş 2003).

Genel olarak cerrahi girişimler; fizyolojik durumu olabildiğince sabit tutarak, hastalıklarda bozulan vücut işlevlerini normal seviyeye getirmesine ya da mümkün olan en uygun düzeyde tutmasına olanak sağlayan ve bu süreçte uygulanan bir tedavi yöntemi olarak belirtilmektedir (Onat 1993). Cerrahi girişimler hastanın normal fizyolojik durumunu kontrol altına aldığından dolayı kontrollü travma olarak da tanımlanmaktadır (Dadaş 2003).

Günümüzde erişkinlere cerrahi uygulanan durumlar başlıca 4 grupta incelenebilir. Maling tümörler, kolesistit ve peptik ülser gibi fonksiyonel hastalıklar, dejeneratif olaylar ve travma. Pediatrik cerrahi ise belirli bir yaş grubuna uygulanan bütün cerrahi girişimler şeklinde tanımlanabilir. Tıbbi sorunu olan çocukların benzer sorunu olan erişkinlerden ayrı olarak incelenmesini gerektiren nedenler olduğu gibi problemi olan çocukların da yaşa bağlı olarak görülen belirgin fiziksel ve psikolojik farklılıklar nedeniyle özel olarak düşünülmesi gerekmektedir. Çocuklarda cerrahi

müdahale gerektiren en önemli durumlar konjenital malformasyonlardır (Büyükpamukçu 1984).

2.2.1 Çocuklara Uygulanan Cerrahi İşlem Çeşitleri

Kalp/Damar Cerrahisi: Çocuklarda kalp-damar sistemine ait yakınmaların özellikleri ve sıklığı yaşa göre değişiklik göstermektedir. Yenidoğan ve süt çocukluğu döneminde, emmede güçlük, takipne, dispne, terleme, siyanoz, paroksizmal hipoksemi nöbetleri sık karşılaşılan yakınmalar iken, daha büyük çocuklarda kilo alamama ve gelişim geriliği, çabuk yorulma, sık solunum yolu enfeksiyonu, ödem, göğüs ağrısı, çarpıntı, senkop gibi yakınmalar ön plana çıkar (Cantez 2003, Önen 2006). Werner ve diğerleri (1997) çocuklarda kalp ve damar cerrahisine bağlı tekrarlı cerrahi işlem uygulama sıklığının yüksek olduğunu ve bu sebeple pediatrik cerrahide önemli olduğunu ifade etmişlerdir.

Baş-Boyun Cerrahisi: Benign ve malign tümörlerin sık görüldüğü alanlardır. Boyun lezyonlarının %80'i benigndir. Çocuklarda en sık servikal kistik lezyonlar görülür. Sıklık sırasına göre tiroglossal kanal kistleri (%40-60), kistik higroma (%20-30), ikinci brankial anomaliler (%10-20) ve bronkojenik kistler görülmektedir. Servikal adenopati de çocuklarda sık görülen bulgulardandır ve çoğunluğu inflamatuvar kaynaklıdır. Hemanjiomlar, çocukluk çağının en yaygın tümörleridir ve çoğunlukla baş-boyun bölgesinde bulunur. Cerrahi işlem yapılan servikal lenf nodlarının %13-15'i maligndir (Önen 2006).

Gastrointestinal Sistem Cerrahisi: Mide ve duodenum hastalıkları cerrahi işlem gerektiren hastalıklar arasında yer almaktadır (Gülseren 1997). Konjenital hipertrofik pilor stenozu; 1000 canlı doğumda 2-3 oranında görülür. İnce ve kalın barsak atrezilerine 1/300- 1/5000 arası canlı doğumda rastlandığına dair değişik rakamlar bildirilmektedir. Olguların %95'inde tam atrezi vardır ancak %5 olguda delikli web veya stenoz mevcuttur. Anorektal malformasyonlar, en sık görülen doğumsal anomaliler arasındadır ve cerrahi gerektiren sindirim sistemi anomalilerin ¼ ünü oluşturmaktadır. Literatürde 1500 ile 5000 canlı doğumda bir oranında görülmekte olduğu bildirilmiştir. İnvajinasyon olgularının %70'i bir yaşın altında tanı konulan erkek çocuklardır. En önemli semptom 20-30 dakikada bir tekrarlayan ve 2-3 dakika kadar süren karın ağrısıdır. Nekrotizan enterekolit; sıklıkla prematüre ve düşük doğum

ağırlıklı bebeklerde, barsaklarda nekroz ve perforasyonlarla seyreden, yüksek mortalitesi olan bir hastalıktır (Celayir 2009, Erdoğan 2009).

Ortopedik Cerrahi: Vücudun şekil bozukluklarından kaynaklanan hastalıkların incelendiği ve tedavi edildiği cerrahi bölümdür. Hastaların kafa, yüz ve iç organları dışında kalan organları ortopedinin alanına girmektedir (Cimilli 2001). Spinal stenoz; spinal kanalın dejeneratif değişiklikler nedeniyle daralmasıdır. Ağrı, duyu bozukluğu ve paralizi önemli semptomlarıdır. En sık L4-5, L5-S1 seviyelerinde görülür. Tortikollis; en sık görülen nedeni sternokleidomastoideus (SCM) kasının kontraktürüdür. Cerrahi tedavi için çocukların bir yaşını doldurması beklenir. Vertebra Tüberkülozu; bütün iskelet sistemi tüberkülozunun içinde % 50-70'ini vertebra tüberkülozu oluşturur. Tüberkülozların %2'sini oluşturur. %85 olguda 3-10 yaşları arasında görülür. Hastaların %25'inde akciğer tüberkülozu ile birlikte bulunur. Kifoz; tedavi edilmezse paraplejiye yol açacağı için önemli bir deformitedir. Segmentasyon defekti ve formasyon defekti olarak 2'ye ayrılır. Segmentasyon defektinde parapleji nadiren görülürken formasyon defektinde parapleji sık görülür (Yüçetürk 2007).

Skolyoz; omurganın frontal düzlemde lateral deviasyonudur ve ilerleyen bir hastalıktır. Özellikle büyüme hızı arttığında şekil bozukluğu birden artar. Çocuklarda skolyoz insidansı %2-3'tür (Yüçetürk 2007). Özellikle skolyoz büyümeyle eş değer ilerleme ve deviasyona neden olabilme özelliğinden dolayı tekrarlı cerrahi işlem gerektiren öncelikli tanılar içerisinde yer alır (Kavak 2005). Omurgada eğrilik S ve C şeklinde olabilir. Skolyoza eşlik eden vertebral rotasyon nedeniyle göğüs kafesinde asimetri fark edilir. Belin öne fleksiyonu ile simetri bozukluğu belirgin hale gelir. Herhangi bir yaşta olabilen İdiopatik skolyoz yaş göz önünde bulundurularak İnfantil (0-3 yaş), Jüvenil(4-10yaş), Adölesan (10 yaş üzeri) ve Adult (20 yaş üzeri) skolyoz olarak dört kategoriye ayrılmıştır (Kavak 2005, Bayraktar 2008).

İnfantil skolyoz, 3 yaş altında görülür. Genellikle doğumsal yapı bozukluklarına, sinir ve kas hastalıklarına (müsküler distrofi, spastik felç gibi), kazalara, enfeksiyon ve tümörlere bağlı olarak gelişebilir. Juvenil skolyoz, 3-10 yaşları arası görülür ve nadirdir.10 yaş sonrası görülen adolesan skolyoz ise idiyopatik skolyozların en sık görülen tipidir (Adak 1999, Bayraktar 2008). İdiopatik skolyozun cinsiyete göre dağılımı da değişiklik göstermektedir. İnfantil idiyopatik skolyoz erkeklerde daha sık gözlenirken jüvenil idiyopatik skolyoz 6 yaşına kadar her iki cinste eşit dağılım

göstermekte, altı yaşından sonra kızlarda daha sık rastlanmaktadır. Buna karşılık adolesan idiopatik skolyoz kadınlarda erkeklere göre daha sık gözlenmektedir kız erkek oranı 3.6/1 olarak bulunmuştur.

Spinal deformitenin düzeltilmesi ve stabilizasyonu (Köse 2007, Şenköylü 2006), klinik deformitenin düzeltilmesi, toraksın posterior kolonu olarak omurganın büyüme potansiyelinin korunması ve toraksın hacim, simetri ve fonksiyonunu geliştirmek/daha iyi hale getirmek (Şenköylü 2006, Bayraktar 2008) için tekrarlı skolyoz cerrahisindeki en büyük ilerleme Harrington tarafından geliştirilen enstrumentasyon olmuştur. Omurganın büyüme potansiyelini etkilemeden skolyozu stabilize edip düzelterbilmenin bir yolu olan füzyon yapılmadan uygulanan subkütan rod tekniğidir (Köse 2007). Bu girişimler orijinal olarak küçük yaşta spinal füzyon uygulanmış hastalarda sıklıkla görülen kısa boy sorunlarını çözmek için geliştirilmiştir. Bu tekrarlı cerrahi girişimler aynı zamanda erken spinal füzyonla birlikte görülen toraks kısılıkları sorununa da hitap etmektedir. İlk uzayan rod olguları Harrington tarafından sunulmuştur ve birçok diğer varyasyonları bunu izlemiştir (Köse 2007).

Ürolojik Cerrahi: Kasık bölgesi, iliaka anterior superior seviyesinin altında kalan karın ön bölümünü tanımlar. Bu bölgede sık karşılaşılan patolojiler arasında Herni, karın içerisinde yer alan organlardan herhangi birinin batın duvarında oluşan bir zayıf noktadan peritonu da önüne alarak dışarı doğru çıkmasıdır. İngunial herni oranı %1-5 arasında değişmektedir ve prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerde daha sık (%16-25) olmakla birlikte erkek çocuklarda kızlara oranla 3-10 kat daha sık görülmektedir. %90 tek taraflı oluşur. Hidrosel, testis etrafındaki tunika vajinalis içerisinde bir miktar sıvının kalması sonucu oluşur. Gerçek sıklığı bilinmemektedir ve genellikle iki taraflıdır. Sıvı çoğunlukla 6-12 ay içinde kendiliğinden emilir, bu durumda cerrahi tedavi gerekmez fakat 1.5-2 yaş civarında hala şişlik devam ediyorsa cerrahi müdahale gereklidir. İnmemiş testis, çocuk cerrahisi kapsamı içinde en sık cerrahi girişim gerektiren anomalilerden biridir. Term bebeklerde %3-3.7, prematüre bebeklerde de %33-60 oranında rastlanır. Doğumdan sonra ilk bir yıl içinde testisler skrotuma inebilir aksi taktirde cerrahi müdahale gerekebilir (Eliçevik 2009, Emir 2009). Çocuklarda tekrarlı cerrahi işlem gerektiren tanılardan bazıları ise hipospadias ve epispadiasdır. Hipospadias, uretranın normal yerinde açılmayıp penisin alt yüzünde herhangi bir yere açılmasıdır. Hipospadias erkek çocukların %0.8' inde görülür. Tedavisi cerrahidir. Epispadias ise uretranın penisin dorsal yüzüne açılmasıdır. Bu

açıklık daha çok penis kökü seviyesindedir. Epispadias, hipospadiasa göre çok daha az görülür. Epispadiasta defekt dış sfinkteri de etkiliyorsa inkontinans gelişir. Tedavisi cerrahidir (Erdil 1997).

Çocuklarda Uygulanan Cerrahi İşlem Nedenleri

Çocuklarda uygulanan cerrahi işlem nedenlerinden bir obstrüksiyondur. Vücuttaki tıkanıklıklar damarları etkilediğinden kan, hava, idrar gibi yaşam için gerekli maddelerin geçişini engellemekte ve bunlardan dolayı vücut hayati tehlike altına girebilmektedir. Üriner sistemde obstrüksiyon çocuklarda genellikle doğumsal nedenlerle ilgilidir ve günümüzde çoğu prenatal dönemde saptanabilmektedir (Ulman 2010, Erdil ve Ö. Elbaş 1994).

Cerrahi işlem gerektiren bir diğer neden perforasyondur. Organ veya damarda meydana gelen bir durumdur. Kan, hava gibi yaşamsal değer taşıyan maddelerin akışı gerçekleşmediği durumlarda hasta çocuğun yaşamsal tehlikesi başlamaktadır (Erdil ve Ö. Elbaş 1994, Dadaş 2003).

Erozyon, fiziksel tahriş durumu, ülserasyon gibi durumlar nedeniyle meydana gelen doku yüzeyindeki bütünlüğün bozulması durumudur. Aşınma damarı etkilerse çocuklarda kanamalara neden olmakta ve cerrahi işlem gerektirmektedir (Erdil ve Ö. Elbaş 1994, Ay 2007).

Tümör: Vücut için hiçbir gerekliliği olmayan, anormal şekilde büyüyen doku hücreleri olarak tanımlanan tümörlerin diğer patolojik durumlarda olduğu gibi en uygun tedavi yöntemi cerrahi yöntemdir (Erdil ve Ö. Elbaş 1994, Ay 2007).

Yenidoğan çocukların doğumsal anomolileri ve travmalarında da daha sonra tekrarı olabilecek cerrahi yöntemler kullanılmaktadır.

1)Acil cerrahi durumlar: Çocukların yaşam fonksiyonlarını stabil duruma getirmek için acilen uygulanması zorunlu olan cerrahi girişimlerdir (Potter ve Perry 2005). Travmalar sonucu oluşan hemodinamik insitabilite yaratan pelvik kırıkları acil cerrahi uygulama gerektiren tanılara örnek verilebilir (Büyükpamukçu 1984, Yeker 2005, Önen 2006).

2) Zorunlu cerrahi durumlar: 24-48 saat içerisinde uygulanması gerekmektedir (Potter ve Perry, 2005). Myelomeningosel ve anal atrezi gibi cerrahi uygulama gerektiren tanılar örnek verilebilir (Büyükpamukçu 1984, Yeker 2005, Önen 2006).

3) Elektif cerrahi durumlar: Çocuklara uygulana bu cerrahi onların daha iyi hissetmesi amacıyla uygulanan ancak zorunlu olmayan girişimlerdir. Yelken kulak, epispadias gibi cerrahi uygulama gerektiren tanılar örnek verilebilir (Büyükpamukçu 1984, Yeker 2005, Önen 2006).

4) Planlanmış cerrahi girişimler: Hastaların yaşam kalitesini arttırmak amacıyla yapılan ancak aciliyeti olmayan durumlardır (Erdil ve Elbaş 2001). İnguinal herni, umbilikal herni, hipospadias, hidrosel... gibi cerrahi uygulama gerektiren tanılar örnek verilebilir (Büyükpamukçu 1984, Yeker 2005, Önen 2006).

2.3. Cerrahi işlem ve Psikososyal Semptom İlişkisi

Hastalık, her çocuğun başına gelebilecek en yaygın ve genel stres kaynaklarından biri olarak çocukları etkilemekte ve tedavisinde kullanılan cerrahi girişimler de yaşamı kurtaran ve kolaylaştıran yöntemler olarak tüm çocukları fizyolojik ve psikolojik olarak etkilemektedir (Dadaş 2003, Üstün 2012). Bu stres ve stresin belirtileri hastalığın ve cerrahi girişimin ne olduğuna, süresine ve çocuğun yaşamında yarattığı değişime bağlı olmakla birlikte; çocuğun yaşına, kişiliğine ve içinde bulunduğu koşullara göre de farklılık gösterebilmektedir. Buna göre de etkileri geçicidir veya kalıcıdır (Özkan 1998, Üstün 2012).

Çocuklar uzun süreli hastalıklara ve hastalıkların tedavisi sırasında karşılaşılabilecekleri cerrahi işleme maruz kalma gibi durumlara tepkilerini çeşitli biçimlerde gösterirler. Tekrarlı cerrahi işlemlerin ise çocuğun gelişimi üzerinde biyolojik, çevresel, ailesel, psikoseksüel ve psikososyal etkileri olduğundan söz edilmektedir (Çavuşoğlu 2004, Akay ve Emiroğlu 2008, Kocaman 2008). Cerrahi işleme karşı geliştirilen psikososyal tepkilerin en yaygın nedenleri ağrı duyma ve rahatsızlık korkusunun yanı sıra, regresyon, yadsıma, anksiyete, depresyon, korku, endişe, üzüntü, umutsuzluk, düşük benlik saygısı, beden imajında değişiklik, sevgi yoksunluğu, bağlılık duygusu, ayrılık anksiyetesi, yalnızlık ve sosyal izolasyon, güçsüzlük ve kontrol kaybı, yetersizlik ve başarısızlık duygusu, güvensizlik, suçluluk,

cezalandırılma düşünceleri, hayal kırıklığı, düşmanlık, öfke ve saldırganlık, tedavi rejimine uyumsuzluk ve tedaviyi reddetme, posttravmatik stres bozukluğu, tik ve kekemelik, fobik semptomlar, konversiyon, somatik yakınmalar, uyku ve beslenme bozukluğu, ölüm korkusu, ölmeyi isteme ve intihardır (Drotar 1981, LeBlanc 2003, Peykerli 2003, İnal ve Akgün 2003, Board 2005, Baykara 2006, Zengerle-Levy 2006, Yıldız 2006, Erdim 2006, Özbaran ve Erermiş 2006, Theofanidis 2007, Emiroğlu ve Akay 2008, Erdoğan ve Kahraman 2008, Çavuşoğlu 2008, Erermiş 2008, Kocaman 2008, Kocaman 2008a, Beytut 2009, Gönener ve Görak 2009, Başbakkal 2010, Hart ve Walton 2010, Küçük 2011).

2.3.1. Tekrarlı Cerrahiye Maruz Kalan Çocuklarda Görülen Bazı Psikososyal Semptomlar

Hastalık, hastaneye yatma ve tekrarlanan işlemlerin çocuklar üzerinde olumsuz ve derin bir etkiye sahip olduğu, kısa ve uzun vadeli problemlere yol açtığı bilinmektedir (Üstün 2012).

Cerrahî işlemlerin korku, stres, anksiyete yaratıcı etkisi oldukça büyüktür. Çoğu kez böyle bir durumla karşı karşıya gelmek ise çocuğu daha zor bir duruma sokar. Cerrahi işlem öncesi çocukta en yoğun görülen psikolojik etkinin stres olduğu belirtilmektedir. Çocuk strese girerek mevcut durumla mücadele etmeye organizmayı zorlamaktadır. Tüm cerrahî işlemler fiziksel acılar doğurabilmekte hatta ölümle bile sonuçlanabilmektedir. Dolayısıyla cerrahi işlemin adı bile tüm yaş grubu hastalarda ve özellikle çocuklarda strese neden olabilmektedir. Bu stresle birlikte anksiyete seviyesi de oldukça artmakta ve bu durum da beraberinde patolojik birtakım sonuçlar getirebilmektedir. Bu durum cerrahi işlem öncesini etkilediği gibi sonrasında da olumsuz bir şekilde etkileyebilmektedir. Anestezi konusunda da yaşanan anksiyete durumu için çeşitli görüşler vardır. Ramsey (1973), korkuyu anestezi sonrasında kendine gelmemek ile, Shevde ve Panagopoulos (1991), bu işlemi gerçekleştirecek sağlık personellerinin yeterli düzeyde olmaması, Hume ve arkadaşları (1994) ise, operasyon sırasında uyanmak gibi durumların çocuğun cerrahi işleme karşı daha çok anksiyete duymasına neden olduğunu belirtmişlerdir (Demir 2010).

Gelder (1988) cerrahî işlem öncesinde işlem hakkında bilgisi olmayan hasta çocukların cerrahi işlemin tüm aşamalarına yeterince uyum sağlayamadıklarını, bununla birlikte konuyla ilgili bilgisi olanların bu aşamalara daha çok uyum sağladıklarını belirtmişlerdir (Gelder 1988).

Bir çalışmaya göre yetişkinlerde durum bu şekilde belirtilirken çocuklarda tıbbi korkuyla ilgili stres oluşmasının nedeni yabancı bir ortam, hastane kıyafeti, oyunları, yabancıların onları muayene etmeleri, tıbbi jargon, utanç, acı ve ebeveynlerinde kaygının görünmesi dahildir (Justus 2006). Bir diğer çalışma, İspanyolca konuşulan ilkokullarda cerrahi işlem kaygılarının tıbbi korkularla pozitif korelasyonu olduğu görülmüştür. Ayrıca daha önce cerrahi işlem geçirmemiş çocukların daha çok endişelendiklerini ortaya koymuştur. Dahası, ağır hastalığı olan, daha yoğun cerrahi işlem geçiren ve yaşı küçük çocukların daha fazla korku duydukları ifade edilmiştir (Förnäs 2009).

Ameliyathaneye girerken çocuğa invazif girişim uygulanacak ise, çocuk için ebeveynlerinden ayrı düşmesi, anestezi verilmesi özellikle probleme neden olan stres noktalarıdır. Ayrıca tekrarlı cerrahi işlemlerde, invazif diğer prosedürlerde çocuklar için rahatsızlık verici olayların çoğu ağrı/acımın yan etkileri ile ilişkilidir (Justus 2006).

Çocuklarda özellikle tekrarlı cerrahî işlemlere karşı duyulan anksiyetenin nedenleri çok ciddi boyutlarda taşınan ölüm anksiyetesi, cerrahi işlem sonrasında yaşanılmasından korkulan fiziksel acılar, anestezinin yan etkilerinden korkma, cerrahi işlem sonucunda yaşanma olasılığı olan birtakım kayıplar ve başkalarına bağımlı olma korkusu, yaşanılacak operasyon ve diğer tıbbî uygulamalar hakkında yeterli bilginin olmamasının yarattığı korku şeklinde sıralamak mümkündür (Karayurt 1998, Gürsoy 2001).

2.3.2. Anksiyete

Çocuklarda hastanede yatmanın kendine özgü korku duyulan yanları fiziksel rahatsızlık, sakatlanma ve ölüm, ebeveynlerden ve güvendiği erişkinlerden uzak kalma, hastane odaları gibi bilinmeyenden ötürü duyulan korku, hastane ortamında nasıl davranılacağı ve hastanede neyin kabul gördüğünün bilinmemesi ve bağımlılık, kontrol ve beceri kaybı olarak beş boyuta bölünmüştür (Justus 2006).

