



T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HASTANEDE YATAN ÇOCUKLAR İÇİN
PSİKOSOSYAL SEMPTOMLARI TANILAMA ÖLÇEĞİ'NİN
GELİŞTİRİLMESİ GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Gonca ÜSTÜN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

SİVAS

2012



T.C.

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HASTANEDE YATAN ÇOCUKLAR İÇİN
PSİKOSOSYAL SEMPTOMLARI TANILAMA ÖLÇEĞİ'NİN
GELİŞTİRİLMESİ GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

GONCA ÜSTÜN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR. MERAL KELLEÇİ

SİVAS

2012

ii

Bu çalışma Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Doç.Dr.Havva TEL



Üye

Doç.Dr.Meral KELLEÇİ(Danışman)



Üye

Yrd.Doç.Dr.Ziyet ÇINAR



ONAY

Bu tez çalışması, 07/06/2012 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Doç . Dr. Ali Altuğ Bıçakçı
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRÜ

Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 24.09.2008 tarihli ve 007 sayılı toplantısında kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzu adlı yönergeye göre hazırlanmıştır.

ÖZET

HASTANEDE YATAN ÇOCUKLAR İÇİN PSİKOSOSYAL SEMPTOMLARI TANILAMA ÖLÇEĞİ'NİN GELİŞTİRİLMESİ GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Gonca ÜSTÜN

Yüksek Lisans Tezi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Meral KELLEÇİ

2012/ 88 sayfa

Çalışma, 6-12 yaş grubu hastanede yatan çocuklarda psikososyal semptomları tanılamak için bir ölçek geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirliğinin yapılması amacıyla metodolojik olarak gerçekleştirildi.

Örneklem grubunu Gaziantep Çocuk Hastanesi'nde yatan 350 çocuk oluşturdu. Verilerin toplanmasında, çocukların sosyodemografik özelliklerini içeren "Kişisel Bilgi Formu" ve araştırma sırasında geliştirilen "Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği" kullanıldı. Ölçek geliştirme sürecinde literatür tarama, madde havuzunun oluşturulması, kapsam geçerliği çalışması, ölçek taslağının uygulanması ve geçerlik güvenirlik analizleri olmak üzere beş aşama izlendi.

Literatür taraması ile oluşturulan madde havuzu, kapsam geçerliği için uzmanlara gönderildi ve 57 maddelik 3'lü likert tipi şeklinde taslak ölçek hazırlandı. Madde analizi sonrası güvenirlik katsayısı .40'ın altında olan 33 madde ölçekten çıkarıldı. 24 madde üzerinden yapılan açıklayıcı faktör analizinde ölçek maddeleri 5 faktör altında toplandı. Ölçeğin Cronbach güvenirlik katsayısı .90 ve yüksek derecede güvenilir, alt boyutların Cronbach güvenirlik katsayısı .69-.86, madde-toplam puan güvenirliği $r = .30-.66$, alt boyutların toplam ölçek puanıyla korelasyon güvenirliği $r = .58-.88$ arasında ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < .001$).

Sonuç olarak, "Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği" geçerli ve güvenilir bir araçtır.

Anahtar Kelimeler: 6-12 yaş grubu çocuk, fiziksel hastalığı olan çocuk, hastaneye yatma, psikososyal sorunları tanılama, ölçek geliştirme, hemşirelik

ABSTRACT

DEVELOPMENT OF PSYCHOSOCIAL SYMPTOM DIAGNOSIS SCALE FOR INPATIENT CHILDREN VALIDITY AND RELIABILITY STUDY

Gonca ÜSTÜN

Master of Arts Thesis, Mental Health and Illnesses Nursing Department

Supervisor: Assist. Prof. Dr. Meral KELLEÇİ

2012/ 88 pages

The study was carried out methodologically in order to develop a scale which would determine psychosocial symptoms of inpatients children within 6-12 age group and to conduct validity and reliability studies.

The sampling group is composed of 350 children who are hospitalized in Gaziantep Children's Hospital. "Personal Data Form" including socio-demographic features of children and "Scale for Diagnosis of Psychosocial Symptom for Inpatient Children" which was developed in the course of study were used for data collection. There were five stages in scale developing process, namely literature review, composing item pool, study of content validity, practice of scale draft and validity and reliability analyses.

Item pool which was composed for literature review was sent to experts and scale draft of 57 items was prepared in 3 likert type. Following the item analysis, 33 items whose reliability coefficient was below .40 were excluded from the scale. In the explanatory factor analysis carried out for 24 items, items of scale were listed in 5 factors. Cronbach reliability coefficient of the scale was highly reliable, being .90; Cronbach reliability coefficient of sub-dimensions were .69-.86, item-total reliability was $r=.30-.66$, correlation reliability of sub-dimensions with total scale score was $r=.58-.88$ and were found to be statistically significant ($p<.001$).

As a result, "Scale for Diagnosis of Psychosocial Symptom for Inpatient Children" is a reliable and valid tool.

Keywords: 6-12 age group child, child with physical illness, hospitalization, assessment of psychosocial problems, developing scale, nursing

TEŞEKKÜR

Çalıőmamın her aőamasında bilgi ve deneyimleri ile sürekli ve özverili katkılarından dolayı tez danışmanım Doç. Dr. Meral Kelleci'ye,

İstatistik analizleri sırasında çalıőmamda büyük desteği ve emeği olan Yrd. Doç. Dr. Saniye Çimen'e,

Araştırma verilerini topladığım Gaziantep Çocuk Hastanesi Baőhemőiresi Fatma Güneő'e,

Lisansüstü eğitimim sırasında desteğini benden esirgemeyen Ondokuz Mayıs Üniversitesi Çocuk Hastanesi Genel Çocuk Servisi Sorumlu Hemőiresi Nuray Ateő'e ve tüm çalışma arkadaşlarıma,

Daima yanımda olduklarını hissettiğim, hayatımın bu zorlu sürecinde de beni yalnız bırakmayan, hoşgörü ve anlayıőları ile bana en büyük desteği veren anneme ve babama sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	v
ABSTRACT	vi
TEŞEKKÜR	vii
TABLolar DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
KISALTMALAR DİZİNİ	xii
1.GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2.Araştırmanın Amacı.....	4
2.GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. 6-12 Yaş Grubu Çocuğun Gelişimi ve Genel Özellikleri.....	5
2.1.1. Bilişsel Gelişim	6
2.1.2. Fiziksel Gelişim	6
2.1.3. Psikososyal Gelişim	7
2.1.4. Kişilik Gelişimi	8
2.2. Çocuk ve Hastalık.....	9
2.2.1. Sağlıklı ve Hasta Çocuk.....	9
2.2.2. Çocuğun Hastaneye Yatışı	9
2.2.3. Hasta Olma ve Hastaneye Yatmanın Çocuk Üzerine Etkisi	10
2.2.4. Hastanede Yatan Çocuklarda Görülen Psikososyal Semptomlar	12
2.3. Psikososyal Bakım.....	28
2.3.1. Psikososyal Bakım ve Psikososyal Bakımın Önemi.....	28
2.3.2. Psikososyal Bakımda Hemşirenin Sorumlulukları	30
2.4. Ölçek ve Ölçek Geliştirme.....	32
3.ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	33
3.1. Araştırmanın Şekli	33
3.2. Araştırmanın Yeri	33
3.3. Araştırmanın Evreni.....	33
3.4. Araştırmanın Örneklemi	34
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	34
3.6. Verilerin Toplanması	34
3.7. Veri Toplama Formları	34
3.7.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek 1).....	34

3.7.2. Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama (Taslak) Ölçeği (Ek 3).....	35
3.7.3. Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği Geliştirme Aşamaları.....	35
3.8. Veri Toplama Formlarının Uygulanması.....	36
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	36
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi	36
4.BULGULAR	37
4.1. Çocukların Özelliklerini Gösteren Bulgular	37
4.2. Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği'nin Geliştirilmesine İlişkin Bulgular	42
5.TARTIŞMA.....	59
5.1. Çocukların Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışması	59
5.2. Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği'nin Geliştirilmesine İlişkin Bulguların Tartışması	60
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	67
KAYNAKLAR.....	68
EKLER	79
EK-1 KİŞİSEL BİLGİ FORMU.....	80
EK-2 HASTANEDE YATAN ÇOCUKLAR İÇİN PSİKOSOSYAL SEMPTOMLARI TANILAMA ÖLÇEĞİ MADDE HAVUZU.....	81
EK-3 HASTANEDE YATAN ÇOCUKLAR İÇİN PSİKOSOSYAL SEMPTOMLARI TANILAMA (TASLAK) ÖLÇEĞİ.....	83
EK-4 HASTANEDE YATAN ÇOCUKLAR İÇİN PSİKOSOSYAL SEMPTOMLARI TANILAMA ÖLÇEĞİ	85
EK-5 GÖRÜŞLERİNE BAŞVURULAN UZMANLAR.....	86
EK-6 İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'NÜN İZİN YAZISI.....	87
ÖZGEÇMİŞ.....	88

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Çocukların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n: 350).....	37
Tablo 2: Çocukların Ebeveynlerine İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (n: 350)	39
Tablo 3: Çocukların Hastalık ve Hastaneye Yatma Durumlarına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (n: 350)	41
Tablo 4: Davis Tekniği'ne Göre Kapsam Geçerliği Çalışması.....	43
Tablo 5: Taslak Ölçeğin Madde-Toplam Puan Korelasyonları.....	46
Tablo 6: Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği'nin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları.....	49
Tablo 7: Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyumluluk Değerleri	51
Tablo 8: Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği'nin Yeni Madde Numaraları.....	52
Tablo 9: Ölçek ve Alt Boyutlarının İkinci Aşamadaki Madde-Toplam Puan Korelasyonları	55
Tablo 10: Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği'nin Alt Boyut Puanlarının Toplam Ölçek Puanları ile Korelasyonları	57
Tablo 11: Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği ve Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları.....	58

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2: Doğrulayıcı Faktör Analizi: Yol Katsayıları ve Hata Varyansları (Yeni madde numaraları kullanılmıştır)	54
---	----

KISALTMALAR DİZİNİ

KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
KGI	Kapsam Geçerlik İndeksi
DFA	Doğrulayıcı Faktör Analizi
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
SRMR	Standardized Root-Mean-Square Residual
CFI	Comparative Fit Index
NNFI	Non-Normed Fit Index
GFI	Goodness of Fit Index
AGFI	Adjusted Goodness of Fit Index

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Tüm toplumlarda çocuklar, geleceğin yetişkini olarak özenle yetiştirilen, eğitilen ve eldeki olanaklar en üst düzeyde kullanılarak, tüm gereksinimleri karşılanan değerli bireylerdir (Er, 2006). Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2011 verilerine göre Türkiye genel nüfusunun 73 milyonu aştığı ve bu nüfusun 12 milyondan fazlasının da 5-14 yaş çocuklardan oluştuğu belirtilmiştir (TÜİK, 2011). Bu durum okul yaş dönemi çocukların toplumdaki ağırlığının ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

Okul yaş dönemi 6-12 yaşı kapsamaktadır. Freud'a göre "latent dönem" olarak da bilinen, libido enerjisinin aktif olmadığı, dağınık olduğu, enerjinin vücudun herhangi bir organına odaklanmadığı, aynı zamanda bedenden ve yakın çevredeki insanlardan da biraz olsun uzaklaşıp dış çevreye aktarıldığı dinlenme dönemidir (Akyol, 2003; Aysev, 1998; Doğan, 1999). Fiziksel gelişimin yavaşladığı bilişsel ve sosyal gelişimin arttığı bu dönemde çocuk için artık dış çevresi önem kazanmıştır ve ev yaşamından toplumsal yaşama doğru geçiş söz konusudur. Özellikle okuldaki çevresiyle ve bireylerle meşgul olan çocuk, yaşıt ilişkilerine yoğunlaşmıştır. Okul çağına kadar geçen süreç içerisinde çocuk için çok önemli olan ailenin yerini artık okul, arkadaşları ve çevresindeki diğer bireyler almıştır (Baltaş, 2004; Ekşi, 1993, 2010, 2011; Rentfro, 2005).

Hemen hemen tüm çocuklar gibi okul çağı çocukları da yaşamlarının herhangi bir döneminde bir ya da daha fazla hastalıkla karşılaşabilmektedirler (Ekşi, 1999; Erermiş, 2008). Hasta olmak ve hastaneye yatmak; çocuğun yaşamını çeşitli yönlerden etkileyen, kaygı ve endişelerin arttığı ve her zamanki dengesinin nispeten altüst olduğu olumsuz bir deneyimdir (Erdim ve ark., 2006; Gültekin ve Baran, 2005; Morris, 2011). Çocuk için hastalık ve buna bağlı olarak hastaneye yatma onu korkutan, rahatsız eden ve hoş olmayan yaşantıları içermektedir (Çavuşoğlu, 2004; Lau ve Tse, 1993; Neyzi ve Ertuğrul, 2002). Her yaştan çocuklar için hastalıkların bir travma olduğu bilinmektedir (Akay ve Emiroğlu, 2008; Morris, 2011; Theofanidis, 2007). Hastaneye yatmanın çocuğun gelişimi üzerinde biyolojik, ruhsal, sosyal, çevresel, ailesel, psikososyal ve psikoseksüel

etkileri olduğundan söz edilmektedir. Hastalığa karşı geliştirilen tepkiler, hastanın benliğini ve bütünlüğünü korumak için ortaya çıkan bilişsel, emosyonel ve davranışsal yanıtları içermektedir (Akay ve Emiroğlu, 2008; Çavuşoğlu, 2004; Das ve ark., 2010; Theofanidis, 2007).

Fiziksel hastalığı olan çocukların duygusal ve davranışsal sorunlar için riskli oldukları, özellikle kronik hastalıklı çocukların sağlıklı çocuklardan daha fazla davranışsal ve psikiyatrik bozukluklar yaşadığı görülmüştür (Hema ve ark., 2009; Lau ve Tse, 1993). Genel pediatrik bakım alan çocukların %18-20'sinin emosyonel ve davranışsal sorunları olduğu ancak kronik hastalığı olanların davranım sorunlarının %20'den daha fazla olduğu bildirilmiştir (Tüzün, 2000). Kronik hastalıkların ruhsal fonksiyonlar üzerinde potansiyel olumsuz etkileri olduğu kanıtlanmış, kronik hastalığı olan çocuklarda davranım ve psikiyatrik bozuklukların 2-2.4 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (Hema ve ark., 2009; LeBlanc ve ark., 2003). Çocuğun gelişimi ve davranışları üzerinde dikkate değer etkilerinin olmadığı bilirse de, akut hastalıklar da çocuklarda çeşitli davranış bozukluklarına neden olmaktadır (Çavuşoğlu, 2008; Er, 2006; Gültekin ve Baran, 2005).

Literatürde yer alan, hastalık ve buna bağlı olarak hastanede yatmaya karşı çocuklarda görülen psikososyal semptomlar şunları içermektedir: Regresyon, yadsıma, korku, sevgi yoksunluğu, bağlılık duygusu, hayal kırıklığı, düşmanlık (Baykara, 2006), anksiyete ve depresyon (Lau ve Tse, 1993; LeBlanc ve ark., 2003), üzüntü, umutsuzluk, düşük benlik saygısı, beden imajında değişiklik (Ereymiş, 2008; Lau ve Tse, 1993; Özbaran ve Ereymiş, 2006), ayrılık anksiyetesi (Çavuşoğlu, 2008), yalnızlık ve sosyal izolasyon (Board, 2005; LeBlanc ve ark., 2003), güçsüzlük ve kontrol kaybı, suçluluk, cezalandırılma düşünceleri, utanma (Lau ve Tse, 1993), yetersizlik ve başarısızlık duygusu, güvensizlik (Theofanidis, 2007), öfke ve saldırganlık, tedavi rejimine uyumsuzluk ve tedaviyi reddetme, dikkat eksikliği ve hiperaktivite, posttravmatik stres bozukluğu, somatik yakınmalar (Özbaran ve Ereymiş, 2006), tik ve kekemelik (Erdoğan ve Karaman, 2008), fobik semptomlar ve konversiyon (Tüzün, 2000), uyku ve beslenme bozukluğu (Baykara, 2006; Ereymiş, 2008), ölüm korkusu (Lau ve Tse, 1993), ölmeyi isteme ve intihar (Erdim ve ark. 2006).

Çocuklarda görülen bu tepkilerin bütüncül bir yaklaşımla ele alınıp değerlendirilmesi gerekmektedir. Ancak çalışmalarda, ruhsal sorunları olan çocukların yeterince tanılanamadığı ve bu nedenle de büyük bir kısmına müdahale edilemediği belirtilmektedir (Das ve ark., 2010; Horwitz ve ark., 1998; Jellinek ve Murphy, 1999; Reijneveld ve ark., 2006). Oysa psikososyal semptomların değerlendirilmesi ne kadar kapsamlı olursa, müdahale gereken alanlar da o kadar iyi belirlenmiş olur (Adams-Greenly, 1986; Drotar, 1981; Guthrie ve ark., 2003; Priest, 2010). 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 hastalarda, 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; Legg, 2011; Yeo ve Sawyer, 2009).

Psikososyal semptomların değerlendirilmesinde tüm sağlık ekibinin özellikle de çocuğa bakım veren hemşirenin rolü büyüktür (Erdim ve ark., 2006; Guthrie ve ark., 2003; Legg, 2011; Suzuki ve Kato, 2003). Hemşireler sadece çocukların fiziksel sorunları ile değil, aynı zamanda onların psikolojik sorunları ile de baş etmelerine yardımcı olmalıdırlar (Theofanidis, 2007). Bunu yaparken de yetersiz kaldıkları durumlarda, konsültasyon liyezon psikiyatrisi birimine başvurabilirler. Ancak ülkemizde her kurumda konsültasyon liyezon psikiyatrisi birimi bulunmamaktadır. Yalnızca psikiyatrik sorun düzeyinde bir durum saptandığında psikiyatri birimlerinin konsültasyon hizmetinden yararlanılmaktadır. Bu durumda psikiyatrik hastalıkların erken saptanması ya da hastalık oluşmadan önlenmesi gibi girişimler sınırlı olabilmektedir. Bu nedenle kliniklerinde çalışan hemşirelerin, hastaları psikososyal bakım boyutunda değerlendirmeleri daha da büyük önem taşımaktadır.

Hemşirenin, fiziksel hastalığı olan çocuğa psikososyal bakım verebilmesi için, çocuğun tepkilerini tanılaması ve psikososyal tepkileri etkileyen faktörleri bilerek hastayı değerlendirmesi gerekmektedir (Cantrell, 2007; Kocaman, 2008). Ancak bu amaçla geliştirilen tanılama araçları yetersiz olup, psikososyal semptomların tanılanmasında etkili veri toplama araçlarına gereksinim

duyulmaktadır (Das ve ark., 2010; Horwitz ve ark., 1998; Jellinek ve Murphy, 1999; Legg, 2011; Özkan, 1998; Reijneveld ve ark., 2006).

Tanılama araçları, bakımda önemli bir yere sahiptir. Tanı koyma, tarama, şiddet ya da değişim ölçme gibi pek çok amaçla kullanılan bu araçlar, bilginin standardize olmasını sağlayarak; uygun tanı koyma, uygun tedaviyi düzenleme, semptomatolojiyi doğru biçimde betimleme, eşlik eden diğer tabloları saptama konusunda yardımcı olmaktadır (Aydemir, 2007). Geçerli ve güvenilir tarama araçları olmasına rağmen bu araçlar, hemşirenin hastanede yatan çocuğun ruhsal durumunu değerlendirmesinde veya hastanede yatmaya bağlı olarak çocukta gelişen psikososyal semptomları tanılamasında yetersiz kalmaktadır (Duke ve ark., 2005; Emiroğlu ve Akay, 2008). Bu nedenle hemşirelerin pediatri kliniklerinde yatan çocuklara uygulayabileceği bir ölçüm aracı geliştirilmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

1.2.Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı; Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği'nin geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılmasıdır. Geliştirilen ölçeğin, hemşireler tarafından kullanılarak; hastanede yatan çocuklarda erken dönemde psikososyal semptomları tanılaması, iyileşme hızını artırarak hastanede yatış süresini kısaltması, hastalık ve tedaviye uyumunu artırması, yaşam kalitesini artırması amaçlanmaktadır.

2.GENEL BİLGİLER

Bu bölümde; 6-12 yaş grubu çocuğun gelişimi ve genel özellikleri incelenecek, hasta olma ve hastaneye yatmanın çocuğu psikososyal açıdan nasıl etkilediği değerlendirilecek, psikososyal bakım ve psikososyal bakımda hemşirenin sorumlulukları ele alınacaktır.

2.1. 6-12 Yaş Grubu Çocuğun Gelişimi ve Genel Özellikleri

6-12 yaş okul çağı dönemi, Freud'un psikoseksüel gelişim dönemlerinden latent (gizil) dönem olarak bilinmektedir. Freud'a göre bu dönem, libido enerjisinin aktif olmadığı, dağınık olduğu, enerjinin vücudun herhangi bir organına odaklanmadığı, aynı zamanda bedenden ve yakın çevredeki insanlardan da biraz olsun uzaklaşıp dış çevreye aktarıldığı dinlenme dönemidir (Akyol, 2003; Aysev, 1998; Baltaş, 2004; Doğan, 1999). Bu dönemde çocuk için artık dış çevresi önem kazanmıştır ve ev yaşamından toplumsal yaşama doğru geçiş söz konusudur. Özellikle okuldaki çevresiyle ve bireylerle meşgul olan çocuk, yaşıt ilişkilerine yoğunlaşmıştır (Baltaş, 2004; Ekşi, 1993, 2010, 2011). Okul çağına kadar geçen süreç içerisinde çocuk için çok önemli olan ailenin yerini artık okul, arkadaşları ve çevresindeki diğer bireyler almıştır. Çocuğun ebeveyn ile özdeşiminin yanı sıra, öğretmen ve arkadaş gibi başka bireylerle de özdeşimleri önem kazanmıştır (Aysev, 1998).

Okul dönemi yaşamın en hareketli dönemlerinden biridir. Fiziksel gelişimin yavaşladığı, bilişsel ve sosyal gelişimin arttığı bu dönemde çocuğun bütün merakı ve ilgisi öğrenme ve sosyalleşmeye yönelmiştir (Anlı, 2011; Rentfro, 2005). Çocuk öğrenmeye, sorumluluk üstlenmeye, işleri ve disiplini paylaşmaya hazır duruma gelmiştir. Öğrenmekten zevk alır ve bir şeyler paylaşmaya da son derece heveslidir (Ekşi, 1993, 2010, 2011; Rentfro, 2005). Oyuncak otomobilleri veya bebekleri kırıp birleştirmek, bulaşıkları kurulamak gibi bazı işleri "yapabilme" yeteneğinde olduğunu kanıtlamak gereksinimindedir. Gelişmesinin sağlıklı olması durumunda çocuk bazı işleri yapabilme yeteneğine sahip olduğunu anlamış, yaptığı ve ortaya çıkardığı işler, yani çalışma duygusu önem kazanmıştır. Çalışmaktan ve yaptığı işi en iyi şekilde başarmaktan gurur duyar ve zevk alır (Ekşi, 1993, 2010, 2011).

Bu dönemde çocuk, bireysel kimliğini oluşturma çabası içersindedir. Kişilik gelişimleri hem bir önceki dönemin başarıları üzerinde yapılır, hem de bir sonraki gelişimin temellerini atmaya başlar (Aysev, 1998). Bu dönemin sağlıklı geçirilmemesi durumunda ise çocukta aşağılık duygusu gelişebilir, bununla birlikte öğrenme ve uyum sorunları, okul fobisi ve kekemelik en sık karşılaşılan sorunlardır (Ekşi, 1993, 2010, 2011).

2.1.1. Bilişsel Gelişim

Piaget 6-12 yaşları arasındaki bu aşamaya “somut işlemsel evre” adını verir. Bu evrede çocuklar soyut terimler kullansalar da, bunu sadece somut nesnelere ilişki içinde yaparlar. Soyut kavramlardan çok somut kavramları doğrudan algılayabilirler (Atkinson ve ark., 2002; Aysev, 1998; Doğan, 1999; Sharrer ve Ryan-Wenger, 2002). Çocuklar düşüncelerinde daha esnek olurlar. Bir seferde problemin birden fazla yönünü dikkate almayı ve başka birinin bakış açısından duruma bakmayı öğrenirler (Morris, 2002). Bu dönemde problemin çözülmesi, somut nesnelere, “burada” ve “şimdi” gibi anlık durumlara bağlıdır. Zihinsel işlevler yetişkin gibi olmaya başlamıştır. Fakat soyut düşünce ve olayların bilimsel açıklamasını yapabilme yeteneği tam olarak gelişmemiştir (Aysev, 1998; Doğan, 1999).

Çocuk kendisini açıklamak için eylemlere ihtiyaç duyar ve düşüncelerini zihinsel olarak yürütebilir (Anlı, 2011; Board, 2005). Düşünce daha mantıklı hale gelir, kural ve düzenlemelerin niçin gerekli olduğunu ve oyunların kurallara göre oynanması gerektiğini daha iyi anlayarak, görüşleri sıraya koyabilir, işlemleri dönüştürebilir, parçalara bölerken bütünü hatırlar ve yaptığı faaliyetleri kendi orijinal ifadesine dönüştürebilir (Aysev, 1998; Sharrer ve Ryan-Wenger, 2002). Ayırma, düzenleme, ilişki kurma, objeleri renklerine, sayılarına, şekillerine ve özelliklerine göre sınıflandırma gibi işlemleri yapabilir. Sayı, zaman, mekan, boyut, hacim, uzaklık kavramları yerleşmeye başlar (Board, 2005; Ertem, 2011).

2.1.2. Fiziksel Gelişim

Fiziksel büyüme bebeklik ve ilk çocuklukta olduğundan daha yavaştır. Vücut ağırlığı ve boy uzaması yavaş ama sürekli. Dönem boyunca büyüme yılda ortalama 3-3.5 kg ve 6 cm'dir. Ekstremitelerde büyüme ön plandadır ve erişkin

boyuna yakındır. Vücut şekli orta çocukluk dönemi boyunca nispeten sabit olarak kalmaya devam eder (Behrman ve ark., 2008). Baş çevresinin büyümesi yavaşlar ve 5-12 yaşları arasında baş çevresi 51 cm'den 53-54 cm'ye çıkar. Bu dönemin sonunda beyin erişkin boyutlarına yaklaşır. Bu yaşlarda süt dişleri, kalıcı dişlerle yer değiştirir. Lenfatik dokular da çok gelişmiş durumdadır. Solunum yolları enfeksiyonları çok sık olup, yılda 6-7 defa enfeksiyon görülebilir. Çocuğun gastroentestinal sistemi gelişir, dayanıklılığı ve kapasitesi artar, mide düzensizlikleri azalır. İdrar kapasitesi artar, nabız ve solunum hızı düşer, kan basıncı artar. Bu dönemin sonunda kemik mineralizasyonu tamamlanmıştır (Cinaz ve Okumuş, 2006; Conk, 1997).

2.1.3. Psikososyal Gelişim

6-12 yaş döneminde çocuğun duygusal tepkileri kendi iç gereksinimlerine aşırı bağlı olmaktan yavaş yavaş çıkarak daha çok gerçeklere ve toplumsal koşullara uygun nitelik kazanır. Eskiden olduğu kadar ağlamaz ve daha denetimli duygu dışavurumları sergiler. Gizil dönem olarak da bilinen bu yaş döneminde, çocuklarda daha önce geçirilmiş olan ruhsal-cinsel çalkantılar ve çatışmalar, yatışma ve uyuklama durumuna geçer (Öztürk, 2008).

Bu dönemde çocuğun okula başlaması ile birlikte, çevresinde onun kişilik yapısını etkileyecek aile, okul ve toplum üçgeni oluşur (Ekşi, 1999). Sosyal gelişim bu üç ortamda ilerler (Behrman ve ark., 2008). Yaşamının büyük bir kısmının evden okula kaymasıyla, çocuklar daha bağımsız yaşamaya başlayıp, amaçlar ve davranış standartlarını ev dışında aramaya başlarlar (Cinaz ve Okumuş, 2006). Aile ilişkilerinin zayıflamaya başladığı bu dönemde, çocuklar arkadaşlarından ve okuldan giderek daha çok etkilenir, çok sayıda arkadaşla etkileşimde bulunur ve grup oyunları oynamaya başlarlar. Akran gruplarına katılmak hem çocuk için bir ihtiyaç hem de sosyalleşmesi için bir zorunluluktur (Sağlar ve Seçer, 2002).

Aileden ayrılma ile birlikte yaşıt gruplarına ve topluma ait olma duygusu gelişir, sosyal beceri kazanılır, başarı duygusu gelişir, stres, anksiyete, dürtü ve engellerle başa çıkma, duygularını sosyal onay görecektir şekilde dışa vurmaya öğrenme, okula uyum ve öz saygı duygusunu etkileyecek beceri ve tutumda gelişme görülür. Çocukların iletişim becerilerindeki ilerlemeler, akademik

başarılar, olumlu arkadaş ilişkileri, sporda kazanılan başarılar kendilerine olan güvenlerini olumlu yönde etkiler. Çocuklara bu dönemde çalışma isteğini yaratmak ve başarı duygusunu tattırmak çok önemlidir (Dolgun 2003; Ekşi, 1999; Erwin, 2000).

2.1.4. Kişilik Gelişimi

Çocuk gelişiminin en önemli süreçlerinden biri toplumsallaşmadır. Kişisel bağımsızlık kazanma, akranlarıyla geçinmeyi öğrenme ve cinsiyet rolüne uygun gruplarda yer alma çocuğun en önemli toplumsal özelliklerindedir (Yavuzer, 2004). Çocuğun arkadaşları ile iletişim kuramaması, çevresi tarafından önüne ulaşması zor hedefler konulması, arkadaşları, öğretmenleri tarafından sevilmediğini, takdir edilmediğini algılaması, okuma, yazma, bisiklete binme vb. becerileri yapamaması, yaptıklarının onaylanmaması gibi olumsuz etkilenmeler çocukta aşağılık duygusunun gelişmesine neden olur (Alak, 1993; Ertem, 2011; Rentfro, 2005).

Ertem'in belirttiğine göre (2011); Erikson, çocuğun 6-12 yaş döneminde çalışkan ve becerikli olduğunu ifade etmiştir. Bu nedenle Erikson bu dönemi üreticilik, verimlilik, çalışkanlık, takdir edilme ya da aşağılık duygusunun geliştiği dönem olarak adlandırmıştır (Behrman ve ark., 2008). Çocuk hayal kurmayı ve meraklı olmayı öğrenmeye başlar ve yeni öğrenme becerileri geliştirir. Başarılar çalışkanlık ve yeterlilik duygusu kazandırır; başarısızlıklar ya da başarısızlık duyguları ise yetersizlik ve aşağılık duygusu geliştirilmesine sebep olur (Anlı, 2011; Baltaş, 2004; Ertem, 2011).

Okul yaş dönemindeki çocuğun benlik kavramının büyük bir bölümü akranlardan sağlanan geribildirimlerle bağlı olsa da, hem aile içi hem de aile dışındaki yetişkinlerle arasındaki olumlu ilişkiler çocuğun benlik saygısının geliştirebilmesinde önem taşımaktadır (Yavuzer, 2004). Çocuğun benlik duygusunu güçlendirmek, yararlı ve üretken olmasını sağlamak için, bireysel başarıları desteklenmeli, mutluluk duygusu özendirilmelidir. Çocuklar, çevrelerini kontrol etmek ve yaşlılarının onayını kazanmak için bağımsız davranışlarını motive edebilirler. Bu davranışlarının sonucunda ödüllendirilmek ve kabul görmek isterler (Conk, 1997).

2.2. Çocuk ve Hastalık

2.2.1. Sağlıklı ve Hasta Çocuk

Tüm toplumlarda çocuklar, geleceğin yetişkini olarak özenle yetiştirilen, eğitilen ve eldeki olanaklar en üst düzeyde kullanılarak, tüm gereksinimleri karşılanan değerli bireylerdir (Er, 2006). Çocuk doğduğu andan itibaren karnının doyurulması, altının temizlenmesi ve uyku gibi gereksinimleri olacak ve bu gereksinimleri zamanla artacak, değişecektir. Çocuğun büyümesi ile birlikte değişmeyen tek konu ise, sağlık hizmetlerinden yararlanma gereksinimidir (Er, 2006; Lima ve ark., 2001).

Sağlık, 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, bu süreç içinde çocukta büyüme ve gelişmede bozukluk ve yetersizlik görülebilmektedir (Erdim ve ark., 2006). Hemen hemen tüm çocuklar yaşamlarının herhangi bir döneminde bir ya da daha fazla hastalıkla karşılaşabilmektedirler (Ekşi, 1999; Eremiş, 2008). Hastalık, her çocuğun başına gelebilecek en yaygın ve genel stres kaynaklarından biridir (Gültekin ve Baran, 2005). Bu stres ve stresin belirtileri hastalığın 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).

Çocukların hastalıkları, doğuştan olanlar ve sonradan ortaya çıkan hastalıklar olmak üzere ikiye ayrılır. Hastalığın oluşma şekli ve zamanı çocuğun hastalık döneminde yaşayacağı psikolojik ve sosyal değişiklikler açısından farklılık gösterebilmektedir (Er, 2006).

2.2.2. Çocuğun Hastaneye Yatışı

Hasta olmak ve hastaneye yatmak; çocuğun yaşamını çeşitli yönlerden etkileyen, kaygı ve endişelerin arttığı ve her zamanki dengesinin nispeten altüst olduğu olumsuz bir deneyimdir (Erdim ve ark., 2006; Gültekin ve Baran, 2005; Morris, 2011). Çocuk için hastalık ve buna bağlı olarak hastaneye yatma onu korkutan, rahatsız eden ve hoş olmayan yaşantıları içermektedir (Çavuşoğlu, 2004; Lau ve Tse, 1993; Neyzi ve Ertuğrul, 2002). Her yaşta çocuklar için hastalıkların bir

travma olduğu bilinmekte; hastaneye yatmanın çocuğun gelişimi üzerinde çeşitli olumsuz etkileri olduğundan söz edilmektedir (Akay ve Emiroğlu, 2008; Çavuşoğlu, 2004; Das ve ark., 2010; Morris, 2011; Theofanidis, 2007).

Hastalıkla birlikte çocuğun yaşamında büyük kayıplar olmaktadır. Bu kayıpların başında da “sağlık” gelmektedir. Dolayısıyla çocuk başta sağlığı olmak üzere, annesi, ailesinin diğer üyeleri, evi, yatağı, alıştığı çevresi, okulu, arkadaşları, oyuncakları gibi kaybettiği tüm nesnelere yasını tutmaya başlamıştır (Clark, 2008; Özbaran ve Eremiş, 2006). Kendi düzenleri içinde yaşamlarını alışkın oldukları şekilde sürdüren çocuk ve ailesi, hastalık nedeni ile hiç tanımadıkları bir ortama girmişlerdir. Böylece çocuklar normal gelişim aşamalarını sırasıyla yaşarken aniden kendilerini yabancı oldukları terimler ve kişilerin içinde bulmuşlardır. Aynı zamanda ağırlı işlemlerin olduğu, geçici ayrılık dönemlerinin yaşandığı, hastalıkla içiçe olunan bir sürecin içinde yaşamak durumunda kalmışlardır (Er, 2006).

Hastanede yabancı tıp personeli, çeşitli ve gürültülü çalışan alet ve monitörler, farklı ve değişik kokular, uygulanan tıbbi yöntemler ve bunlarla ilgili ağrı ve acı duyma, özellikle yanında annesinin bulunmaması, uyum sağladığı ortamdaki uzaklaşması, hiç alışık olmadığı bir ortama girmesi, canı istediği zaman koşup oynayamaması, sevdiği oyuncakların yanında bulunmaması, geçmişte yaşadığı iyi veya kötü hastane deneyimleri çocuğu en fazla etkileyen etmenlerdendir (Akay ve Emiroğlu, 2008; Alak, 1993; Lau ve Tse, 1993; Zengerle-Levy, 2006). Tüm bunlar çocukların yaş ve ruhsal gelişim düzeylerine özgü değişik reaksiyonlar şeklinde kendini göstermektedir (Başbakkal ve ark., 2010). Çocuklar yaşadıkları bu stresli durumla mücadele etmek zorundadırlar (Beytut ve ark., 2009).

2.2.3. Hasta Olma ve Hastaneye Yatmanın Çocuk Üzerine Etkisi

Hastaneye yatırılan çocukların hangi yaşta olursa olsun hastalıklarına ve hastanede yatmaya karşı tepkileri genellikle olumsuz olmakla birlikte, farklı düzeyde tepkilerdir (Er, 2006; Özdemir, 2007). Bu tepkileri birden çok etken belirlemektedir (Akay ve Emiroğlu, 2008; Erdoğan ve Karaman, 2008; Şahin, 2010).

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

Çocuğun hastalığa ve hastaneye yatmaya karşı tepkilerini etkileyen, hastalıkla ilgili faktörler; 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 (Çavuşoğlu, 2004), hastalığın çocuk ve ailesi için taşıdığı anlam, sosyal destek sistemleri, hastalığın çocuğun fiziksel ve psikolojik işlevlerine getirdiği kısıtlamalar (Erdoğan ve Karaman, 2008), çocuğun hastalıkla ilgili düşünceleri, hastalığın, çocuğun toplumsal uyumuna, okul yaşantısına, alışkanlıklarına, kardeş ve arkadaşları ile ilişkilerine etkisini içermektedir (Er, 2006).

Hastaneye yatma birçok çocuk için anlaşılması zor bir durumdur (Lau ve Tse, 1993; Morris, 2011). Çocuk neden hasta olduğu ya da hastaneye yattığı konusunda çok az bilgiye sahiptir ve bu konuda soru sormaya korkabilir. Gelişimsel özelliği gereği hastalığı ile ilgili her şeyi tam olarak anlamadığı için de zihnindeki boşlukları fantezilerle doldurabilir (Akay ve Emiroğlu, 2008; Bricher, 2000; Çavuşoğlu, 2008). Çocuk, hastalığı algılamasındaki artış ile gerekli işlemleri ya da hastaneye yatış ihtiyacını kabul edebilir. Bu yaştaki çocuklar beden reaksiyonlarını daha iyi gözleyebilir ve hastalıklarını somut yakınmalarla daha iyi tanımlayabilirler. Bunun sonucunda da hastalıkları ile ilgili daha çok şey anlatabilir, anlayabilir ve tedavilerine daha aktif katılabilirler (Akay ve Emiroğlu, 2008; Emiroğlu ve Akay, 2008; Tüzün, 2000). Ancak hala hastalığın, yanlış bir şey yapmaktan kaynaklandığını düşünür, hastalığı bulaşma sonucu edindiklerine ya da hastalığın geçmişte yaptıkları yaramazlıklar için bir ceza olduğuna inanırlar (Akay ve Emiroğlu, 2008; Emiroğlu ve Akay, 2008; Lau ve Tse, 1993; Theofanidis, 2007). Hastalıktan, yapılan tedaviden ve hastalığın kendi vücuduna zarar vereceğinden korkarlar (Akay ve Emiroğlu, 2008; Emiroğlu ve Akay, 2008; Gönener ve Görak, 2009).

Hastalık ve hastaneye yatmanın çocuklar üzerinde olumsuz ve derin bir etkiye sahip olduğu, kısa ve uzun vadeli problemlere yol açtığı bilinmektedir. Çocuğun daha uzun süre hastanede yatması; ailesinin duygusal desteğinden daha uzun süre yoksun bırakılması ve muhtemelen daha fazla zarar görmesi anlamını taşımaktadır (Lau ve Tse, 1993). 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 (Çavuşoğlu, 2004; Gönener ve Pek, 2009; İnal ve Akgün, 2003). Bu durumda kendilerini diğerlerinden farklı olarak algılayan çocuklar, yetersizlik duyguları yaşamakta ve kendilerini engellenmiş hissetmektedirler (Gönener ve Görak, 2009; Gültekin ve Baran, 2005; Lau ve Tse, 1993; Theofanidis, 2007).

Çocuğun hastaneye yatması, yalnız çocuğun değil ailenin yaşam tarzında da önemli değişiklikler meydana getirmektedir. Bu değişiklikler, tüm aile bireylerinin stres ya da kriz yaşamasına neden olmaktadır (Bakare ve ark., 2008; Commodari, 2010; Çavuşoğlu, 2004; Er, 2006; İnal ve Akgün, 2003; Neyzi ve Ertuğrul, 2002). Çocuk ve ebeveynlerin, ruhsal ve fiziksel sağlıklarını etkileyen hastalık ve hastaneye yatma durumu, tüm aile bireylerini oldukça tedirgin etmekte, çocuk ve ebeveynler üzerinde ağır bir etkiye neden olmaktadır (Ashkani ve ark., 2004; Durukan ve ark., 2006; Lau ve Tse, 1993). Çocuk ve ailesi için artan stresörler, korku ve anksiyeteye neden olmaktadır (Katz, 2002; Yıldız, 2006). Böylece hem çocuk hem de ebeveynler yalnızca hastalık ve hastaneye yatma ile baş etmeyip; aynı zamanda bu korku ve anksiyete ile baş etmeye çalışmaktadırlar (Ashkani ve ark., 2004).

2.2.4. Hastanede Yatan Çocuklarda Görülen Psikososyal Semptomlar

Fiziksel hastalıklar, büyük, küçük herkeste ruhsal tepkilere neden olmaktadır (Diler ve ark., 1998; Erermiş, 2008). Aynı zamanda; çocukların yaşam kalitesini bozan, psikolojik yapılarını ve sosyal uyumlarını belirgin derecede etkileyen, ruhsal ve duygusal bozukluklara yol açan son derece stresli bir durum olarak da bilinmektedir (Bakare ve ark., 2008; Das ve ark., 2010; Erdoğan ve Karaman, 2008; Guthrie ve ark., 2003; Gültekin ve Baran, 2005; Hart ve Walton, 2010). Hasta olduklarını bilen çocuklar, hastalığa tepkilerini farklı şekillerde

göstermekte, farklı psikososyal tepkiler yaşamakta ve içinde buldukları bu durumu davranışlarıyla belirtmeye çalışmaktadırlar (Lau ve Tse, 1993).

Hastalık ve hastaneye yatma ile ortaya çıkan psikososyal sorunları etkileyen faktörler; hastalık öncesi ruhsal hastalığının olması, tek ebeveyn olma, düşük gelir düzeyi, çocuğun hastalığının başlama yaşının küçük olması, erkek çocuk olma, hastalığının süregelen olması ve yineleyen hastane yatışları, hastanın hastane yatışlarına ve girişimsel uygulamalara yeterince hazırlanmaması, anne-babanın çocuklarının hastalığını yeterince anlayamamaları, tedaviyle ilgili gerçek dışı beklentileri, baş etme becerilerinde zayıflık, hastalığa bağlı çocuğun işlevselliğinin bozulması, hastalığa bağlı fiziksel görünümünün bozulması, tedaviye bağlı çocuğun işlevselliğinin bozulması, anne-babanın tepkisi, kötü ebeveyn-çocuk ilişkisi, ebeveynin psikiyatrik bozukluğa sahip olması, tutarsız ve çelişkili çocuk büyütme uygulamaları, evlilik çatışmaları, çocuk istismarı ve ihmali, aşırı hoşgörü olarak belirtilmektedir (Özdemir, 2007).

Hastalığa karşı psikososyal tepkiler, hastanın psikolojik bütünlüğünü korumak için açığa çıkan tüm bilişsel, duygusal ve davranışsal yanıtları içermektedir (Kocaman, 2008). Çocuktaki psikososyal bir bozukluk; duygularda (örn. depresyon, korku), vücut fonksiyonlarında (örn. psikosomatik bozukluklar), davranışta (örn. davranış bozuklukları, pasif agresif davranış) veya performansta (örn. öğrenme sorunları) bir bozukluk olarak ortaya çıkabilmektedir (Dalton ve Forman, 2008).

Literatürde yer alan, hastalık ve hastaneye yatmaya karşı çocuklarda görülen psikososyal semptomlar sırasıyla incelenecektir.

Regresyon: Regresyon; çocuğun, içinde bulunduğu sıkıntılı duruma katlanabilmek için, kendini daha güvenli hissettiği ilk dönemlerine gerilemesi ve önceden edindiği becerileri kaybetmesi şeklinde açıklanabilmektedir (Baykara, 2006; Brown, 2010; Öz, 2010; Öztürk, 2002). Hastalık tanısının konulması ile birlikte çocuk yatağa yatırılır, beslenir, yıkanır ve giydirilir. Yani çeşitli derecelerde çocuğun özerkliği kontrol altına alınmış olur (Baykara ve ark., 2011). Bu nedenle regresyon, sıklıkla hastaneye yatma ile doğal olarak ortaya çıkan, çocukların en sık kullandıkları savunma düzeneklerinden biridir (Baykara ve ark., 2011; Emiroğlu ve Akay, 2008; Lau ve Tse, 1993). Regresyon; huysuzluk,

ağlama, ilgi bekleme, ebeveyne aşırı bağlanma, parmak emme, konuşmada gerileme, yemek yemeyi reddetme, fetal pozisyona girme, enürezis, enkoprezis, aşırı motor aktiviteler şeklinde görülmektedir (Baykara, 2006; Emiroğlu ve Akay, 2008; Lau ve Tse, 1993; Tüzün, 2000).

Yadsıma: Yadsıma, benlik için tehlikeli olarak algılanan ve bunaltı doğurabilecek bir gerçeği yok saymak, görmemektir (Öztürk, 2002). Hasta olan ve hastanede yatan bireyde yadsıma, endişe arttıkça hasta olduğunu kabul etmeme, hastalığı ve tedaviyi reddetme, tedaviye uymama, hastaneden çıkmak isteme şeklinde görülmektedir (Drotar, 1981; Emiroğlu ve Akay, 2008; Erdim ve ark., 2006; Kocaman 2008).