Çocuklarda hastanede yatmanın kendine özgü korku duyulan yanları aynı zamanda cerrahi işlemler için de geçerlidir (Karayurt 1998, Gürsoy 2001).

Korku; çocukların cerrahi işlemde neden korktukları incelendiğinde, Wolman (1979) korkuyu üç kategoriye ayırmaktadır: Temel korku, gelişimsel korku ve travmatik olaylardan gelişen korku. Temel korku hayatın farklı evrelerinde farklı hareket etmekle, gelişimsel korku gelişim evreleriyle ve travmatik korku travmatik bir olayla bağlantılıdır. Tıbbi prosedür veya personelden dolayı ortaya çıkan korkuya tıbbi korku denmektedir. Piaget'e göre çocukların korkusu bilişsel gelişimiyle orantılıdır. Çocuklar gerçekçi bir hedef belirleyemez ve trafik gibi, ebeveynlerinin öğrettikleri şeylerden korku duyarlar. Dört ve sekiz yaş aralığındaki çocukların korkuları hayal güçleriyle ilişkilidir. Canavarlardan ve doğaüstü güçlerden korkarlar. Çocukların korkuları hayal güçleriyle ilişkili olmasına karşın okul çağına ulaştıklarında daha somut düşünebilmektedirler. Somut düşünme çocukların fiziksel korku ve acı gibi somut korkuların farkına varmalarını sağlar. Dahası, çocuklar okul çağına gelince korkusunu göstermeyip, acı duydukları anlarda pasif bir direniş sergileyebilirler. Bu durum, çocukların kabul gören şekilde davranmak isteyip hastanede kabul gören davranışın ne olduğunu bilmemelerinden kaynaklanır. Ayrıca çocuklar uyumaktan, yalnız kalmaktan veya annelerini kaybetmekten korkarlar (Förnäs 2009).

Cerrahî girişimlerin anksiyete seviyesini nasıl arttırdığı bilinmektedir. Özellikle cerrahî girişimin ileri bir tarihe ertelenmesi yüksek olan anksiyete seviyesini kat ve kat arttıracığı, bu durumun da fiziksel acılara neden olabileceği, çocuğun hayal gücü ile cerrahi işlemi abartacağı bilinmektedir (Raj 2000).

Mooney (1997) tekrarlı cerrahi işlem öncesi dönemde çocuk ve ebeveynin yoğun anksiyete yaşadıkları dönemleri; hastaneye kabul, cerrahi işlem öncesi testler, cerrahi işlemde önceki gün, premedikasyon enjeksiyonu, ameliyathaneye gitmeden önceki saatler olarak belirlemektedir.

Tekrarlı cerrahi işlem sebebiyle çocuğun hastaneye yatışı, sadece çocuk için değil, ebeveynler için de yoğun anksiyete sebebidir. Ebeveynin anksiyete düzeyini etkileyen durumlar, hastalık ve cerrahi işlem ile ilgili önceki deneyimleri ve bilgileri, ekonomik durumları, diğer çocukların bakımı ve çalışma koşulları ile ilişkili durumlar şeklinde listelenebilir (Zuckerberg 1994). Ebeveynin anksiyetesi çocuğun

anksiyesinde de artışa neden olmaktadır. Lamontagne 'in (1995) yaptığı çalışma, cerrahi işlem öncesi evrede yüksek anksiyete düzeyinde olan ebeveynlerin çocuklarında da yüksek anksiyete düzeyi görüldüğünü ortaya koymuştur (Lamontagne 1996).

Regresyon: Hastalık, hastaneye yatma ve tedavisindeki cerrahi işlemin çocuk üzerindeki en olası sonuçlarından biri “regresyon”, yani yaşından küçük davranmadır (Başbakkal 2010, Üstün 2012). Regresyon; çocuğun, maruz kaldığı cerrahi işlemde kaynaklanan sıkıntılı duruma katlanabilmek için, kendini daha güvenli hissettiği ilk dönemlerine gerilemesi ve önceden edindiği becerileri kaybetmesi şeklinde açıklanabilmektedir (Baykara 2006, Öz 2010, Üstün 2012). Bu nedenle sıklıkla hastaneye yatma ile doğal olarak ortaya çıkan, çocukların en sık kullandıkları savunma düzeneklerinden biri olan regresyon tekrarlı cerrahi işlemde de görülebilmektedir (Üstün 2012). Regresyon; huysuzluk, ağlama, ilgi bekleme, ebeveyne aşırı bağlanma, parmak emme, konuşmada gerileme, yemek yemeyi reddetme, fetal pozisyona girme, enürezis, enkoprezis, aşırı motor aktiviteler şeklinde görülebilmektedir (Tüzün 2000, Baykara 2006, Emiroğlu ve Akay 2008, Başbakkal 2010, Üstün 2012).

Umutsuzluk: Umut, gelecek ile ilgili bir amacı gerçekleştirmede sıfırdan fazla olan beklentilerdir. Bir çıkış yolu olduğu ve yardım ile bireyin varlığında değişiklikler oluşabileceği inancı en önemli özelliğidir. Umutsuzluk ise bir amacı gerçekleştirmede sıfırdan az olan olumsuz beklentiler şeklinde tanımlanmaktadır (Dilbaz ve Seber 1993, Üstün 2012). Umutsuzluk, problemleri çözmek ya da istenen amaca ulaşmak için hiçbir alternatifin ya da kişisel tercihin olmadığını düşünen, kendi kendini harekete geçiremeyen bireydeki subjektif bir duygusal durumdur. Birey fiziksel ya da emosyonel olarak çok derin ya da çok uzun süre acı çektiğinde ya da bu süreçte yeterli yardımı alamadığında ortaya çıkar. Hastalık ve cerrahi işleme maruz kalma durumunda bireylerin hastalık ve onun neden olduğu cerrahi tedaviyle baş etmelerinde, umudun önemli bir güç olduğu belirtilmektedir (Kocaman 2008, Üstün 2012).

Öfke: Çocuk hastalık, hastaneye yatma ve tedavisi sırasında karşılaştığı cerrahi işleme maruz kalma deneyimi gibi durumlara karşı öfkesini anne babasına ya da çevresinde bulunan diğer bireylere farklı şekillerde yansıtabilir (Üstün 2012). Çocuğun, üzücü beklenmedik bir olay, incitme ya da gözdağı hareketlerinin, istek ve ihtiyaçlarının yerli yersiz engellenmesi, istenmeyen bir olayın hatırlanması karşısında ve varlığını koruma isteğinden dolayı kendini olumlu yollardan ifade edememesi sonucunda

gösterdiği duygusal ifade biçimidir (Erdim 2006, Erdoğan ve Karaman 2008, Kocaman 2008a, Üstün 2012). Öfkenin ifade biçimi yaşa, cinsiyete ve kişilik farklarına göre değişir. Öfke durumunda çocuk ağlar, güler, inatçıdır, konuşmaz, alay eder, yemek yemez, bağırır, kendini yerden yere atar, kendine ve karşısındaki insana zarar verir, yumruklar ve dişler sıkılır, nabız ve kalp atışları hızlanır, mantıklı düşünme durur, konuşma düzeni bozulur, sık sık nefes alıp verir, nefesini tutma, morararak çevresini korkutma gibi hareketler yapabilir (Şehirli 2007, Üstün 2012).

Saldırganlık: Saldırganlık, kişinin güvenlik, mutluluk ya da başka bir gereksiniminin çevreye zarar verme, eşyaları kırma, dökme, küfür etme, arkadaşlarına ve yetişkinlere vurma, ısırma, itme, tekmeleme, bağırıp çağırma, öfke nöbetleri, yerinde duramama, elini kolunu ısırma, saçını yolma, aşırı heyecanlanma biçiminde ortaya çıkması ya da kişinin saldırganlığını içine atarak olumlu ya da olumsuz davranışları sergileme gibi ve zarar vermeyi amaçlayan tehditleri olarak tanımlanabilir (Üstün, 2012) Saldırganlık, hem sözel hem fiziksel hem de diğerlerini gruptan ayıran etkinlikleri içeren olumsuz davranış olarak sergilenebilir. Saldırgan davranışlar belli zamanlarda belli ortamlarda, belli nesne veya bireylere karşı ve belli bir takım tahrik türlerine tepki olarak sergilenme eğilimindedir (Şehirli 2007, Üstün 2012). Cerrahi işleme maruz kalan çocuklarda doğrudan taranmasa da böbrek hastalığı olan çocukların %20'den fazlasında ve diyabetli çocuklarda saldırgan davranışlar görüldüğü bildirilmiştir (Üstün 2012).

Yalnızlık ve Sosyal İzolasyon: Yalnızlık, bireyin sosyal çevresiyle iletişiminin hem niteliksel hem de niceliksel bozulması durumunda yaşanan hoş olmayan bir duygudur. Yalnızlık çoğu zaman bir duygu olarak değil de kişide açıklanamayan bir korku, sıkıntı ya da ümitsizlik şeklinde yaşanabilir (Eeremiş 2008, Erdoğan ve Karaman 2008, Kocaman 2008, Üstün 2012) Bireyler için korkutucu olan yalnızlık yaşantısı hastaneye yatma ve cerrahi işlem için daha ciddi bir problem olabilir. Buch (1995), yalnızlığı “önemli derecede bir hastalığı olan bireylerde hem akut hastalık hem de hastaneye yatmaktan kaynaklanan sıklıkla gözden kaçan psikososyal bir problem” olarak tanımlamıştır. 6-12 yaş için hastalık ve hastaneye yatma, oyun ve okul arkadaşlarından ayrılmak demektir. Bu da bu yaş grubu çocukların daha çok yalnızlık hissetmelerine yol açmaktadır (Öz 2010, Üstün 2012).

Gortmaker ve arkadaşları (1990) kronik hastalığı olan ergenlerin %10'unda sosyal geri çekilme görüldüğünü belirtmişlerdir (Toros 2002). Böbrek hastalığı olan çocukların da %29'unda tanı konulduktan sonra bir yıl içinde sosyal geri çekilme olduğu saptanmıştır (Leblanc 2003).

2.3.3.Psikososyal Bakım ve Hemşirelik

Çocuklarda psikososyal semptomların yeterince tanılanamadığı ve bu nedenle de büyük bir kısma müdahale edilemediği belirtilmektedir (Jellinek ve Murphy 1999). Oysa psikososyal semptomların değerlendirilmesi ne kadar kapsamlı olursa, müdahale gereken alanlar da o kadar iyi belirlenmiş olur (Drotar 1981, Adams-Greenly 1986). Psikososyal bakım göz ardı edildiğinde ise; çocuğun hastalık durumundan ve cerrahi tedaviden nasıl etkilendiği, hastalığa ve cerrahi işleme karşı tepkilerinin neler olduğu belirlenememekte, böylece önceden rehberlik ve danışmanlık hizmeti almaları sağlanamamaktadır. Ayrıca bu durum hastalarda, hastalık ve tedaviye daha az uyum göstermelerine neden olmakta, iyileşme hızını azaltmakta, hastanede yatış süresini uzatmakta, mortalite, morbidite ve yeti yitimine yol açmakta, yaşam kalitesini düşürmekte ve hastane maliyetini artırmaktadır (Kocaman 2008, Legg 2011)).

Bu tür psikososyal semptomların değerlendirilmesinde tüm sağlık ekibinin özellikle de çocuğa bakım veren hemşirenin rolü büyüktür (Guthrie 2003, Erdim 2006). Çünkü hasta çocuğun durumunu en iyi bilen, hemşiredir (Hofling ve Leininger 1981). Ancak, sağlık sisteminin işleyişi psikososyal bakım boyutunun ve hastaların psikososyal gereksinimlerinin ihmal edilmesine neden olabilmektedir. Bunun yanı sıra servisin yoğunluğu, hasta sayısının fazla olması ve eleman eksikliği de düşünüldüğünde hemşirelerin daha çok iş merkezli çalışabildiği, hasta çocukların fiziksel bakımına daha çok odaklandığı ve psikososyal gereksinimleri göz ardı ettiği düşünülmektedir (Kaçmaz 2005, Kocaman 2005). Oysa hemşirenin, fiziksel hastalığı olan çocuğa psikososyal bakım verebilmesi için, çocuğun tepkilerini tanılaması ve psikososyal tepkileri etkileyen faktörleri bilerek hasta çocuğu değerlendirmesi önemlidir (Kocaman 2008).

Çocukların sağlık sorununa verdikleri tepkiler birbirinin aynı değildir. Her çocuk sağlık, hastalık, hastaneye yatma ve tedavi durumundaki gereksinimleri ve kaygıları ile kendine özgü bir bireydir (İnal ve Akgün 2003, Çavuşoğlu 2004). Hemşireler sadece çocukların fiziksel sorunları ile değil, aynı zamanda onların psikolojik sorunları ile de

baş etmelerine yardımcı olmalıdırlar (Theofanidis 2007). Hemşirenin, fiziksel bir hastalıkla karşılaşan çocuğa psikososyal bakım verebilmesi için, hasta çocuğun tepkilerini tanılaması ve psikososyal tepkileri etkileyen faktörleri bilerek çocuğu değerlendirmesi gerekmektedir (Kocaman 2008). Çocuğun fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal yönden hızlı bir gelişim süreci içinde olduğunu, hastanede kaldığı süre içinde çocuğun beklentilerini, olayları algılamasını, geçmiş deneyimlerini, duygularını ve bilişsel düzeyini dikkate alması gerekmektedir (İnal ve Akgün 2003, Çavuşoğlu 2004).

Hemşirenin ailenin anksiyete kaynaklarını bilmesi ve anksiyetenin giderilmesi için bir güven ilişkisi yaratabilmesi son derece önemlidir. Sağlık personeli için rutin işlemlerin aile için korkutucu olabileceği hemşirenin unutmaması gereken en önemli faktördür. Ebeveynler hemşirenin önemsiz bulduğu bir ayrıntıya çok önem veriyor olabilirler. Cerrahi işlem öncesi evrede aile ne denli iyi hazırlanırsa, çocuğa da o ölçüde yardımcı olunabilir. Ebeveynler çocuklarının geçireceği ameliyatla ilgili olabildiğince çok bilgiye sahip olmalıdırlar (Semerci 1999). Hemşirenin görevlerinden biri de, cerrahi işlem öncesi tüm hazırlık evrelerinde ailenin çocukla birlikte olmasını sağlamaktır. Smith ve Dearmun (2006) tarafından yapılan çalışmada, ebeveynlerin anestezi odasında ve yoğun bakım ünitesinde çocuklarının yanında olup onlara bakabilme konusunda hemşirelik desteğinin gerekliliği belirlenmiştir. Cerrahi işlem öncesi hazırlık programına katılan ailelerde anksiyetenin azaldığı ve baş etmelerinin daha kolaylaştığı Justus ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan çalışmalarda saptanmıştır.

Tekrarlı cerrahi işlemlere maruz kalan çocuklara bütüncül hasta bakımının sağlanması, tedavi ve bakımın niteliğini arttırmaktadır. Ancak, sağlık elemanlarının eğitiminden, sağlık sisteminin işleyişine kadar birçok noktada yaşanan eksiklikler ve sorunlar bakımın psikososyal boyutunun ve hastaların psikososyal gereksinimlerinin ihmal edilmesine neden olabilmektedir. Tekrarlı cerrahi işlem gibi yoğun bir durumun yönetimi eleman eksikliği de düşünülünce hemşirelerin anksiyete, engellenmişlik ve çatışma yaşamalarına, iletişim problemlerine yol açabilmektedir. Bu durum ise sağlık elemanlarının daha çok iş merkezli çalışmasına, hasta çocukların sadece fiziksel bakımına odaklanmasına ve bunu da yeterli görmelerine sebep olmaktadır. Bütüncül bakım vermek üzere eğitim gören, hastanede 24 saat hasta ile birlikte olan hemşireler, sıklıkla hasta davranışlarındaki değişiklikleri gözlemlemekte ve hastaların psikolojik bakımı için yardıma ihtiyaç duymaktadırlar. Bu yardım geleneksel yaklaşımın aksine, bireyin, ailenin ve toplumun fiziksel, ruhsal ve sosyal ihtiyaçlarına yönelik, bütüncül

bakımı gerektirmektedir. Bütüncül tanılama ve girişimler, fiziksel hastalığı olan hastaların ve ailelerinin psikososyal bakımında çatıyı oluşturmaktadır (Kaçmaz 2005, Kocaman 2005).

Hastanede tedavi için çocuklar ve ebeveynlerinin hastaneye yatışı ve tedavinin olumlu veya olumsuz etkilerine rağmen, hastanede yatan çocuklar için hemşirelik uygulamalarının eksikliği fark edilmektedir (Zengerle-Levy 2006). Oysa hemşireler hastanede yatan çocuk ve ailesinin ruh sağlığı üzerinde önemli bir etkiye sahiptirler (Dalgas-Pelish 2006, Erdim 2006, Legg 2011). Çünkü hemşireler, çocuk ve ailesi için en ulaşılabilir sağlık profesyonelleridir. Hemşireler tıbbi bakım ve toplum hizmetlerinde kaynakları belirlemek ve harekete geçirmek için ailelere yardım ederek psikososyal bakım müdahalelerinin merkezi haline gelmektedirler (Comondari 2010). Hemşirelerin çocuk ve ailesi için tanılamadan hemen sonra yapacağı uygun zamanlı ve etkili psikososyal bakım müdahaleleri stres düzeyini azaltarak hastalık, hastaneye yatmaya ve tedaviye karşı olumlu bir etki yaratacaktır (Theofanidis 2007)

Çocuklarda psikososyal bakımın hemşirelik girişimleri yönünden ele alınması aşağıda örneklendirilmiştir;

Hemşirelik Amacı: Hasta çocuğa güvende olduğunu hissettirmek.

Girişimler;

1. Çocuğun bulunduğu ortamı tanımasını sağlamak,
2. Hemşireye olan güven duygusunu artırmak için çocukla aktif vakit geçirmek,
3. Çocuk ameliyathanede iken ya da tetkik amaçlı servis dışına çıkarıldığında ailesinin nerede olduğunu açıklamak ve mümkün olduğunca bir arada olmalarını sağlamak.

Hemşirelik Amacı: Aileye ve çocuğa karşı yeterli destek ve güveni sağlamak.

Girişimler;

1. Korkuyu azaltmak için tüm prosedürler açıklanmalı,
2. Aile ve çocuk süreçten haberdar edilmeli,

3. Başa çıkmayı kolaylaştırmak için duygularını ifade etmeye teşvik edilmeli,
4. Gerekli olursa düzenlemeler ve uygun yardım sağlanması için gerekli kurum veya kişiye bilgi verilmelidir.

Hemşirelik Amacı: Var olan anksiyetede azalma olması.

Girişimler;

1. Sakin ve güven verici iletişim kurulmalı,
2. Başa çıkmayı kolaylaştırmak için duygularını ifade etmeye teşvik edilmeli,
3. İşlemden önce uygulanacak prosedür ve yapılacak uygulamalar açıklanmalı,
4. Sorularına anlaşılır ve doğru yanıtlar verilmeli,
5. Süreç hakkında haberdar edilmeli,
6. Mümkün olduğunca çocukla birlikte vakit geçirilmeli,
7. Bakım işbirliğine teşvik edilmeli ve olumlu geri bildirimler verilmeli.

Beklenen sonuçlar;

1. Çocuğun kendini güvende hissetmesi ve dinlenmesi,
2. Çocuğun yapılacak işlemler ve aktiviteler hakkında korkusu olmadan sorular sorabilmesi ve fikirlerini söyleyebilmesi (Whaley and Wong 1997).

2.4. Çocuklarda Cerrahi İşlem Öncesi Hazırlığın Önemi

Çocuklar için son derece stresli bir dönem olan cerrahi işlem öncesi dönemde çocuklar çoğunlukla korku, kızgınlık, suçluluk ve anksiyete duyguları yaşarlar (Justus 2006) Çocuğun bu gibi endişe kaynaklı duygulara yönelme düzeyinde hastalığının niteliği, tekrarlı cerrahi işlemin tipi ve hastanede geçireceği süre ve yaşı etkilidir (Zuckerberg 1994).

Çocuğun tekrarlı cerrahi işleme fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan mümkün olabildiğince iyi hazırlanması, çocuklarda cerrahi işlem öncesi hemşirelik bakımının temel amacıdır. Başarılı bir cerrahi işlem gerçekleştirebilmek için teknik bilgi ve beceriler tek başına yeterli değildir. Cerrahi işlem öncesi hazırlık ve bakım gereksinimlerinin karşılanması cerrahi işlemi başarıya ulaştıran ana etkenlerdendir. Hemşire çocuk ve aile ile sağlam bir güven ilişkisi geliştirerek süreci aile ve çocuk için kolaylaştırmakla beraber, çocukların gereksinimlerini belirlemekten ve bu gereksinimlerin giderilmesi amacıyla planlamalar yaparak uygulamaya koymaktan sorumludur (Akdemir ve Birol 2005).

Hastaneye her yatış çocuk ile aile arasındaki ilişkilere etki eder. Hastanede uzun süre yatan ve birden çok anestezi, cerrahi girişim yapılan çocuklarda bu en üst düzeydedir. Çocuğun hastaneye yatmaya ve birlikte gelebilecek hoş olmayan tecrübeler (fiziki incinme, iğneler, anestezi, ağrı, ameliyat ve özellikle kendisine ne olacağını tam bilememe) tepkisi hastaneye yatmadan önce, daha evden başlayacak psikolojik hazırlık ile önemli ölçüde azaltılabilir (Büyükpamukçu 1984).