Çocuk, yaşadığı anksiyetenin dayanılmazlığından kendini korumak için hastalığını inkar eder ve inkarı ya davranış olarak ortaya koyar ya da düşünce olarak kafasından geçirir. (Baykara, 2006; Lau ve Tse, 1993). Kabul etmek istemediği bir olayla karşı karşıya geldiği zaman, küçük çocuğun gözlerini kapaması veya başını çevirmesi olağandır. Çocuk büyüdükçe hoş olmayan durumlardan kaçınmak üzere diğer duygularını da kapamak için çaba gösterebilir. Çocuk bazen, annesinin, doktorun veya hemşirenin kendisine seslenmesini duymamış gibi görünür. Anlatılan konuyu dinlemek istemez. Bu, kendisine seslenildiğini veya kendisiyle konuşulduğunu kendince inkar etmektir. Daha büyük çocuklarda, inkar davranış olarak ortaya çıkar. Çocuk sürekli diğerlerinden ayrı oturur, niçin ayrı oturduğunu ise açıklamak istemez (Baykara, 2006).

Anksiyete ve Depresyon: Yapılan birçok çalışmada hastalık ve hastaneye yatmaya karşı gösterilen en önemli psikososyal tepkilerin anksiyete ve depresyon olduğu bildirilmiştir (Çavuşoğlu, 2008; Drotar, 1981; Erdoğan ve Karaman, 2008; Erermiş, 2008; Lau ve Tse, 1993; LeBlanc ve ark., 2003; Priest, 2010). Literatürde özellikle kronik hastalık tanısı alan çocuklarda anksiyete ve depresyon görülme sıklığından söz edilmektedir (Kovacs ve ark., 1990; Rao ve ark., 1992; Silverstein ve ark., 2005).

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 (Alak, 1993; Huberty, 2004; Öz, 2010; Şehirli, 2007). Çok düşük düzeylerde anksiyete normal olarak değerlendirilmektedir. Çünkü tehlike, bireyde uyanıklık halini artırır ve bireyi harekete geçirir. Özellikle 8 yaşına kadar çocuklar somut nesnelere korkarken, 8 yaşından sonra soyut kavramların da gelişmesi ile birlikte endişeden söz edebilirler (Huberty, 2004). Bu nedenle okul çağı çocuklarının anksiyete yaşamaları olağandır. Hastanede yatan çocuk, hiç tanımadığı personelle karşı karşıya gelir, daha önce bilmediği ağrı ve acı veren uygulamalara maruz kalır ve aniden kendini yabancı bir ortamda bulur. Aynı zamanda hastalığı hakkında bilgisi yoktur ve soru sormaya da korkabilir. Bu bilinmezlik çocuğun anksiyete yaşamasına neden olabilmektedir.

Depresyon gündelik etkinliklerin yerine getirilmesinde zorlanma, konsantrasyonda güçlük, zamanın geçişine ilgisizlik, yaşamdan haz alamama, karamsarlık, aşırı keder, sinirlilik gibi belirtilerin bulunduğu bir duygudurum bozukluğudur (Özcan, 1996). Çocukta depresif durumdan ilk kez Melanie Klein (1934) söz etmiştir. Hastanede yatan çocuklarda depresyon genellikle süresizdir. Çocukların ailelerinden ayrılma zorunluluğu, hastaneye yatırılışından bir süre sonra depresyona girmelerine neden olabilmektedir (Kayaalp, 1999). Depresif çocuk, tepkilerini birçok şekilde ortaya koyar. Arkadaşları ile birlikte olmaktan kaçınır, yalnız kalmayı tercih eder, yemek yemeği reddedebilir, saldırgan ve dürtüsel davranışlar sergileyebilir, yalan söyleme eğilimindedir. Çevresine çok az ilgi gösterir. Zihinsel ve fiziksel olarak tepkileri zayıftır. Çocuğun yüz ifadesi anlamsız olabilir veya üzüntülü görünebilir ve kolaylıkla ağlayabilir. Depresif çocuğun davranışları ara sıra normale dönebilir, fakat çok neşeli görünürken kolaylıkla kendiliğinden ağlamaya başlayabilir, gülerken bağırabilir. Gerçek duygularını gizleyebilir (Baykara, 2006; Kayaalp, 1999).

Literatürde hastaneye yatan çocuklarda depresyon belirtilerinden; içe kapanma, mutsuzluk, keder, ağlama, ilgisizlik, çaresizlik, çökkünlük, güçsüzlük, suçluluk ve değersizlik duyguları, uyku ve beslenme bozuklukları, huzursuzluk ve sinirliliğin görüldüğü belirtilmiştir (Baykara ve ark., 2011; Çavuşoğlu, 2008; Erdoğan ve Karaman, 2008; Hart ve Walton, 2010; Lau ve Tse, 1993; Özbaran ve Erermiş, 2006; Priest, 2010; Sharrer ve Ryan-Wenger, 2002). Aysev ve arkadaşlarının (1994) yaptığı çalışmada kronik böbrek yetmezliği olan çocuklarda

sağlıklı çocuklara göre daha fazla depresif belirti bulguya rastlanmış, Tükbay ve arkadaşlarının (2000) yaptığı çalışmada epileptik çocuklarda nonepileptik çocuklara göre depresyon puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (Beytut ve ark., 2009).

Korku: Korku, hasta olan ve hastaneye yatan çocukların yaşadıkları temel sorunlardan biridir (Baykara, 2006; Board, 2005; Erermiş, 2008; Peek ve Melnyk, 2010). Korku; kaynağı dışta olan, belirli bir tehlike karşısında bedensel ve ruhsal tepki gösterip, kişiyi savunmaya iten ve kaçınılmaz olan temel bir duygudur (Alak, 1993). Diğer bir deyişle korku, kişinin gerçek bir tehlike karşısında kendisini korkutan şeyin ne olduğunu bilerek gösterdiği anlık tepkidir (Şehirli, 2007). Hastanede beklenmedik ve bilinmeyen olaylarla karşılaşan çocuk, yapılan tıbbi işlemlerden ve tıbbi personelden korkabilir. Ayrıca çocuğun değişen sağlık durumu da korkusunu tetiklemektedir (Alak, 1993; Baykara, 2006). Lau ve Tse (1993) hastanede çocukları en çok korkutan olayların enjeksiyon ve damar yolu açma işlemleri olduğunu belirtmişlerdir (Lau ve Tse, 1993). Çocukların yaklaşık %19-68'inin enjeksiyondan korktukları bulunmuştur. Ayrıca çocukların ebeveyninden ayrılma, bilmedikleri yabancı bir ortam, tanımadıkları insanlar ve yapılan uygulamalar nedeniyle korku yaşadıkları bildirilmiştir (Salmela ve ark., 2009).

Üzüntü: Üzüntü, çocukların hastalığa karşı gösterdikleri tepkilerdendir (Board, 2005; Erdoğan ve Karaman, 2008; Özbaran ve Erermiş, 2006; Priest, 2010; Sharrer ve Ryan-Wenger, 2002). Üzüntü; pek çok durumla birlikte görülebilen ve evrensel olarak gözlenebilen belli başlı duygulardan biridir. Bebeklerde de gözlenen, erişkinlerde gözlenen duygunun temelde yapısal bir benzeridir. Gelişim zamanı ile ilgili yapılan çalışmalarda çelişkili bulgular olmasına karşın üzüntü, en erken ifade edilen duygulardan biridir. Dil gelişimiyle birlikte duyguları ayırt edebilmeye daha kolay uyum sağlanırken, çocukların 6 yaşlarında erişkinlere benzer şekilde üzüntü duygusunu dile getirdikleri bildirilmiştir (Diler ve Avcı, 1997). 6-12 yaş çocukların da hastalığa karşı üzüntü ifade etmeleri olağandır.

Umutsuzluk: Hastalığa bağlı oluşabilecek olumsuz tepkilerden biri de umutsuzluktur (Erdim ve ark., 2006; Özbaran ve Erermiş, 2006). Umut, gelecekle 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). Umutsuzluk, problemleri çözmek ya da istenen amaca ulaşmak için hiçbir alternatifin ya da kişisel tercihin olmadığını düşünen, amaçlarını belirlemek ve gerçekleştirmek için enerjisini kendi kendine harekete geçiremeyen bireydeki sürekli ve 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. Kronik hastalığı olan bireylerin hastalık ve onun yarattığı etkilerle baş etmelerinde, kanser hastasının yaşamaya devam etmesinde umudun önemli bir güç olduğu belirtilmektedir (Kocaman, 2008).

Düşük Benlik Saygısı: Düşük benlik saygısı, hasta çocukların yaşadığı bir tepki olarak ortaya çıkmaktadır (Dalgas-Pelish, 2006; Erermiş, 2008; Lau ve Tse, 1993; Theofanidis, 2007). Benlik saygısı, kendini olduğundan aşağı ya da olduğundan daha üstün görmeksizin kendinden memnun olma durumudur (Beytut ve ark., 2009). Daha genel anlamda bireyin kendini gururlu, değerli, gayretli, etkin ve başarılı hissetmesidir. Bu durumda güvensizlik, utanç duygusu, değersizlik, çaresizlik, başarısızlık yaşayan, enerjisini kaybetmiş ve becerileri azalmış bireyde düşük benlik saygısından söz edilmektedir (Özkan, 1994). Hastanede yatan ve sağlıklı çocukların çizdikleri resimlerdeki benlik saygısına yönelik bulgular incelendiğinde hastanede yatan kronik hastalığa sahip çocukların %53,8'inin benlik saygısının düşük, hastanede yatan akut hastalığa sahip ve sağlıklı çocukların benlik saygılarının kronik hastalığı olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Beytut ve ark., 2009). Türkbay ve arkadaşlarının (2000) yaptıkları çalışmada tıbbi tedavisini aksatmayan epileptik çocuklar ve sağlıklı çocuklar benlik saygısı açısından karşılaştırılmış, iki grup arasında benlik saygısı açısından anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (Beytut ve ark., 2009). Düşük benlik saygısının diyabetli çocuklarda da karşılaşılan önemli sorunlardan biri olduğu bildirilmiştir (Kovacs ve ark., 1990).

Beden İmajında Değişiklik: Beden imajı, en genel ifade ile kendi bedeninin zihindeki görüntüsü veya bedeninin bilişsel temsilidir (Lau ve Tse, 1993). Öz'ün belirttiğine göre; Shilder beden imajını, kendi bedenimizin zihnimizde canlandırdığımız resmi olarak tanımlamış, Schwab ise beden imajını, kişinin kendi bedeninin parçalarına ve onların işlevlerine karşı olumlu ve olumsuz duygularının kendisi tarafından değerlendirilmesi olarak tanımlamıştır (Öz, 2010). Beden imajında değişiklik, hastalık ve hastaneye yatmaya karşı çocuklarda görülen, çalışmalarla da kanıtlanmış önemli bir tepkidir (Ereymiş, 2008; Lau ve Tse, 1993; Priest, 2010; Yıldız, 2006).

Sevgi Yoksunluğu: Çocuğun gerek aileden gerekse çevreden yeterince ilgi görememesi durumudur. Sevgi ve şefkat görmek çocuğun gereksinimleri arasında olup kendini değerli hissetmesine neden olur. Hastanede yatan çocukların sevgi ve ilgiye daha fazla ihtiyacı vardır. Çocuğun gereksinimlerini karşılamada aile de dahil edilmelidir. Tüm hastane çalışanlarının bu çocuklara içten sevgi göstermeleri, onların hastane yaşantısına daha kolay uyum göstermelerini sağlamaktadır (Baykara, 2006).

Bağlılık Duygusu: Regresyonun bir belirtisi olarak hastanede yatan çocuklarda görülebilir. İnsani bir gereksinim olup, hayatın çeşitli kesitlerinde yaşamımızda yer alan birey/bireylere kısa ve uzun süreli olarak hissedilen bir yakınlık ve sevgi duygusudur. Gereksinim duyulan birey veya nesnelere bağlılığın ötesinde, varoluşun devamı için mutluluk ve vazgeçilmezlik içeren bir duygudur (Öz, 2010). Hastalık sırasında çocuk, hastalığı kontrol altına almak isterken, bireysel yetersizliği nedeniyle daha önce bağımsızca hareket edebildiği konularda ebeveynleri veya bakım verenlere karşı bağlılık duygusu geliştirebilmektedir (Baykara, 2006; Theofanidis, 2007).

Ayrılık Anksiyetesi: Ayrılık anksiyetesi hastanede yatan çocuklarda da oluşabilecek önemli tepkilerden biridir (Baykara, 2006; Board, 2005; Çavuşoğlu, 2008; Ereymiş, 2008; Tüzün, 2000). Yalnızca anneden ayrılmaya bağlı bir anksiyete olmakla birlikte; aynı zamanda arkadaşları, sosyal çevresi ve okuldan ayrı kalmaya bağlı olarak da gelişebilmektedir. Çocuğun sevdiği ve alıştığı birey

ve nesnelere belirli ya da belirsiz sürelerle ayrı kalması durumunda; çocuğun ayrılmaya gösterdiği tepki bazı etkenlere göre değişir. Bu etkenler; çocuğun yaşı, aile hayatında daha önce edindiği deneyimler, ailesinin çocuğa ve ayrılık sebebine karşı tavrıdır. Okul çağındaki çocukta bağımlılık azalır. Çocuk kendisini yalnız hissetse de, ev özlemi duysa da ilgisini başka alanlara kaydırabilir. Çocuk ne kadar erken yaşta ise ve hastanede kalma süresi ne kadar uzarsa, ciddi duygusal bozuklukların ortaya çıkma olasılığında da o oranda artma görülebilir (Baykara, 2006).

Yalnızlık ve Sosyal İzolasyon: Yalnızlık ve sosyal izolasyon hasta çocuklarda görülebilecek sorunlardan biridir (Board, 2005; Erermiş, 2008; Hart ve Walton, 2010; LeBlanc ve ark., 2003). 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. Bireyler için korkutucu olan yalnızlık yaşantısı hastaneye yatma ile daha ciddi bir problem olabilir. Öz'ün belirttiğine göre; 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).

Hasta olan bireyler beden görünüşleriyle ilgili sorunlar yaşadıklarından, fiziksel olarak hastalığın veya tedavilerin yan etkileri, yorgunluk veya enerji kaybı nedeniyle, günlük yaşam aktivitelerini düzenleyemediklerinden, kalabalık ortama girmemeleri gerektiğinden, hastalıkla ilgili sorular sorulduğundan sosyal geri çekilme gösterebilirler. Sosyal izolasyon kişinin kendini yalnız hissetmesiyle, çevreden kendisini soyutlayarak kişinin iç dünyasına çekilmesiyle, sevgi, ilgi eksikliği ile ilgilidir. Birey, etrafında insanlar olduğu halde kendini izole hissedebilir (Kocaman, 2008). Gortmaker ve arkadaşları (1990) kronik hastalığı olan ergenlerin %10'unda sosyal geri çekilme görüldüğünü belirtmişlerdir (Toros ve ark., 2002). Böbrek hastalığı olan çocukların da %29'unda tanı konulduktan

sonra bir yıl içinde sosyal geri çekilme olduğu saptanmıştır (LeBlanc ve ark., 2003).

Güçsüzlük ve Kontrol Kaybı: Güçsüzlük ve kontrol kaybı hasta olan ve hastaneye yatan çocukların yaşadığı sorunlardan biridir (Çavuşoğlu, 2008; Lau ve Tse, 1993; Priest, 2010; Tüzün, 2000; Zengerle-Levy, 2006). Güçsüzlük hastanın bulunduğu durumdan iyileşme sürecine geçişte çok önemlidir. Hastalık durumunda, yaşı ne olursa olsun birey gücünü bir yabancıdan kontrolünden ya da güçsüzlük duygusundan kaçma yönünde kullanır. Hastalık, hastaneye yatış ve prosedürler hastayı pasif hale getirir. Hasta rolüne girme, bağımlılığı artırır. Hastane ortamı bireyin sınırlarını bozar ve sınırları herkese açılır. Onun için bir şeyler yapılır ancak onunla birlikte karar verilmez, birey kendisi ve çevresi üzerindeki kontrolünü kaybeder. Hastalıklar fonksiyon kaybı korkusunu uyandırır ve birey aniden fiziksel aktivitelerinde de kontrolünü kaybettiğini hisseder (Kocaman, 2008a; Öz, 2010).

Yetersizlik ve Başarısızlık Duygusu: Hastalıkla karşı karşıya kalan çocuk, diğerlerinden farklı olduğuna inanır, kişisel yetersizlik ve başarısızlık hissedebilir (Erermiş, 2008; LeBlanc ve ark., 2003; Özbaran ve Erermiş, 2006; Theofanidis, 2007). Astımlı çocuklarda daha fazla okul devamsızlıkları olduğu ve okul performanslarında önemli ölçüde düşüş olduğu belirtilmiştir. Her ne kadar entelektüel fonksiyonları normal sınırlar içinde olsa da orak hücre, spina bifida ve epilepsili çocukların akademik güçlükler yaşama olasılığının daha yüksek olduğu bulunmuştur (LeBlanc ve ark., 2003). Kanserli çocuklarda da öğrenme güçlüğü ve bilişsel işlevlerde bozulma söz konusudur (Yeo ve Sawyer, 2009).

Güvensizlik: Hasta olup hastaneye yatan çocuklarda ortaya çıkabilecek tepkilerden biri de güvensizliktir (Lau ve Tse, 1993; Özbaran ve Erermiş, 2006; Theofanidis, 2007). Şehirli'nin belirttiğine göre, Humphreys (1999) özgüvenin sevilabilir olma duygusu ve yeterli olma duygusu şeklinde iki merkezi boyutunun olduğunu ifade etmiştir (Şehirli, 2007). Ancak hasta olup hastanede yatan çocuk hem sevgi yoksunluğu hem de yetersizlik duygusu yaşar. Bu durumda çocuk güvensizlik hissedebilir.

Suçluluk: Suçluluk, hasta çocuklarda oluşabilecek duygulardan biridir (Ereymiş, 2008; Peek ve Melnyk, 2010; Peykerli, 2003). Yanlış bir eylem yaptığını düşünen insanın kendini affedememesinden kaynaklanmaktadır. Suçluluk duygusu, mevcut olan ve olması gerekenler arasındaki farklılığın benlikte yarattığı çatışma sonucunda ortaya çıkar. Yani suçluluk subjektif bir duygudur ve temelinde çözümlenmemiş çatışmalar yatmaktadır (Öz, 2010). Çocuk, hastalık ve buna bağlı olarak hastaneye yatmanın, geçmişte yaptığı yaramazlıklar için bir ceza olduğunu düşünüp suçluluk duyabilir (Lau ve Tse, 1993; Theofanidis, 2007).

Cezalandırılma Düşünceleri: Çocuk hastaneye yatışını geçmişte yaptığı hatalardan dolayı bir ceza olarak düşünebilir ve her bir işlemi kendisine acı vermek için yapılan kasıtlı eylemler olarak görebilir (Erdoğan ve Karaman, 2008; Ereymiş, 2008; Lau ve Tse, 1993; Theofanidis, 2007; Tüzün, 2000).

Utanma: Hasta olup hastaneye yatan çocuklarda görülebilecek duygulardan biri de utanma duygusudur (Erdoğan ve Karaman, 2008; Sharrer ve Ryan-Wenger, 2002). Kendine güveni olmayan, sık hata yapmaktan korkan, ne düşünüp ne hissettiğini ifade edemeyen kişilerin; sosyal çevreye uyum sağlamasını ve alışamadığı durumlarda serbest davranmasını engelleyen, çekingen, korkak, kararsız ve kişiliksiz olmasına yol açan, kişinin acı ve işkence halini alan, düşük benlik algısıyla yakından ilgili olan bir duygudur (Şehirli, 2007). Belirli bir gelişimsel görevi üstlenmek için mücadele eden ve hastalıkla birlikte aniden bu ustalığını kaybeden çocuklarda kazanılmış olan işlevleri gerçekleştirmek için yetenek kaybı, immatürite ve buna bağlı olarak da utanma duygusu gelişebilir (Lau ve Tse, 1993).

Hayal Kırıklığı: Çocuğun kendi kendine yapması gereken işleri başaramadığında veya başkalarının ona verdiği sözleri tutmadığında görülen tepkidir. Çocukta hayal kırıklığı, duygusal tepkilerinden anlaşılabilir. Ceza ve kısıtlamalar karşısında bir nesne veya engellenen nesneyi yok etme ile kızgınlığını belli edebilir. Hastanede bir süre kalmak zorunda olan özellikle küçük yaştaki çocuk, anne ve babasının onu cezalandırdıklarını, hastaneye yalnız başına bırakıp

gittiklerini düşünerek onlara olan güveni sarsılabilir ve hayal kırıklığına uğrayabilir (Baykara, 2006).

Düşmanlık: Bir çeşit kızgınlık ve öfke durumudur. Hastanede yatmayı kabul eden çocuk aslında böyle bir şeyi istemediği halde bunu kabul etmek zorunda kalmıştır. Çocuk durumunu kabul edemez, hastaneden ve hastane personelinden korkabilir, sadece hastane personeline karşı değil, anne babasına ve diğer hastalara da düşmanlık duyguları içinde olabilir. Çocuk, bu kişilerin hepsini kendine karşı bir güç olarak görür. Çocuğun düşmanlık duyguları olumsuz yüz ifadelerinden, sözlerinden anlaşılabilir. Çocuk konuşmayı reddedebilir, o ortamdan ayrılabilir ve içine kapanabilir (Baykara, 2006; İnal ve Akgün, 2003).

Öfke: Öfke, hastalık ve hastanede yatmaya karşı ortaya çıkabilecek tepkilerden biridir (Erdoğan ve Karaman, 2008; Özbaran ve Eermiş, 2006; Peek ve Melnyk, 2010; Priest, 2010). Çocuğun, üzücü beklenmedik bir olay, incitme ya da gözdağı, hareketlerinin, istek, ihtiyaçlarının yerli yersiz engellenmesi, istenmeyen bir olayın hatırlanması karşısında ve varlığını koruma isteğinden dolayı kendini olumlu yollardan ifade edememesi sonucunda gösterdiği duygusal ifade biçimidir. Öfkenin ifade biçimi yaşa, cinsiyete ve kişilik farklarına göre değişir. Bu durumlarda çocuk ağlar, güler, inatçıdır, konuşmaz, öç alır, alay eder, yemek yemez, bağırır, tepinir, kendini yerden yere atar, kendine ve karşısındaki insana zarar verir, tikleri harekete geçer, yumruklar ve dişler sıkılır, nabız ve kalp atışları hızlanır, mantıklı düşünme durur, konuşma düzeni bozulur, sık sık nefes alıp verir, nefesini tutma, morarak çevresini korkutma gibi hareketler yapar (Şehirli, 2007). Çocuk hastalık ve hastaneye yatmaya karşı öfkesini anne babasına ya da çevresinde bulunan diğer bireylere farklı şekillerde yansıtabilir.

Saldırganlık: Hastalık ve hastaneye yatmaya karşı bir tepki olarak ortaya çıkabilir (Baykara, 2006; Board, 2005; Çavuşoğlu, 2008; Erdoğan ve Karaman, 2008; Eermiş, 2008; LeBlanc ve ark., 2003; Özbaran ve Eermiş, 2006). Genellikle tanınma ve dikkati çekme gereksinmesinin en açık ifadesidir (Baykara, 2006). 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 sergileme gibi davranışları ve zarar vermeyi amaçlayan tehditleri olarak tanımlanabilir. Görüldüğü gibi saldırganlık, hem sözel hem fiziksel hem de diğerlerini gruptan ayran 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). Böbrek hastalığı olan çocukların %20'den fazlasında ve diyabetli çocuklarda saldırgan davranışlar görüldüğü bildirilmiştir (LeBlanc ve ark., 2003). Gortmaker ve ark. (1990) kronik hastalığı olan ergenlerin %10'unda saldırganlık davranışlarının görüldüğünü belirtmişlerdir (Toros ve ark., 2002).

Tedavi Rejimine Uyumsuzluk, Tedaviyi Reddetme: Tedavi rejimine uyumsuzluk ve tedaviyi reddetme, hastalığa karşı ortaya çıkan yadsımanın belirtilerinden biri olarak görülebilir (Dalton ve Forman, 2008; Drotar, 1981; Erermiş, 2008; LeBlanc ve ark., 2003; Özbaran ve Erermiş, 2006). Hastaların tedavi rejimine uymamasının sayısız nedenleri vardır. Psikiyatrik bozukluklar ve psikolojik motivasyonlar yalnız tek faktör değildir. Hastanın hastalığını ve tedavisini açık bir şekilde anlayamadığı durumlarda, bilgi eksikliği nedeniyle, tedavisi kültürüne ters düşüyorsa, karmaşıkça, maliyetliyse, zahmetliyse, uzun süreli ve yaşamında değişiklikler gerektiriyorsa ve yan etkileri nedeniyle tedaviyi reddetme görülür. Psikolojik olarak, hastalığı inkar ettiği için, küçük düşürülmeye savunma biçiminde, çaresizlik duygusuna karşı atak olarak, otonomi ve kontrol hissetmek için, hastalığa veya tanıya ve tedavi eden hekime karşı öfke nedeniyle ortaya çıkabilir (Kocaman, 2008a). Çocuklarda kronik fiziksel hastalıkların uyum sorunlarına yol açtığı bilinmektedir (Das ve ark., 2010). İnsüline bağımlı diyabeti olan çocuklar arasında %36-60 oranında uyum sorunları olduğu tahmin edilmektedir (LeBlanc ve ark., 2003).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite, hastalık ve hastaneye yatmaya bağlı olarak görülebilir (Başbakkal ve ark., 2010; Özbaran ve

Ereymiş, 2006). Dikkat eksikliği olan çocuk ilgisiz ve unutkan dır ya da hayal aleminde yaşıyor gibidir. Hiperaktivite durumunda ise genellikle bir motor tarafından idare ediliyormuş gibi sürekli hareket halindedir. Sürekli kıpırdanır, kalkıp dolaşır ve çok konuşur. Bitmek tükenmek bilmeyen bir enerjisi vardır (Dolgun, 2003). Kronik hastalığı olan çocuklarda dikkat eksikliği söz konusu olabilir (Yeo ve Sawyer, 2009).

Posttravmatik Stres Bozukluğu: Posttravmatik Stres Bozukluğu hastalığın neden olduğu ciddi sorunlardan biridir (Özbaran ve Ereymiş, 2006; Priest, 2010). Travmatik stres reaksiyonları çocuğun ve ebeveynin hastalık ve tedavi süreci ile baş etmesini ve uyumunu bozan önemli bir durumdur. Literatürde, ağrı, yaralanma, ciddi sorunlar yaratan bir hastalık durumunun olması, invaziv ve korkutucu tıbbi işlemler ve tedaviler yaşanması sonucunda ortaya çıkan psikolojik ve fizyolojik tepkilerin bir arada görüldüğu tabloya “tıbbi travmatik stres” adı verilmektedir. Ayrıca, travmatik stres yasayan bireylerde tekrar yaşantılama (kabuslar, hastalık/işlem hakkında çok fazla düşünme), kaçınma (duygusal küntlük, hastalık ve hastane deneyimini konuşmaktan ve hatırlatıcılardan kaçınma) ve aşırı uyarılmışlık (huzursuzluk, irkilme tepkisi, tetikte olma) belirtilerinin görüldüğu Posttravmatik Stres Bozukluğu da ortaya çıkabilmektedir (Oflaz, 2008). Posttravmatik stres bozukluğu belirtileri en fazla yaşamı tehdit eden hastalık veya yaralanmanın olduğu, çok sayıda invaziv girişimin gerektiği 10 yaş üstü çocuklarda belirgindir. Zengerly-Levy'nin belirttiğine göre, Nichols (2004) pediatrik yoğun bakım ünitesi sonrası posttravmatik stres bozukluğu belirtileri olan hastaların entelektüel ve sosyal işlevlerinin, olası immunolojik yetkinliğinin azalmış olduğunu ifade etmiştir (Zengerle-Levy, 2006).

Tik ve Kekemelik: Hastalık ve hastaneye yatmaya bağlı olarak ortaya çıkabilir (Erdoğan ve Karaman, 2008). Kekemelik, konuşma ritmi bozukluğudur. Tik, istem dışı, hızlı, ritmik olmayan, basmakalıp, tekrarlayıcı şekilde bir grup kasın kasılmasıdır. Bu hareketler göz kırpmaya, kaş kaldırma, dudak oynatma şeklinde olabildiği gibi boyunda, ellerde veya gövdede de görülebilir. Öksürük, boğaz temizleme vb. şekilde de olabilir (Neyzi ve Ertuğrul, 1993; Semerci, 2011).

Fobik Semptomlar: Fobik semptomlar hastalık ve hastaneye yatmaya bağlı olarak ortaya çıkabilir (Tüzün, 2000; Başbakkal ve ark., 2010). Anne babası tarafından, çeşitli durumlarda, hastane ile ilgili işlemler ve hastane personeli ile korkutulan bir çocukta, hastaneye yatırılma bir cezalandırma şekli olarak yorumlanabilir. ocukta bu cezalandırma kaynağına, yani hastane yaşantısına karşı duyulan korku, fobiye dönüşür ve ocuk ileride hastane ile ilgili durumları kabullenmek istemez. ocukta oluşan fobinin giderilmesi oldukça zordur. ocukta öncelikle korku veya fobinin oluşabileceği durumlar önlenmelidir (Baykara, 2006).

Konversiyon: Konversiyon hastaneye yatan çocuklarda görülebilir (Tüzün, 2000; Başbakkal ve ark., 2010). Konversiyon, duygusal çelişkinin gerilimini hafifletmek için fiziksel semptomlar ve sembolik ifadelerle, dikkati çelişkiden uzak bir noktaya çekmek olarak tanımlanabilir (Öz, 2010). Genellikle hareket ve duyu organlarında bilinç dışı çatışmaların ya da gereksinimlerin bir anlatımı olarak işlev kaybı ya da işlevsel bozukluklarla karakterizedir. Akut bir psikososyal stres durumunda ortaya çıkabilir. Ayakta duramama, kol ve bacaklarda güç kaybı, tikler, konuşmama, duyu kaybı, öksürük, hıçkırık, kusma gibi semptomlarla kendini gösterir (Doğan, 1996).

Somatik Yakınmalar: Hasta ocuklarda görülen sorunlardan biri de somatik yakınmalardır (LeBlanc ve ark., 2003; Özbaran ve Erermiş, 2006). Çocuklar hastalık ve hastaneye yatmaya karşı yaşadıkları stresi fiziksel belirtilere dönüştürerek somatik yakınmalar gösterebilirler. Baş ağrısı, uykusuzluk, bayılma, titreme, kasılma, ağrı, nefes darlığı, iştahsızlık, bulantı-kusma gibi somatik belirtilerden söz edilmektedir (Spratt, 2006; Özmen ve ark., 1993). Astımlı ergenler sağlıklı akranlarına göre önemli ölçüde somatik belirtiler göstermektedir (Michaud ve ark., 2007). Kanserli ocuklarda da somatik yakınmalar söz konusudur (Yeo ve Sawyer, 2009). Böbrek hastalığı olan çocukların ise %29'u tanı konulduktan sonra bir yıl içinde somatik yakınmalar belirtmiştir (LeBlanc ve ark., 2003).

Uyku Bozukluğu: Hastaneye yatırılan çocuk yabancı ortam ve insanlar, acı ve ağrı veren işlemler için gece boyunca sık sık uyandırılma, ebeveynden ayrılma, kabuslar görme, korku ve anksiyete gibi nedenlerle uykuya dalmakta ve uyumakta güçlük çekebilir veya tüm bunları yok sayarak sürekli uykuya eğilimli de olabilir (Akay ve Emiroğlu, 2008; Baykara, 2006; Carpenito-Moyet, 2012; Çavuşoğlu, 2008; Er, 2006; Erermiş, 2008; Zengerle-Levy, 2006).

Beslenme Bozukluğu: Hastalık ve hastanede yatıyor olmanın yarattığı stresle birlikte çocuk gereksinimden az beslenebilir. Diğer yandan çocuk, anne babanın kaygılarını ve yemek konusuna ne kadar önem verdiklerini algılar ve yemeği reddederek ilgi çekmek isteyebilir (Baykara, 2006; Erermiş, 2008; Neyzi ve Ertuğrul, 1993; Tüzün, 2000; Zengerle-Levy, 2006).

Ölüm Korkusu: Çocuklar ölüm kavramıyla erken yaşlarda karşılaşmaya ve ilgilenmeye başlar, büyüdükçe ayrılık ve ölüm arasındaki farkı daha iyi anlarlar (Erdoğan ve Karaman, 2008; Lau ve Tse, 1993; Sharrer ve Ryan-Wenger, 2002). 6-12 yaşları arasında ölüm kavramına daha da çok odaklanırlar. Somut işlemsel dönemdeki çocuk kendisi ile başkalarını ayırt edebilir, diğer insanların deneyimlerini anlayabilir. Bu yaşlarda ölümün engellenemez ve evrensel bir olgu olduğu kavranmaya başlanır, bu yaş çocukları insanların öldüğünü bilir ancak kendilerinin öleceğine inanmazlar. Özellikle 9 yaş ve daha büyük çocuklar ölümü geri dönüşsüz ve evrensel olan, biyolojik bir sürecin nihai bir sonu olarak erişkinler benzeri ölüm kavramı geliştirirler, kendilerinin de öleceğini bilirler. Okul çağı çocukları ölümün nedenlerini soyut düzeyde düşünebilirler. Ölümün hem kazalar ve şiddet gibi dışsal nedenlerden kaynaklandığını, hem de hastalık ya da yaşlılık gibi içsel süreçlerin bir sonucu olduğunu anlayabilirler. Çocuklar ölüm kaygısını doğrudan sözel olarak dile getirmez, bu kaygıyı simgesel biçimde oyunları, resimleri ve fantezileri yoluyla dışa vururlar (Diler ve Avcı, 1997; Erdoğan ve Karaman, 2008).

Ölmeyi İsteme ve İntihar: Çocuklarda hastalık ve hastaneye yatmaya karşı ortaya çıkabilecek önemli sorunlardan biridir (Erdim ve ark., 2006). Psikolojik, biyolojik ve sosyal faktörlerle ilişkili kompleks bir fenomendir (Aktepe ve ark.,

2005). İntihar çocukluk yaşında ve ergenlik döneminin ilk yıllarında nadirdir, çocuğun yaşı büyüdükçe risk artar (Ekşi, 2011). Çocuk ve ergenlerde intihar davranışı kavramı: intihar düşüncesi (istemli olarak kendine zarar verme ya da ölüm düşünceleri), intihar girişimi (istemli olarak kendine zarar verme davranışı), intiharı (ölümü) içermektedir (Aktepe ve ark., 2005). Diyabet ve orak hücre anemisi olan çocukların sağlıklı çocuklara oranla daha fazla intihar düşüncelerine sahip oldukları bildirilmiştir (Bakare ve ark., 2008).

2.3. Psikososyal Bakım

2.3.1. Psikososyal Bakım ve Psikososyal Bakımın Önemi

Geleneksel hastalık kuramlarına bakıldığında, insanın bir bütün olarak ele alınmadığı, sadece hasta olan organına ve hastalığına yoğunlaştığı görülmektedir. Birçok fiziksel hastalığın etiyolojisinde özellikle psikolojik faktörlerin rol oynadığı veya bedensel yakınmaların organik veya psikolojik temelli olarak ayrılması görüşünden çok, tüm hastalara bütüncül yaklaşılması gerektiği anlayışı benimsenmektedir (Biol, 2007; Özkan, 1993; Kozier ve ark., 1994). Fiziksel hastalığı olan kişilerin psikolojik bakımı; “hastayı anlamadan, hastalığı ve tepkileri anlayamayız” ve “sadece vücut organları ile değil, bir bütün olarak insan varlığı ile uğraşılması gerekir” anlayışını temel almaktadır (Özkan, 1993). Buna bağlı olarak psikososyal tedavi ve bakım, genel tedavi ve bakımın ayrılmaz bir parçası olarak görülmektedir (Er, 2006; Kocaman, 2005).

Hipokrat’ın “Sağlık, beden ve aklın çalışmasını sağlayan birçok değişik öğenin bir denge içinde bulunmasına bağlıdır. Bu denge, ancak insanın dış dünya ile tam bir uyum içinde yaşadığında sağlanabilir.” sözü pediatriye çocuğun ihmal edilen psikolojik ve sosyal yönünü gündeme getirmekte, aynı zamanda çocuğun bedensel sağlığının ve hatta yaşamının daha iyi korunabileceğinin ve daha iyi sağaltılabileceğinin çok eski çağlarda dahi bilindiğini ortaya koymaktadır (Eras ve Ertem, 2011; Eeremiş, 2008). Günümüzde yapılan çalışmalar da çocuklarda fiziksel hastalıklarla ruhsal bozukluklar arasındaki ilişkiyi açıkça göstermektedir (Abalı ve ark., 2006; Özdemir, 2007; Rentfro, 2005).

Tıp alanındaki son gelişmeler, teknoloji ve tıbbi tedavinin ilerlemesi ve yeni yapılan çalışmalarla, çocukluk çağı kronik ve ölümcül hastalıklarda yaşam kalitesi artmış ve yaşam süresi uzamıştır (Diler ve ark., 1998; Drotar, 1981; Er, 2006; Erdoğan ve Karaman, 2008; Katz, 2002; Koocher, 1986). Yaşam süresinin uzaması ile birlikte hasta çocuk ve ailesi, hastalığın getirdiği psikososyal etkilere daha uzun süre maruz kalmaktadır. Önceleri ebeveynler oldukça kısa bir sürede çocuklarının sağlığının gerilemesiyle baş etmekteyken bugün yoğun tıbbi tedavilerle ve psikososyal sorunlarla baş etmek durumundadırlar (Adams-Greenly, 1986; Drotar, 1981; Er, 2006; Erdoğan ve Karaman, 2008).

Yıllarca süren araştırmalarda hem yetişkin hem de pediatrik birincil basamakta doktorların, hastaların tanı ve tedavisini etkileyen psikososyal sorunlarını göz ardı ettikleri bulunmuştur (Rushton ve ark., 2010; Wissow ve ark., 2005). Giderek daha karmaşık hale gelen sağlık bakım sisteminde fizyoloji ve patoloji alanlarındaki gelişmelerle birlikte hastalık ve tedavide psikososyal sorunlara olan ilgi artmıştır (Diler ve ark., 1998; Jellinek ve Murphy, 1999; Lima ve ark., 2001). Bu nedenle özellikle çocuğun hastanede bakım ve tedavi alırken psikososyal boyutları ile de tanınmasına ve sorunların belirlenmesine gereksinim duyulmaktadır (Abalı ve ark., 2006; Kocaman, 2005). Psikososyal semptomları tanılama, hastalığın tedavisi, geç etkileri ve hastalığın yönetiminin çocukların gelişimsel kaygılarını nasıl etkilendiğinin anlaşılması, hasta çocuklarda meydana gelen önlenebilir davranışların tanınması, çocukların önceden rehberlik ve danışmanlık hizmeti almalarına yardımcı olunması, çocukların hastalığa uyumlarını ve erişkin sağlık hizmetine geçişlerini etkileyen sosyal ve çevresel faktörleri dikkate alarak uzun dönem hastalık yönetimine yardımcı olunmasını içermektedir (Yeo ve Sawyer, 2009).

Psikososyal bakım geleneksel yaklaşımın aksine, bireyin, ailenin ve toplumun fiziksel, ruhsal ve sosyal ihtiyaçlarına yönelen, bütüncül bakımı gerektirmektedir. Fiziksel hastalıkla karşılaşan bireyin biyopsikososyal olarak ele alınması, psikososyal tepkilerin tanınması, hastaya sunulacak psikiyatrik tedavi ve bakım için son derece önemlidir (Küçük, 2011). Pediatrik hastaların büyük bir çoğunluğu ruhsal veya davranışsal problemler yaşamaktadır (Rushton ve ark., 2010). Çocukların tanılanmayan veya tedavi edilmeyen ruhsal ve davranışsal problemleri daha sonraki yaşamlarında kısıtlılıklara ve kalıcı etkilere yol açabilmektedir. Bu nedenle psikososyal semptomların erken teşhis ve tedavisi önem taşımaktadır (Duke ve ark. 2005; Reijneveld ve ark., 2006). Psikososyal semptomların değerlendirilmesi ne kadar kapsamlı olursa, müdahale edilmesi gereken alanlar da o kadar iyi belirlenmiş olur (Adams-Greenly, 1986; Drotar, 1981; Guthrie ve ark., 2003; Priest, 2010). Ancak çalışmalarda, ruhsal sorunları olan çocukların yeterince tanılanamadığı ve bu nedenle de büyük bir kısmına müdahale edilemediği belirtilmektedir (Das ve ark., 2010; Horwitz ve ark., 1998; Jellinek ve Murphy, 1999; Reijneveld ve ark., 2006).

2.3.2. Psikososyal Bakımda Hemşirenin Sorumlulukları

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 (Kocaman, 2005).

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 yönelen, bütüncül bakımı gerektirmektedir (Hicks, 1989). Bütüncül tanılama ve girişimler, fiziksel hastalığı olan hastaların ve ailelerinin psikososyal bakımında çatıyı oluşturmaktadır (Kaçmaz, 2005; Kocaman, 2005).

İki çocuk birbirinin aynı olmadığı gibi iki çocuğun sağlık sorununa verdikleri tepkiler de birbirinin aynı değildir. Her çocuk sağlık, hastalık ve hastaneye yatma 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 kişiye psikososyal bakım verebilmesi için, hastanın tepkilerini tanılaması ve psikososyal tepkileri etkileyen faktörleri bilerek hastayı değerlendirmesi gerekmektedir (Cantrell, 2007; 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 (Çavuşoğlu, 2004; İnal ve Akgün, 2003).

Pediyatrik hastalar ve ebeveynlerinin hastaneye yatışın 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 (Bricher, 2000; Dalgas-Pelish, 2006; Erdim ve ark., 2006; Legg, 2011). Çünkü hemşireler, çocuk ve ailesi için en ulaşılabilir sağlık

profesyonelleridir (Buell, 2008). Hemşireler tıbbi bakım ve toplum hizmetlerinde kaynakları belirlemek ve harekete geçirmek için ailelere yardım ederek psikososyal bakım müdahalelerinin merkezi haline gelmektedirler (Commondari, 2010). Hemşirelerin çocuk ve ailesi için tanılamadan hemen sonra yapacağı uygun zamanlı ve etkili psikososyal bakım müdahaleleri iyileşme hızını artıracak, hastanede yatış süresini ve hastane maliyetini azaltacak, yaşam kalitesini artıracak (Kocaman, 2008; Legg, 2011; Yeo ve Sawyer, 2009), stres düzeyini azaltacak, hastalık ve hastaneye yatmaya karşı olumlu bir etki yaratacaktır (Commondari, 2010; Theofanidis, 2007).

2.4. Ölçek ve Ölçek Geliştirme

Ölçme genel anlamda herhangi bir büyüklüğün kendi cinsinden seçilmiş bir ölçü birimi ile karşılaştırılması şeklinde tanımlanır (Kubilay, 2004). Ölçme, nesnelere, olaylara ve bireylere sayılar ve semboller verme süreci anlamını taşır. Bu süreç, sayılar veya semboller arasındaki ilişkiler, ölçülen özellik arasındaki ilişkileri yansıtacak şekilde olmalıdır (Gürsakar, 2007; Hovardaoğlu, 2000). Ölçme genellikle bir amaç için yapılır. Ölçmenin amacı kişiler, olaylar ya da nesnelere hakkında değerlendirme yapmak ve elde edilen değerlendirme sonuçlarına göre belli kararlar vermektir (Ercan ve Kan, 2004).

Ölçme, bilim için o kadar önemli hale gelmiştir ki, çeşitli bilim dalları için ölçme teorileri geliştirilmiştir. Bir bilim dalına özgü ölçme araç ve yöntemlerinin bulunmasıyla o bilim dalındaki bilimsel çalışmalar hızlanmıştır. Bilim, bir yandan kuramsal yapı, diğer yandan deneysel verilerin bulunduğu bir sistemdir. Bu sistemde bilimin konusu, sistemin elemanları arasındaki ilişkileri ortaya koymak ve doğrulamak, doğrulanmış ilişkileri genellemek ve genellemelerden kanunlara varmaktır. Ölçmenin bilimdeki önemi, deneysel yöntemin kurulmasına temel oluşturan güvenilir ve geçerli ölçme sonuçlarının elde edilmesinde yatar (Baykul, 2000).

Ölçek, ölçme sonuçlarını gösteren sembol veya sayıların matematiksel nitelikleridir. Ölçekler, sistematik düşüncüyü kolaylaştırıcı, verilerin elde edilmesine yardımcı araçlardır. Eğitim ve psikoloji gibi davranış bilimlerinin birçok alanında, hedeflenen kişiler, sistem, konu ya da içerik açısından veri toplamak amacıyla kullanılır (Öner, 2006; Yurdagül, 2005). Günümüzde tutum, davranış, ilgi, yetenek, beceri vb. konularda ölçüm yapabilmek için çok çeşitli ölçekler geliştirilmekte ve bilim dünyasında kullanıma sokulmaktadır. Hemşire araştırmacılar da bu tür somut kavramları ölçmek için geliştirilmiş ölçekleri kullanmakta veya yeni ölçekler geliştirmektedirler. Geliştirilen bu ölçeklerin hemşirelik alanında kullanım oranları giderek artmaktadır (Kubilay, 2004).