Ailenin bu hazırlık için yeterli bilgisi olması gerekir. Çocukları hastaneye hazırlayan bazı broşür ve resimli kitapların aileye ulaşması sağlanmalıdır (Büyükpamukçu 1984). Bu tür girişimler tekrarlı cerrahi işleme maruz kalacak hasta çocuğun anksiyete düzeyini önemli ölçüde azaltmaktadır ve çocukların tedaviye uyumları daha kolay olmaktadır (Karayurt 1998, Dönmez 1999, Koca ve Kanan 2000, Uzun 2000). Çocuğa, planlanan ameliyatla, iğnelerle ve pansumanla ilgili bilgi verilmelidir. Hoş olmayan, korkutucu ayrıntıların bildirilmesi gerekli değildir. Acil vakalarda çocuğu hazırlamak için zaman yeterli değilse çocukla birkaç dakika konuşup, ne olacağı kısaca anlatılmalıdır (Büyükpamukçu 1984). Ameliyat öncesi eğitim, pozitif hasta sonuçlarına katkıda bulunan hasta bakımının vazgeçilmez bir parçası ve en önemli hemşirelik girişimlerinden biridir. Buldukoğlu ve Atalay (1990) yaptıkları çalışmada, ameliyat olacak hastaların en yoğun yaşadıkları duygunun ölüm korkusu olduğunu, ayrıca hastaların ameliyattan sonra ne durumda olacaklarını, kendilerini nasıl hissedeceklerini bilmediklerini saptamışlardır (Buldukoğlu ve Atalay 1990).

2.5. Çocuklarda Yaş Dönemi Özelliklerine Göre Cerrahi İşleme Hazırlık

Yaş ve gelişim düzeyleri önemli olmaksızın her çocuğun cerrahi işlem öncesi dönemde duygusal, fiziksel ve bilişsel açıdan bir hazırlık sürecine ihtiyacı olmakla birlikte yaş farkındalık açısından önem taşımaktadır (Macarthur 1995). Bu süreç, hastaneye yatmadan önceki evre, hastaneye yatırılan evre ve tekrarlı cerrahi işlem öncesini kapsar. Bu evrede hemşirelik yaklaşımının çocuğun endişelerini azaltma konusunda büyük önem taşıdığı bir gerçektir. Cerrahi işlem öncesi hemşirelik girişimleri, çocuk ve ailenin uygulanacak girişimler konusunda aydınlatılmasına ve çocuğu bu işlemlere hazırlamaya yönelik olmalıdır. Cerrahi işlem öncesi hazırlık programı uygulanan çocukların, tekrarlı cerrahi işlem sonrası dönemde normal aktivitelerine daha çabuk döndükleri ve bu çocuklarda ayrılık anksiyetesi, uyku sorunları, yeme sorunları gibi postoperatif psikosozal semptomlara az sıklıkta rastlandığı yapılan araştırmalarla belirlenmiştir (Lamontagne 1996). Ameliyattan önce iyi bir hazırlık programı uygulanmamış çocuklarda ise, ameliyattan sonraki evrede iştahsızlık, uykusuzluk, okul problemleri gibi sıkıntılara daha çok rastlandığı ortaya çıkmıştır (Macarthur 1995).

Çocukların yaş dönemi doğrultusunda cerrahi işleme hazırlanmasında psikosozal semptomların farkındalığı önem taşımaktadır. Tekrarlı cerrahi işlem öncesi hazırlığa başlama zamanı, bilginin çocuğa ne zaman ve ne düzeyde verileceği çocuğun yaş ve gelişim düzeyi üzerinden belirlenir. Süre belirlenirken, çocuğun soru sorabileceği kadar yeterli olmasına fakat gereksiz anksiyete yaratacak uzunlukta olmamasına dikkat edilmelidir (Karayurt 1998).

Piaget'in teorisi doğrultusunda anksiyetenin özellikle odak noktası altı ve dokuz yaş arası çocukları olarak değerlendirmesini yapmak mümkündür. Piaget'in teorisine göre bu yaştaki çocuklar işlemsellik öncesi evrenin son dönemindedirler veya somut işlemsel evreye girişi yapmışlardır. İşlemsellik öncesi evrede çocuklar dili kullanmayı ve belirli objeleri temsil eden görüntüleri ve kelimelerin hangisi olduğunu öğrenir, yani "oyuncak ayı" kelimesi ile objeyi bağdaştırmayı öğrenir. Kelimelerin anlamlarını anlarlar ve kelimeleri kullanarak iletişim kurabilirler. Bu noktada düşünceleri benmerkezcildir ve başkalarının bakış açısını anlamak onlar için zordur. Somut işlemsel evredeki çocuklar o evrede obje ve olaylarla ilgili mantıklı düşünebilmektedirler fakat düşünceleri somut düzeydedir. Soyut kavramları anlayamazlar, dolayısıyla bu kavramlar yaşlarına uygun biçimde anlatılmalıdır (Smith 2003). Sekizinci yaştan itibaren çocuklar

gelecekteki olasılıkları hayal edip, hastalık ve acıda olduğu gibi sebep-sonuç ilişkisi kurabilmektedirler (Pölkki 2002).

Okul çağındaki çocuk, hastalığı hakkındaki gerçeği bilmelidir. Kendisine söyleneni anlayabilir ve hastalıkla başa çıkma ile ilgili davranışları dikkate alabilir Duygusal olarak, duygularını ve acısını saklamaya çalışacağı bir gelişim evresindedir (Pölkki 2002). Bu yaştaki çocuk korkmaktadır ve içinde bulunduğu durumla ilgili yeterince bilgisi yoksa korkusu bunaltıcı bir seviyeye çıkabilir. Okul çağındaki çocuk kendi başına bilgi arayabilir. Bu nedenle çocuğun doğru bilgi edinmesini sağlamak hemşireler ve ebeveynler için önemlidir. Çocuğun bulduğu bilgi yanlış olabilir veya bilgiyi yanlış yorumlayabilir. Çocuğun geçireceği cerrahi işlem hemşire veya diğer ekip üyeleri tarafından anlatılmalıdır. Yapılacak cerrahi işlemle ilgili resimler gösterilebilir ve kullanılacak tıbbi malzemelere dokunmak çocuğun korkusunu azaltmada yardımcı olabilir. Çocuklar bilinmeyene ne kadar hazırlıklı olursa o kadar iyi biçimde başa çıkarlar. Çocuğun korkusu hiçbir zaman hafife alınmamalıdır (Glasper ve Richardson 2006).

Korku, insanın en temel duygularından birisidir ve bir insanın gelişiminde bütünleyici bir rol oynamaktadır. “Miller’a göre (1979) çocukların korkusu yaşla değişir, daha karmaşık, çeşitli ve gerçekçi olabilir ve cinsiyet, sosyal sınıf ve aile içi ilişkilerden etkilenebilir” (Mahat 2006). Dahası, farklı kültürlerde çocuklar korkuya farklı tepki verirler. Ayrıca ebeveynlerin çocuklarının korkusuyla ilgili algıları değişkenlik gösterir, ya hafife alırlar ya da korkuyu gözlerinde büyütürler (Mahat 2004). Yedi-sekiz yaşındaki çocuklarda ölüm korkusunun etkin olduğu görülmüştür. Çocuk cerrahi işlem gibi bir durumla sarsılmışsa veya yorgunsa korkuya daha açık olmaktadır (Förnäs 2009).

Tıbbi korku, Steward’ın tanımına göre (1981) tıbbi personel veya prosedürden dolayı ortaya çıkan herhangi bir korku olarak tanımlanır. Piaget’e göre (1967) yedi yaşından itibaren çocuklarda mantık yürütme kabiliyeti gelişmeye başlar, dolayısıyla olaylara mantıksal bir açıdan bakabilmektedir. Dahası okul çağındaki bir çocuk cerrahi işlemi korku veren tehdit unsuru olarak algılayabilmektedir (Mahat 2006).

Sağlıklı çocukların cerrahi işlemlere dair korkularını araştıran çalışmacılar, çocukların duydukları korkuların hastalığın yayılma korkusu, iğne yapılma korkusu,

cerrahi işlem korkusu ve evden uzakta olma korkusu olduğunu belirtmişlerdir. Üç yıl sonra Broome'ın sağlıklı çocuklarla yaptığı çalışma çocukların iletmediği en büyük korkuları şöyle sıralamıştır: evden uzakta olma, uzun süre hastanede kalma, hastaneye gitme ve iğne yapılması. Ayrıca okul çağındaki çocuklar, hastanedeyken okulu kaçırmaktan korkma şeklinde sıralanmışlardır (Mahat 2006).

Yaş dönemi özelliklerine göre cerrahi işleme hazırlık şu şekilde belirtilebilir;

1-3 yaş dönemi; Zaman kavramı henüz yeterince gelişmemiş olan 1-3 yaş grubu çocuklarda cerrahi işlem öncesi hazırlığa 1-2 gün önce başlamak uygundur. Çocuğun ebeveynle bağının sürdürülmesi, sevdiği bir objeyle (oyuncak, fotoğraf, eşya vb.) beraber olmasının sağlanması önemlidir. Çocuğun otonomisini geliştirebilmek adına, işlemler sırasında çocuğa opsiyonlar sunulmalı, olanak varsa bakımlara dahil olması sağlanmalıdır (Mooney 1997).

3-6 yaş dönemi; Bu yaş grubundaki çocuklar cerrahi işlem geçireceğini öğrendiği zaman endişe, kaygı, korku yaşar ve başına ne geleceğini öğrenmek ister. Çocuğun merakı giderilirken detaysız, basit kelimelerle açıklamalar yapmak gerekir (Justus 2006). Kukla ve gerçek tıbbi malzemelerin kullanımıyla işlemi anlatmak iyi bir yöntemdir. Çocuk cerrahi işlemi ceza olarak algılayabilir ve bu yanılığın giderilmesi gerekir. Büyük resimli, cerrahi işlem temalı kitaplar okuyarak, terapötik oyun veya sözel yöntemlerle çocuğun duygularını yansıtabilmesi sağlanabilir (Wong 1999).

6-12 yaş dönemi; Cerrahi işlem öncesi hazırlığa 1-2 hafta önce başlanmalıdır. Çocuğun beden imajı ile ilgili kaygılarının yanı sıra, aklında tekrarlı cerrahi işlem esnasında uyanık olup olmayacağı, cerrahi işlemin ne kadar süreceği, ne zaman ayağa kalkabileceği, nasıl görüneceği gibi sorular vardır. Çocuğa karşı dürüst olmak gerekir. İşlem basamaklarını açıklarken maketler ya da görsel araçlar kullanılmalıdır (Mooney 1997). Kain ve arkadaşlarının konu ile ilgili çalışmasında, altı yaş üstü çocukların tekrarlı cerrahi işlemde 5-7 gün önce uygulanan ve terapi amaçlı oyun, hastane ve ameliyathanenin tanıtımı gibi davranışsal yöntemleri içeren hazırlık programlarının çocuktaki anksiyete düzeyini azalttığını belirttikleri görülmektedir (Kain 2007).

12-18 yaş dönemi; Cerrahi işlem öncesi hazırlığa, cerrahi işleme karar verildiği zaman başlanmalıdır (Mooney 1997). Ergenlikte beden imajı üzerinde gerçekleşebilecek değişimler, kontrol ve bağımsızlık kaybı, akranlar tarafından

dışlanma ve ölüm korkusu görülebilir. Ergenin bireyselliğine saygı duyulmalı, ebeveyn bakıma dahil edilmeli fakat ergenin soru sormak ve bilgi almak için hemşireyle yalnız zaman geçirmesine de olanak tanınmalıdır. Soracağı sorular, bilgi gereksinimini gösterir ve bu düzeyde tolere edebileceği oranda bilgi vermek gerekir. Açıklamalar gerçekçi ve dürüst olmalıdır. İşlemlerin gösteriminde maketten veya çocuğun kendi bedeninden yararlanılabilir. İşlem tanımlanırken uygun ifadeler kullanılmalıdır (Wong 1999).

2.6. Cerrahi İşlem Sonrası Bakım

Cerrahi işlem, beden için hem fizyolojik hem de psikolojik stresör olduğundan bedenin homeostatik dengesi bozulur. Bu nedenle cerrahi işlem sonrası bakımın etkinliği homeostatik dengenin yeniden düzenlenmesinde büyük önem taşır (Erdil 1997) Cerrahi işlem sonrası bakım; hasta çocuğa aylıma ünitesinde ve klinikte uygulanan bakım olarak 2'ye ayrılır.

2.6.1.Aylıma Ünitesinde Bakım

Ortopedi ve üroloji cerrahisinden sonra çocuğa uygun pozisyon verilir (örn: skolyoz cerrahisinden sonra hasta çocuk sırt üstü yatırılır sadece yastık ile destek sağlanarak sağa veya sola çevrilebilir, üroloji ameliyatlarından sonra ise skrotum elevasyonu gerekebilir) ve hemşire çocuğun genel durumunu değerlendirmek için, yaşam bulgularını, bilinç durumunu, cilt rengini, IV(intravenöz) sıvılarını, drenlerini ve pansumanlarını kontrol eder.

Hemşirenin, çocuğu cerrahi işlem sonrası erken dönemde gelişebilecek komplikasyonlar yönünden izlemesi çok önemlidir. Bu dönemde sıklıkla sıvı-elektrolit dengesine, solunum sistemine, kardiyovasküler sisteme ve renal sisteme ilişkin komplikasyonlar gelişebilir (Erdil 1997).

Cerrahi işlemin anlamı herkez için farklı olduğu gibi çocuklar içinde farklıdır.bu farkın bilinmesi cerrahi işlem sonrası çocuğa ve ailesine uygun psikolojik desteğin sağlanmasında yardımcı olur. Her hastanın psikolojik destek ihtiyacı cerrahi işlem çeşidine bağlı olduğu kadar, hastanın sosyal yapısına da bağlıdır (Erdil 1997). Bu nedenle cerrahi işlem sonrası hastayı izlemek, gereksinimlerini belirlemek ve uygun baş etme mekanizmalarını kullanmasına destek olmak önemlidir.

2.7. Cerrahi Girişimler Sonrasında Psikososyal Sürecin Değerlendirilmesi

Cerrahi girişimler sonrasında psikososyal sürecin değerlendirilmesi sürecinde tekrarlı cerrahi işleme hazırlık programlarının gerekliliği, çocuğa girişimler ile ilgili bilgi verilmesi, terapi amaçlı oyun ve psikolojik tetkiklerin yapılması başlıkları altında ele alınmıştır.

2.7.1 Cerrahi İşlem Sürecine Hazırlık Programlarının Gerekliliği

Cerrahi işlem öncesi evrede en çok karşılaşılan psikolojik sorunlardan birisinin, türlü sebebe bağlı gelişen ve başta çocuklar olmak üzere tüm bireylerde deneyimlenen, anksiyete olduğu kabul edilmektedir. Bu bilgiden hareketle, cerrahi girişim uygulanacak çocuklarda hem kendilerinin hem ebeveynlerinin anksiyete düzeyleri, anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki ve anksiyete nedenlerini saptamak cerrahi işlem öncesi dönemde psikolojik hazırlık adına önem taşımaktadır (Karaman 2008). Araştırmaların birçoğu postoperatif anksiyete düzeyinin preoperatif anksiyete düzeyi ile istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu göstermektedir (Pasnau 1996). Buradan hareketle, cerrahi işlem öncesi hazırlık programlarının postoperatif duygusal uyumun sağlanması açısından da önem taşıdığını söylemek mümkündür (Surman 1987). Söz konusu çalışmalarda, preoperatif anksiyetesi düşük düzeyde olan hastaların kendilerini cerrahi işleme hazırlamayan hastalar oldukları; bu sebeple cerrahi işlem öncesi hazırlık programlarının önem taşıdığını söylemek mümkündür (Milano ve Kornfield 1984). Önemine yönelik bir diğer bilgi de, postoperatif anksiyete düzeyi yüksek olanlarda tıbbi komplikasyon oranının da daha yüksek olduğudur (Surman 1987).

2.7.2. Çocuğa Girişimler ile ilgili Bilgi Verilmesi

Hastane ve ameliyathanenin tanıtılması çocuğa girişimler ile ilgili bilgi verilmesi hususunda önem taşımaktadır. Bu program, çocuk ve ebeveyne ameliyathanenin ve hastanenin tanıtılmasını içerir ve iki yaş üstü çocuklar ve aileleri için önerilir. Bu programda günlük cerrahi merkezleri, ameliyathane, bekleme odaları, yoğun bakım ve çocuğun ameliyat sonrası yatırılacağı servis tanıtılır (Mooney 1997, Tsuchi Hospital Pediatric Acute Care Unit Child Life Service 2007). Cerrahi işlemin tipi, tekrarlı cerrahi işlem öncesi istenen testler, preoperatif hazırlıklar, tekrarlı cerrahi işlem sonrası işlemler hakkında bilgi verilebilecek olan bu tanıtım bir saatten uzun sürmemelidir. Çocuk ve

ebeveynin soruları yanıtlanmalı, bilgileri ne denli kavradıkları ve baş etme becerileri değerlendirilmelidir (Mooney 1997).

Çocuğu aydınlatma ve sağlık kavramlarını anlamasını sağlama konusunda, hasta olma temalı öykü kitapları veya hastalıklara yönelik hazırlanmış hikaye kitapları son derece etkilidir. Hikaye kitapları iki yaş üstü çocuklar için tavsiye edilmektedir (Manvorren 1998, Clough 2005). Yapılan bir araştırma sonucunda, günlük cerrahi uygulanan çocuklarda 30 ebeveyn den sekizinin hastaneye gelmeden evvel çocuklarına hastane temalı kitapları okuyarak cerrahi işleme hazırladıkları ve böylelikle çocukların işbirliğine yatkınlaştığı saptanmıştır. Hemşireler çocuğun gelişim dönemini ve hastalığını hesaba katarak uygun kitapları saptayıp önerebilirler. 2-5 yaş grubu çocuklar için resimleri büyük kitaplar önerilirken, okul çocukları için de resimli ve kısa anlatımlı kitaplar önerilmektedir (Manvorren 1998).

Bunların yanı sıra, anestetik maddenin verilışı ile hastanın bilincini yitirişı arasındaki sürede ebeveynin çocukla beraber olmasının gerekliliği de bir diğer program faktörüdür. Bunun amacı bu esnada çocuk ve ebeveynin korkularını ve anksiyetesini azaltmaktır. Bu program premedikasyon ihtiyacını azaltırken çocukların postoperatif dönemde anesteziden uyanabilme süretini de kısaltmaktadır (McGann 1999, Dreger 2006).

Bu doğrultuda, bu programdan hangi çocuk ve ebeveynlerin yararlanacağı ve alacakları eğitim, hemşirenin sorumluluğundadır. 1-5 yaş arası, anksiyesiyle problem yaşıyan ve istekli çocuklar bu uygulamaya alınabilir. Her çocuk için en iyi seçeneğ bu program olmayabilir. Çocuktaki korku ve anksiyete düzeyi yüksekse iyi bir çözüm olarak görülebilir. Ancak kimi çocuklar, özellikle ergenler ameliyathaneye yalnız girmek isteyebilirler (Larosa-Nash 1997). Anestezik madde verilirken çocukla beraber olacak ebeveynler, çocuğu destekleyebilecek ve rahatlatabilecek özellikte bireyler olmalıdır. Sakin, çocukla iletişimi iyi ve kendi anksiyesiyle başa çıkabilen ebeveynler tercih edilmelidir. Ebeveynlere çocuğu destekleme ve işlemleri anlatabilme gibi rolleri üzerine eğitim vermek hemşirenin görevidir. Cerrahi işlemden önce hemşire aileyi çocuğun cerrahi işlem esnasında nasıl görüneceği, ne kadar sürede uykuya dalacağı ve ne zaman ameliyathaneden çıkabileceği gibi konular üzerine bilgilendirmelidir (Larosa-Nash 1997).

2.7.3 Terapotik Oyun

Terapi amaçlı oyun, çocuğun kendini ifade edebilmesini kolaylaştırarak olumlu baş etme yöntemleri geliştirebilmesini sağlamakla birlikte çocuğun ev ve hastane arasında bir bağ kurması ve otonomi ile yeterlilik duygularını yeniden kazanabilmesine de fayda sağlar (İnal 2003). Çocuk terapi amaçlı oyun sayesinde hastaneye neden yattığını ve neden ameliyat olması gerektiğini kavrayabilir ve stresle baş etme yeteneği artırılabilir. Tıbbi oyuncakların (eldiven, bone, maske, ameliyat örtüsü vb.) kullanımı, çocuğa cerrahi işlemleri tanıtmada ve duygularını ifade etmesi yönünde yardımcı olabilir. Tüm oyuncak bebekler, kuklalar, oyuncak hayvanlar bu oyunda kullanılabilir. Okul öncesi dönemdeki çocuklarla yaptığı araştırmada Zahr (1998), terapi amaçlı oyun yöntemiyle tekrarlı cerrahi işleme hazırlanan çocukların, hazırlanmayanlara göre daha az anksiyete yaşadıklarını ve işbirliğine daha yatkın hale geldiklerini ortaya koymuştur.

Bebeklerde en sık tercih edilen tıbbi oyuncaklardır. Çocuğa nasıl tedavi edileceğini söz konusu oyuncakları kullanarak anlatmak ve insan vücudunu üç boyutlu olarak göstermek bu amaçla kullanılabilir (Zahr 1998, Tsich Hospital Pediatric Acute Care Unit Child Life Service 2007). İç organların yapısına yabancı olan oyun çocuğu ve okul öncesi çocuğu, bebeğin yapısını anlamakta zorluk çekebilir bu sebeple, altı yaş üstü çocuklarda kullanımı tercih edilmektedir.

Bir diğer oyun içerikli yöntem ise resim çizdirmek olarak ifade edilebilir. Resim, çocuğun evrensel dilidir. Çocuk, çizimleriyle duygusal değişikliklerini anlatabilir. Sözel olmayan bu tip bir iletişimin kurulması, çocuğun kendini ifade edebilmesine katkı sağlar. Bir çocuktan resim çizmesi istendiğinde, çocuk önem verdiği durumları ve durumu ne şekilde algıladığını resmeder. Bu çizimler, çocuğun korkuları, algıları ve yanlış anlamaları hakkında hemşirelere çeşitli ipuçları verebilmektedir (O'Malley 1993, Dreger 2006). Bu yöntemle, properatif dönemdeki çocukların çizimlerinde sakat kalma veya beden imajının bozulması gibi korkularının sinyalleri görülebilir. Tekrarlı cerrahi işlem geçiren çocuklarda organı resmetme, organa ilaveler yapma veya organı olduğundan büyük resmetme gibi durumlar görülebilir. Hemşire bu resimler aracılığıyla hem çocuğun duygu ve destek gereksinimlerini öğrenebilir, hem de çocuğun baş etme yöntemleri hakkında fikir sahibi olabilir (Mooney 1997, Dreger 2006).

2.7.4 Resim Çizdirme

Hastalık ve hastaneye yatma okul çağı çocuğu için çok değerli olan bağımsızlığını, arkadaşlarıyla olan ilişkilerini, okul ve oyun aktivitelerini engellemektedir. Okul çağı çocuğu hastane ortamında çok önem verdiği arkadaşlarını ve sosyal aktivitelerini özler, aynı zamanda ebeveynlerinin yanında olmasını ister, fakat bağımlı görünmekten korktuğu için ebeveynlerinin yanında istemek onu rahatsız eder.

Çocuk hemşireliğinde amaç; aile ve toplum içinde çocuğun fiziksel, zihinsel, ruhsal ve sosyal yönden sağlık ve esenliğini koruma, geliştirme, hastalık durumunda ise iyileştirmeye yönelik kapsamlı hemşirelik bakımı vermektir. Çocuk hemşiresi; çocuğun erişkinden farklı fiziksel, fizyolojik ve psikolojik özellikleri bulunduğunu, algılama sürecinin henüz tam gelişmemiş olduğunu fakat devamlı bir gelişme gösterdiğini, hastalığı algılama ve hastalığa tepkisinin, kronolojik yaş ve gelişimsel özelliklerine göre farklılık gösterdiğini bilmelidir. Çocuğa aile merkezli bakım verilmesi gerektiğini bilmeli, yaş ve gelişim düzeyine göre sözel ve sözel olamayan iletişim tekniklerini kullanabilmelidir (Beytut 2009).

Çocukla iletişim kurarken, çocukla hastanede çalışan tüm sağlık profesyonelleri gibi hemşireler de resim çizdirme yönetimi kullanabilir. Çocuğun neden hasta olduğu ya da hastaneye yattığı konusunda çok az bilgisi vardır ve sormaya korkabilir. Çocuk gelişimsel özelliği gereği hastalığı ile ilgili her şeyi tam olarak anlamadığı için zihnindeki boşlukları fantezilerle doldurabilir (Çavuşoğlu 2001).

Resim çizme, çocukların konuşma kabiliyetlerini artırır. Çocukları duygusal olarak etkileyen olayları aktarmada sözel ifadeden daha etkili bir yoldur. Gross ve Haynes (1998) resmin çocuklarla sözlü iletişimi kolaylaştırıp kolaylaştırmadığını bulmak için bir dizi çalışma yürütmüştür, resim çizmenin çocukların iletişim becerilerini, duygularını ve algılarını arttırdığını bulmuşlardır. Konuşurken resim çizme fırsatı verilen çocuklar, sadece sorulan sorulara cevap veren çocuklara göre daha fazla bilgi vermişlerdir. Çalışmanın ikinci kısmında, çocuklara iki prosedür birlikte uygulanmış ve resim çizmesi istenilen çocukların daha çok şey ifade ettiği belirtilmiştir. Hasta çocuğa hastalığı hakkında veya hastanede yatma hakkında ne düşündüğü

sorulduğunda, belki cevap veremez ama resim çizme yoluyla durumu resmedebilir (Beytut 2009).

Brinkman'ın (2004) yaptığı çalışmada astımı olan çocuklara resimle hastalıklarını tarif etmeleri söylenmiş. Tarif eden çocuklar göğüslerinin üzerinde ağırlık, suyun altında nefeslerini kesen bir el resmi çizmişleridir. Başka çocuk ise, göğsünü sarmış ve nefes almasını engelleyen bir canavar çizmiştir.

Çocukların duygularını algılarını anlamlandırmak için projektif bir teknik olan resim çizdirme pediatri kliniklerinde çalışanlar tarafından sık kullanılan bir yöntemdir (Beytut 2009). Ancak ülkemizde bu yöntemin kullanımı çok yaygın değildir. Genellikle psikologlar veya ruh sağlığı hekimleri tarafından tanıya yardımcı yöntem olarak kullanılmaktadır.

2.7.5 Psikolojik Tetkiklerin Yapılması

Cerrahi işlem öncesi çocuk bakımı, çocuklardaki farklılıklardan dolayı karmaşıktır, çünkü yeni doğanlıktan ergenliğe dek değişen bir gelişim süreci gösterirler. Cerrahi işlem öncesi, cerrahi işlem sırası ve cerrahi işlem sonrası prosedürler de hemşirelik bakımı çok yönlüdür ve çocuktaki psikolojik ve fiziko-sosyal değişiklikleri dikkate almaktadır. Eğitim içerikli bu çalışma çocuklar ve erişkinler arasındaki anatomik ve fizyolojik farklılıklar için genel bir bakış sunar ve güvenli bakım için temel oluşturan gelişimsel aşamaları inceler. Genel olarak aile odaklı bakım, aile üyeleri huzurunda endüksiyon, anestezi ve pozisyon durumları, sıcaklığı düzenleme ve ağrı yönetimi gibi konuları içermesi beklenmektedir (MacLaren 2007).

Cerrahi işlem öncesi anksiyete, cerrahi işlem geçiren çocuklar arasında sıradan olan ve ters psikolojik ve fizyolojik etkilere neden olan sonuçlara yol açabilir. Yüksek seviyede cerrahi işlem sonrası anksiyete yaşayan çocuklarda acil durum hezeyanları, ve cerrahi işlem sonrası uyumsuz davranış gelişimi daha olasıdır. Böyle çocukların daha fazla cerrahi işlem sonrası ağrı bildirip daha fazla ağrı kontrol ilacına ihtiyaç duyduğu da belirtilmektedir. Araştırmalar, cerrahi işlem öncesi anksiyete göstergesi olarak sosyal uyumluluk, bilişsel kabiliyet, huy (sosyallik ve aktiflik) ve yaşın etken olacağını göstermektedir. Bu klinik durum için diğer belirleyiciler geçmişteki olumsuz tıbbi

deneyimleri ile ebeveynlerin anksiyete ve başetmeleridir. Ne yazık ki, cerrahi işlem öncesi yordayıcıların araştırması psikolojik yapıları ve diğer katkı veren faktörleri belirlemede uzun süren yöntemlere dayalıdır. Zaman kısıtlaması ve hasta yükü göz önünde alındığında klinik ortamın bu gereksinimleri geçersiz kıldığı görülmektedir (MacLaren 2007).

Gerçekten de klinik ortamlarda hem sağlık personeli hem aileler, bir çocukta sakinleştirici verilmesi gibi cerrahi işlem öncesi müdahalelerde kendi muhakemelerine güvenir. Bu meseleyi irdeleyen deneysel bir çalışma yapılmamıştır. Aynı zamanda çalışmalarda bu açıdan anneler ve sağlık çalışanları arasındaki anlaşmanın incelenmesi de önem taşımaktadır. Bu sorunu irdeleyen bir literatür çalışması olmadığından, çalışmaların genellikle açıklama amaçlı olduğu ve yönsel hipotez yapılamadığı görülmektedir (MacLaren 2007).

2.8. Cerrahi İşlem Sonrası Taburculuk Eğitimi

Taburcu olmadan önce çocuk ve yakınlarının evde bakım sürecine fiziksel ve psikolojik olarak hazırlanması, cerrahi işlem ve evdeki bakım süreci hakkında bilgilendirilmeleri çok önemlidir. Çocuk ve yakınları; kendi kendine bakım, yapılmaması gereken aktiviteler, uygulanacak diyet ve ilaçlar, oluşabilecek komplikasyonlar, baş etme yöntemleri, kontrol için ne zaman ve nereye başvuracağı gibi konularda ayrıntılı olarak bilgilendirilmelidir (Erdil 1997).

BÖLÜM III

3. İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

Tekrarlı Cerrahi İşlem Geçiren Çocuklarda Psiko-Sosyal Semptomların Değerlendirilmesi İle İlgili Araştırmalar

Karaman (2008), Cerrahi Girişim Uygulanan Adölesanlar İle Anne/Babalarının Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki ve Anksiyete Nedenlerini incelemiştir. Araştırma, cerrahi girişim uygulanacak adölesanlar ile anne/babalarının anksiyete düzeyleri, anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki ve anksiyete nedenlerini incelemek amacıyla, tanımlayıcı, ilişkilendirici ve kesitsel tipte planlanmıştır. Çalışmada anksiyete düzeylerinin, 10-13 yaş grubu adölesanlarda 37.38 ± 8.00 ve 36.38 ± 6.81 , 14 yaş ve üzeri adölesanlarda 45.62 ± 9.12 ve 41.31 ± 7.57 , anne/babalarda 52.10 ± 9.17 ve 42.85 ± 7.80 Durumluk ve Sürekli Kaygı puan ortalamaları ile orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. 10-13 yaş grubu adölesanlar ile anne/babalarının Durumluk Kaygı puanları arasında ilişki bulunmazken, Sürekli Kaygı puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ($r=0.34$ $p<0.05$), 14 yaş ve üzeri adölesanlar ile anne/babalarının ise, durumluk ve sürekli kaygı puanları arasında ilişki bulunmadığı saptanmıştır. Çalışma sonucunda, adölesanlar ile anne/babaların anksiyetesinin yaşadıkları duygular, fizik ortam özellikleri, sosyal ve ekonomik faktörler ile bilgilendirilme durumundan etkilendiği saptanmıştır. Bu doğrultuda, hemşirelerin cerrahi girişim uygulanacak adölesanlar ve anne/babaların anksiyetelerini azaltmak amacıyla, ameliyat öncesi dönemde, gereksinim duydukları rehberlik danışmanlık ve eğitim hizmetlerini vermesi, adölesanlar ve anne/babalarının duygu ve düşüncelerini paylaşabilecekleri eğitim ve destek gruplarını planlaması ve gerektiğinde sosyal kuruluşlardan destek sağlanması önerilebilmektedir.

Üstün ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada hastanede yatan çocuklarda psikososyal semptomların bazı değişkenleri açısından incelenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmada, yaş ortalaması 8.8 ± 2.0 olan çocukların, %56.9'u erkek, %62.2'si iki ve daha fazla sayıda hastanede yatmıştır. Ailesinin geliri giderinden az olan, köyde yaşayan, okula gitmeyen, iki kardeşi olan, üriner sistem ve endokrin sistemle ilgili hastalığı olan, 15 günden daha fazla süredir hastanede yatan ve psikiyatrik belirti öyküsü olan çocuklarda psikososyal semptomların daha fazla görüldüğü belirlenmiştir. Çalışma sonucunda, özellikle psikiyatrik semptom öyküsü olan, uzun süredir hastalık semptomları yaşayan, iki ve daha fazla hastaneye yatma öyküsü olan ve sosyoekonomik

durumu yetersiz çocuklara dikkat edilmesinin önemine vurgu yapılmıştır. Çalışmada hastanede yatan çocukların psikososyal açıdan değerlendirilmelerinin gerekli olduğu vurgulanmıştır.

Altay (2008) yaptığı çalışmada çocuklarda ameliyat öncesi hazırlıkların neler olduğunu belirtmektedir. Bu çalışmada, ameliyat öncesi bakım çocuğun ameliyatına karar verilmesi ile başlayan ve ameliyata kadar devam eden bir süreçtir. Ameliyat öncesi dönem hem çocuk ve hem de ailesi için stresli bir durumdur. Çocuklarda ameliyat öncesi anksiyeteyi azaltmak için gerekli olan hemşirelik yaklaşımları farmakolojik ve davranışsal yöntemleri içerir. Farmakolojik yöntemler, ameliyat öncesi premedikasyon uygulamasıdır. Davranışsal yöntemler ise anestezi indüksiyonu sırasında ebeveynin çocuğun yanında olması, hastane ve ameliyathanenin tanıtılması, terapötik oyun, hikaye kitapları okunması ve resim çizdirmeyi içerir. Hemşire, çocuk ve ebeveynin ameliyat önce hazırlığında primer rol alan kişidir. Hemşire, çocuk ve ailenin endişelerini ve korkularını anlamaktan ve bunları azaltmaya yönelik girişimlerin planlanması ve uygulanmasından sorumludur. Hemşire, ebeveyn ve çocuğun bireysel özelliklerine göre ameliyat öncesi hazırlık programını planlar ve uygular.

Akşit ve Cimete (2001) yaptığı araştırmada, çocuğun yoğun bakım ünitesine kabulünde annelere uygulanan destekleyici hemşirelik yaklaşımlarının, annelerin 24 saat sonra ve taburculuk öncesi anksiyete düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Örneklem, 60 anneden oluşturulmuş ve anneler önemli bağımsız değişkenler yönünden eşleştirilerek 30'u deney, 30'u kontrol grubuna yerleştirilmiştir. Deney grubu annelere çocuğun kabulünden sonra hemşirelik müdahaleleri rehberinde yer alan anksiyeteyi azaltıcı yaklaşımlar uygulanmış ya da öğretilmiştir. Bulgular, deney ve kontrol grubu annelerin kabul ve 24 saat sonraki durumluk kaygı puanları arasındaki farkın anlamlı olduğunu göstermiştir. Bu farklılık, deney grubu annelerin kabuldeki kaygı puanlarının kontrol grubundan daha yüksek, 24 saat sonraki değerlendirmede ise daha düşük olmasından kaynaklanmıştır. Deney ve kontrol grubu annelerin çocukları, hastalığın klinik tablosu ve seyri, uygulanan müdahale sayısı gibi izlem-gözlem bulguları yönünden farklılık göstermemiştir. Her iki grup annelerin durumluk kaygı puanları kabulde yüksek iken, taburculuğa doğru düşüş göstermiştir, ancak bu düşüş deney grubunda daha fazladır. Bu bulgular ışığında, deney grubu annelere uygulanan destekleyici/anksiyeteyi azaltıcı yaklaşımın annelerin anksiyete düzeylerini düşürdüğü sonucuna varılmıştır.

Erdim ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışma ise annelerin çocuklarının hastaneye yatışından nasıl etkilendiğini irdelemek amacıyla planlanmıştır. Elde edilen veriler bilgisayar ortamında, ortalama, yüzdeler, ki-kare ve t testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Çocuğu ile birlikte hastanede bulunan annelerin büyük çoğunluğunun ekonomik güçlük yaşadığı (%79.2) , % 84.2'sinin çocuğunun hastalığı ile ilgili endişeleri olduğu görülmüştür. Sağlık görevlilerinden, endişelerinin giderilmesi yönünde destek alan anne oranı ise oldukça düşük bulunmuştur (% 20). Çocukların hastaneye yatış sayısı arttıkça aile ilişkilerinin olumsuz etkilendiği, yatma süresi uzadıkça annelerin sağlık görevlilerinden destek alma oranının azaldığı belirlenmiştir. Bu doğrultuda; hemşirelerin, aile ve çocuklara ihtiyaç duydukları rehberlik, danışmanlık, eğitim hizmetlerini vermesi, annelerin çocuklarının hastalıklarına ilişkin duygu ve düşüncelerini paylaşabilecekleri, eğitim ve destek gruplarının planlanması, çocuğun hastalığının aileye getirdiği ekonomik yükü azaltmada ve bundan dolayı etkilenen aile içi ilişkilerin olumlu hale getirilmesinde sosyal kuruluşların desteğinin sağlanması önerilmektedir.

Braam ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan araştırmada, fiziksel aktivite programının kanser hastası çocukların bazı fiziksel ve fizyolojik özellikleri üzerine etkilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmaya pediatrik onkoloji kliniklerinde tedavi olan ve 8-18 yaş grubunda bulunan toplam 100 kanser hastası çocuk katılmıştır. Çocuklara ilk 4 hafta kuvvet antrenmanları ve maksimal kalp atım hızının %66-77'si ile orta şiddette dayanıklılık antrenmanları, 5'inci haftalarda maksimal kalp atım hızının %77-90'ı şiddetinde dayanıklılık antrenmanı ve orta şiddette kuvvet antrenmanı uygulanmıştır. Araştırmanın 9-12'inci haftalarında ise katılımcılara maksimal kalp atımının %90'ı ve üzerinde şiddette olacak şekilde yüksek yoğunlukta aerobik dayanıklılık antrenmanı uygulanmıştır. Araştırmanın sonunda uygulanan egzersiz programının çocukların sağlıkla ilişkili yaşam kaliteleri, yorgunluk düzeyleri, fiziksel özellikleri ve kassal kuvvet düzeyleri üzerinde olumlu etkiler meydana getirdiği tespit edilmiştir. San Juan ve arkadaşları (2007b) tarafından yapılan araştırmada, yaş ortalaması 5 olan lösemi hastası çocuklara hastane ortamında tedaviye ek olarak 16 hafta boyunca kassal kuvvet ve aerobik dayanıklılık antrenman programı uygulanmıştır. Uygulanan egzersiz programı sonrasında çocukların aerobik dayanıklılık düzeylerinin geliştiği, üst ve alt ekstremitte kas gruplarının kuvvet düzeyinin arttığı ve çocukların birçok fonksiyonel hareketi daha iyi yapmaya başladıkları tespit edilmiştir.

Melis Avcı'nın (2013) yaptığı çalışma da ise Kanser hastası olan çocuklarda öğrenilmiş çaresizlik ve depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu araştırma, 12-14 yaş grubundaki kanser hastası çocukların öğrenilmiş çaresizlik ve depresyon düzeyini belirleyen (yaş ve cinsiyet) gibi değişkenlerin, depresyon ve öğrenilmiş çaresizlik düzeylerine etkilerini araştırmak amacıyla yapılmıştır. Araştırmada 98' i kanser hastası, 112'si kanser hastası olmayan toplam 210 çocuga “Çocuklar için Öğrenilmiş Çaresizlik Ölçeği” ve “Çocuklar için Depresyon Ölçeği” uygulanmıştır. Araştırmada istatistik bulguların yanında nitel bulgulara da yer verilmiştir. Araştırmadan elde edilen istatistiksel bulgulara göre, kanser hastası çocukların öğrenilmiş çaresizlik puan ortalamaları ile kanser hastası olmayan çocukların öğrenilmiş çaresizlik puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Yaş ve cinsiyet değişkenine göre, kanser hastası çocukların öğrenilmiş çaresizlik puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Ayrıca kanser hastası çocukların depresyon puan ortalaması ile kanser hastası olmayan çocukların puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Yaş ve cinsiyet değişkenine göre, kanser hastası çocukların depresyon puan ortalamalarına göre anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Araştırmadan elde edilen nitel bilgilere göre ise; 12 yaş grubunda anneye bağlılık, 13 yaş grubunda endişe, karamsarlık ve özgüven eksikliği ve 14 yaş grubunda yalnızlık ve gelecek korkusu yüksektir. Kız hastalar fiziksel görünümdeki değişimlerden daha çok etkilenirken, erkek hastalar sosyal izolasyondan daha çok etkilenmektedir.

Bostancı, N (2007) de yaptığı bir çalışma da ise kanserli çocuğun bakım verenlerinde yaşam kalitesi, Depresyon ve Anksiyete Düzeylerini incelemiştir. Bu çalışma da çocukluk dönemi kronik hastalıklarından biri olan kanserin tedavisi, genellikle uzun süreli bir tedavi olup çoğu zaman hastanın ve ailenin fiziksel iyilik hali, psikolojik durumu ve sosyal yönüne zarar verir. Tüm ailenin işlevselliği, rol dağılımı, ilişkileri bu krizden etkilenir. Bu nedenle; kanserin bir aile hastalığı olduğu söylenebilir. Araştırma İstanbul'da bir Devlet Hastanesi Pediatrik Onkoloji-Hematoloji Servisinde yatan çocukların bakım verenlerinden araştırmayı kabul edenlerle (n=100) yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak anket formu ve Beck Depresyon Ölçeği, Durumluk-Süreklilik Anksiyete Ölçeği ve Rolls Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Veriler, SPSS veri tabanında istatistiksel olarak değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan erkeklerin uyku, iştah, seksüel, algılama, tıbbi durumu ve toplam yaşam kalitesi puanı kadınlara

göre anlamlı derecede daha yüksek ($p<0.01$ ve $p<0.001$); kadınların ise STAI süreklilik anksiyete ve Beck depresif belirti düzeyi puanları erkeklere göre anlamlı derecede daha yüksek ($p<0.05$ ve $p<0.01$) bulunmuştur. Yapılan çalışma sonucunda, hasta çocuklar kadar bakım verenlerinin de psikolojik desteğe ihtiyaç duydukları görülmüştür. Bakım verenlerin duygusal desteklenmesiyle hasta bakım ve kalitesinin de artacağı gerçektir.

BÖLÜM IV

4. GEREÇ ve YÖNTEM

4.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bölüm 32 yataklı servisinde toplam 26 yatak bulunmaktadır. Bu yatakların 9 tanesi üroloji hastalarına 17 tanesi de ortopedi hastalarına ayrılmış durumdadır. Günlük ortalama yatan hasta sayısı 20-22 arasında değişmektedir. Çalışma yapıldığı dönem göz önünde bulundurulduğunda serviste toplam hemşire sayısı 10-12 arasında değişmektedir ve mevcut hastalarla ilgilenen 9 ortopedi ve 10 üroloji doktoru olmak üzere toplam 19 doktor bulunmaktadır.

Ameliyathane hastanenin A (-1. Kat) katında bulunmakta üroloji ve ortopedi odaları olarak toplam 6 ameliyathane odasında cerrahi işlem uygulanmaktadır. Ameliyattan sonra çocuklar yine A katındaki ayılma odalarında takip edilmekte ve sonrasında durumu stabil olunca servisine gönderilmektedirler.