Ölçek uyarlama ve geliştirme çalışmaları, araştırmacıya ve ülkeye teknik bilgilerin (istatistik, analiz, bilgisayar paket programlarının kullanımı, program becerilerinin) yaygınlaşması, uluslararası ortak araştırma ilişkilerinin kurulması ve yazışmalar yoluyla bilgi alışverişinin sağlanması gibi kazançlar sağlamaktadır (Öner, 2006; Tezbaşaran, 2008).

3.ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği'nin geliştirilmesi, geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapıldığı metodolojik bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma, Gaziantep Çocuk Hastanesi'nde yapılmıştır. Gaziantep Çocuk Hastanesi, 1978 yılında 125 yataklı Çocuk Hastanesi olarak açılmış, 2009'dan itibaren 368 yatak sayısı ile hizmet vermeye başlamıştır.

Hastane 4 bölümlü tek bloktan oluşmaktadır. A Bölümü 4 katlı olup, makine dairesi, ambarlar, teknik hizmetler, acil servis, yanık merkezi, ameliyathaneler, poliklinikler, eczane ve idari birimlerden oluşmaktadır. B Bölümü, 4 kattan oluşup, mutfak, radyoloji, laboratuvarlar ve yemekhaneden oluşmaktadır. C Bölümü, 5 kattan oluşup, yenidoğan, yenidoğan yoğun bakım, yoğun bakım, cerrahi, yan dal, intaniye, büyük çocuk ve süt çocuğu 1, 2, 3, 4 servislerinden ve arşivden oluşmaktadır. D Bölümü ise, binaların bağlantısını sağlayan ve asansörlerin bulunduğu geçiş blokudur.

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları dalında faaliyet gösteren hastanenin 26 çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı bulunmaktadır. Toplam uzman hekim sayısı 56'dır. Acil serviste görev yapan pratisyen hekim sayısı ise, 13'tür. Ayrıca hastanede, öğrenim durumları yüksek okul ve lise düzeyinde olan toplam 270 hemşire ve 27 sağlık memuru hizmet vermektedir. Hemşire ve sağlık memurlarının çalışma saatleri 08-16 ve 16-08 shiftlerinden oluşmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Gaziantep Çocuk Hastanesi'nde yatan çocuklar oluşturmaktadır.

3.4. Araştırmanın Örnekleme

Ölçek geliştirme çalışmalarında örneklem sayısı belirlenirken her bir madde için 5-10 kişi alınması önerilmektedir (Akgül, 2003; Öner, 2006). 57 maddelik bu ölçek için madde sayısının 6 katından fazla sayıda hastaya ulaşılmıştır ($57 \times 6.14 = 350$). Çalışmaya 350 çocuk alınmıştır.

Araştırmanın örneklemini, Gaziantep Çocuk Hastanesi'nde yatmakta olan, akut veya kronik bir hastalık tanısı almış ve herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı almamış, en az üç gündür hastanede yatan, çalışmaya katılmaya istekli, 6-12 yaş grubundaki çocuklar oluşturmuştur.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler: Yaş, cinsiyet, hastalık özellikleri.

Bağımlı değişkenler: Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği ve alt boyut puanları.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırma verilerinin toplanmasında hastaların tanıtıcı özelliklerini belirleyen "Kişisel Bilgi Formu" (Ek 1) ve literatür doğrultusunda hazırlanan "Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama (Taslak) Ölçeği" (Ek 3) kullanılmıştır.

3.7. Veri Toplama Formları

3.7.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek 1)

Araştırmacı tarafından hazırlanan "Kişisel Bilgi Formu" 2 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde çocuğun cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, sosyal güvencesi, gelir durumu, yaşadığı yer gibi sosyodemografik özelliklerini, anne ve babasına ilişkin bilgilerini içeren 19 soru bulunmaktadır. İkinci bölümde ise, çocuğun hastalık özelliklerine ilişkin verilere ulaşmayı amaçlayan; hastalığın tanısını, süresini, çocuğun hastaneye yatma deneyimini ve hastalık geçirme öyküsünü içeren 6 soru yer almaktadır.

3.7.2. Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama (Taslak) Ölçeği (Ek 3)

Ölçek, hastanede yatan 6-12 yaş çocuklar için psikososyal semptomları tanılama amacıyla oluşturulmuştur. Uygulamacı tarafından doldurulabilen, 57 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 "114", en düşük puan ise "0" dır. Ölçek puanının yüksek olması klinikte yatan çocuğun psikososyal sorunlarının olduğunu belirtmektedir.

3.7.3. Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği Geliştirme Aşamaları

Ölçeği geliştirmek için problemin iyi tanımlanması ve amacın açıkça belirlenmiş olması gerekmektedir. Bu amaçla kapsamlı bir literatür taraması yapılarak hastanede yatan çocuklarda psikososyal semptomlar belirlenmiştir (Baykara, 2006; Board, 2005; Dalton ve Forman, 2008; Emiroğlu ve Akay, 2008; Erdoğan ve Kahraman, 2008; Erermiş, 2008; Lau ve Tse, 1993; LeBlanc ve ark., 2003; Özbaran ve Erermiş, 2006; Peek ve Melnyk, 2010; Peykerli, 2003; Priest, 2010; Theofanidis, 2007; Zengerle-Levy, 2006). Bu sorunları belirlemeye yönelik hemşirelerin uygulayabilecekleri bir ölçüm aracının olmadığı saptanmıştır. Literatür doğrultusunda ölçek maddeleri oluşturulmuştur. Maddeler hastanede yatan çocuklarda görülebilecek psikososyal semptomları içermektedir.

Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama (Taslak) Ölçeği'ni oluşturan maddelerin anlaşılabilirliği ve Türk Dili açısından değerlendirilmesi için 2 uzman görüşü alınmıştır (Ek 5). Öneriler doğrultusunda ifadelerde bazı düzeltmeler yapılmıştır. Taslak maddelerin kapsam geçerliğini değerlendirmek üzere, hazırlanan madde havuzu (Ek 2), 7 uzman görüşüne sunulmuş (Ek 5), maddelerin amaca uygunluğu, anlaşılabilirliği ve önem derecesini belirlemeye yönelik değerlendirmeleri alınmıştır. Uzman görüşleri değerlendirmesinden sonra ölçek 57 madde ile son şeklini almıştır.

Örneklem grubuna benzer özellikte ancak örneklem içinde yer almayan 10 kişilik küçük bir grupta ön uygulama yapılarak ölçme aracının uygulanabilirliği saptanmıştır. Kişisel bilgi formundaki sorular ve ölçekteki ifadelerin anlaşılabilirliği

belirlenmiştir. Ön uygulama sonrası yapılan değerlendirme ile kişisel bilgi formunda anlaşılmayan ifadeler yeniden düzenlenmiştir. Ölçek maddelerinin anlaşılır ve uygulanabilir olduğu saptanmıştır. Böylece ölçeğe, uygulamadan önce son şekli verilmiştir.

3.8. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Ölçek, araştırmacı tarafından haftanın üç günü 08.00-16.00 çalışma saatleri arasında uygulanmıştır. Kapalı ve açık uçlu olmak üzere toplam 25 sorudan oluşan kişisel bilgi formu ve 57 maddelik taslak ölçeği araştırmacı tarafından klinikte yatan çocuklar gözlemlenerek doldurulmuştur. Çalışma grubunda yer alan 350 çocuk hastaneye yatışlarının üçüncü gününden sonra değerlendirmeye alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışma için öncelikle araştırmanın yapıldığı kurumdan yazılı izin alınmıştır (Ek-6). Daha sonra, araştırmaya katılacak bireylere araştırmanın amacı ve önemi anlatılarak araştırmaya katılma onamları sözlü olarak alınmıştır.

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Çalışmadan elde edilen verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler;

İncelenen Özellik	İstatistik Yöntemler
➤ Çocuklara ilişkin özellikler	Sayı, yüzde, ortalama, standart sapma
➤ Kapsam geçerliği	Aritmetik ortalama
➤ Madde analizi	Pearson momentler çarpımı korelasyon analizi
➤ Ölçeğin yapı geçerliği	Faktör analizi
➤ Ölçek ve alt boyutların iç tutarlılığı	Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı

4.BULGULAR

Çalışma bulguları 2 başlık altında verilmiştir:

- Çocukların Özelliklerini Gösteren Bulgular
- Ölçek Geliştirme Çalışmasına İlişkin Bulgular

4.1. Çocukların Özelliklerini Gösteren Bulgular

I. Çocukların Sosyodemografik Özellikleri

Tablo-1’de hastanede yatan 6-12 yaş grubundaki toplam 350 çocuğun sosyodemografik özellikleri ile ilgili bulgular verilmiştir.

Tablo 1: Çocukların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n: 350)

Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kız	152	43.4
Erkek	198	56.6
Yaş		
6-7 Yaş	116	33.1
8-9 Yaş	104	29.7
10-12 Yaş	130	37.2
Eğitim Durumu		
Okula başlamamış	20	5.7
Anaokulu (Okul öncesi sınıfı)	28	8.0
İlköğretim	302	86.3
Sosyal Güvence		
Var	302	86.3
Yok	48	13.7
Ailenin Gelir Durumu		
Gelir giderden az	189	54.0
Gelir gidere eşit	153	43.7
Gelir giderden çok	8	2.3
Yaşadığı Yer		
İl	165	47.1
İlçe	142	40.6
Köy	43	12.3

Tablo-1'de görüldüğü gibi, çalışma grubundaki çocukların %43.4'ü kız, %56.6'sı erkektir. Çocukların %33.1'i 6-7 yaş grubunda, %29.7'si 8-9 yaş grubunda ve %37.2'si de 10-12 yaş grubundadır. Ayrıca çocukların %86.3'ü ilköğretim öğrencisi, %86.3'ü sosyal güvenceye sahip, %54.0'ü düşük ekonomik düzeyde olup, %47.1'i il merkezinde yaşamaktadır.

II. Çocukların Ebeveynlerine İlişkin Özellikler

Tablo-2’de çocukların ebeveynlerine ilişkin özellikleri ile ilgili bulgular verilmiştir.

Tablo 2: Çocukların Ebeveynlerine İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (n: 350)

Özellikler	Sayı	%
Annenin Yaşama Durumu (Sağ-Ölü)		
Sağ	350	100.0
Annenin Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	59	16.9
Okur-yazar	25	7.1
İlkokul	222	63.4
Ortaokul	23	6.6
Lise/Üniversite (<i>Üniversite: 1 kişi</i>)	21	6.0
Annenin Çalışma Durumu		
Çalışıyor	7	2.0
Çalışmıyor	343	98.0
Çalışan Annenin Mesleği (n: 7)		
Serbest meslek	2	28.6
İşçi	3	42.9
Memur	2	28.6
Babanın Yaşama Durumu		
Sağ	344	98.3
Ölü	6	1.7
Babanın Eğitim Durumu (n: 344)		
Okur-yazar değil	8	2.3
Okur-yazar	26	7.6
İlkokul	223	64.8
Ortaokul	47	13.7
Lise/Üniversite (<i>Üniversite: 5 kişi</i>)	40	11.6
Babanın Çalışma Durumu (n: 344)		
Çalışıyor	320	93.0
Çalışmıyor/Emekli	24	7.0
Babanın Mesleği (n: 320)		
Serbest meslek	199	62.1
İşçi	108	33.7
Memur	13	4.0
Aile Tipi		
Çekirdek aile	299	85.4
Geniş aile	37	10.6
Parçalanmış aile	14	4.0

Kardeş Sayısı		
Kardeşi Yok	15	4.3
1-2 Kardeşi var	184	52.6
3-4 Kardeşi var	120	34.3
5 ve daha fazla kardeşi var	31	8.9
Ailedeki Çocuk Sıralaması		
İlk Çocuk	95	27.1
İkinci Çocuk	128	36.6
Son Çocuk	127	36.3

Tablo-2’de görüldüğü gibi çalışma grubundaki çocukların annelerinin %63.4’ü ilkokul mezunu, %2.0’si çalışmakta, babalarının ise %98.3’ü sağ olup, %64.8’i ilkokul mezunu, %93.0’ü çalışmakta ve çalışanların da %62.1’i serbest meslekle uğraşmaktadır. Çocukların %85.4’ü çekirdek ailede yaşamakta, %52.6’sı 1-2 kardeşe sahip ve %27.1’i ailenin ilk çocuğudur.

III. Çocukların Hastalık Özellikleri

Tablo-3’de çocukların hastalık ve hastaneye yatma durumları ile ilgili özellikleri verilmiştir.

Tablo 3: Çocukların Hastalık ve Hastaneye Yatma Durumlarına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (n: 350)

Özellikler	Sayı	%
Hastalık Türü		
Akut Hastalık	238	68.0
Kronik Hastalık	112	32.0
Kronik Hastalığı Olanların Süresi (Yıl, n: 112) [min-max, Ort±SS]	1-12	5.58 ± 2.95
Şikayetlerin En Son Başlama Zamanı		
3-7 Gün	249	71.1
8-14 Gün	57	16.3
≥ 15 Gün	44	12.6
Hastanede Yatmakta Olduğu Süre		
3 Gün	126	36.0
4-6 Gün	180	51.4
≥ 7 Gün	44	12.6
Hastaneye Yatma Deneyimi		
Yok, İlk Yatış	131	37.4
Var, ≥ 2 Yatış	219	62.6
Sık Hastalık Geçirme Öyküsü		
Var	109	31.1
Yok	241	68.9

Tablo-3’de çalışma grubundaki çocukların %68.0’i akut hastalık nedeniyle hastanede yatmakta, %32.0’si 1-12 yıl arasında (5.58 ± 2.95) kronik bir hastalığa sahiptir. Çocukların %71.1’inde 3-7 gündür hastalık şikayetleri olup, %51.4’ü 4-6 gündür hastanede yatmaktadır. Ayrıca çocukların %62.6’sı 2 ve daha fazla hastanede yatma deneyimine sahip olup, %31.1’i sık hastalık geçirmektedir.

4.2. Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği'nin Geliştirilmesine İlişkin Bulgular

I. Ölçek Maddelerinin Oluşturulması

- Literatüre uygun olarak hastanede yatan çocuklarda psikososyal semptomları içeren 55 maddelik bir havuz oluşturulmuştur (Ek 2).
- 55 maddeden oluşan taslak ölçek uzman görüşleri tarafından Kapsam Geçerlik İndeksi kullanılarak değerlendirilmiştir. Maddeler, öneriler doğrultusunda düzenlenmiş ve 57 maddelik taslak ölçek hazırlanmıştır (Ek 3).
- Örneklem grubuna benzer özellikte ancak örneklem içinde yer almayan 10 kişilik küçük bir grupta ön uygulama yapılarak ölçme aracının uygulanabilirliği saptanmıştır.

II. Ölçeğin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları

• Kapsam (İçerik) Geçerliği

Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama (Taslak) Ölçeği'ni oluşturan maddelerin anlaşılabilirliği ve Türk Dili açısından değerlendirilmesi için 2 uzman görüşü alınmıştır (Ek 5). Öneriler doğrultusunda ifadelerde bazı düzeltmeler yapılmıştır. Taslak maddelerin kapsam geçerliğini değerlendirmek üzere, hazırlanan madde havuzu (Ek 2), 7 uzman görüşüne sunulmuş (Ek 5), maddelerin amaca uygunluğu, anlaşılabilirliği ve önem derecesini belirlemeye yönelik değerlendirmeleri alınmıştır.

Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde Waltz ve Bausell (1981) tarafından geliştirilen Kapsam Geçerlik İndeksi (Content Validity Index-CVI) kullanılmıştır (Grant ve Davis, 1997). Bu indekse göre uzmanlardan her bir maddeyi "1" ile "4" puan arasında puanlandırmaları istenmiştir. Her bir sorunun anlaşılabilirliğine yönelik yapılması istenen değerlendirmede; 1 puan "uygun değil", 2 puan "kısmen uygun", 3 puan "uygun", 4 puan "tamamen uygun" şeklinde ifadelerle açıklanmaktadır. Uzman görüşüne göre her bir maddenin kabul edilebilir puan ortalaması 3'ün üzerinde hesaplanmıştır. KGI hesaplamasına göre; bir maddenin kabul edilebilir puan ortalaması 2'nin altında ise ilgili madde ölçekten çıkartılır (Gözüm ve Aksayan, 2003). Uzmanların ölçeğin her bir

maddesine 4 üzerinden verdikleri puanlar toplanmış ve uzman sayısına bölünerek elde edilen puanların 2.42 - 3.60 arasında olduğu bulunmuştur. Böylece ölçek maddelerinden herhangi biri çıkarılmamıştır.

Kapsam geçerliği için uygulanan yöntemlerden biri de Davis tekniğidir. Davis tekniği uzman görüşlerini (a) uygun, (b) madde hafifçe gözden geçirilmeli, (c) madde ciddi olarak gözden geçirilmeli ve (d) madde uygun değil şeklinde dördü derecelendirmektedir. Bu teknikte (a) ve (b) seçeneğini işaretleyen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek, maddeye ilişkin kapsam geçerlik indeksi elde edilmektedir ve bu değer istatistiksel bir ölçütü karşılaştırılmak yerine; 0.80 olarak kabul edilmektedir (Davis, 1992). KGI 0.80'in altında olan 4 madde, öneriler doğrultusunda yeniden gözden geçirilmiştir. Uzman görüşleri değerlendirmesinden sonra ölçek 57 madde ile son şeklini almıştır (Ek 3).

Tablo-4'de Davis Tekniğine Göre Kapsam Geçerliği çalışmasının sonuçları verilmiştir.

Tablo 4: Davis Tekniği'ne Göre Kapsam Geçerliği Çalışması

(Madde numaraları Ek 2'de olduğu gibi verilmiştir.)

Madde No	Uzmanlardan a+b diyenlerin toplamı	Uzman katılımcı toplamı	KGI
1	7	7	1.00
2	7	7	1.00
3	7	7	1.00
4	6	7	0.86
5	6	7	0.86
6	7	7	1.00
7	3	7	0.43
8	7	7	1.00
9	6	7	0.86
10	6	7	0.86
11	7	7	1.00
12	6	7	0.86
13	7	7	1.00
14	7	7	1.00
15	6	7	0.86

16	6	7	0.86
17	4	7	0.57
18	4	7	0.57
19	6	7	0.86
20	7	7	1.00
21	6	7	0.86
22	6	7	0.86
23	7	7	1.00
24	7	7	1.00
25	6	7	0.86
26	6	7	0.86
27	6	7	0.86
28	7	7	1.00
29	7	7	1.00
30	7	7	1.00
31	6	7	0.86
32	4	7	0.57
33	6	7	0.86
34	7	7	1.00
35	7	7	1.00
36	7	7	1.00
37	6	7	0.86
38	7	7	1.00
39	7	7	1.00
40	7	7	1.00
41	6	7	0.86
42	5	5	1.00
43	5	5	1.00
44	5	5	1.00
45	5	5	1.00
46	5	5	1.00
47	5	5	1.00
48	4	5	0.80
49	5	5	1.00
50	5	5	1.00
51	5	5	1.00
52	4	5	0.80
53	5	5	1.00
54	4	5	0.80
55	5	5	1.00

Örneklem grubuna benzer özellikte ancak örneklem içinde yer almayan 10 kişilik küçük bir grupta ön uygulama yapılarak ölçme aracının uygulanabilirliği saptanmıştır. Kişisel bilgi formundaki sorular ve ölçekteki ifadelerin anlaşılabilirliği belirlenmiştir. Ön uygulama sonrası yapılan değerlendirme ile kişisel bilgi formunda anlaşılmayan ifadeler yeniden düzenlenmiştir.

- **Madde Analizi**

Taslak Ölçeğin Madde-Toplam Puan Korelasyonları

Tablo-5’de güvenilirlik çalışması için 57 maddelik taslak ölçeğin madde-toplam puan korelasyon sonuçları verilmiştir.

Tablo 5: Taslak Ölçeğin Madde-Toplam Puan Korelasyonları

Maddeler (57 Madde)	Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayısı	
	r_s	P
1. Hastalığı ile ilgili sürekli ve ısrarlı olarak sorular soruyor.	.08	.163
2. İyileşemeyeceğini söylüyor.	.15	.006
3. Hastanede yatmak istemiyor, gidelim diyor.	.48	.0001
4. Hiçbir işlem yapılmasını istemiyor, yapılan işlemlere aşırı tepki gösteriyor.	.56	.0001
5. Üzgün görünüyor.	.46	.0001
6. Mutsuz görünüyor.	.46	.0001
7. Çevresiyle ilgilenmiyor.	.57	.0001
8. Huzursuz.	.52	.0001
9. Çok hareketli, yerinde duramıyor.	.05	.380
10. Sinirli ve kızgın görünüyor.	.25	.0001
11. Dikkatini bir konuya yoğunlaştırmakta zorlanıyor.	.45	.0001
12. Annesiyle eskisine göre daha fazla zaman geçirmek istiyor.	.47	.0001
13. Enerjisi azalmış ve yorgun görünüyor.	.41	.0001
14. Kendi yaşından daha küçük yaştaki biri gibi davranıyor.	.21	.0001
15. Uyumakta güçlük çekiyor.	.04	.427
16. Sürekli uyumak istiyor.	.20	.0001
17. Korkulu ve kaygılı görünüyor.	.63	.0001
18. Sık sık ağrıdan yakınıyor.	.18	.001
19. Yaşamın çok anlamsız olduğunu söylüyor.	.11	.039
20. Ölmek istediğini söylüyor.	.07	.213
21. Anne babasının yanından ayrılmak istemiyor, onlara çok bağımlı.	.56	.0001
22. Çok ağlıyor.	.57	.0001
23. Eşyalara zarar veriyor, fırlatıp atıyor.	.40	.0001
24. İştahsız, günlük gereksiniminden daha az yemek yiyor.	.29	.0001
25. Diğer çocuklarla geçinmiyor, tartışıyor.	.36	.0001
26. Kimseyle konuşmak istemiyor.	.62	.0001
27. Kimsenin onu sevmediğini söylüyor.	.18	.001
28. Bedensel olarak zarar göreceğinden korkuyor, kaçıyor.	.63	.0001
29. Kişisel bakımı ile hiç ilgilenmiyor. (Yapabilecekken saçını taramıyor, aynaya bakmıyor...vb.)	.40	.0001
30. Yalan söylüyor.	.25	.0001
31. Tırnaklarını yiyor.	.19	.0001
32. Parmak emiyor.	.23	.0001
33. Gece kabuslar görüyor.	.12	.031
34. Kendini suçluyor, yanlış bir şey yaptığı için hastalandığını düşünüyor. (Annesinin sözünü dinlemediği,	.03	.581

kardeşine kötü davrandığı için vb.)		
35. Cinsel organıyla çok fazla oynuyor.	.28	.0001
36. Gereksiz yere bağırıp, çağırıyor.	.23	.0001
37. Sıkılğan ve utangaç görünüyor.	.38	.0001
38. Boş gözlerle uzun uzun bakıyor.	.28	.0001
39. Duyguları çabuk değişiyor.	.30	.0001
40. Küfürlü ve açık saçık konuşuyor.	.25	.0001
41. Öfke nöbetleri var, çok çabuk öfkeleniyor.	.32	.0001
42. Gündüz altını ıslatıyor.	.01	.810
43. Gece altını ıslatıyor.	.31	.0001
44. Hemşireler ve diğer çalışanlarla iletişim kurmuyor.	.62	.0001
45. Yalnız uyumayı reddediyor.	.40	.0001
46. Eşyalarını, oyuncaklarını paylaşmak istemiyor.	.43	.0001
47. Konuşurken gözlerini kaçırıyor.	.54	.0001
48. Öfkelenildiğinde çevresindekileri ısırtıyor, onlara zarar veriyor.	.30	.0001
49. Duygularını kolay ifade edemiyor.	.56	.0001
50. Bütün gününü yatakta yatarak geçiriyor.	.31	.0001
51. Yalnızlıktan şikayet ediyor.	-.08	.160
52. Dikkat çekmeye çalışıyor.	.01	.930
53. İnatlaşıyor.	.41	.0001
54. Kendini beğenmediğini söylüyor.	.07	.228
55. Tedaviyi reddediyor.	.59	.0001
56. Hastalığından bir başkasını sorumlu tutuyor.	-.01	.912
57. Söz dinlemiyor.	.44	.0001

Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği'nin güvenilirlik çalışması için 57 maddenin madde-toplam puan korelasyonlarına bakıldığında, 24 maddenin korelasyon güvenilirlik katsayılarının (Spearman Korelasyonu) $r_s = .40$ ile $.63$ arasında, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < .001$). Geriye kalan 10 maddenin (madde 1, 9, 15, 20, 34, 42, 51, 52, 54, 56) güvenilirlik katsayılarının istatistiksel olarak anlamsız ($p > .05$, $r = -.08$ ile $.08$ arasında), 23 maddenin ise (madde 2, 10, 14, 16, 18, 19, 24, 25, 27, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 43, 48, 50) anlamlı olmakla birlikte ($p < .05$, $r = .11$ ile $.38$ arasında), toplam 33 maddenin güvenilirlik katsayılarının $.40$ 'ın altında olduğu saptanmıştır (Tablo-5).

Taslak ölçeğin güvenilirliği için yapılan madde analizi sonrasında madde-toplam puan korelasyon katsayısı $.40$ 'ın altında olan 33 madde ölçekten çıkarılmıştır.

- **Yapı Geçerliği: Faktör Analizi**

Açıklayıcı Faktör Analizi

Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği'nin yapı geçerliği için açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Faktör yapısının incelenmesinde temel bileşenler analizi (principal components analysis) ve varimax rotasyon yöntemi kullanılmıştır.

Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği'nin madde analizinden sonra kalan 24 madde ile yapılan açıklayıcı faktör analizinde Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı .89 ve Barlett testi sonucu ($\chi^2 = 3824.492$; $df: 276$ $p: .000$) anlamlı bulunmuştur.

Açıklayıcı faktör analizinde ölçek maddeleri özdeğeri 1'in üzerinde olan (2.02 ile 3.45 arasında) beş faktörde toplanmıştır. Faktörler tarafından açıklanan varyans % 8.41 ile % 14.36 arasında olup, beş faktör toplam varyansın % 60.94'ünü açıklamaktadır. Ölçek maddelerinin faktör yükleri .44 ile .86 arasında bulunmuştur (Tablo-6). Birinci faktör "Anksiyete", ikinci faktör "Umutsuzluk", üçüncü faktör "İletişim Güçlüğü", dördüncü faktör "Öfke ve Saldırganlık" ve beşinci faktör "Regresyon" olarak isimlendirilmiştir.

Tablo-6’da madde analizi sonrası kalan 24 madde üzerinde yapılan açıklayıcı faktör analizi sonuçları verilmiştir.

Tablo 6: Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği’nin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Ölçek Maddeleri	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Faktör 5
4. Hiç bir işlem yapılmasını istemiyor, yapılan işlemlere aşırı tepki gösteriyor.	.76				
22. Çok ağlıyor.	.73				
17. Korkulu ve kaygılı görünüyor.	.66				
28. Bedensel olarak zarar göreceğinden korkuyor, kaçıyor.	.65				
3. Hastanede yatmak istemiyor, gidelim diyor.	.57				
55. Tedaviyi reddediyor.	.55				
8. Huzursuz.	.49				
5. Üzgün görünüyor.		.86			
6. Mutsuz görünüyor.		.86			
13. Enerjisi azalmış ve yorgun görünüyor.		.74			
7. Çevresiyle ilgilenmiyor.		.66			
29. Kişisel bakımı ile hiç ilgilenmiyor. (Yapabilecekken saçını taramıyor, aynaya bakmıyor...vb.)		.44			
49. Duygularını kolay ifade edemiyor.			.79		
47. Konuşurken gözlerini kaçırıyor.			.76		
44. Hemşireler ve diğer çalışanlarla iletişim kurmuyor.			.76		
26. Kimseyle konuşmak istemiyor.			.56		
23. Eşyalara zarar veriyor, fırlatıp atıyor.				.72	
53. Inatlaşıyor.				.67	
57. Söz dinlemiyor.				.66	
46. Eşyalarını, oyuncaklarını paylaşmak istemiyor.				.63	
11. Dikkatini bir konuya yoğunlaştırmakta zorlanıyor.				.54	
21. Anne babasının yanından ayrılmak istemiyor, onlara çok bağımlı.					.79
12. Annesiyle eskisine göre daha fazla zaman geçirmek istiyor.					.78
45. Yalnız uyumayı reddediyor.					.53
Özdeğer	3.45	3.32	3.01	2.83	2.02
Faktörlerin Açıkladığı Varyans (%)	14.36	13.83	12.53	11.80	8.41
Açıklanan Toplam Varyans (%)	60.94				

Doğrulayıcı Faktör Analizi

Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği taslağının yapı geçerliği için, madde toplam puan korelasyon analizi sonucunda güvenirlik katsayıları .40'ın altında olan 33 madde çıkarıldıktan sonra kalan 24 madde ile yapılan açıklayıcı faktör analizi sonucunda belirlenen beş faktörün (alt boyutun) uyumunu doğrulamak amacıyla doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır.

İlk doğrulayıcı faktör analizinde RMSEA ve GFI uyum değerlerinin istendik düzeyde olmadığı (istendik düzeye yakın sınırdaki) görülmüştür (Tablo-7). Modifikasyon önerileri doğrultusunda 3. ile 4. ve 55. ile 57. maddelerin (madde numaraları taslak ölçekte olduğu gibi verilmiştir) hata varyansları arasında modifikasyon yapıldıktan sonra elde edilen doğrulayıcı faktör analizi sonucunda uyum indeksleri yeterli düzeyde bulunmuştur. DFA uyum değerleri Tablo-7'de verilmiştir. Tüm maddelerin kendi boyutu ile olan faktör yükleri .45 ile .87 arasında bulunmuştur.

Tablo-7’de ölçeğin doğrulayıcı faktör analizi uyumluluk değerleri verilmiştir.

Tablo 7: Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği’nin Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyumluluk Değerleri

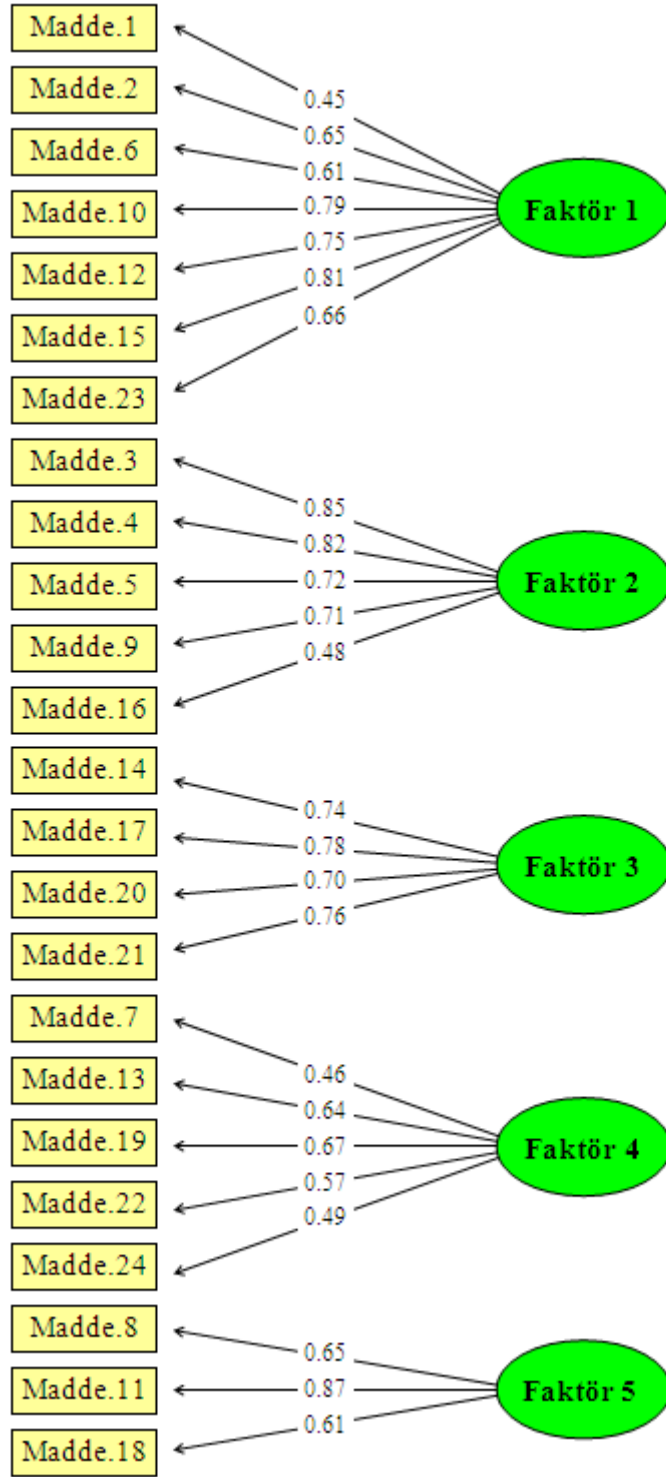
DFA Uyumluluk Değerleri	İlk DFA Sonuçları	Modifikasyon Sonrası DFA Sonuçları
Ki-kare / p değeri	822.0/ p = 0.00 (p<.05)	757.47 /p = 0.00 (p<.05)
Serbestlik Derecesi	242	240
Ki-kare değeri: Serbestlik derecesi	822.0:242= 3.40	757.47:240= 3.16
RMSEA / p	0.083 (p< .05)	0.79 (p< .05)
SRMR	0.077	0.076
CFI	0.94	0.95
NNFI	0.93	0.94
GFI	0.84	0.85
AGFI	0.80	0.81

Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği'nin madde-toplam puan korelasyon analizi sonucu 33 maddenin çıkarılması ile elde edilen 24 maddenin ölçekte yer alacak yeni madde numaraları Tablo-8'de verilmiştir.

Tablo 8: Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği'nin Yeni Madde Numaraları

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

Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği'nin yapı geçerliğinde, açıklayıcı faktör analizi ile oluşan faktörlerin uyumunu doğrulamak amacıyla doğrulayıcı faktör analizi yapılmış ve sonuçları Şekil-1'de verilmiştir.



Chi-Square=757.47, df=240, p-value=0.00000, RMSEA=0.079

Şekil 1: Doğrulayıcı Faktör Analizi: Yol Katsayıları ve Hata Varyansları
(Yeni madde numaraları kullanılmıştır)

• **Alt Boyutların Madde-Toplam Puan Analizi**

Tablo-9’de ölçek ve alt boyutlarının ikinci aşamadaki madde-toplam puan korelasyonları verilmiştir.

Tablo 9: Ölçek ve Alt Boyutlarının İkinci Aşamadaki Madde-Toplam Puan Korelasyonları

Ölçek Maddeleri	Madde-Toplam Korelasyonları		Madde-Alt Boyut Korelasyonları	
	r_s	p	r_s	p
Anksiyete				
4. Hiç bir işlem yapılmasını istemiyor, yapılan işlemlere aşırı tepki gösteriyor.	.62	.0001	.80	.0001
22. Çok ağlıyor.	.62	.0001	.74	.0001
17. Korkulu ve kaygılı görünüyor.	.69	.0001	.74	.0001
28. Bedensel olarak zarar göreceğinden korkuyor, kaçıyor.	.64	.0001	.68	.0001
3. Hastanede yatmak istemiyor, gidelim diyor.	.53	.0001	.71	.0001
55. Tedaviyi reddediyor.	.59	.0001	.63	.0001
8. Huzursuz.	.54	.0001	.58	.0001
Umutsuzluk				
5. Üzgün görünüyor.	.53	.0001	.80	.0001
6. Mutsuz görünüyor.	.50	.0001	.83	.0001
13. Enerjisi azalmış ve yorgun görünüyor.	.50	.0001	.79	.0001
7. Çevresiyle ilgilenmiyor.	.59	.0001	.64	.0001
29. Kişisel bakımı ile hiç ilgilenmiyor. (Yapabilecekken saçını taramıyor, aynaya bakmıyor...vb.)	.54	.0001	.54	.0001
İletişim Güçlüğü				
49. Duygularını kolay ifade edemiyor.	.63	.0001	.89	.0001
47. Konuşurken gözlerini kaçırıyor.	.58	.0001	.75	.0001
44. Hemşireler ve diğer çalışanlarla iletişim kurmuyor.	.69	.0001	.90	.0001
26. Kimseyle konuşmak istemiyor.	.67	.0001	.74	.0001
Öfke ve Saldırganlık				
23. Eşyalara zarar veriyor, fırlatıp atıyor.	.34	.0001	.49	.0001
53. Inatlaşıyor.	.30	.0001	.76	.0001
57. Söz dinlemiyor.	.40	.0001	.62	.0001
46. Eşyalarını, oyuncaklarını paylaşmak istemiyor.	.39	.0001	.54	.0001
11. Dikkatini bir konuya yoğunlaştırmakta zorlanıyor.	.41	.0001	.63	.0001
Regresyon				
21. Anne babasının yanından ayrılmak istemiyor, onlara çok bağımlı.	.58	.0001	.88	.0001
12. Annesiyle eskisine göre daha fazla zaman geçirmek istiyor.	.50	.0001	.86	.0001
45. Yalnız uyumayı reddediyor.	.43	.0001	.64	.0001

r_s : Spearman korelasyon analizi

Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği'nin ilk madde analizi sonucunda ölçekte kalan ve faktör analizi ile son şeklini alan 24 maddelik yapısı ile madde-toplam puan analizleri tekrarlanmış ve ayrıca madde-alt boyut puan analizleri yapılmıştır (Tablo-9).

Tüm maddelerin madde-toplam puan korelasyon analizinde güvenilirlik katsayılarının r : .30 ile .69 arasında, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p < .001$, Tablo-9). Dördüncü faktörde üç maddenin (madde 23, 46 ve 53) güvenilirlik katsayılarının .30 - .39 arasında olduğu bulunmuştur. Güvenirlik katsayıları .40'ın altında olan bu maddelerin kendi boyutları ile olan ilişkisinde güvenilirlik katsayılarının yüksek olması göz önüne alınarak ölçekte kalmasına karar verilmiştir.

Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği'nin beş alt boyutunun maddeleri ile alt boyut toplam puanları arasındaki güvenilirlik katsayıları birinci faktörde r : .58 ile .80, ikinci faktörde r : .54 ile .83, üçüncü faktörde r : .74 ile .90, dördüncü faktörde r : .49 ile .76, beşinci faktörde r : .64 ile .88 arasında olmak üzere pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur ($p < .001$, Tablo-9).

Tablo-10’da ölçeğin alt boyut puanlarının toplam ölçek puanları ile korelasyonları verilmiştir.

Tablo 10: Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği’nin Alt Boyut Puanlarının Toplam Ölçek Puanları ile Korelasyonları

Ölçek Alt Boyutları	Alt Boyut-Toplam Ölçek Korelasyon Katsayıları	
	r	p
Anksiyete	.88	.0001
Umutsuzluk	.71	.0001
İletişim Güçlüğü	.78	.0001
Öfke ve Saldırganlık	.58	.0001
Regresyon	.63	.0001

Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği alt boyutlarının toplam ölçek puanıyla korelasyonları incelendiğinde, güvenirlik katsayılarının r : .58 ile .88 arasında, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < .001$, Tablo-10).

- **Ölçeğin İç Tutarlılık Güvenirlik Katsayıları**

Tablo-11’da ölçeğin iç tutarlılığını ölçmek için yapılan Cronbach alfa güvenirlik analizi sonuçları verilmiştir.

Tablo 11: Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği ve Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları

Ölçek ve Alt boyutları		α
Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği		.90
Alt Boyutlar	Anksiyete	.86
	Umutsuzluk	.84
	İletişim Güçlüğü	.83
	Öfke ve Saldırganlık	.69
	Regresyon	.74

Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği’nin ve alt boyutlarının güvenirlik göstergelerinden biri olan iç tutarlılığı test etmek için yapılan analizde Cronbach alfa güvenirlik katsayısı tüm ölçek için $\alpha = .90$ bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının iç tutarlılık güvenirlik sayısı, faktör 1’de .86, faktör 2’de .84, faktör 3’de .83, faktör 4’de .69, faktör 5’de ise .74 olarak bulunmuştur (Tablo-11).

5.TARTIŞMA

Hasta olmak ve hastaneye yatmak; çocuğun yaşamını çeşitli yönlerden etkileyen, kaygı ve endişelerin arttığı ve her zamanki dengesinin nispeten altüst olduğu olumsuz bir deneyimdir (Erdim ve ark., 2006; Gültekin ve Baran, 2005; Morris, 2011). Hastaneye yatmanın çocuğun gelişimi üzerinde biyolojik, ruhsal, sosyal, çevresel, ailesel, psikososyal ve psikoseksüel etkileri olduğundan söz edilmektedir (Akay ve Emiroğlu, 2008; Çavuşoğlu, 2004; Das ve ark., 2010; Theofanidis, 2007). Bu etkilerin tümü bütüncül bakımı gerektirse de, klinik çalışmaların daha çok fiziksel bakıma yöneldiği görülmektedir. Gerek çalışanların eğitim durumları, gerekse de sağlık sisteminin işleyişi psikososyal bakım boyutunun ve hastaların psikososyal gereksinimlerinin ihmal edilmesine neden olabilmektedir (Kocaman, 2005).

Geçerli ve güvenilir tarama araçları olmasına rağmen bu araçlar, hemşirenin hastanede yatan çocuğun ruhsal durumunu değerlendirmesinde veya hastanede yatmaya bağlı olarak çocukta gelişen psikososyal semptomları tanılamasında yetersiz kalmaktadır (Duke ve ark., 2005; Emiroğlu ve Akay, 2008). Bu nedenle hemşirelerin pediatri kliniklerinde yatan çocuklara uygulayabilecekleri bir ölçüm aracı geliştirilmesinin yararlı olacağı düşünülmüştür.

Çalışma, 6-12 yaş grubu Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği'nin geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması amacı ile gerçekleştirilmiştir. Tartışma, bulguların verilmiş sırası ile yapılacaktır.

5.1. Çocukların Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışması

Çalışma kapsamına alınan 350 çocuğun %43.4'ü kız, %56.6'sı erkek idi. Çocukların yaş ortalaması 8.81 ± 2.04 olup, %37.2'si 10-12 yaş grubunda yer almakta idi. Çalışmaya katılan grubun 6-12 yaş olması, grubun %86.3'ünün eğitim durumunun ilköğretim olması ile örtüşmektedir (Tablo-1).

Çocukların %32.0'sinin kronik hastalık nedeniyle hastanede yattığı belirlenmiştir (Tablo-3). Bu oran, çocukluk çağında çocuk hastalıkları polikliniğine başvuran çocuklarda kanser, şeker hastalığı, böbrek hastalıkları,

doğumsal anomaliler gibi kronik hastalıkların yaygınlığının %15-50 olduğu bildirilen çalışmalarla paralellik göstermektedir (Toros ve ark., 2002).

Çocukların %12.6'sının 7 gün ve daha uzun süre hastanede yatıyor olması, çocukların büyük çoğunluğunun (%68.0) akut hastalık nedeniyle hastanede yatıyor olması ile açıklanabilir (Tablo-3).

5.2. Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği'nin Geliştirilmesine İlişkin Bulguların Tartışması

I. Ölçek Maddelerinin Oluşturulması

Bir ölçek geliştirilirken literatür taraması, uzmanlara danışma, kabul edilen bir görüşün benimsenmesi, denenmiş bir ölçme aracının uyarlanması, konuyla ilgili verilerin toplanacağı kitleyi temsil eden heterojen bir örneklemden bilgi toplanması gibi çeşitli kaynaklardan yararlanılması önerilmektedir (Tezbaşaran, 2008). Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği'ni geliştirmeyi amaçlayan bu çalışmada kapsamlı bir literatür taraması yapılarak hastanede yatan çocuklarda psikososyal semptomlar belirlenmiştir (Baykara, 2006; Board, 2005; Dalton ve Forman, 2008; Emiroğlu ve Akay, 2008; Erdoğan ve Kahraman, 2008; Erermiş, 2008; Lau ve Tse, 1993; LeBlanc ve ark., 2003; Özbaran ve Erermiş, 2006; Peek ve Melnyk, 2010; Peykerli, 2003; Priest, 2010; Theofanidis, 2007; Zengerle-Levy, 2006).

Hazırlanan ölçek maddeleri 9 uzman görüşüne sunulmuş ve değerlendirmeler sonucunda 57 maddelik taslak ölçeği oluşturulmuştur (Ek-3). Likert dereceli ölçeklerde küçük yaştakiler için üçlü, hatta ikili ölçek kullanmanın daha uygun olduğu belirtilmektedir (Köklü, 1995). Önerildiği gibi 6-12 yaş grubuna uygulanacak olan ölçek, 3'lü likert tipi şeklinde hazırlanmıştır. Çalışmalarda kullanılan Pediatrik Semptom Kontrol Listesi (Jutte ve ark., 2003), Çocuklar ve Ergenler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (Achenbach ve Ruffle, 2000), Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği, Çocuklar İçin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri (Öztop, 2008), bu çalışmada geliştirilen ölçekle benzer olarak 3'lü likert tipi şeklinde oluşturulmuştur.

Ölçekte psikososyal semptomların sıklığı; 0: Hiçbir zaman, 1: Bazen, 2: Sık sık şeklinde değerlendirilmiştir. Jellinek ve Murphy (1988) tarafından 3'lü likert

tipi şeklinde geliştirilen, Pediatrik Semptom Kontrol Listesi'nde de semptomların sıklığı hiçbir zaman, bazen ve sık sık olacak şekilde değerlendirilmiş ve sırasıyla 0, 1, 2 biçiminde puanlandırılmıştır (Rejineveld ve ark., 2006).