Tanımlayıcı olarak planlanan araştırmanın evrenini; Ankara İli, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri, Çocuk Hastanesi Bölüm 32 ortopedi ve travmatoloji yataklı servisinde 6 aylık bir süre içerisinde yatan 486 hasta çocuk oluşturmuştur. Araştırmanın yapıldığı 6 aylık süre içinde bölüm 32 yataklı servisinde yatan 486 hastanın 290 tanesi 2'den az ameliyat olduğu için, 97 tanesi 7 yaşın altında olduğu için, 2 tanesi Serebral palsi' li olup iletişim kurulamadığı için ve 2 tanesi de 18 yaş üstü olup çalışma evrenine dahil olmadığı için çalışmanın dışında tutulmuştur. Sonuç olarak; çalışmanın yapıldığı 6 aylık süre içerisinde çalışma kriterlerine uygun özellikte toplam 95 hasta servise yatmış ve bunların 31 tanesi üroloji ve 64 tanesi de ortopedi servisi hastası olarak takip edilmiştir. Çalışma süresi içerisinde çalışmaya katılmayı kabul eden çocuklar ve ailelerinden 59'u ortopedi ve 12'si üroloji cerrahisi olmak üzere toplam 71 çocuk ile çalışma tamamlanmıştır. Çalışmaya katılmayan 24 hastanın ise 10 tanesi ile görüşme sağlanamadığı için 14 tanesi de görüşmeyi kabul etmediği için çalışmaya dahil edilememiştir.

Örneklem Seçim Kriterleri

- Çocukların 7-18 yaş grubunda olması
- Geçirdiği ameliyat sayısının 2'den fazla olması

- Cerrahi işlem gerektiren akut veya kronik bir hastalık tanısı almış olması
- Psikiyatrik tanı almamış olması
- Çalışmaya katılmaya istekli olması

Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler: Yaş, cinsiyet, tekrarlı cerrahi girişim özellikleri, ebeveyne ait eğitim ve yaş özellikleri.

Bağımlı değişkenler: Hastanede yatan çocuklar için psikososyal semptomları tanılama ölçeği ve alt boyut puanları.

4.2.Verilerin Toplanması Ve Değerlendirilmesi

4.2.1.Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından oluşturulan kişisel bilgi formu (Ek1) ve 2012 yılında geçerlilik ve güvenilirliği Üstün ve Kelleci tarafından yapılmış olan psiko-sosyal uyum ölçeği (Ek2) uygulanarak toplanmıştır.

4.2.2.Verilerin Toplanması ve Etik Yönleri

Veriler araştırmacı tarafından kurum izni alındıktan sonra bölüm 32 yataklı servisinde takip edilen tekrarlı cerrahi işlem geçiren çocuklara ve aile bireylerinden (anne ya da baba) birine tek tek açıklanarak ve gerekli zaman (yaklaşık 15 dakika) tanınarak uygulanmış daha sonra yine araştırmacı tarafından formlar toplanmıştır. Formları uygulama sürecinde sözlü onam yöntemine başvurulmuş, hasta ve yakınlarından yazılı onam alınmamıştır. Çalışma sırasında hastaların bilgileri hiçbir kurum ya da kişiyle paylaşılmamıştır. Tüm bilgiler gizli tutulmuştur.

4.2.3. Veri Toplama Formları

4.2.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan “Kişisel Bilgi Formu” (Ek 1) 2 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde çocuk ve ailesinin demografik verilerini içeren 20 soru, ikinci bölümde çocuğun hastalık özelliklerine ilişkin verilere ulaşmayı amaçlayan 10 soru bulunmaktadır. Kapalı ve açık uçlu olmak üzere toplam 30 sorudan oluşan bilgi

formu araştırmacı tarafından klinikte yatan çocuklar gözlemlenerek, çocuk ve ailesi ile birebir görüşme yapılarak doldurulmuştur.

4.2.3.2. Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği

Üstün ve Kelleci (2012) tarafından geliştirilen, geçerlik ve güvenilirliği saptanan ölçek (Ek 2), hastanede yatan 6-12 yaş grubu çocuklar için psikososyal semptomları tanılama amacıyla oluşturulmuştur.

24 maddeden oluşan 3'lü likert tipi ölçekte yer alan her bir ifade "hiçbir zaman", "bazen" ve "sık sık" şeklinde değerlendirilip, sırasıyla 0, 1 ve 2 şeklinde puanlandırılmıştır. Ölçekten elde edilecek en yüksek puan "48", en düşük puan ise "0" dır (Ek 2). Ölçek puanının yüksek olması klinikte yatan çocuğun psikososyal sorunlarının olduğunu belirtmektedir. Cronbach alfa katsayısı 0.90 olarak belirlenen ölçek, Anksiyete, Umutsuzluk, İletişim Güçlüğü, Öfke ve Saldırganlık, Regresyon altboyutlarından oluşmaktadır. Ölçek puanının yüksek olması klinikte yatan çocuğun psikososyal sorunlarının olduğunu işaret etmektedir.

4.2.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) kullanılmıştır. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki fark Mann Whitney U, ikiden fazla grup durumunda parametrelerin gruplararası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis H-Testi testi ve farklılığa neden olan grubun saptanmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile test edilmiştir. Ölçekler arasındaki korelasyon ilişkileri aşağıdaki kriterlere göre değerlendirilmiştir (Kalaycı 2006).

R	İlişki
0.00-0.25	Çok Zayıf
0.26-0.49	Zayıf
0.50-0.69	Orta
0.70-0.89	Yüksek
0.90-1.00	Çok Yüksek

Elde edilen bulgular %95 güven aralığında %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

BÖLÜM V

BULGULAR ve YORUM

Bu bölümde, araştırma probleminin çözümü için, araştırma kapsamına alınan tekrarlı cerrahi işlem geçiren çocuklardan elde edilen verilerin analizi sonucunda saptanan bulgulara yer verilmiştir. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapılmıştır.

5.1. Çalışma Grubundaki Tekrarlı Cerrahi İşlem Geçiren Çocukların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Tablo 1: Çalışma Grubundaki Çocukların Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kız	32	45.1
Erkek	39	54.9
Yaş		
7-12 Yaş	43	60.6
13-18 Yaş	28	39.4
Eğitim Durumu		
İlköğretim 1. Kademe	43	60.6
İlköğretim 2. Kademe	28	39.4
Ailenin Yaşadığı Yer		
İl	26	36.6
İlçe	29	40.8
Köy	16	22.5
Çocuğun Kendisi Hariç		
Ailenin tek çocuğu	13	18.3
1 kardeş	27	38.0
2 kardeş	21	29.6
3 ve daha fazla kardeş	10	14.1
Çocuğun Ailenin Kaçınıcı Çocuğu Olduğu		
1.Sıra	38	53.5
2.Sıra	23	32.4
3.Sıra	10	14.1
Toplam	71	100

Tablo 1’de de görüldüğü gibi araştırmaya dahil edilen çocukların %54.9’ unun erkek, %45.1’ inin kız olduğu, %60.6’sının 7-12 yaş aralığında, %60.6’ sının ilköğretim

1.kademe öğrencisi olduğu belirlenmiştir. Yaşanılan yer değişkenine göre yapılan incelemede çocukların, %40.8 ilçe’de, %36.6’sının şehirde ve %22.5’ inin de köyde yaşadığı belirlenmiştir. Kardeş sayısı değişkenine göre yapılan incelemede %18.3’ ünün ailenin tek çocuğu olduğu ve çocuk sıralamasındaki yeri değişkenine göre ise çocukların %53.5’ inin 1.sırada olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2. Çalışma Grubundaki Çocukların Ebeveynlerine İlişkin Tanıtıcı Özelliklere Göre Dağılımı

	Sayı(n)	Yüzde(%)
Annenin Yaşı		
27-33 yaş	17	23.9
34-40 yaş	39	54.9
41 yaş ve üstü	15	21.1
Annenin Çalışma Durumu		
Evet	9	12.7
Hayır	62	87.3
Annenin Eğitim Durumu		
Okur-yazar Değil	10	14.1
İlkokul	26	36.6
Ortaokul	15	21.1
Lise	20	28.2
Babanın Yaşı		
30-36 Yaş	20	28.2
37-43 Yaş	34	47.9
44 Yaş Ve üstü	17	23.9
Babanın Eğitim Durumu		
Okur-yazar	7	9.9
İlkokul	14	19.7
Ortaokul	20	28.2
Lise	25	35.2
Üniversite	5	7.0
Babanın Çalışma Durumu		
Evet	66	93.0
Hayır	5	7.0
Anne Babanın Birliktelik Durumu		
Beraber	65	91.5
Ayrı	6	8.5
Toplam	71	100

Tablo 2’de de görüldüğü gibi araştırma kapsamındaki çocukların annelerinin %54.9’unun 34-40 yaş aralığında olduğu, %87.3’ ünün çalışmadığı ve %36.6’ sının ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir. Babalarının ise %47.9 ile çoğunluğunun 37-43 yaş aralığında olduğu, %35.2’ sinin lise mezunu olduğu ve %93’ ünün ise çalıştığı belirlenmiştir. Yapılan incelemede çocukların anne-babalarının %91.5’ inin birlikte yaşadığı belirlenmiştir.

5.2. Çalışma Gurubundaki Çocukların Cerrahi İşlem Özelliklerine Göre Dağılımı

Tablo 3: Tekrarlı Cerrahi İşlem Geçiren Çocukların Cerrahi İşlem Değişkenine Göre Dağılımı

Cerrahi Çeşidi	Sayı(n)	Yüzde (%)
Ortopedik cerrahi*	62	87.3
Ürolojik cerrahi**	9	12.7
Kaçıncı Kez Cerrahi İşleme Maruz Kalındığı		
2-5 kez	27	38.0
6-10 kez	21	29.6
11-15 kez	23	32.4
İlk Cerrahi İşlem Yaşı		
0-4 yaş	31	43.07
5-9 yaş	30	42.3
10 yaş ve üstü	10	14.1
Son Cerrahi İşlem Yaşı		
7-10	22	31.0
11-14	36	50.7
15-18	13	18.3
İlk Tanıdan Sonra Hastanın Çalışmaya Dahil Edildiği Süreye Kadar Geçen Zaman		
0-2 yıl	38	53.5
2-4 yıl	10	14.1
4-6 yıl	10	14.1
6 yıldan fazla	13	18.3
Toplam	71	100.0

*Kırıklar, Skolyoz, Kifoz, Serabral Palsi, Pes Deformitesi, Steosarkom, Miyopati, Osteokondrom, Paraplejik Ekstremitte

**Hidrosel, Kronik Böbrek Yetmezliği, Üretra Rüptürü, Böbrek Taşı, Hipospadias, İngunial Herni.

Tablo 3’de de görüldüğü gibi araştırmaya dahil edilen çocukların %87.3’ ünün ortopedik cerrahi ve %12.7’ sinin de ürolojik cerrahi işleme maruz kaldığı ve çocukların büyük oranla %38’ inin 2-5 kez cerrahi işlem geçirdiği, %43.7’ sinin ilk ameliyat yaşının 0-4 aralığında olduğu ve %50.7’ sinin de son ameliyat yaşının 11-14 aralığında olduğu, ilk tanıdan sonra geçen süre değişkenine göre ise %53.5’ inin 0-2 yıl olduğu belirlenmiştir.

5.3. Çalışma Grubundaki Çocukların Psikososyal Semptom Düzeylerinin Ortalamaları

Tablo 4: Tekrarlı Cerrahi İşlem Geçiren Çocukların Psikososyal Semptom Belirtileri Puan Ortalamaları

	Ort	Ss	Min.	Max.
Anksiyete	6,127	2,472	0,000	11,000
Umutsuzluk	4,352	2,415	0,000	10,000
İletişim Güçlüğü	2,789	1,897	0,000	7,000
Öfke ve Saldırganlık	3,958	2,213	0,000	8,000
Regresyon	3,169	1,483	0,000	6,000
Toplam Psikososyal	20,394	8,049	2,000	33,000

Tablo 4’de de görüldüğü gibi araştırmaya dahil edilen çocukların psikososyal semptom belirtileri puan ortalamaları incelendiğinde, anksiyetenin en fazla yaşanan alt değişken ölçek maddesi olduğu saptanmıştır (6.127±2.472). Bunu umutsuzluk (4.352±2.415), öfke ve saldırganlık (3.958±2.213), regresyon (3.169±1.483) ve iletişim güçlüğü (2.789±1.897) izlemektedir.

Tablo 5: Çalışma Grubundaki Çocukların Psikososyal Semptom Belirtilerinin Cinsiyete Göre Dağılımı

	Grup	N	Ort	Ss	MW	P
Anksiyete	Kız	32	6,250	2,048	610,500	0,875
	Erkek	39	6,026	2,796		
Umutsuzluk	Kız	32	4,344	2,336	607,000	0,843
	Erkek	39	4,359	2,508		
İletişim Güçlüğü	Kız	32	3,125	1,845	510,000	0,181
	Erkek	39	2,513	1,918		
Öfke Saldırganlık	Kız	32	4,500	2,016	487,000	0,110
	Erkek	39	3,513	2,293		
Regresyon	Kız	32	3,125	1,540	599,500	0,773
	Erkek	39	3,205	1,454		
Toplam Psikososyal Semptom	Kız	32	21,344	7,151	558,000	0,445
	Erkek	39	19,615	8,732		

Tablo 5’de de görüldüğü gibi çalışma grubundaki çocukların anksiyete, umutsuzluk, iletişim güçlüğü, öfke saldırganlık, regresyon alt ölçek maddeleri ve toplam psikososyal semptom puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 6: Çalışma Grubundaki Çocukların Psikososyal Semptom Belirtilerinin Eğitim Seviyelerine Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	MW	P
Anksiyete	İlköğretim 1. Kademe	43	6,837	1,999	356,000	0,003
	İlköğretim 2. Kademe	28	5,036	2,755		
Umutsuzluk	İlköğretim 1. Kademe	43	5,093	2,191	340,000	0,002
	İlköğretim 2. Kademe	28	3,214	2,331		
İletişim Güçlüğü	İlköğretim 1. Kademe	43	3,372	1,619	331,500	0,001
	İlköğretim 2. Kademe	28	1,893	1,969		
Öfke Saldırganlık	İlköğretim 1. Kademe	43	4,605	1,929	348,000	0,003
	İlköğretim 2. Kademe	28	2,964	2,285		
Regresyon	İlköğretim 1. Kademe	43	3,209	1,567	589,500	0,881
	İlköğretim 2. Kademe	28	3,107	1,370		
Toplam Psikososyal Semptom	İlköğretim 1. Kademe	43	23,116	6,688	324,500	0,001
	İlköğretim 2. Kademe	28	16,214	8,275		

Tablo 6'da da görüldüğü gibi ilköğretim 1. kademe öğrenim gören çocukların anksiyete, umutsuzluk, iletişim güçlüğü, öfke ve saldırganlık alt ölçek maddeleri ve toplam psikososyal semptom puanları ilköğretim 2. kademe öğrenim gören çocukların tüm alt ölçek maddeleri ve toplam psikososyal semptom puanlarından hem yüksek bulunmuş ve hem de puan ortalamaları ile eğitim durumu değişkeni ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 7: Çalışma Grubundaki Çocukların Psikososyal Semptom Düzeylerinin Annenin Eğitim Durumuna Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	KW	P	Fark
Anksiyete	OYD*	10	6,700	1,767	8,467	0,037	4 > 2
	İlkokul	26	5,000	2,871			
	Ortaokul	15	6,533	1,995			
	Lise	20	7,000	2,103			
Umutsuzluk	OYD*	10	4,900	1,969	4,456	0,216	
	İlkokul	26	3,539	2,453			
	Ortaokul	15	4,533	2,560			
	Lise	20	5,000	2,317			
İletişim Güçlüğü	OYD*	10	3,000	1,826	0,614	0,893	
	İlkokul	26	2,577	1,983			
	Ortaokul	15	2,867	2,232			
	Lise	20	2,900	1,651			
Öfke Saldırganlık	OYD*	10	4,100	1,912	1,445	0,695	
	İlkokul	26	3,577	2,485			
	Ortaokul	15	4,000	2,171			
	Lise	20	4,350	2,084			
Regresyon	OYD*	10	3,700	1,337	5,039	0,169	
	İlkokul	26	2,731	1,733			
	Ortaokul	15	3,267	1,387			
	Lise	20	3,400	1,188			
Toplam Psikososyal Semptom	OYD*	10	22,400	6,168	4,631	0,201	
	İlkokul	26	17,423	9,227			
	Ortaokul	15	21,200	6,847			
	Lise	20	22,650	7,350			

*OYD: okur yazar değil

Tablo 7'de de görüldüğü gibi çalışmaya alınan çocukların anksiyete, umutsuzluk, iletişim güçlüğü, öfke saldırganlık, regresyon alt ölçek maddeleri ve toplam psikososyal semptom puanları grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Yapılan incelemede çalışma grubundaki çocukların anksiyete alt ölçeği puan ortalamalarının anne eğitim durumu değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($KW=8.467$, $p=0.037<0.05$). Buna göre; annesinin eğitim durumu lise olan tekrarlı cerrahi işlem geçiren çocukların anksiyete puanları (7.000 ± 2.103), annesinin eğitim durumu ilkokul olan tekrarlı cerrahi işlem geçiren çocukların anksiyete puanlarından (5.000 ± 2.871) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya dahil edilen çocukların umutsuzluk, iletişim güçlüğü, öfke saldırganlık, regresyon alt ölçek maddeleri ve toplam psikososyal semptom puanları

ortalamlarının annesinin eğitim durumu değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 8: Çalışma Grubundaki Çocukların Psikososyal Semptom Belirtilerinin Babanın Eğitim Düzeyine Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	KW	P	Fark
Anksiyete	Okur-yazar	7	6,714	2,752	14,031	0,007	1 > 2
	İlkokul	14	4,357	2,373			4 > 2
	Ortaokul	20	5,700	2,364			5 > 2
	Lise	25	6,960	2,150			5 > 3
	Üniversite	5	7,800	1,643			
Umutsuzluk	Okur-yazar	7	5,714	1,799	9,555	0,049	1 > 2
	İlkokul	14	3,357	2,530			1 > 3
	Ortaokul	20	3,650	2,033			5 > 2
	Lise	25	4,760	2,603			5 > 3
	Üniversite	5	6,000	1,581			
İletişim Güçlüğü	Okur-yazar	7	2,857	2,035	4,157	0,385	
	İlkokul	14	2,214	1,968			
	Ortaokul	20	2,500	1,906			
	Lise	25	3,120	1,922			
	Üniversite	5	3,800	1,095			
Öfke Saldırganlık	Okur-yazar	7	4,429	2,149	6,288	0,179	
	İlkokul	14	2,714	2,555			
	Ortaokul	20	4,000	1,974			
	Lise	25	4,280	2,011			
	Üniversite	5	5,000	2,646			
Regresyon	Okur-yazar	7	4,000	1,633	3,288	0,511	
	İlkokul	14	2,714	1,541			
	Ortaokul	20	3,250	1,743			
	Lise	25	3,200	1,291			
	Üniversite	5	2,800	0,447			
Toplam Psikososyal Semptom	Okur-yazar	7	23,714	9,123	10,891	0,028	
	İlkokul	14	15,357	7,977			4 > 2
	Ortaokul	20	19,100	7,269			5 > 2
	Lise	25	22,320	7,548			
	Üniversite	5	25,400	6,189			

Tablo 8’de de görüldüğü gibi çalışmaya dahil edilen çocukların anksiyete, umutsuzluk, iletişim güçlüğü, öfke saldırganlık, regresyon alt ölçek maddeleri ve toplam psikososyal semptom puanları ortalamalarının babasının yaşı değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Yapılan inceleme sonucunda araştırmaya dahil edilen çocukların anksiyete puanları ortalamaları ile babanın eğitim durumu değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($KW=14.031$, $p=0.007<0.05$). Buna göre: babası

okur-yazar olan çocukların anksiyete puanları (6.714 ± 2.752), babası ilkokul mezunu olan çocukların anksiyete puanlarından (4.357 ± 2.373); babası lise mezunu olan çocukların anksiyete puanları (6.960 ± 2.150), babası ilkokul mezunu olan çocukların anksiyete puanlarından (4.357 ± 2.373); babası üniversite mezunu olan çocukların anksiyete puanları (7.800 ± 1.643), babası ilkokul mezunu olan çocukların anksiyete puanlarından (4.357 ± 2.373); babası üniversite mezunu olan çocukların anksiyete puanları (7.800 ± 1.643), babası ortaokul mezunu olan çocukların anksiyete puanlarından (5.700 ± 2.364) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya dahil edilen çocukların umutsuzluk puanları ortalamaları ile babanın eğitim durumu değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($KW=9.555$, $p=0.049 < 0.05$). Buna göre; babası okur-yazar olan çocukların umutsuzluk puanları (5.714 ± 1.799), babası ilkokul mezunu olan çocukların umutsuzluk puanlarından (3.357 ± 2.530); babası okur-yazar olan çocukların umutsuzluk puanları (5.714 ± 1.799), babası ortaokul mezunu olan çocukların umutsuzluk puanlarından (3.650 ± 2.033); babası üniversite mezunu olan çocukların umutsuzluk puanları (6.000 ± 1.581), babası ilkokul mezunu olan çocukların umutsuzluk puanlarından (3.357 ± 2.530); babası üniversite mezunu olan çocukların umutsuzluk puanları (6.000 ± 1.581), babası ortaokul mezunu olan çocukların umutsuzluk puanlarından (3.650 ± 2.033) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya dahil edilen çocukların toplam psikososyal semptom puanları ortalamalarının babanın eğitim durumu değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($KW=10.891$, $p=0.028 < 0.05$). Buna göre; babası lise mezunu olan çocukların toplam psikososyal semptom puanları (22.320 ± 7.548), babası ilkokul mezunu olan çocukların toplam psikososyal semptom puanlarından (15.357 ± 7.977) ve babası üniversite mezunu olan çocukların toplam psikososyal semptom puanları (25.400 ± 6.189), babası ilkokul mezunu olan çocukların toplam psikososyal semptom puanlarından (15.357 ± 7.977) yüksek bulunmuştur.