Veri toplandıktan sonra maddelerin anlaşılması, eksik bilgi alındığı ortaya çıkarsa geri dönüş olmayacağından ölçme aracının uygulanabilirliğinin saptanması için bir ön uygulama yapılmalıdır (Aksakoğlu, 2001). Hazırlanan taslak ölçme aracı örneklem grubuna benzer özellikte olan, ancak örneklem içinde yer almayan 10-20 kişilik bir grupta denenmelidir (Kubilay, 2004; Tezbaşaran, 2008). Bu çalışmada da örneklem grubuna benzer özellikte ancak örneklem içinde yer almayan 10 kişilik küçük bir grupta ön uygulama yapılarak ölçme aracının uygulanabilirliği saptanmıştır.

Ölçek çalışmalarında örneklem sayısı belirlenirken her bir madde için 5-10 kişi alınması önerilmektedir (Akgül, 2003; Öner, 2006). 57 maddelik bu ölçek için madde sayısının 6 katından fazla sayıda hastaya ulaşılmıştır ($57 \times 6.14 = 350$). Çalışmaya 350 çocuk alınmıştır.

II. Ölçeğin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları

• Kapsam (İçerik) Geçerliği

Ölçeğin kapsam geçerliğini sınamak için genellikle ölçeğin konusu ile ilgili uzmanların görüşleri ile bu konuda yapılmış kuramsal ve görgül çalışmalardan yararlanılmaktadır (Tezbaşaran, 2008). Çalışmada kapsam geçerliği için uzman görüşleri değerlendirilmiştir. Taslak maddelerin Türk Dili geçerliğini ve kapsam geçerliğini değerlendirmek üzere hazırlanan madde havuzu (Ek 2), 9 uzman görüşüne sunulmuş (Ek 5), maddelerin amaca uygunluğu, anlaşılabilirliği ve önem derecesini belirlemeye yönelik değerlendirmeleri alınmıştır. Uzman görüşleri değerlendirilmesinden sonra ölçek 57 madde ile son şeklini almıştır.

• Madde Analizi: Taslak Ölçeğin Madde-Toplam Puan Korelasyonu

Madde analizi ile ölçme aracını oluşturan maddelerin ölçme aracının toplam puanına ne kadar katkıda buldukları ve böylece ölçme aracının bütünüyle ne derecede ilişkili oldukları belirlenir (Özdamar, 2002; Tezbaşaran, 1997).

Her madde için elde edilen korelasyon katsayısı ne kadar yüksek ise, o maddenin ölçülen teorik yapıyla bağlantısının da yüksek olduğunu, başka bir deyişle maddenin amaçlanan davranışı ölçmede etkin ve yeterli olduğunu gösterir. Kesin olmamakla birlikte madde seçiminde kabul edilebilir katsayının .25 değerinden büyük olması beklenir (Aksakoğlu, 2001; Özdamar, 2002; Tezbaşaran, 1997).

Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği'nin güvenilirlik çalışması için 57 maddenin madde-toplam puan korelasyonlarına bakıldığında, 24 maddenin korelasyon güvenilirlik katsayılarının (Spearman Korelasyonu) $r_s = .40$ ile $.63$ arasında, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < .001$).

- **Yapı Geçerliği: Faktör Analizi**

Açıklayıcı Faktör Analizi

Ölçek geçerliğini incelemeye sıklıkla açıklayıcı faktör analizi, faktörlerin ortaya çıkarılmasında temel bileşenler (principal component) tekniği ve varimax yöntemi kullanılmaktadır (Akgül, 2003). Bu çalışmada da faktör yapısının incelenmesinde temel bileşenler analizi (principal components analysis) ve varimax rotasyon yöntemi kullanılmıştır.

Faktör analizinde, maddeler arasındaki ilişkiler hesaplanarak elde edilen korelasyon matrisine dayalı işlem yapılmakta, değişkenler arası korelasyon katsayılarının anlamlılığına Barlett'in sphericity testi ile bakılmaktadır. Elde edilen p değeri anlamlı olmalıdır (Büyüköztürk, 2002). Analizde örneklemin yeterli olup olmadığına Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değerine bakılarak karar verilmektedir. KMO değeri; .90-1.00 arasında ise mükemmel, .80-.89 arasında olduğunda çok iyi, .70-.79 arasında ise iyi, .60-.69 arasında ise orta, .50-.59 arasında zayıf, .50'nin altında ise kabul edilemez olarak değerlendirilir (Akgül, 2003). İyi bir faktör analizi için KMO değerinin .60 üzerinde olması önerilir (Büyüköztürk, 2002). Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği'nin açıklayıcı faktör analizinde Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı .89 ve Barlett testi sonucu ($\chi^2 = 3824.492$; $df: 276$ $p: .000$) anlamlı bulunmuştur. Faktör analizi sonucunda KMO'nun .89 olması örneklemin faktör

analizine uygun olduğunu, Barlett testinin anlamlı olması ($p= .0001$), ankette bulunan maddelerin korelasyon matrisinin faktör analizi yapmaya uygun olduğunu göstermektedir.

Her bir faktör tarafından açıklanan varyansın oranının hesaplanmasında ve önemli faktör sayısına karar vermede öz değer (eigen value) katsayısı kullanılır. Öz değer katsayısı her bir faktörün, faktör yüklerinin kareleri toplamıdır. Özdeğer yükseldikçe, faktörün açıkladığı varyans yükselir. Genel olarak öz değeri 1 ve daha büyük olan faktörler önemli faktörler olarak ele alınmakta, ancak analiz sonuçlarına göre bu eşik arttırılabilmektedir. Maddelerin faktörlerle olan ilişkisini açıklayan faktör yük değeri /faktör katsayısı için uygulamada sıklıkla önerilen .40 üzeri değerlerdir (Büyüköztürk, 2002). Bu çalışmada maddelerin faktör yüklerinin .40 değerinden yüksek olduğu bulunmuştur.

Çok faktörlü bir yapıda bir maddenin yüksek yük değeri ile birden fazla faktörde yer alması durumunda, maddenin yük değerleri arasındaki farkın en az .10 olmasına dikkat edilmelidir. Birden çok faktörde yüksek yük değeri veren madde binişik bir madde olarak tanımlanır ve ölçekten çıkarılır (Büyüköztürk, 2002). Hastanede yatan çocuklar için psikososyal semptomları tanılama ölçeğinde dört maddenin farklı iki faktör altında da .40'ın üzerinde faktör yüküne sahip olduğu görülmüştür, ancak aradaki fark .10 değerinin üzerindedir. Bu dört madde, en yüksek yük değerine sahip olduğu faktör altında ele alınmıştır.

Açıklayıcı Faktör Analizi sonucu ortaya çıkan beş faktör “Anksiyete”, “Umutsuzluk”, “İletişim Güçlüğü”, “Öfke ve Saldırganlık” ve “Regresyon” olarak adlandırılmıştır. Çocukların psikososyal risk faktörlerini belirlemek amacıyla kullanılan Pediatrik Semptom Kontrol Listesi'nin 3 alt boyutu olup; bu alt boyutlar bilişsel, duygusal ve davranışsal problemleri içermektedir (Jutte ve ark., 2003). Çocuk ve Ergenler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği'nin ise sosyal içe çekilme, somatik yakınmalar, anksiyete/depresyon, suça yönelik davranışlar, saldırgan davranışlar, içe yönelim ve dışa yönelim alt başlıkları bulunmaktadır (Kovacs ve ark., 1990).

Doğrulayıcı Faktör Analizi

Maddelerin ve alt boyutların ölçeğin orijinal yapısını açıklayıp açıklamadığını test etmek amacıyla doğrulayıcı faktör analizi yapılır (Özdamar, 2002).

Örneklem sayısı 350 ve üzerinde araştırmalar için faktör yük değerinin (yol katsayılarının) .30 ve üzerinde olması gerektiği ve .50 ve üzerindeki değerlerin ise oldukça iyi olarak kabul edildiği belirtilmektedir (Kalaycı, 2005). Bu ölçek çalışmasında tüm maddelerin yükleri 30'un üzerinde (.45 ile .87 arası) bulunmuştur.

Doğrulayıcı faktör analizinde uyum iyiliği istatistiklerinin de istenilen düzeyde olması gerekir. Uyum istatistiği değerleri olarak adlandırılan değerler;

Ki-kare uyum istatistiği: Bir modelin kabul edilebilir olması için ki-kare değerinin anlamlı çıkmaması beklenir, ancak uygulamada genelde anlamlı çıktığı görülür, çünkü bu değer örneklem büyüklüğüne çok duyarlıdır. Bunun yerine ki-kare değeri serbestlik derecesine bölünür ve çıkan değer iki ya da altında olması modelin iyi bir model olduğunu, beş ya da daha altında olması modelin kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğunu gösterir (Harrington, 2009; Şimşek, 2007). Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği'nin doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre bu değer; 3.16 olarak bulunmuştur, bu değer modelin kabul edilebilir bir model olduğunu göstermiştir.

Sık kullanılan diğer uyum iyiliği testleri Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), Standardized Root-mean-Square Residual (SRMR), Comparative Fit Index (CFI), Non-Normed Fit Index (NNFI), Goodness of Fit Index, (GFI), Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)'dir. RMSEA'nın 0.080'e eşit ya da küçük olması ve p değerinin .05'den küçük olması (istatistiksel olarak anlamlı olması) uyumun iyi olduğunu, 0.10'a eşit ya da küçük olması ise uyumun zayıf olduğunu gösterir (Harrington, 2009; Şimşek, 2007). Bu çalışmada RMSEA değerinin anlamlı ve .080'den küçük bulunması (.079) uyumun iyi olduğunu göstermiştir.

SRMR'nin .10'dan küçük olması, CFI, NNFI değerlerinin 0.90'a eşit ya da üstünde olması, AGFI'nin 0.80'e eşit ya da üstünde olması uyumun olduğunu gösterir (Harrington, 2009; Şimşek, 2007). GFI değerinin 0.85'den büyük olması uyumun kabul edilebilir olduğunu gösterir (Schermele-Engel ve ark., 2003). Bu

çalışmada elde edilen SRMR, CFI, NNFI, GFI ve AGFI değerlerine göre uyumun olduğu görülmüştür.

- **Alt Boyutların Madde-Toplam Puan Analizi**

Tüm maddelerin madde-toplam puan Spearman korelasyon analizinde güvenilirlik katsayılarının r : .30 ile .69 arasında, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p < .001$).

Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği'nin beş alt boyutunun maddeleri ile alt boyut toplam puanları arasındaki güvenilirlik katsayıları birinci faktörde r : .58 ile .80, ikinci faktörde r : .54 ile .83, üçüncü faktörde r : .74 ile .90, dördüncü faktörde r : .49 ile .76, beşinci faktörde r : .64 ile .88 arasında olmak üzere pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur ($p < .000$).

Alt boyut puanları ile toplam test puanları arasındaki anlamlı korelasyon katsayıları iç tutarlılık göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir (Öner, 2006). Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği alt boyutlarının toplam ölçek puanıyla korelasyonları incelendiğinde, güvenilirlik katsayılarının r : .58 ile .88 arasında, pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < .001$).

- **Ölçeğin İç Tutarlılık Güvenirlik Katsayıları**

Likert tipi ölçeğin güvenilirliğini kestirmek için öncelikle, Cronbach (1951) tarafından geliştirilmiş olan ve kendi adıyla anılan “alfa” katsayısının kullanılması gerekir. Bu katsayı ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlığının (homojenliğinin) bir ölçüsüdür. Yani ölçeğin “alfa” katsayısı ne kadar yüksek olursa bu ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbirleriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini denetimleyen maddelerden oluştuğu şeklinde yorumlanır. İç tutarlılığının ölçülmesi likert tipi ölçek için öncelikli ve gereklidir. Bunun için en uygun yol ise “Cronbach alfa güvenirlik katsayısının” hesaplanmasıdır ki, bu katsayının da 1'e yakın olması gereklidir (Tezbaşaran, 2008). Alfa katsayısı .40'dan küçük ise ölçme aracı güvenilir değildir, .40-.59 arası düşük güvenirlkte, .60-.79 arası oldukça güvenilir, .80-1.00 arası ise yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilir (Akgül, 2003).

Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği'nin ve alt boyutlarının güvenilirlik göstergelerinden biri olan iç tutarlılığı test etmek için yapılan analizde Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı tüm ölçek için $\alpha = .90$ bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının iç tutarlılık güvenilirlik sayısı, faktör 1'de .86, faktör 2'de .84, faktör 3'de .83, faktör 4'de .69, faktör 5'de ise .74 olarak bulunmuştur.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Gaziantep Çocuk Hastanesi'nde yatan 6-12 yaş grubu çocuklar için psikososyal semptomları tanılama ölçeğinin geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması amacıyla planlanan bu araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırmanın sonucunda 24 maddelik, Cronbach alfa katsayısı .90 olarak saptanan, geçerlik ve güvenilirlik düzeyi yüksek, hastanede yatan 6-12 yaş grubu çocuklarda psikososyal semptomları belirleyebilecek, 5 faktörlü, 3'lü likert tipi ölçek geliştirilmiştir.

Sonuç olarak Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği geliştirilerek, yapılacak araştırmalarda bu ölçeğin kullanılabilmesi belirlenmiştir. Ölçeğin kullanımı ile hastanede yatan çocuklarda psikososyal semptomların erken tanınması ve ortaya çıkan bu semptomlara müdahale edebilme olanağı sağlanacaktır.

Sonuçlar doğrultusunda öneriler;

- Geliştirilen ölçeğin daha geniş örneklemede, fiziksel hastalığı olan çocuklara uygulanarak geçerlik ve güvenilirliğinin tekrarlanması,
- Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği'nin hemşireler tarafından kullanılması,
- Hastanede yatan farklı yaş grubundaki çocukların psikososyal semptomlarını tanılamaya yönelik çalışmalar yapılması,
- Yalnız hastane ile sınırlı kalmayıp polikliniklerde veya ev ziyaretlerinde hasta çocuklara ölçeğin uygulanarak geçerlik ve güvenilirliğinin saptanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Abalı, O., Tüzün, Ü. ve Gürkan, K. (2006). Çocuk Psikiyatrisi Konsültasyonlarının Değerlendirilmesi, Genel Tıp Dergisi, 16(3): 121-124.
- Achenbach, T.M. and Ruffle, T.M., (2000). The Child Behavior Checklist and Related Forms for Assessing Behavioral/Emotional Problems and Competencies, Pediatrics in Review, August, 21(1): 265-271.
- 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, 723-729.
- Akgül, A. (2003). Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri, SPSS Uygulamaları, İkinci Baskı, Emek Ofset Ltd. Şti. Ankara.
- Aksakoğlu, G. (2001). Sağlıkta Araştırma Teknikleri ve Analiz Yöntemleri, D.E.Ü. Rektörlük Matbası, İzmir.
- Aktepe, E., Kandil, S. ve Topbaş, M. (2005). Çocuk ve Ergenlerde İntihar Davranışı, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 4(2): 88-97.
- Akyol, A.K. (2003). Psikoseksüel Gelişim, Gelişim ve Öğrenme, Ulusoy, A. (Ed.), Anı Yayıncılık, Ankara, 125-135.
- Alak, V. (1993). Hastaneye Ameliyat Olmak Üzere Gelen 7-14 Yaş Grubu Çocukların Korkuları ve Hemşirelik Uygulamaları, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Anlı, İ. (2011). Biyo-psiko-sosyal Sağlık ve Hastalık Anlayışı, Sağlık Psikolojisinde Seçme Konular, Karslı, T.A. (Ed.), Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 21-29.
- Ashkani, H., Dehbozorgi, R. and Tahamtan, A. (2004). Depression Among Parents of Children with Chronic and Disabling Disease, IJMS, June, 29(2): 90-93.
- Atkinson, R.L., Atkinson, R.C., Smith, E.E., Bem, D.J. ve Nolen-Hoeksema, S. (2002). Psikolojiye Giriş, Arkadaş Yayınları, 2. Baskı, (Çeviri: Alogan, Y.), Ankara, 80-86.
- Aydemir, Ö. (2007). Psikiyatrik Ölçekler, Psikiyatri Temel Kitabı, Köroğlu, E., Güleç, C. ve Şenol, S. (Ed.), HYB Basın Yayın, Ankara.

- Aysev, A. (1998). 6-12 Yaş Çocuğunun Ruhsal, Sosyal ve Bilişsel Gelişimi, Davranış Bilimlerine Giriş, Antıp, Ankara, 175-178.
- Bakare, M.O., Omigbodun, O.O., Kuteyi, O.B., Meremikwu, M.M. and Agomoh, A.O. (2008). Psychological Complications of Childhood Chronic Physical Illness in Nigerian Children and Their Mothers: The Implication for Developing Pediatric Liaison Services, Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 2: 34.
- Baltaş, Z. (2004). Ruh Sağlığında Biyo-Psiko-Sosyal Alanlar ve Etkenler, Sağlık Psikolojisi, Remzi Kitabevi, 2. Basım, İstanbul, 224-228.
- 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.
- Baykara, A., Güvenir, T. ve Miral, S. (2011). Hastalık ve Hastaneye Yatışın Çocuk Üzerinde Etkisi, Ben Hasta Değilim, Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü, Ekşi, A. (Ed.), Nobel Tıp Kitabevleri, İkinci Baskı, İstanbul, 398-401.
- Baykul, Y. (2000). Eğitimde ve Psikolojide Ölçme: Klasik Test Teorisi ve Uygulaması, ÖSYM Yayınları.
- Behrman, R.E., Kliegman, R.M., and Jenson, H.B. (2008). Pediatri, Nobel Tıp Kitabevleri, Cilt 1 (Çeviri: Akçay, T.), İstanbul, 51-53.
- 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.
- Birol, L. (2007). Hemşirelik Süreci, Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım, Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti., 8. Baskı, İzmir.
- Board, R. (2005). School-Age Children's Perceptions of Their PICU Hospitalization, Pediatric Nursing, May-June, 31(3): 166-175.
- Bricher, G. (2000). Children in the Hospital: Issues of Power and Vulnerability, Pediatric Nursing, May-June, 26(3).
- Brown, R. (2010). Regression in Children and Young People, Pediatric Neurology, ACNR, July-August, 10(3): 34-36.

- Buell, L. (2008). The Gift of Nursing, *Pediatric Nursing*, November-December, 34(6): 477-479.
- Büyüköztürk, Ş. (2002). Faktör Analizi: Temel Kavramlar ve Ölçek Geliştirmede Kullanımı, *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, Güz, 32: 470-483.
- Cantrell, M.A. (2007). The Art of Pediatric Oncology Nursing Practice, *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 24(3): 132-138.
- Carpenito-Moyet, L.J. (2012). *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*, Nobel Tıp Kitabevi, Cilt 1, 13. Baskı, (Çeviri: Erdemir, F.), İstanbul.
- Cinaz, P. ve Okumuş, N. (2006). Büyüme-Gelişme, *Pediyatri*, Nobel Tıp Kitabevleri, 30-40.
- Clark, M.J. (2008). *Community Health Nursing, Advocacy for Population Health*, Pearson Education, United States of America, 406-409.
- Commodari, E. (2010). Children Staying in Hospital; A Research on Psychological Stress of Caregivers, *Italian Journal of Pediatrics*, 36: 40.
- Conk, Z. (1997). *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*, Birlik Ofset Ltd. Şti., 1. Baskı, İstanbul, 16-18.
- 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.
- Dalgas-Pelish, P. (2006). Effect of a Self-Esteem Intervention, Program on School-Age Children, *Pediatric Nursing*, July-August, 32(4): 341-348.
- Dalton, R. ve Forman, M.A. (2008). *Sağlam Çocuk, Psikososyal Problemler*, *Pediyatri*, Behrman, R.E., Kliegman, R.M. ve Jenson. H.B. (Ed.), Nobel Tıp Kitabevleri, Cilt 1, (Çeviri: Akçay, T.), İstanbul, 70.
- Das, S., Mukherjeel, A., Lodhal, R. and Vatsa, M. (2010). Quality of Life and Psychosocial Functioning of HIV Infected Children, *Indian Journal of Pediatrics*, June, 77: 633-637.
- Davis, L.L. (1992). Instrument Review: Getting The Most From a Panel of Experts, *Applied Nursing Research*, 5: 194-7.
- Dilbaz, N. ve Seber, G. (1993). Umutsuzluk Kavramı: Depresyon ve İntiharda Önemi, *Kriz Dergisi*, 1(3): 134-138.
- Diler, R. ve Avcı, A. (1997). Çocuk ve Yas: Bir Gözden Geçirme, *3 P Dergisi*, 4: 283-291.

- Diler, R.S., Toprak, S.N., Gündüz, Ş. ve Avcı, A. (1998). Kalp Hastalığı Olan Çocuklarda Obsesif ve Depresif Belirtilerin Değerlendirilmesi: Karşılaştırmalı Bir Klinik Çalışma, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 23: 76-80.
- Doğan, O. (1999). Ruhsal-Cinsel ve Ruhsal-Toplumsal Gelişme, Sağlık Bilimleri Alanında Davranış Bilimleri, Önder Matbaası, Sivas, 107-127.
- Doğan, S. (1996). Anksiyete-Somatoform ve Disosiyatif Bozukluklar, Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı, Kum, N. (Ed.), Vehbi Koç Vakfı, İstanbul.
- Dolgun, G. (2003). Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu Olan 8-12 Yaş Grubu Çocuklarda Yaşam Kalitesi Ölçeğinin (DE/HB-YKÖ) Geliştirilmesi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Drotar, D. (1981). Psychological Perspectives in Chronic Childhood Illness, Journal of Pediatric Psychology, 6(3): 211-228.
- Duke, N., Ireland, M. and 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(5): 563-573.
- Durukan, M., Abalı, O. ve Tüzün, Ü. (2006). Pediatrik Onkolojide Bir Aile Çalışması Örneği, Haseki Tıp Bülteni, 8: 1-3.
- Ekşi, A. (1993). Psiko-Sosyal Sorunlar, Pediatri, Neyzi, O. ve Ertuğrul, T. (Ed.), Nobel Tıp Kitabevleri, Cilt 2, İstanbul, 728-740.
- Ekşi, A. (1999). Çocuğun Ruhsal Gelişiminde Annenin Önemi ve Ayrılığa Tepkiler, Ben Hasta Değilim, Ekşi, A. (Ed.), Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 50-58.
- Ekşi, A. (2010). Sağlıklı Çocuk ve Adolesanda Ruhsal Gelişim, Pediatri, Neyzi, O., Ertuğrul, T. (Ed.), Nobel Tıp Kitabevleri, Cilt 2, 4. Baskı, İstanbul, 1755-1760.
- Ekşi, A. (2011). Çocukluk Döneminde Uyum ve Davranış Sorunları, Ben Hasta Değilim, Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü, Ekşi, A. (Ed.) Nobel Tıp Kitabevleri, 2. Baskı, İstanbul, 73-81.
- 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.