Çalışma grubundaki çocukların iletişim güçlüğü, öfke saldırganlık, regresyon puanları ortalamalarının babanın eğitim durumu değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

5.4. Çalışma Grubundaki Tekrarlı Cerrahi İşlem Geçiren Çocukların Psikososyal Semptom Düzeylerinin Hastalık ve Tedavi Özelliklerine Göre Ortalamaları

Tablo 9: Çalışma Grubundaki Çocukların Psikososyal Semptom Belirtilerinin Hastalığın Süresi Dergişkenine Göre Dağılımı

	Tanı	N	Ort	Ss	KW	P	Fark
Anksiyete	0-2 Yıl	38	6,395	2,433	1,863	0,601	
	2-4 Yıl	10	6,000	3,162			
	4-6 Yıl	10	5,600	1,776			
	6 Yıldan Fazla	13	5,846	2,641			
Umutsuzluk	0-2 Yıl	38	4,474	2,402	1,089	0,780	
	2-4 Yıl	10	4,200	2,530			
	4-6 Yıl	10	3,700	1,829			
	6 Yıldan Fazla	13	4,615	2,902			
İletişim Güçlüğü	0-2 Yıl	38	2,895	1,970	1,629	0,653	
	2-4 Yıl	10	2,900	1,969			
	4-6 Yıl	10	2,100	1,524			
	6 Yıldan Fazla	13	2,923	1,977			
Öfke Saldırganlık	0-2 Yıl	38	4,184	2,142	4,105	0,250	
	2-4 Yıl	10	3,600	2,591			
	4-6 Yıl	10	2,900	1,449			
	6 Yıldan Fazla	13	4,385	2,534			
Regresyon	0-2 Yıl	38	3,632	1,422	12,360	0,006	1 > 4
	2-4 Yıl	10	3,100	1,729			
	4-6 Yıl	10	2,900	1,370			
	6 Yıldan Fazla	13	2,077	0,954			
Toplam Psikososyal Semptom	0-2 Yıl	38	21,579	8,129	3,633	0,304	
	2-4 Yıl	10	19,800	9,705			
	4-6 Yıl	10	17,200	4,638			
	6 Yıldan Fazla	13	19,846	8,591			

Tablo 9’da da görüldüğü gibi araştırmaya dahil edilen çocukların anksiyete, umutsuzluk, iletişim güçlüğü, öfke saldırganlık alt ölçek maddeleri ve toplam psikososyal semptom puanları ortalamaları ile hastalığın süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Araştırmaya dahil edilen çocukların regresyon puanları ortalamalarının hastalığın süresi değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($KW=12.360$, $p=0.006<0.05$). Buna göre: hastalığın süresi 0-2 yıl olan tekrarlı cerrahi işlem geçiren çocukların regresyon puanları (3.632 ± 1.422), hastalığın süresi 6 yıldan fazla olan çocukların regresyon puanlarından (2.077 ± 0.954) yüksek bulunmuştur.

Tablo 10: Çalışma Grubundaki Çocukların Psikososyal Semptom Belirtileri Ortalamalarının Cerrahi İşlem Türüne Göre Dağılımı

	Ameliyat	N	Ort	Ss	MW	P
Anksiyete	Ortopedi	62	6,307	2,473	185,000	0,101
	Üroloji	9	4,889	2,205		
Umutsuzluk	Ortopedi	62	4,355	2,423	271,000	0,889
	Üroloji	9	4,333	2,500		
İletişim Güçlüğü	Ortopedi	62	2,936	1,924	181,000	0,086
	Üroloji	9	1,778	1,394		
Öfke Saldırganlık	Ortopedi	62	4,113	2,128	187,500	0,110
	Üroloji	9	2,889	2,619		
Regresyon	Ortopedi	62	3,323	1,480	145,000	0,018
	Üroloji	9	2,111	1,054		
Toplam Psikososyal Semptom	Ortopedi	62	21,032	7,957	178,000	0,081
	Üroloji	9	16,000	7,697		

Tablo 10’da da görüldüğü gibi araştırmaya dahil edilen çocukların anksiyete, umutsuzluk, iletişim güçlüğü, öfke saldırganlık alt ölçek maddeleri ve toplam psikososyal semptom puanları ortalamalarının olduğu ameliyat türü değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Regresyon puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney $U=145.000$, $p=0.018<0.05$). Ayrıca ortopedi ameliyatı olan çocukların regresyon puanları ($x=3.323$), üroloji ameliyatı olan çocukların regresyon puanlarından ($x=2.111$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 11: Çalışma Grubundaki Çocukların Psikososyal Semptom Belirtileri Ortalamalarının Cerrahi İşlem Sayısı Türüne Göre Dağılımı

	Grup	N	Ort	Ss	KW	P	Fark
Anksiyete	1-5 Kez	27	5,333	2,434	7,175	0,028	2 > 1
	6-10 Kez	21	6,857	2,265			
	11-15 Kez	23	6,391	2,536			
Umutsuzluk	1-5 Kez	27	3,593	2,188	5,419	0,067	
	6-10 Kez	21	5,000	2,191			
	11-15 Kez	23	4,652	2,707			
İletişim Güçlüğü	1-5 Kez	27	2,185	1,711	8,536	0,014	2 > 1
	6-10 Kez	21	3,762	1,895			
	11-15 Kez	23	2,609	1,828			
Öfke ve Saldırganlık	1-5 Kez	27	3,370	2,151	4,837	0,089	
	6-10 Kez	21	4,714	2,053			
	11-15 Kez	23	3,957	2,306			
Regresyon	1-5 Kez	27	2,630	1,418	5,420	0,067	
	6-10 Kez	21	3,381	1,359			
	11-15 Kez	23	3,609	1,530			
Toplam Psikososyal Semptom	1-5 Kez	27	17,111	7,261	9,371	0,009	2 > 1
	6-10 Kez	21	23,714	7,458			
	11-15 Kez	23	21,217	8,295			

Tablo 11’de de görüldüğü gibi araştırmaya dahil edilen çocukların anksiyete (KW=7.175, p=0.028<0.05), iletişim güçlüğü (KW=8.536, p=0.014<0.05) alt ölçek maddeleri ve toplam psikososyal semptom (KW=9.371, p=0.009<0.05) puanları ortalamaları olduğu ameliyat sayısı değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Buna göre; olduğu ameliyat sayısı 6-10 kez olan çocukların anksiyete, iletişim güçlüğü alt ölçek maddeleri ve toplam psikososyal semptom puanları, olduğu ameliyat sayısı 1-5 kez olan çocukların anksiyete, iletişim güçlüğü alt ölçek maddeleri ve toplam psikososyal semptom puanlarından yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya dahil edilen çocukların umutsuzluk, öfke saldırganlık, regresyon puanları ortalamalarının olduğu ameliyat sayısı değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p<0.05).

Tablo 12: Çalışma Grubundaki Çocukların Psikososyal Semptom Belirtilerinin İlk Kez ve Son Kez Cerrahi İşlem Geçirdiği Yaşa Göre Ortalamaları

	İlk	N	%	p	Fark	Son	N	%	P	Fark
Anksiyete	0-4 Yaş	31	44	0,792		7-10 Yaş	22	31	0,533	
	5-9 Yaş	30	42			11-14 Yaş	36	51		
	10 Yaş	10	14			15-18 Yaş	13	18		
Umutsuzluk	0-4 Yaş	31	44	0,372		7-10 Yaş	22	31	0,991	
	5-9 Yaş	30	42			11-14 Yaş	36	51		
	10 Yaş	10	14			15-18 Yaş	13	18		
İletişim Güçlüğü	0-4 Yaş	31	44	0,918		7-10 Yaş	22	31	0,364	
	5-9 Yaş	30	42			11-14 Yaş	36	51		
	10 Yaş	10	14			15-18 Yaş	13	18		
Öfke Saldırganlık	0-4 Yaş	31	44	0,772		7-10 Yaş	22	31	0,939	
	5-9 Yaş	30	42			11-14 Yaş	36	51		
	10 Yaş	10	14			15-18 Yaş	13	18		
Regresyon	0-4 Yaş	31	44	0,036	1 > 3 2 > 3	7-10 Yaş	22	31	0,350	
	5-9 Yaş	30	42			11-14 Yaş	36	51		
	10 Yaş	10	14			15-18 Yaş	13	18		
Toplam Psikososyal Semptom	0-4 Yaş	31	44	0,739		7-10 Yaş	22	31	0,622	
	5-9 Yaş	30	42			11-14 Yaş	36	51		
	10 Yaş	10	14			15-18 Yaş	13	18		

Tablo 12’de de görüldüğü gibi araştırmaya dahil edilen çocukların regresyon puanları ortalamalarının ilk ameliyat yaşı değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=6.628, p=0.036<0.05). Buna göre; ilk ameliyat yaşı 0-4 yaş olan çocukların regresyon puanları, ilk ameliyat yaşı 10 yaş ve üstü olan çocukların regresyon puanlarından yüksek bulunmuştur. İlk ameliyat yaşı 5-9 olan çocukların regresyon puanları, ilk ameliyat yaşı 10 yaş ve üstü olan çocukların regresyon puanlarından yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya dahil edilen çocukların anksiyete, umutsuzluk, iletişim güçlüğü, öfke saldırganlık alt ölçek maddeleri ve toplam psikososyal semptom puan ortalamaları ilk ameliyat yaşı değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark ile araştırmaya dahil edilen çocukların anksiyete, umutsuzluk, iletişim güçlüğü, öfke saldırganlık, regresyon alt ölçek maddeleri ve toplam psikososyal semptom puan ortalamaları son ameliyat yaşı değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 13: Çalışma Grubundaki Çocukların Psikososyal Semptom Belirtilerinin Son Cerrahi İşlemden Sonra Geçen Süre Değişkenine Göre Dağılımı

	Grup	N	Ort	Ss	KW	P	Fark
Anksiyete	Hemen	6	3,833	2,639	12,942	0,024	4 > 1
	1 Gün Sonra	9	5,778	2,108			5 > 1
	2 Gün Sonra	18	6,167	2,595			5 > 2
	3 Gün Sonra	20	6,250	2,149			5 > 3
	4 Gün Sonra	10	8,100	1,729			5 > 4
	5 Gün Sonra	8	5,375	2,722			5 > 6
Umutsuzluk	Hemen	6	2,000	2,757	13,036	0,023	3 > 1
	1 Gün Sonra	9	3,778	1,202			5 > 1
	2 Gün Sonra	18	4,722	2,244			5 > 2
	3 Gün Sonra	20	4,500	2,236			5 > 6
	4 Gün Sonra	10	6,200	2,741			
	5 Gün Sonra	8	3,250	1,982			
İletişim Güçlüğü	Hemen	6	1,667	1,633	8,221	0,144	
	1 Gün Sonra	9	2,778	1,856			
	2 Gün Sonra	18	2,278	1,994			
	3 Gün Sonra	20	3,350	1,599			
	4 Gün Sonra	10	3,600	1,647			
	5 Gün Sonra	8	2,375	2,504			
Öfke Saldırganlık	Hemen	6	2,833	2,994	6,595	0,253	
	1 Gün Sonra	9	4,333	2,236			
	2 Gün Sonra	18	3,778	1,768			
	3 Gün Sonra	20	4,100	2,198			
	4 Gün Sonra	10	5,100	1,792			
	5 Gün Sonra	8	3,000	2,777			
Regresyon	Hemen	6	2,833	1,941	1,486	0,915	
	1 Gün Sonra	9	3,000	1,500			
	2 Gün Sonra	18	3,333	1,815			
	3 Gün Sonra	20	3,350	1,424			
	4 Gün Sonra	10	3,100	1,101			
	5 Gün Sonra	8	2,875	1,126			
Toplam Psikososyal Semptom	Hemen	6	13,167	9,827	10,624	0,059	
	1 Gün Sonra	9	19,667	6,856			
	2 Gün Sonra	18	20,278	7,497			
	3 Gün Sonra	20	21,550	7,543			
	4 Gün Sonra	10	26,100	6,540			
	5 Gün Sonra	8	16,875	8,323			

Tablo 13’de de görüldüğü gibi araştırmaya dahil edilen çocukların anksiyete puanları ortalamalarının son cerrahi işleminden sonra geçen süre değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=12.942, p=0.024<0.05). Buna göre; son cerrahi işleminden sonra geçen süre 3 gün olan çocukların anksiyete puanları, son cerrahi işleminden sonra geçen süre hemen olan çocukların anksiyete puanlarından

yüksek bulunmuştur. Son cerrahi işleminden sonra geçen süre 4 gün olan çocukların anksiyete puanları, son cerrahi işleminden sonra geçen süre hemen olan çocukların anksiyete puanlarından yüksek bulunmuştur. Son cerrahi işleminden sonra geçen süre 4 gün olan çocukların anksiyete puanları, son cerrahi işleminden sonra geçen süre 1 gün olan çocukların anksiyete puanlarından yüksek bulunmuştur. Son cerrahi işleminden sonra geçen süre 4 gün olan çocukların anksiyete puanları, son cerrahi işleminden sonra geçen süre 2 gün olan çocukların anksiyete puanlarından yüksek bulunmuştur. Son cerrahi işleminden sonra geçen süre 4 gün olan çocukların anksiyete puanları, son cerrahi işleminden sonra geçen süre 3 gün olan çocukların anksiyete puanlarından yüksek bulunmuştur. Son cerrahi işleminden sonra geçen süre 4 gün olan çocukların anksiyete puanları, son cerrahi işleminden sonra geçen süre 5 gün olan çocukların anksiyete puanlarından yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya dahil edilen çocukların umutsuzluk puanları ortalamalarının son cerrahi işleminden sonra geçen süre değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=13.036, $p=0.023<0.05$). Buna göre; son cerrahi işleminden sonra geçen süre 2 gün olan çocukların umutsuzluk puanları, son cerrahi işleminden sonra geçen süre hemen olan çocukların umutsuzluk puanlarından yüksek bulunmuştur. Son cerrahi işleminden sonra geçen süre 4 gün olan çocukların umutsuzluk puanları, son cerrahi işleminden sonra geçen süre hemen olan çocukların umutsuzluk puanlarından yüksek bulunmuştur. Son cerrahi işleminden sonra geçen süre 4 gün olan çocukların umutsuzluk puanları, son cerrahi işleminden sonra geçen süre 1 gün olan çocukların umutsuzluk puanlarından yüksek bulunmuştur. Son cerrahi işleminden sonra geçen süre 4 gün olan çocukların umutsuzluk puanları, son ameliyatından sonra geçen süre 5 gün olan çocukların umutsuzluk puanlarından yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya dahil edilen çocukların iletişim güçlüğü, öfke saldırganlık, regresyon alt ölçek maddeleri ve toplam psikososyal semptom puanları ortalamalarının son cerrahi işleminden sonra geçen süre değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

BÖLÜM VI

6. TARTIŞMA

Bu çalışma, hastanede yatmayı gerektiren ve skolyoz, kifoz, kırıklar, hipospadias, epispadias, hidrosel vb. hastalıkların tekrarlılık gösteren cerrahi işlemlerin çocukların psikososyal semptom düzeylerine yönelik etkisinin saptanması amacıyla oluşturulmuştur. Çalışmanın öne çıkan niteliği; tekrarlama sebebiyle süreklilik taşıyan cerrahi girişim anksiyetenin, umutsuzluğun, regresyonun, öfke ve saldırganlığın ve yalnızlığın özellikle çocuklara yönelik etkisinin belirlenmesidir. Bu doğrultuda, %54,9' unun erkek, %45,1' inin kız, %60,6' sının 7-12 yaş aralığında olduğu bir çalışma grubu oluşturulmuştur. Katılımcı çocukların annelerinin %54,9' unun 34-40 yaş aralığında olduğu, %87,3' ünün çalışmadığı ve %36,6' sının da ilkokul mezunu olduğu görülmektedir. Çocukların %87,3' ünün ortopedik cerrahi ve % 12,7' sinin ürolojik cerrahi işlem geçirdiği görülmektedir. Çocukların, 21' inin (%29,6) 6-10 kez, 23' ünün (%32,4) 11-15 kez cerrahi işleme maruz kaldıkları belirlenmiştir.

Tekrarlı cerrahi işlem geçiren çocukların psikososyal semptom düzeyleri incelendiğinde; çocuklarda en çok anksiyete gözlemlendiği anlaşılmaktadır (%30,04). Literatürlerde ki bazı çalışmalarda bu bulgu desteklenmektedir (Badner 1990). Lamontagne (1996), Devens (2000), Watson (2002) ve Connevon (2000) yaptıkları çalışmada, ameliyat öncesi hazırlık programı uygulanan çocukların, ameliyat sonrası dönemde daha az anksiyete yaşadıkları, daha kısa sürede normal aktivitelerine döndükleri ve bu çocuklarda regresif davranışlar, ayrılık anksiyetesi, uyku sorunları, yeme sorunları gibi postoperatif sorunların daha az görüldüğünü belirlenmiştir. Bu da çalışmanın amacına destekler niteliktedir. Bu durumu etkileyen demografik değişkenlerde yaş ve cinsiyet istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bir farklılaşma yaratmamaktadır. Benzer şekilde literatürdede cinsiyet ve yaşın çocuklarda cerrahi işlem anksiyetisine etki etmediği ifade edilmektedir (Ericsson 2006, Caumo 2000, Vaezzadeh 2011). Ayrıca, Altay'a (2008) göre, çocuğun yaşı, hastalığın niteliği, hastanede geçirilecek süre ve yapılacak ameliyatın tipi çocuğun endişe düzeyini belirleyen durumlar olduğunu belirtmektedir.

Regresyon hariç tüm psikososyal semptomlarda eğitim durumu anlamlı düzeyde farklılaşma yaratırken ilköğretim 1.sınıfa gidenlerin daha yüksek düzeyde ortalamaya sahibi oldukları anlaşılmaktadır ($p<0.05$). Literatürde Üstün ve arkadaşlarının yaptığı "Hastanede yatan çocuklarda psikososyal semptomların bazı değişkenler açısından incelenmesi" adlı çalışmasında, araştırmaya katılan çocukların sırası ile anksiyete, iletişim güçlüğü, umutsuzluk, öfke ve regresyon yaşadıkları, ayrıca çocukların hafif düzeyde psikiyatrik semptom yaşadıkları saptanmıştır (Üstün 2014). Literatürde deneyimle beraber stres ve anksiyetenin azaldığı, çocuğun bu şekilde daha bilinçli ve rahat hareket ettiği ifade edilmektedir (Kain 1996). Bu açıdan, elde edilen bulguların birbiri ile uygun olduğunu söylemek mümkündür.

Tekrarlı cerrahi işlem geçiren çocukların psikososyal semptom düzeyleri ile annelerinin yaş ilişkileri incelendiğinde; sadece anksiyete alt boyutunda lise mezunu annelerin aleyhine önemli bir farklılaşma olduğu görülmektedir. İlkokul mezunu annelerin tekrarlı cerrahi işlem geçiren çocukları en düşük düzeyde anksiyete tarifledikleri dikkat çekmektedir. Benzer şekilde Kain (2006) çalışması da eğitim seviyesi ile artan bir anksiyete düzeyi tariflemektedir.

Çalışmaya katılan çocukların babalarının ve annelerinin yaşları psikososyal semptom düzeyleri üzerinde anlamlı düzeyde etki sahibi değil iken; eğitimleri anksiyete, umutsuzluk ve toplam psikososyal semptom üzerinde anlamlı bir etki sahibi olarak gözlemlenmiştir. Babaları üniversite mezunu olanların daha yüksek düzeyde anksiyete ve umutsuzluk puan ortalamalarına sahip oldukları dikkat çekmektedir. Bulgular kendi içinde tutarlı olmakla beraber, literatür ile de uyumludur (Kain 2006). Bunun aksine, eğitim düzeyi düşük olan ebeveynlerin stresle başa çıkma stratejilerini ve destek sistemlerini işlevsel olarak değerlendirebiliyor olmalarının önemi ile farklı bulgular elde eden çalışmalar olduğuda bilinmektedir (Akşit ve Cimete 2001, Mutlu 2002). Miles ve arkadaşlarının(1989) yaptığı çalışmada, ebeveynin çocuğundan uzun süre ayrı kalması, istediği zaman onu görememesi, ağlayınca yanında olamaması, onu besleyememesi, uyutamaması, giydirememesi, ağırlı girişimlerde yanında bulunamaması, ona dokunamaması ve hasta bir çocuğun ebeveyni olma rolünü kabullenmesi kolay değildir. Ebeveynlerdeki bu rol değişikliği strese/anksiyeteye neden olur (Miles 1989). Ayrıca hastanede bulunma nedeni ile sosyal yaşantılarındaki değişiklikler ebeveynlerin stres düzeylerini daha da artırır (Helfricht 2006).

Çocukların kardeş sayısı ve kaçınıcı çocuk olduğu bilgisi psikososyal semptom düzeylerinde etkili değildir. Kain ve meslektaşları (1996) alışmalarında kardeş sahibi olmama halini ebeveynler için anksiyete arttıran bir faktör olarak saptamışlardır. Ebeveynlerin anksiyetesi çocukların anksiyetesini de arttırır nitelikte olacağından elde edilen bulgu bu yöndeki beklenti ile uyumlu bulunmamıştır.

Katılımcı çocukların hastalık süresi ile psikososyal semptom düzeylerinin ilişkisi incelendiğinde; regresyon alt boyutunda hastalık süresi arttıka azalan bir ortalama ($p=0.006$) dikkat çekmektedir. Wallander ve Varni (1989) hastalık başlangıcında, çocukların anneye daha fazla fiziksel temasta bulunma, parmak emme, çocuksu sesler çıkarma gibi regresif hareketler gösterdiklerini belirtmişlerdir. Bu açıdan bulguların birbirini destekleyici olduğunu söylemek mümkündür.

Katılımcı çocukların cerrahi işlem türü ile psikososyal semptom düzeylerinin ilişkisinin anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir. Davidson, Shrivastava, Jamsen, Huang, (2006) alışmalarında cerrahi işlem türünün önemli bir faktör olduğunu belirtmişlerdir. Özellikle ölüme yönelik kaygıların daha ciddi operasyon türlerinde kaygı ve diğer psikososyal semptomları arttıracak nitelikte olduğu belirtilmektedir. Bu çalışmada, cerrahi işlem türü ile psikososyal semptom düzeylerinin anlamlı düzeyde ilişki sahibi olmamaları sadece ortopedik ve ürolojik cerrahi yaşamış çocukların seçilmiş olmaları ile açıklanabilir. Çocukların yaşadıkları cerrahi işlemin niteliğinin sonucu etkilemiş olacağı düşünülebilir.

Bu araştırmanın kapsamındaki çocukların cerrahi işlem sayısı ile psikososyal semptom düzeylerinin ilişkisi anlamlı düzeydedir. En yüksek ortalama [anksiyete ($KW=7.175$, $p=0.028<0.05$), iletişim güçlüğü ($KW=8.536$, $p=0.014<0.05$) alt ölçek maddeleri ve toplam psikososyal semptom ($KW=9.371$, $p=0.009<0.05$)] 6-10 kez cerrahi işlem geçiren katılımcılara aittir. Elde edilmiş olan bu bulgu Utens, Verhulst, Duivenvoorden, Meijboom ve diğerlerinin (1998) alışma bulguları ile tutarlıdır. Cerrahi işlem sayısı arttıka, çocukların psikososyal semptom düzeylerindeki artış da dikkat çekici olarak belirtilmiştir. Farklı olarak Kern, Hinton, Nereo ve meslektaşları (1998) ise cerrahi işlem sayısının önemli bir farklılaşma yaratmadığını ifade etmişlerdir. Bunun nedeni, kazanılan deneyimin cerrahi işlem sayısı ile ilişkilendirilemeyecek olması şeklinde ifade edilmektedir.

Tekrarlı cerrahi işlem geçiren çocukların psikososyal semptom düzeyleri ile son cerrahi işlem sonra geçen süre arasındaki ilişki incelendiğinde, anksiyete ve umutsuzluk boyutlarında ilişki anlamlı çıkmıştır. Hemen cerrahi işlem sonrasında ortalama düşük, 4 gün sonra en yüksek ortalama ifade edilmiştir. cerrahi işlemler arasındaki süre arttıkça artan anksiyete ve umutsuzluk tekrarlanacak deneyime yönelik tutumu göstermektedir. Çocukların tekrar edecek olan cerrahi işleme kazandıkları deneyime rağmen tam olarak hazırlanamadıkları saptanmıştır. Bu doğrultuda, literatürde oldukça az olan ilgili çalışmaları ifade etmek önemlidir. Özellikle çocukların cerrahi işlem öncesi ve sonrası anksiyete başta olmak üzere psikososyal semptomlarına yönelik çalışmaların yapılmaması dikkat çekicidir. Ne literatürde ne pratikte henüz yeterli sayıda çalışma ve araştırma mevcut değildir.

Genel hastane hastalarında anksiyete belirtilerinin görülme oranı %10-30 olarak bildirilmektedir (Colon ve Popkin 1996). Surman (1997), cerrahinin psikolojik anlamını tanımlarken cerrahi işlemin iki yönüne vurgu yapmıştır ve bu vurgular elde edilen sonuçlar ile önem taşımaktadır: 1.) Cerrahi İşlem, ağrı ve acının azaltılmasına yönelik kararlı bir yaklaşımdır. 2.) Cerrahide beklentilerde artış ve bağımlılıkla karakterize bir transferans ilişkisi vardır.

Çocukların maruz kaldıkları tekrarlı cerrahi işlemlerde gösterdikleri psikososyal semptomları etkileyen pek çok faktör olduğu bilinmektedir (Akkaş 1996). Bunlar; ölüm korkusu, bedeninin zarar göreceği ve acı çekeceği korkusu, anestezi sırasında kontrolün yitireceğine yönelik korkusu, ameliyat sonrasında yetiyitimi ve bağımlılık korkusu, hem cerrahi, hem de anestezi ile ilişkili olarak bilinmeyen korku, işlemin belirli yönlerine ilişkin özgül korkular olarak belirtilebilir. Bu açıdan, bundan sonraki çalışmalarda odak grup ya da görüşme teknikleri kullanılarak detaylı/kapsamlı bilgi edilmesi gerekliliği ifade edilmelidir. Ayrıca, cerrahi girişim öncesinde yeterli hazırlık yapılmadığı dikkat çekici bir faktördür.

BÖLÜM VII

7. SONUÇ

Bu araştırma, tekrarlı cerrahi işleme maruz kalan çocukların anksiyete, umutsuzluk, iletişim güçlüğü, regresyon, öfke saldırganlık gibi psikosoyal semptom belirtilerinin varlığını incelemek amacıyla yapılmıştır.

Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre;

- Çalışmaya katılan çocukların psikosoyal semptom belirtileri alt gruplarından anksiyete, umutsuzluk, iletişim güçlüğü, öfke saldırganlık, regresyon alt ölçek maddeleri ve toplam psikosoyal semptom puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadığı,($p>0.05$)

- Çalışma grubundaki çocukların anksiyete, umutsuzluk, iletişim güçlüğü, öfke saldırganlık, regresyon alt ölçek maddeleri ve toplam psikosoyal semptom puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadığı,($p>0.05$)

- Çalışma grubundaki çocukların ilköğretim 1.kademede öğrenim gören çocukların anksiyete, umutsuzluk, iletişim güçlüğü, öfke ve saldırganlık alt ölçek maddeleri ve toplam psikosoyal semptom puanları ilköğretim 2. kademede öğrenim gören çocukların tüm alt ölçek maddeleri ve toplam psikosoyal semptom puanlarından hem yüksek bulunmuş ve hem de puan ortalamaları ile eğitim durumu değişkeni ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunduğuy,($p<0.05$)

- Çalışmaya alınan çocukların anksiyete, umutsuzluk, iletişim güçlüğü, öfke saldırganlık, regresyon alt ölçek maddeleri ve toplam psikosoyal semptom puanları grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadığı,($p>0.05$)

- Çalışmaya dahil edilen çocukların anksiyete, umutsuzluk, iletişim güçlüğü, öfke saldırganlık, regresyon alt ölçek maddeleri ve toplam psikosoyal semptom puanları ortalamalarının babasının yaşı değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadığı,($p>0.05$)

- Çalışmaya dahil edilen çocukların anksiyete, umutsuzluk, iletişim güçlüğü, öfke saldırganlık alt ölçek maddeleri ve toplam psikosoyal semptom puanları ortalamaları ile hastalığın süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı,($p>0.05$)

- Çalışmaya dahil edilen çocukların anksiyete, umutsuzluk, iletişim güçlüğü, öfke saldırganlık alt ölçek maddeleri ve toplam psikososyal semptom puanları ortalamalarının olduğu ameliyat türü değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadığı,($p>0.05$)

- Çalışmaya dahil edilen çocukların umutsuzluk, öfke saldırganlık, regresyon puanları ortalamalarının olduğu ameliyat sayısı değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir.

7.1. ÖNERİLER

Bu çalışma ve alanyazında elde edilmiş çalışma ve araştırma sonuçlarına göre, çocuklarda acil ve majör cerrahi işlemlerin (özellikle tekrarlılık gösteriyor olmasının) türlerine göre psikososyal semptomları özellikle de anksiyeteyi daha fazla etkilediği belirtilmektedir (Akkaş 1996, Paavilainen 2001, Dolgun 2002, Erdoğan 2007, Bükülmez 2008). Bu açıdan, cerrahi girişim öncesi cerrahi işlem türüne bağlı psikososyal desteğin verilmesi gerektiği dikkat çekmektedir. Böylelikle, standart destek programları oluşturularak hem cerrahi girişim öncesi çocuklarda hem ailelerinde psikososyal etkenlerin saptanması gereklilik göstermektedir. Özellikle, tekrarlanan cerrahi girişimler için operasyon sürecinin uzuyor olması destek gerekliliğini gözler önüne sermektedir. Buradan yola çıkarak araştırmacılara, eğitimcilere ve ebeveynlere yönelik aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

7.1.1. Araştırmacılara Yönelik Öneriler

- Çocuklara uygulanan Psiko-sosyal Semptom Ölçeği ile umutsuzluk, depresyon, kaygı gibi çeşitli değişkenler arasındaki ilişki incelenebilir.
- Bu araştırmadan hareketle tüm diğer cerrahi işlem türlerine dönük programlar geliştirilebilir.
- Pediatri hemşirelerinin Psiko-sosyal semptomlara Yönelik Bilgi ve Farkındalıklarına destek eğitim programları uygulanması ve bunun bir ders kapsamında verilmesi sağlanabilir.

- Deney, kontrol gruplu ön test son test çalışma deseni şeklinde araştırmalar tasarlanabilir.
- Pediatri hemşirelerinin Psiko-sosyal semptomlara yönelik bilgi ve farkındalıklarını artırıcı destek eğitim programı düzenlenebilir. Ebeveynler için revize edilerek eğitimin ebeveynler üzerindeki etkisi incelenebilir.
- Pediatri hemşirelerine uygulanan eğitim programının etkili sonuçlara ulaşabilmesi açısından odak gruplar belirlenip çalışmalar planlanabilir.
- Hangi grup çocuklara dikkat çekilebileceğine yönelik eğitimler düzenlenebilir.

7.1.2. Hemşirelere Yönelik Öneriler

- Pediatri hemşirelerine kazandırılması hedeflenen psiko-sosyal semptomlara yönelik bilgi ve farkındalıklarının desteklenmesini sağlamak amacıyla hemşirelerin paylaşımında bulunabileceği akademik faaliyetler yürütülebilir.
- Pediatri hemşirelerinin psiko-sosyal semptomlara yönelik bilgi ve farkındalıklarını desteklemek için yazılı materyaller hazırlanabilir.
- Hastanelerin hemşirelik birimleri ile işbirliği içerisinde tüm pediatri hemşirelerine hizmet içi eğitim kapsamında program uygulanabilir.

7.1.3. Ebeveynlere Yönelik Öneriler

Pediatri hemşirelerinin Psiko-sosyal semptomlara yönelik bilgi ve farkındalıklarını artırıcı destek eğitim programı ebeveynler için revize edilerek eğitimin ebeveynler üzerindeki etkisi incelenebilir.

KAYNAKLAR

- Abalı, O., Tüzün, Ü. ve Gürkan, K. (2006). Çocuk Psikiyatrisi Konsültasyonlarının Değerlendirilmesi. Genel Tıp Dergisi, 16(3): 121-124.
- Adams-Greenly, M. (1986). Psychological Staging of Pediatric Cancer Patients and Their Families. Cancer 58: 449-453.
- Akay, A.P. ve Emiroğlu, F.N.İ. (2008). Kronik Pediatrik Hastalıklar ve Hastaneye Yatış, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Çetin, F.Ç., Coşkun, A., İşeri, E., Miral, S., Motavallı, N., Pehlivan Türk, B., Türkbay, T., Uslu, R., Ünal, F. (Ed.), Hyb Basın Yayın, Ankara.
- Akay, A.P., Emiroğlu, F.N.İ. (2008). Kronik pediatrik hastalıklar ve hastaneye yatış. Çetin FÇ, Coşkun A, İşeri E, Miral S, Motavallı N, Pehlivan Türk B, Türkbay T, Uslu R, Ünal F, editör. Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı. Ankara: HYB Basın Yayın.
- Akşit, S. ve Cimete, G. (2001). Çocuğu Yoğun Bakım Ünitesine Kabulünde Annelere Uygulanan Hemşirelik Bakımının Annelerin Anksiyete Düzeyine Etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5(2), 25-36.
- Alice, (2005). Psychosocial Adjustment in Children and Adolescents With A Craniofacial Anomaly: Age and Sex Patterns. Cleft Palate–Craniofacial Journal, July 2005, Vol. 42 No. 4
- Aslan S, Candansayar S, Coşar B Ve Ark. (2003). Bir Üniversite Hastanesinde Bir Yıl Süresince Gerçekleştirilen Psikiyatri Konsültasyon Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Yeni Symposium, 41(1): 31-38.
- Aşkın R., Akdağ R. (1994). Çocukların Akut ve Kronik Hastalığa Tepkileri. Yeni Tıp Dergisi 2(4): 35-39.
- Badner Nh, Nielson Wr, Munk S, Kwiatkowska C, Gelb AW. (1990). Preoperative Anxiety: Detection and Contributing Factors. Can J Anaesth, 37: 444-447.
- Bahar A, Taşdemir H. (2008). Dahili ve Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11: 2.
- Başaklar AC. (1996). Çocuklarda Solid Tümörler: Cerrahi Bakış. Palme Yayıncılık, Ankara.
- Başbakkal, Z., Sönmez, S., Celasin, N.Ş. ve Esenay, F. (2010). 3-6 Yaş Grubu Çocuğun Akut Bir Hastalık Nedeniyle Hastaneye Yatışa Karşı Davranışsal Tepkilerinin Belirlenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 7(1): 456-468.
- Baykara, N. (2006). Hastanede Çocuk ve Genç, Gazi Kitabevi, 1. Baskı, Ankara, 7-57.
- Bayraktar, M.K. (2008). Adölesan İdiyopatik Skolyozun Cerrahi Tedavisinde Posterior Enstrümantasyon ve Füzyon Sonuçları. Tc. Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği (Uzmanlık Tezi).
- Beşer, N., Öz F. (2003). Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi. C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7.

- Beytut, D., Bolışık, B., Solak, U. ve Seyfioğlu, U. (2009). Çocuklarda Hastaneye Yatma Etkilerinin Projektif Yöntem Olan Resim Çizme Yoluyla İncelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3): 35-44.
- Boeke, S., Duivenvoorden HJ, Verhage F, Zwaveling A. (1991). Prediction of Postoperative Pain and Duration of Hospitalization Using Two Anxiety Measures. *Pain*. 45: 293-297
- Buldukoğlu, K., Atalay, M. (1990). Ameliyat Öncesi Hastaların Ameliyata İlişkin Duyguları, Düşünceleri ve Bilgi İstekleri. *Uluslararası Cerrahi Kongresi'88, Cerrahi Hemşireliği Seksiyonu, Konuşmaları ve Bildirileri (9-1) Haziran 1988*, Hilal Matbaacılık, İstanbul, 92-7.
- Bükülmez, A., Taşdelen, M., Melek, H., Köken, R., Gözde, K. ve Geçici, Ö. (2008). Kronik Hastalığı Olan Çocuklarda Anksiyete Düzeyi ve Ebeveynlerinin Tutumu. Erişim Tarihi. 12.05.2013. www.Millipediatri.Org.Tr/Bildiriler.
- Büyükpamukçu, N. (1984). *Çocuk Cerrahisi El Kitabı*. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, A51.
- Cantez, T. (2003). *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları*. Nobel Tıp Kitapevi.
- Caumo, W., Broenstrub, J.C., Fialho, L., Petry, S.M.G., Brathwait, O., Bandeira, D., Loguercio, A. ve Ferreira, M.B. (2000). Risk Factors For Postoperative Anxiety in Children. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 44(7), 782-789.
- Celayir, S. (2009). *Çocuk Cerrahisi Ders Kitabı*. İstanbul Üniversitesi Yayınları/4720.
- Cihangir Altay, N. (2008). Çocuklarda Ameliyat Öncesi Hazırlık. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 68-76
- Cihangir, N., Kılıçarslan Törüner, E. (2007). Kronik ve Akut Hastalığı Olan Okul Çağı Çocuklarının Duygusal Durumlarının İnsan Figürü Çizimleriyle Belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1-8.
- Cimilli, C. (2001). Cerrahide Anksiyete. *Klinik Psikiyatri*. 4: 182-186.
- Clough, J. (2005). Using Books To Prepare Children For Surgery. *Paediatric Nursing*, 17, 9: 28-31.
- Colon E.A., Popkin M.K. (1996). Anxiety and Panic, *The Americanpsychiatric Press Textbook Of Consultation-Liaison Psychiatry*. Jr Rundell, Mg Wise (Ed), Washington Dc., Americanpsychiatric Press Inc., 402-425.
- Connevon, S.O. (2000). Preparing Children For Surgery and İntegrative Research Reiew. *AORN Journal*, 71(2); 334-343.
- Çavuşoğlu, H. (1992). Kronik ve Ölümcül Hastalık Kavramları ile Hematolojik Sorunu Olan Çocuk ve Hemşirelik Bakımı. *Hürbilek Matbaacılık*, Ankara.
- Çavuşoğlu, H. (2004). *Çocuk Sağlığı Hemşireliği*, 1. Cilt. Ankara: Dizgi Baskı.
- Çavuşoğlu, H. (2004). Hastaneye Yatmanın Çocuk ve Aile Üzerindeki Etkileri, *Çocuk Sağlığı Hemşireliği*, Cilt 1, Ankara.
- Çavuşoğlu, H. (2008). *Çocuk Sağlığı Hemşireliği*, Cilt 1, Dizgi Baskı, Ankara.
- Çevik, A., ve Volkan V.D. (1995). Anksiyetenin Psikodinamik Etyolojisi, *Anksiyete Monografı Serisi 8*. S. 201-312, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

- Çolak, G. (1992). Lösemili Çocukların Ailelerinde Teşhis- Tedavi Sürecinin Meydana Getirdiği Yapısal Değişiklikler ve Kaygı Düzeylerinin Psikososyal Açıdan İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü, İstanbul.
- Dalgas-Pelish, P. (2006). Effect of a self-esteem intervention, Program on school-age children, *Pediatric Nursing*, July-August, 32: 341-8.
- Davidson, A.J., Shrivastava, P.P., Jansen, K., Huang, G.H., Czarnecki, C., Gibson, M.A., Stewart, S.A., & Stargatt, R. (2006). Risk Factors For Anxiety At Induction of Anesthesia İnchildren: A Prospective Cohort Study. *Pediatric Anesthesia*, 16, 919-927.
- Devens, M.F. (2000). Using Preoperative Molds To Decrease Operating Room Time When Applying External Fixation Devices. *Journal of Prosthetics and Orthotics*, 12 (2): 52-54.
- Dilbaz, N. ve Seber, G. (1993). Umutsuzluk Kavramı: Depresyon ve İntiharda Önemi, *Kriz Dergisi*, 1(3): 134-138.
- Doğan, S., Kelleci, M., Sabancıoğulları, S., Aydın, D. (2005). Anne ve Öğretmenlerin Değerlendirmesine Göre 6-14 Yaş Grubundaki Çocuklarda Ruhsal Uyum Sorunları. 12. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi (2-5 Haziran 2005, Eskişehir) Kongre Özet Kitabı, S.93-94.
- Dönmez, Z. (1999). Ameliyat Olmak Üzere Yatan Hastaların Hastaneye Yatıştaki Anksiyeteleri Ve Anksiyeteyi Gidermede Hemşirelik Yaklaşımının Etkisinin İncelenmesi. VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, (22-24 Haziran 1999), Erzurum, 18 İ-5.
- Dreger, V.A., Tremback, T.F. (2006). Management of Preoperative Anxiety in Children. *Aorn Journal*, 84 (5): 77-804.
- Drotar, D. (1981). Psychological Perspectives in Chronic Childhood Illness. *Journal of Pediatric Psychology*, 6(3): 211-228.
- Duke, N., Ireland, M., Borowsky, I.W. (2005). Identifying Psychosocial Problems Among Youth: Factors Associated With Youth Agreement On A Positive Parent-Completed PSC-17. *Child: Care, Health-Development*, 31: 563-73.
- Eliçevik, M. (2009). Çocuk Cerrahisi Ders Kitabı. İstanbul Üniversitesi Yayınları/4720.
- Emir, H. (2009). Çocuk Cerrahisi Ders Kitabı. İstanbul Üniversitesi Yayınları/4720.
- Emiroğlu, F.N. ve Akay, A.P. (2008). Kronik Hastalıklar, Hastaneye Yatış ve Çocuk, *Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi Dergisi*, Mayıs, 22(2) :99-105.
- Er, M. (2006). Çocuk, Hastalık, Anne-Babalar ve Kardeşler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*; 49: 155-168.
- Erdil, F. (1997). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. 1. Baskı. Ders Kitabı.
- Erdim, L., Bozkurt, G. ve İnal, S. (2006). Annelerin Çocuklarının Hastaneye Yatışından Etkilenme Durumlarının Araştırılması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(3): 36-43.
- Erdoğan, A. ve Karaman, M.G. (2008). Kronik ve Ölümcül Hastalığı Olan Çocuk ve Ergenlerde Ruhsal Sorunların Tanınması ve Yönetilmesi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 9: 244-252.

- Erdoğan, E. (2009). Çocuk Cerrahisi Ders Kitabı. İstanbul Üniversitesi Yayınları/4720.
- Ereymiş, H.S. (2008). Hastalık Karşısında Çocuk ve Ergen, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı, Basın Yayın, Ankara, 730-737.
- Ericsson, E., Wadsby, M. ve Hultcrantz, E. (2006) Pre-Surgical Child Behavior Ratings and Pain Management After Two Different Techniques of Tonsil Surgery. International. Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 70(10), 1749–1758.
- Förnäs, C., Järvenoja, T., Karjalainen, H. Preoperative Counseling of Child Patients From The Age of 6 To 9. Yüksek Lisans Tezi.
- Glasper, A. Ve Richardson, J. (2006). A Textbook of Children'S and Young People'S Nursing. S.122
- Gomez Ja ve Ark. (2011). Growth Friendly' Spine Surgery: Management Options Fort He Young Child With Scoliosis. Journal of The American Academy of Orthopaedic Surgeons; December, Vol 19,No 12
- Gönener, D. ve Görak, G. (2009). Okul Yaş Grubu Çocukların Hastane ve Hastalığı İle İlgili Bilgilendirme Durumlarının Endişe Kaynakları ile Etkileşimi. Gaziantep Tıp Dergisi, 15(1): 41-48.
- Grau, M.A., Suner, R., Abuli, P. (2003). Anxiety and Depression Levels İn Medical İnpatients and Their Relation To The Severity of İllness. J Behaviour Medicine. 26(2): 119-32.
- Gültekin, G., Baran, G. (2005). Hastalık ve Çocuk. Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi, Ocak-Mart; 2: 61-8.
- Gürsoy A.A. (2001). Ameliyet Öncesi Hastaların Kaygı Düzeyleri ve Kaygıya Nedenolabilecek Etmenlerin Belirlenmesi. Hemşirelikte Araştırma Dergisi, 1: 23-29
- Hart, R. And Walton, M. (2010). Magic As A Therapeutic Intervention To Promote Coping in Hospitalized Pediatric Patients. Pediatric Nursing, January-February, 36(1): 11-16.
- Herring J.A. (2002). Tachjian's Pediatric Orthopaedics. 4th Ed, New York: W.B. Saunders Company.
- İnal S. (2003). Hastanede Yatan Çocukta Terapötik İletişim. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 6, Sayı: 2.
- İlhan ve Ark. (2011). Okul Sporlarına Katılan ve Katılmayan İlköğretim Öğrencilerinin Ruhsal Uyum Düzeylerinin İncelenmesi. Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi (Kefad) Cilt 12, Sayı 4, Aralık, Sayfa 265-276
- İnal Emiroğlu, N., Pekcanlar Akay, A. (2008). Kronik Hastalıklar, Hastaneye Yatış ve Çocuk. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Cilt 22, Sayı 2, (Mayıs), 99 – 105.
- İnal, S. ve Akgün, M. (2003). Hastanede Yatan Çocukta Terapötik İletişim. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(2): 67-76.
- İnanç (Yazgan), B. (1999). Fiziksel Sakatlığı ve Kronik Hastalığı Olan Çocuklara ve Ailelerine Psikolojik Yaklaşım. Ben Hasta Değilim, Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü.(Ed: Aysel Ekşi), İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, Tayf Ofset.

- Johnson, B.H. (1990). Children's Drawing As A Projective Technique. *Pediatric Nursing*, 16(1): 14-17.
- Justus, R., Wyles, D., Wilson, J., Rode, D., Walther, V., Lim-Sulit, N. (2006). Preparing Children and Families For Surgery: Mount Sinai's Multidisciplinary Perspective. *Pediatric Nursing*, 32(1): 35-43.
- Kaçmaz, N. (2005). Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği ve Roller. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(3): 109-116.
- Kain Z., Mayes L.C, Caldwell-Andrews A.A, Karas D. E., McClain B. C. (2006) Preoperative Anxiety, Postoperative Pain, and Behavioral Recovery In Young Children Undergoing Surgery. *Pediatrics*, 118 (2): 651 -658.
- Kain, Z. N., Mayes, L. C., Caramico, L. A., Silver, D., Spieker, M., Nygren, M. M., Anderson, G., & Rimar, S. (1996). Parental Presence During Induction of Anesthesia: A Randomizedcontrolled Trial. *Anesthesiology*, 84, 1060-1067.
- Kain, Z.N. (2000). Perioperative psychological issues in children. *American Society of Anesthesiologists*, 64 (8): 123-127.
- Kain, Z.N. (2000). Postoperative Maladaptive Behavioral Changes in Children: Incidence, Risk Factors and Interventions. *Acta Anaesthesiol Belg.* 51: 217-226.
- Karaman, N. (2008). Cerrahi Girişim Uygulanan Adölesanlar ile Anne/Babalarının Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki ve Anksiyete Nedenlerinin İncelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Kavak, C. (2005). Adölesan İdiopatik Skolyozun Cerrahi Tedavisinde Anterior ve Posterior Enstrümantasyon Sonuçlarının Karşılaştırılması. T.C. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi.
- Kaya Ve Ark. (2006). Malatya İl Merkezinde Farklı Sosyoekonomik Koşullardaki İki İlköğretim Okulu Öğrencilerinde Ruhsal Uyum Taraması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2006; 7: 157-161
- Kocaman, N. (2005). Genel Hastane Uygulamasında Psikososyal Bakım ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(1): 49-54.
- Kocaman, N. (2008). Hastaların Psikososyal Tepkilerini Etkileyen Faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(1): 101-112.
- Kocaman, N. (2008a). Tıbbi Hastalığa Psikososyal Tepkiler. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 71: 52-58.
- Köse, N., Sevecen, A. (2007). Konjenital Skolyoz ve Torasik Yetmezlik Sendromu. *Totbid (Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği) Dergisi*, Cilt: 6 Sayı: 3-4
- Küçük, L. (2011). Fiziksel Hastalıklarda Psikososyal Tepkiler ve Sorunlar. I. Uluslararası V. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, İstanbul, 22-24 Eylül, 61-62
- Küçükkaya, P.G. (2011). Estetik Cerrahide Ameliyat Öncesi Psikososyal Değerlendirmede Hemşirenin Rolü. *Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul.*

- Lamontagne, L. (1996). Children's preoperative coping and its effect on postoperative anxiety and return to normal activity. *Nursing Research*, 45: 141-147.
- Larosa-Nash, P.A., Murphy, J.M. (1997). An Approach To Pediatric Perioperative Care, Parent-Present Induction. *Nursing Clinics of North America*, 32 (1): 183-1999.
- Leblanc, L.A., Goldsmith, T. And Patel, D.R. (2003). Behavioral Aspects of Chronic Illness In Children and Adolescents. *Pediatr Clin N Am* 50: 859- 878.
- Legg MJ. What is psychosocial care and how can nurses better provide it to adult oncology patients. *Australian Journal of Advanced Nursing* 2011; 28: 61-7.
- Mahat, G., Scoloveno, M. A. Ve Cannella, B. (2004). Comparison of Children's Fears of Medical Experiences Across Two Cultures. *Journal of Pediatric Health Care*, 18, 6, 302-307.
- Mahat, G., Ve Scoloveno, M. A. (2006). Nepalese School-Age Children's Self-Reported Fears And Coping Strategies Related To Medical Experiences. *Journal of Cultural Diversity*, 13, 1, 34-39.
- Manvorren, R.C., Woodring, B. (1998). Evaluating Children's Literature As A Source For Patient Education. *Pediatric Nursing*, 24(6): 548-553.
- Matsumoto ve Ark. (2001). Can Parents Rate Their Children's Quality of Life? Perspectives
- McGann, J.A. (1999). Parental Presence During Induction: The Role Parents Play Is It Valid. *Canadian Operating Room Nursing Journal*, 17(1): 9-10.
- Milano MR, Kornfield DS (1984) Psychiatry and surgery, Review of Psychiatry. L Grinspan (Ed), 3. Cilt, Washington DC., American Psychiatric Press Inc., s. 256-277.
- Miles, M.S., Carter, M.C., Riddle, I., Hennessey, J., Eberly, T.W. (1989) The pediatric intensive care unit environment as a source of stress for parents. *Maternal-Child Nursing Journal*, 18: 199-06.
- Mooney, K.M. (1997). Preoperative Management of The Pediatric Patient. *Plastic Surgical Nursing*, 17(2): 69-75.
- Mutlu, B. (2002). Kalp Ameliyatı Olan Çocuklarını Ameliyat Sonrası İlk Kez Görecek Olan Annelere Yoğun Bakım Ortamı ve Çocuğun Görünümü İle İlgili Yapılan Eğitimin Anksiyetelerini Azaltmadaki Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Neyzi, O., Ertuğrul, T. (2002). *Pediatric*, 3. baskı. Cilt 1. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri
- O'malley, M.E. (1993). Children's Drawings A Preoperative Assessment Tool. *Aorn Journal*, 57(5): 1074-1089.
- Oğuzhan, M., Erden, G. (2012). Kronik Ve Ölümcül Hastalığı Olan Çocuklarda ve Ailelerinde Ortaya Çıkan Sorunlar ve Psikososyal Müdahalenin Önemi. *New/Yeni Symposium Journal*, Cilt 50 | Sayı 3
- Oğuzhanoğlu, N. (2001). Tıbbi Durumlar ve Depresyon). *Duygudurum Dizisi*, 3: 116-125
- On Pediatric Orthopedic Outcomes. *Journal of Pediatric Orthopaedics B*, Vol 20 No 3

- Önen, A. (2006). Çocuk Cerrahisi ve Çocuk Ürolojisi. Nobel Tıp Kitapevi.
- Öz, F. (2010). Sağlık Alanında Temel Kavramlar. 2. Baskı. Ankara: Mattek Matbaacılık Bas. Yay. Tic. Ltd. Şti.
- Öz, F.(2001). Hastalık Yaşantısında Belirsizlik. Türk Psikiyatri Dergisi; 12(1): 61-68
- Özbaran, B., Erermiş, S. (2006). Kanser Tedavisi Gören Çocuk ve Gençlerde Uzun Süreli İzlem Sürecinde Psikososyal Özelliklerin Tanımlanması ve Genel Yaklaşım İlkeleri. Klinik Psikiyatri, 9: 185-90.
- Özdemir, D.F. (2007). Çocukluk döneminde konsültasyon-liyezon psikiyatrisi. Köroğlu E, Güleç C, Şenol S, (editör). Psikiyatri temel kitabı. Ankara: HYB Basın Yayın.
- Özdemir, D.F. (2007). Çocukluk Döneminde Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi, Psikiyatri Temel Kitabı, Köroğlu, E., Güleç, C. ve Şenol, S. (Ed.), Ankara: Hyb Basın Yayın.
- Özkan, S. (2001). Genel Tıpta Depresyon. Hipokrat Dergisi, 10: 79-83.
- Özmen, E., Aydemir, Ö., Bayraktar, E. (1997). Genel Tıpta Psikiyatrik Sendromlar. Ankara: Hekimler Yayınbirliği.
- Pasnau RO, Fawzy FI, Skotzko CE ve ark. (1996) Surgery and surgical subspecialties, The American Psychiatric Press Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry. JR Rundell, MG Wise (Ed), Washington DC., American Psychiatric Press Inc., s.608-639.
- Peykerli, G. (2003). Ölümcül Hastalıklara Psikolojik Yaklaşım. Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi Dergisi, 25(4): 62-65.
- Polat, N.S. (1994). Kronik Çocuk Hastalık-Larında Ailenin Yaklaşımı. Sendrom Dergisi 6(1): 82-85.
- Pölkki, T. (2002). Postoperative Pain Management in Hospitalized Children –Focus On Non-Pharmacological Pain Relieving Methods From The Viewpoints Ofnurses, Parents and Children. Kuopion Yliopisto: Summary of Doctoral Thesis Finnanest, 36(1): 56-57.
- Raj, P.P. (2000). Postoperatif Ağrı Tedavisi. Ed: Edirne S., Ağrı 1.Baskı.. İstanbul: Alemdar Ofset,
- Rushton, J., Bruckman, D., Kelleher, K.(2010). Primary Care Referral of Children With Psychosocial Problems. Arch Pediatr Adolesc Med, June, 156: 592-8.
- Sarımurat, N. (2009). Çocuk Cerrahisi Ders Kitabı. İstanbul Üniversitesi Yayınları/4720.
- Scrimin, S., Haynes, M., Altoè, G., Bornstein, M.H, Axia, G. (2009). Anxiety and Stress İn Mothers and Fathers İn The 24 H After Their Child's Surgery. Child Care Health Dev. 35 (2): 227-33
- Semerci, Z.B. (1999). Bilinmezin Kapısındaki Çocuk ve Aile: Çocukların ve Ailelerin Cerrahi İşlemlere Hazırlanması. Hacettepe Tıp Dergisi, 30(3): 226–228.
- Sipahi, B. (2001). Kanserli Çocuğu Olan Annelerin Kaygı Depresyon Düzeyleri ve Duygu Dışavurumlarının Psikososyal Açıdan İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

- Smith, E., Nolen-Hoeksema, S., Fredrickson, B., & Loftus, G. (2003). *Introduction To Psychology*. Madrid: Thomson.
- Smith, J., Dearmun, A. (2006). Improving Care For Children Requiring Surgery and Their Families. *Peadiatric Nursing*, 18 (9): 30- 33.
- Surman, O.S. (1997). *The Surgical Patient, Massachusettsgeneral Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*. Tphackett, Nh Cassem (Ed), 2. Baskı, Publishing: Littleton, Psg.
- Şehirli, N. (2007). Çocuk Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği'nin Geliştirilmesi ve Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Şenköylü, A., Altun, N. (2006). Nöromuskuler Skolyoz [Www.Turkiyeklinikleri.Com/Article/Tr-Noromuskuler-Skolyoz-46055.Html](http://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-noromuskuler-skolyoz-46055.html)
- Theofanidis D. Chronic illness in childhood: psychosocial adaptation and family. *Health Science Journal*, April-June 2007; 1. 02 Şubat 2011, http://www.hsj.gr/volume1/issue2/issue02_rev01.pdf.
- Topuzlu Tekant, G. (2009). Çocuk Cerrahisi Ders Kitabı. İstanbul Üniversitesi Yayınları/4720.
- Toros, F., Tot, Ş. ve Düzovalı, Ö. (2002). Kronik Hastalığı Olan Çocuklar, Anne ve Babalarındaki Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri. *Klinik Psikiyatri*, 5: 240-247.
- Tsich Hospital Pediatric Acute Care Unit Child Life Service. Url: [Http//Www. Med. Nyu. Edu/Childlife](http://www.med.nyu.edu/childlife), Kasım 2007
- Tunçbilek, E., Hatipoğlu, S. (1988). Kronik Hastalıklı ve Uzun Süre Hastane Tedavisi Gören Çocuklar ve Ailelerinde Psikolojik-Sosyal ve Ekonomik Değişimlerin Saptanması. *Türk Hemşireler Dergisi* 38(1): 37-42
- Tümer, (1986). İleri Derecedeki Skolyozların Tedavisi. 20: 36-47.
- Utens, E.M., Verhulst, F.C., Duivenvoorden, H.J., Meijboom, F.J., Erdman, R.A., Hess, J. (1998). Prediction of Behavioral and Emotional Problems In Children and Adolescents With Operated Congenital Heart Disease. *European Heart Journal*, 19: 801-807.
- Üstün, G., Erşan, E.E., Kelleci, M., Turgut, H. (2014). Hastanede yatan çocuklarda psikososyal semptomların bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi Cumhuriyet Tıp Derg* 36: 25-33.
- Üstün, G. (2012). Hastanenede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeğinin Geliştirilmesi, Gerçeklilik ve Güvenirlik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
- Vaezzadeh, N., Douki, Z.E., Hadipour, A., Osia, S., Shahmohammadi, S., Sadeghi, R. (2011). The Effect of Performing Preoperative Preparation Program On School Age Children's Anxiety. *Iran J Pediatr*, 21(4):461-6.
- Watson, A., Srinivas, J., Daniels, L., Sheppey, C., Kritzing, L., Visram, A. (2002). An İnterim Analysis Of A Cohort Study On The Preoperative Anxiety and Postoperative Behavioural Changes in Children Having Repeat Anaesthetics. *Pediatric Anesthesia*, 12 (9): 824–824.

- Wallander JL, Varni JW, Babani L, Banis HT, Wilcox KT. Children With Chronic Physical Disorders: Maternalreports of Their Psychological Adjustment. J Pediatr Psychol 1988;13
- Wissow, L.S., Larson, S., Anderson, J., Hadjiisky, E. (2005). Pediatric Residents' Responses That Discourage Discussion of Psychosocial Problems in Primary Care. Pediatrics, 111: 1569-77.
- Whaley and Wong D.LW (1997) Essentials of Pediatric Nursing, Fifty Edition, Mosby-Year Book,St. Luis, Missouri.
- Wong DL (1999) Growth and Development of Children: Nursing Care of Infant and Children, Sixth edition, Mosby Company, s.134-148.
- Yavuzer, H. (1999). Çocuk Psikolojisi, İstanbul: Remzikitabevi.
- Yazıcı, K., Tot, Ş., Yazıcı. A. ve Ark. (2003). Bedensel Hastalığı Olan Kişiler Arasında Psikiyatrik Yardıma İhtiyacı Olanlar Tanınabiliyor mu? Klinik Psikiyatri 6:27-31
- Yeker, D. (2005). Çocuk Cerrahisi. İstanbul Üniversitesi Yayınları, Avrupa Tıp Kitapçılık.
- Yıldırım, G., Gökyıldız, Ş. (2004). Sağlıklı Bebeğe Sahip Olamayan Ailelerin Yaşadığı Psikososyal Sorunlar. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 7, Sayı: 3,
- Yıldız, S. (2006). Acile Başvuran Çocuk Ve Aileye Psikososyal Yaklaşım, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(3): 69-77.
- Yörükoğlu, A. (2002). Çocuk Ruh Sağlığı, Ankara: Özgür Yayınları.
- Yüçetürk, G. (2007). Ortopedi ve Travmatoloj. İzmir: Güven Kitapevi.
- Zahr LK. Therapeutic Play For Hospitalized Preschoolers in Lebanon. Pediatric Nursing 1998; 23(5): 449-454
- Zengerle-Levy, K. (2006). Nursing The Child Who İs Alone İn The Hospital. Pediatric Nursing, May-June, 32: 226-37.

EKLER

EK-1 KİŞİSEL BİLGİ FORMU

A- Demografik Özellikleri

1. Cinsiyeti:

Kız:

Erkek:

2. Yaşı:

3. Eğitim Durumu

Okula başlamamış:

Anaokulu (Okul öncesi sınıfı)

İlköğretim:

4. Sosyal Güvencesi:

Var:

Yok:

5. Gelir Durumu

Gelir giderden az:

Gelir gidere eşit:

Gelir giderden çok:

6. Yaşadığı Yer:

İl:

İlçe:

Köy:

7. Annesi: Sağ:

Ölü:

8. Annenin yaşı:

9. Annenin Eğitim Durumu:

Okur-yazar değil:

Okur-yazar:

İlkokul:

Ortaokul:

Lise:

Üniversite:

10. Anne çalışıyor mu? Evet:

Hayır:

11. Çalışıyorsa annenin mesleği:

.....

12. Babası: Sağ:

Ölü:

13. Babanın yaşı:

14. Babanın Eğitim Durumu:

Okur-yazar değil:

Okur-yazar:

İlkokul:

Ortaokul:

Lise:

Üniversite:

15. Baba çalışıyor mu? Evet:

Hayır:

16. Çalışıyorsa babanın mesleği:

.....

17. Anne-Babanın Durumu:

Evli:

Boşanmış:

Ayrı yaşıyor:

18. Çocuğun birlikte yaşadığı kişiler:

Anne:

Baba:

Kardeşler:

Büyükanne-Büyükbaba:

Diğerleri:

19. Kardeş sayısı (kendisi hariç):.....

20. Ailenin kaçınıcı çocuğu:

B- Hastalık Özellikleri

21. Hastalığın tanısı:.....

22. Hastalığın süresi:

23. Şikayetleri en son ne zaman başladı:

.....

24. Hastaneye yatışının kaçınıcı günü:

.....

25. Hastaneye yatma deneyimi:

İlk kez:

2 ve daha fazla:

26. Sık hastalık geçirme öyküsü(idrar yolu enfeksiyonu, bronşit vb.):

.....

27. Alışkanlıkları:

.....

28. Klinikte yaptığı aktiviteler:

.....

29. Daha önce psikiyatrik semptom:

Var:

Yok:

30. Psikiyatrik semptom varsa bunlar nelerdir? (tırnak yeme, uyku bozukluğu vb.)

.....

EK-2 HASTANEDE YATAN ÇOCUKLAR İÇİN PSİKOSOSYAL SEMPTOMLARI TANILAMA ÖLÇEĞİ

		Hiçbir zaman (0)	Bazen (1)	Sık sık (2)
1	Hastanede yatmak istemiyor, gidelim diyor.			
2	Hiçbir işlem yapılmasını istemiyor, yapılan işlemlere aşırı tepki gösteriyor.			
3	Üzgün görünüyor.			
4	Mutsuz görünüyor.			
5	Çevresiyle ilgilenmiyor.			
6	Huzursuz.			
7	Dikkatini bir konuya yoğunlaştırmakta zorlanıyor.			
8	Annesiyle eskisine göre daha fazla zaman geçirmek istiyor.			
9	Enerjisi azalmış ve yorgun görünüyor.			
10	Korkulu ve kaygılı görünüyor.			
11	Anne babasının yanından ayrılmak istemiyor, onlara çok bağımlı.			
12	Çok ağlıyor.			
13	Eşyalara zarar veriyor, fırlatıp atıyor.			
14	Kimseyle konuşmak istemiyor.			
15	Bedensel olarak zarar göreceğinden korkuyor, kaçıyor.			
16	Kişisel bakımı ile hiç ilgilenmiyor. (Yapabilecekken saçını taramıyor, aynaya bakmıyor... vb.)			
17	Hemşireler ve diğer çalışanlarla iletişim kurmuyor.			
18	Yalnız uyumayı reddediyor.			
19	Eşyalarını, oyuncaklarını paylaşmak istemiyor.			
20	Konuşurken gözlerini kaçırıyor.			
21	Duygularını kolay ifade edemiyor.			

22	İnatlaşıyor.			
23	Tedaviyi reddediyor.			
24	Söz dinlemiyor.			

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel bilgiler

Adı Soyadı	Gülhan ULU ŞENER
Doğum Yeri ve Tarihi	Tokat, 01/ 08/ 1988
Medeni Hali	Evli
Yabancı Dil	İngilizce
İletişim Adresi	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, 58140- Sivas
E-posta Adresi	gulhansener2012@gmail.com

Eğitim ve Akademik Durumu

Lise	50.Yıl Lisesi, 2004
Lisans	Gazi Üniversitesi, 2009
Yüksek Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi, 2015

İş Tecrübesi

Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri	Hemşire, 2009-
---------------------------------------	----------------