- Eras, Z. ve Ertem, İ. (2011). Bedensel Hastalıkların Psikososyal Yönü, Ben Hasta Değilim, Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü, Ekşi, A. (Ed.) Nobel Tıp Kitabevleri, 2. Baskı, İstanbul, 385.
- Erdim, L., Bozkurt, G. ve İnal, S. (2006). Annelerin Çocuklarının Hastaneye Yatışından Etkilenme Durumlarının Araştırılması, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(3): 36-43.
- Ercan, İ. ve Kan, İ. (2004). Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 30(3): 211-216.
- 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.
- Ereymiş, H.S. (2008). Hastalık Karşısında Çocuk ve Ergen, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı, Çetin, F.Ç., Coşkun, A., İşeri, E., Miral, S., Motavallı, N., Pehlivan Türk, B., Türkbay, T., Uslu, R. ve Ünal, F. (Ed.) HYB Basın Yayın, Ankara, 730-737.
- Ertem, Ü.T. (2011). Birey ve Ailenin Büyüme ve Gelişmesi, Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler, Ay, F.A. (Ed.) Nobel Tıp Kitabevleri, 3. Baskı, İstanbul, 122-137.
- Erwin, P. (2000). Çocuklukta ve Ergenlikte Arkadaşlık, Alfa Kitapevi, İstanbul.
- Gönener, D. ve Görak, G. (2009). Okul Yaş Grubu Çocukların Hastane ve Hastalığı İle İlgili Bilgilendirme Durumlarının Endişe Kaynakları İle Etkileşimi, Gaziantep Tıp Dergisi, 15(1): 41-48.
- Gönener, D. ve Pek, H. (2009). Okul Yaş Dönemi Çocuğu Olan Ebeveynlerin Hastalık ve Hastaneye Yatma Durumunda “Ebeveynlerin Endişe Kaynakları Ölçeği”nin Geliştirilmesi ve Çocukların Endişe Kaynakları İle Etkileşimi, Gaziantep Tıp Dergisi, 15(1): 31-40.
- Gözüm, S. ve Aksayan, S. (2003). Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber II: Psikometrik Özellikler ve Kültürlerarası Karşılaştırma, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 5: 1-25.
- Grant, J.S. and Davis, L.L. (1997). Selection And Use Of Content Experts For Instrument Development, Research in Nursing and Health, 20: 267-274.
- Guthrie, D.W., Bartsocas, C., Jarosz-Chabot, P. and Konstantinova, M. (2003). Psychosocial Issues for Children and Adolescents With Diabetes: Overview and Recommendations, Diabetes Spectrum, 16(1): 7-12.
- Gültekin, G. ve Baran, G. (2005). Hastalık ve Çocuk, Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi, Yıl:7, Ocak-Mart, 2(8): 61-68.

- Gürsakar, N. (2007). *Betimsel İstatistik*, Umut Kitabevi, Nobel Yayın Dağıtım, I. Basım, Ankara, 41-51.
- Harrington, D. (2009). *Confirmatory Factor Analysis*, Oxford University Press, Newyork, USA.
- 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.
- Hema, D.A., Roper, S.O., Nehring, J.W., Call, A., Mandlco, B.L. and Dyches, T.T. (2009). Daily Stressors and Coping Responses of Children and Adolescents with Type 1 Diabetes, *Child: care, health and development*, 35(3): 330-339.
- Hicks, S. (1989). The Psychiatric Nurse in Liaison Psychiatry, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 23: 89-96.
- Horwitz, S.M., Leaf, P.J. and Leventhal, J.M. (1998). Identification of Psychosocial Problems in Pediatric Primary Care, *Arch Pediatr Adolesc Med*, July, 152: 367-371.
- Hovardaoğlu, S. (2000). *Davranış Bilimleri İçin Araştırma Teknikleri*, VE-GA Yayınları, Ankara.
- Huberty, T.J. (2004). *Anxiety and Anxiety Disorders in Children: Information for Parents*, National Association of School Psychologists, 1-6.
- İnal, S. ve Akgün, M. (2003). Hastanede Yatan Çocukta Terapötik İletişim, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(2): 67-76.
- Jellinek, M. and Murphy, J.M. (1999). Psychosocial Problems, Screening, and the Pediatric Symptom Checklist, (<http://www.hope.usu.edu/uaimh/html/statemodelProac/Screening%20and%20Assessment/jellinek.pdf>), Erişim Tarihi: 04.12.2010.
- Jutte, D.P., Burgos, A., Mendoza, F., Ford, C.B. and Huffman, L.C. (2003). Use of the Pediatric Symptom Checklist in a Low-Income, Mexican American Population, *Arch Pediatr Adolesc*, 157: 1169-1176.
- Kaçmaz, N. (2005). Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği ve Roller, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(3): 109-116.
- Kalaycı, Ş. (2005). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*, 1. Baskı, Asil Yayın Dağıtım, Ankara.
- Katz, S. (2002). When the Child's Illness is Life Threatening: Impact on the Parents, *Pediatric Nursing*, September-October, 28(5): 453-463.

- Kayaalp, L. (1999). Çocuk ve Ergende Depresyon, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu, İstanbul, 2-3 Aralık, 51-61.
- 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.
- Koocher, G.P. (1986). Psychosocial Issues During the Acute Treatment of Pediatric Cancer, Cancer, 58: 468-472.
- Kovaacs, M., Iyengar, S., Goldston, D., Stewart, J., Obrosky, D.S. and Marsh, J. (1990). Psychological Functioning of Children with Insulin-Dependent Diabetes Mellitus: A Longitudinal Study, Journal of Pediatric Psychology, 15(5): 619-632.
- Kozier, B., Erb, G., Blais, K. and Wilkinson, J. (1994). Fundamentals of Nursing, 5 Th Ed., Addison-Wesley, New York.
- Köklü, N. (1995). Tutumların Ölçülmesi ve Likert Tipi Ölçeklerde Kullanılan Seçenekler, Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 28(2): 81-93.
- Kubilay, G. (2004). Veri Toplama Yöntem Teknik ve Araçları, Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri, Erefe, İ. (Ed.), Odak Ofset, 3. Baskı, Ankara, 139-167.
- Küçük, L. (2011). Fiziksel Hastalıklarda Psikososyal Tepkiler ve Sorunlar, I. Uluslararası V. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, İstanbul, 22-24 Eylül, 61-62.
- Lau, B.W.K. and Tse, W.W.C. (1993). Psychological Effects of Physical Illness and Hospitalization on the Child and the Family, J.H.K.C. Psych. 3: 9-18.
- 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, M.J. (2011). What Is Psychosocial Care And How Can Nurses Better Provide It To Adult Oncology Patients, Australian Journal of Advanced Nursing, 28(3): 61-67.

- Lima, R.A.G., Rocha, S.M.M., Scochi, C.G.S. and Callery, P. (2001). Involvement and Fragmentation: A Study of Parental Care of Hospitalized Children in Brazil, *Pediatric Nursing*, November-December, 27(6): 559-580.
- Michaud, P.A., Suris, J.C. and Viner, R. (2007). The Adolescent with a Chronic Condition, *Epidemiology, Developmental Issues and Health Care Provision*, World Health Organization, Switzerland, 3-5.
- Morris, C.G. (2002). Psikolojiyi Anlamak, *Türk Psikologlar Derneği Yayınları*, 1. Basım, (Çeviri: Ayvaşık, H.B. ve Sayıl, M.), Ankara, 350-369.
- Morris, J. When a Child Is Hospitalized, Tips and Resources for Parents, (www.kc.vanderbilt.edu), Erişim Tarihi: 17.06.2011.
- Neyzi, O. ve Ertuğrul, T. (2002). *Pediatrici*, Cilt 1, Nobel Tıp Kitabevleri, 3. Baskı, İstanbul, 615-618.
- Oflaz, F. (2008). Hasta Çocuk ve Ebeveynlerinin Pediatrik Yoğun Bakım Deneyimi ve Travmatik Stres, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1): 53-59.
- Öner, N. (2006). Türkiye’de kullanılan Psikolojik Testlerden Örnekler, Bir Başvuru Kaynağı, Genişletilmiş 2. Baskı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi İstanbul.
- Öz, F. (2010). Sağlık Alanında Temel Kavramlar, Mattek Matbaacılık Bas. Yay. Tic. Ltd. Şti., 2. Baskı, Ankara.
- Özbaran, B. ve Erermiş, S. (2006). Kanser Tedavisi Gören Çocuk ve Gençlerde Uzun Süreli İzlem Sürecinde Psikososyal Özelliklerin Tanımlanması ve Genel Yaklaşım İlkeleri, *Klinik Psikiyatri*; 9: 185-190.
- Özcan, A. (1996). Duygu Durum (Mizaç) Bozuklukları, *Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı*, Kum, N. (Ed.), Vehbi Koç Vakfı, İstanbul.
- Özdamar, K. (2002). Paket Programlar ve İstatistik Veri Analizi, 4. Baskı, Kaan Kitapevi, Eskişehir.
- Özdemir, D.F. (2007). Çocukluk Döneminde Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi, *Psikiyatri Temel Kitabı*, Köroğlu, E., Güleç, C. ve Şenol, S. (Ed.), HYB Basın Yayın, Ankara.
- Özkan, İ. (1994). Benlik Saygısını Etkileyen Etkenler, *Düşünen Adam*, 7(3): 4-9.
- Özkan, S. (1993). *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi*, Roche İlaç Sanayii A.Ş., İstanbul.
- Özkan, S. (1998). Kanser Hastalarında Psikolojik Tedavi, *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi*, Roche İlaç Sanayii A.Ş., İstanbul, 154-158.

- Özmen, E., Demet, M.M., Gülseren L. ve Kültür, S. (1993). Somatik Yakınmalar İle Psikiyatri Polklineğine Başvuranlarda DSM-III-R Tanıları, *Düşünen Adam*, 6(1-2): 16-21.
- Öztop, D.B. (2008). Bebeklerin ve Çocukların Ruhsal Değerlendirmesi, *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*, Çetin, F.Ç., Coşkun, A., İşeri, E., Miral, S., Motavallı, N., Pehlivan Türk, B., Türkbay, T., Uslu, R. ve Ünal, F. (Ed.) HYB Basın Yayın, Ankara, 169-172.
- Öztürk, O. (2002). İnsanın Sekiz Evresi, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Nobel Tıp Kitabevleri, 9. Basım, İstanbul, 97-106.
- Öztürk, O. ve Uluşahin, A. (2008). Kişilik Gelişimi, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Cilt 1, Nobel Tıp Kitabevleri, 11. Baskı, Ankara, 94-116.
- Peek, G. and Melnyk, B.M. (2010). Coping Interventions for Parents of Children Newly Diagnosed with Implications for Clinical Practice and Future Research, *Pediatric Nursing*, November-December, 36(6): 306-313.
- Peykerli, G. (2003). Ölümçül Hastalıklara Psikokojik Yaklaşım, Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi Dergisi, 25(4): 62-65.
- Priest, H. (2010). Effective Psychological Care for Physically Ill Patients in Hospital, *Nursing, Standard*, 24(44): 48-56.
- Rao, G.P., Malhotra, S. and Marwaha, R.K. (1992). Psychosocial Study of Leukemic Children and Their Parents, *Indian Pediatrics*, August, 29: 985-990.
- Reijneveld, S.A., Vogels, A.G.C., Hoekstra, F. and Crone, M.R. (2006). Use of the Pediatric Symptom Checklist for the Detection of Psychosocial Problems in Preventive Child Healthcare, *BMC Public Health*, 6: 197.
- Rentfro, A.R. (2005). Children in the Community, *Community/Public Health Nursing Practice, Health for Families and Populations*, 641-661.
- Rushton, J., Bruckman, D. and Kelleher, K. (2010). Primary Care Referral of Children With Psychosocial Problems, *Arch Pediatr Adolesc Med*, June, 156: 592-598.
- Sağlar, A. ve Seçer, Z. (2002). Çocuk ve Ergende Sosyal ve Ahlak Gelişimi, 1. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, Ankara.
- Salmela, M., Salantera, S. and Aronen, E. (2009). Child-Reported Hospital Fears In 4 to 6-Year-Old Children, *Pediatric Nursing*, September-October, 35(5): 269-303.

- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H. and Müller, H. (2003). Evaluating the fit of Structural Equation Models: Tests of Significance and Descriptive Goodness-of-fit Measures, *Methods of Psychological Research*, 8(2): 23-74.
- Semerci, B. (2011). Çocukluk ve Gençlik Dönemimde Klinik Sendromlar, Tik Bozuklukları, Ben hasta Değilim, Ekşi, A. (Ed.), Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 219-226.
- Sharrer, V.W. and Ryan-Wenger, N.A. (2002). School-age Children's Self-Reported Stress Symptoms, *Pediatric Nursing*, January-February, 28(1): 21-27.
- Silverstein, J., Klingensmith, G., Copeland, K., Plotnick, L., Kaufman, F., Laffel, L., Deeb, L., Grey, M., Anderson, B., Holzmeister, L.A. and Clark, N. (2005). Care of Children and Adolescents With Type 1 Diabetes, *Diabetes Care*, January, 28(1): 186-212.
- Spratt, E.G. (2006) Somatoform Bozukluk, Somatizasyon, (<http://emedicine.medscape.com/article/918628-overview>), Erişim Tarihi: 18.11.2011.
- Suzuki, L.K. and Kato, P.M. (2003). Psychosocial Support for Patients in Pediatric Oncology: The Influences of Parents, Schools, Peers, and Technology, *Journal of Pediatric Oncology Nursing* July, 20(4): 159-174.
- Şahin, N. (2010). Tıp I Diyabetes Mellitus Tanılı Ergenlerde Psikopatoloji Yaşam Kalitesi ve Ebeveyn Tutumlarının Değerlendirilmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Kayseri.
- Şehirli, N. (2007). Çocuk Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği'nin Geliştirilmesi ve Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Şimşek, Ö.F. (2007). Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş Temel İlkeler ve LISREL Uygulamaları, Cem web Ofset, Ankara.
- Tezbaşaran, A.A. (1997). Likert Tipi Ölçek Hazırlama Kılavuzu, 2. Baskı, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara.
- Tezbaşaran, A.A. (2008). Likert Tipi Ölçek Hazırlama Kılavuzu, Üçüncü Sürüm, e-Kitap, Mersin.
- Theofanidis, D. (2007). Chronic Illness in Childhood: Psychosocial Adaptation And Family, *Health Science Journal*, April-June, 1(2), (http://www.hsj.gr/volume1/issue2/issue02_rev01.pdf), Erişim Tarihi: 02.02.2011.

- Toros, F., Tot, Ş. ve Düzovalı, Ö. (2002). Kronik Hastalığı Olan Çocuklar, Anne ve Babalarındaki Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri, *Klinik Psikiyatri*, 5: 240-247.
- TÜİK (2011). İstatistiklerle Türkiye, Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara.
- Tüzün, Ü. (2000). Çocuk Psikiyatrisinde Konsültasyon, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Ders Kitabı, Polvan, Ö. (Ed.), Nobel Tıp Kitabevleri, 1. Baskı, İstanbul, 206-211.
- Wissow, L.S., Larson, S., Anderson, J. and Hadjiisky, E. (2005). Pediatric Residents' Responses That Discourage Discussion of Psychosocial Problems in Primary Care, *Pediatrics*, 111(6): 1569-1577.
- Yavuzer, H. (2004). Eğitim ve Gelişim Özellikleri İle Okul Çağı Çocuğu, 10. Basım, Remzi Kitapevi, İstanbul.
- Yeo, M.S.M. and Sawyer, S.M. (2009). Psychosocial Assessment for Adolescents and Young Adults with Cancer, *Cancer Forum*, March, 33(1).
- Yıldız, S. (2006). Acile Başvuran Çocuk ve Aileye Psikososyal Yaklaşım, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(3): 69-77.
- Yurdağül, H. (2005). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliği için Kapsam Geçerlik İndekslerinin Kullanılması, XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi, Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi, 28-30 Eylül, Denizli.
- Zengerle-Levy, K. (2006). Nursing the Child Who is Alone in the Hospital, *Pediatric Nursing*, May-June, 32(3): 226-237.

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. Çocuğun birlikte yaşadığı kişiler**
Anne:
Baba:
Kardeşler:
Büyükanne-Büyükbaba:
Diğerleri:
- 18. Kardeş sayısı (kendisi hariç):**
- 19. Ailenin kaçınıcı çocuğu:**

B. Hastalık Özellikleri

- 20. Hastalığın tanısı:**
- 21. Hastalığın süresi:**
- 22. Şikayetleri en son ne zaman
başladı:**
- 23. Hastaneye yatışının kaçınıcı günü:
.....**
- 24. Hastaneye yatma deneyimi
İlk kez:
2 ve daha fazla:**
- 25. Sık hastalık geçirme öyküsü (idrar
yolu enfeksiyonu, bronşit vb.):
.....**

EK-2
HASTANEDE YATAN ÇOCUKLAR İÇİN
PSİKOSOSYAL SEMPTOMLARI TANILAMA ÖLÇEĞİ
MADDE HAVUZU

1	Hastalığı ile ilgili sürekli ve ısrarlı olarak sorular soruyor.
2	İyileşemeyeceğini söylüyor.
3	Hastanede yatmayı istemediğini söylüyor.
4	Hiçbir işlem yapılmasını istemiyor, yapılan işlemlere aşırı tepki gösteriyor.
5	Üzgün ve mutsuz görünüyor.
6	Çevresiyle çok az ilgileniyor.
7	Huzursuz, yerinde duramıyor.
8	Sinirli ve kızgın görünüyor.
9	Dikkatini bir konuya yoğunlaştırmakta zorlanıyor.
10	Annesiyle eskisine göre daha fazla zaman geçirmek istiyor.
11	Enerjisi azalmış ve yorgun görünüyor.
12	Kendi yaşından daha küçük yaştaki biri gibi davranıyor.
13	Uyumakta güçlük çekiyor.
14	Sürekli uyumak istiyor.
15	Korkulu ve kaygılı görünüyor.
16	Sık sık ağrıdan yakınıyor.
17	Yaşamın çok anlamsız olduğunu söylüyor.
18	Ölmek istediğini söylüyor.
19	Anne babasının yanından ayrılmak istemiyor, onlara çok bağımlı.
20	Çok ağlıyor.
21	Kişisel eşyalarına zarar veriyor.
22	İştahsız, günlük gereksiniminden daha az yemek yiyor.
23	Diğer çocuklarla geçinmiyor, tartışıyor.
24	Konuşmak istemiyor, duygularını gizliyor.
25	Kimsenin onu sevmediğini söylüyor.
26	Başkalarının ona zarar vereceğini, kötülük yapacağını düşündüğünü söylüyor.
27	Kişisel bakımı ile hiç ilgilenmiyor. (Yapabilecekken saçını taramıyor, aynaya bakmıyor...vb)
28	Yalan söylüyor.

29	Tırnaklarını yiyor.
30	Parmak emiyor.
31	Gece kabuslar görüyor.
32	Kendini suçlu hissettiğini söylüyor.
33	Cinsel organıyla çok fazla oynuyor.
34	Gereksiz yere bağıırıp, çağırıyor.
35	Sıkılğan ve utangaç görünüyor.
36	Boş gözlerle uzun uzun bakıyor.
37	Duyguları çabuk değişiyor.
38	Küfürlü ve açık saçık konuşuyor.
39	Öfke nöbetleri var, çok çabuk öfkeleniyor.
40	Gündüz altını ıslatıyor.
41	Gece altını ıslatıyor.
42	Hemşireler ve diğer çalışanlarla iletişim kurmuyor.
43	Yalnız uyumayı reddediyor.
44	Eşyalarını, oyuncaklarını paylaşmak istemiyor.
45	Konuşurken gözlerini kaçırıyor.
46	Öfkelenendiğinde çevresindekileri ısııyor, onlara zarar veriyor.
47	Duygularını kolay ifade edemiyor.
48	Bütün gününü yatakta yatarak geçiriyor.
49	Yalnızlıktan şikayet ediyor.
50	Dikkat çekmeye çalışıyor.
51	İnatlaşıyor.
52	Kendini beğenmediğini söylüyor.
53	Tedaviyi reddediyor.
54	Hastalığından bir başkasını sorumlu tutuyor.
55	Söz dinlemiyor.

EK-3**HASTANEDE YATAN ÇOCUKLAR İÇİN
PSİKOSOSYAL SEMPTOMLARI TANILAMA (TASLAK) ÖLÇEĞİ**

		Hiçbir zaman (0)	Bazen (1)	Sık sık (2)
1	Hastalığı ile ilgili sürekli ve ısrarlı olarak sorular soruyor.			
2	İyileşemeyeceğini söylüyor.			
3	Hastanede yatmak istemiyor, gidelim diyor.			
4	Hiçbir işlem yapılmasını istemiyor, yapılan işlemlere aşırı tepki gösteriyor.			
5	Üzgün görünüyor.			
6	Mutsuz görünüyor.			
7	Çevresiyle ilgilenmiyor.			
8	Huzursuz.			
9	Çok hareketli, yerinde duramıyor.			
10	Sinirli ve kızgın görünüyor.			
11	Dikkatini bir konuya yoğunlaştırmakta zorlanıyor.			
12	Annesiyle eskisine göre daha fazla zaman geçirmek istiyor.			
13	Enerjisi azalmış ve yorgun görünüyor.			
14	Kendi yaşından daha küçük yaştaki biri gibi davranıyor.			
15	Uyumakta güçlük çekiyor.			
16	Sürekli uyumak istiyor.			
17	Korkulu ve kaygılı görünüyor.			
18	Sık sık ağrıdan yakınıyor.			
19	Yaşamın çok anlamsız olduğunu söylüyor.			
20	Ölmek istediğini söylüyor.			
21	Anne babasının yanından ayrılmak istemiyor, onlara çok bağımlı.			
22	Çok ağlıyor.			
23	Eşyalara zarar veriyor, fırlatıp atıyor.			
24	İştahsız, günlük gereksiniminden daha az yemek yiyor.			
25	Diğer çocuklarla geçinmiyor, tartışıyor.			
26	Kimseyle konuşmak istemiyor.			
27	Kimsenin onu sevmediğini söylüyor.			

28	Bedensel olarak zarar göreceğinden korkuyor, kaçıyor.			
29	Kişisel bakımı ile hiç ilgilenmiyor. (Yapabilecekken saçını taramıyor, aynaya bakmıyor...vb.)			
30	Yalan söylüyor.			
31	Tırnaklarını yiyor.			
32	Parmak emiyor.			
33	Gece kabuslar görüyor.			
34	Kendini suçluyor, yanlış bir şey yaptığı için hastalandığını düşünüyor. (Annesinin sözünü dinlemediği için, kardeşine kötü davrandığı için...vb.)			
35	Cinsel organıyla çok fazla oynuyor.			
36	Gereksiz yere bağırıp, çağırıyor.			
37	Sıkılğan ve utangaç görünüyor.			
38	Boş gözlerle uzun uzun bakıyor.			
39	Duyguları çabuk değişiyor.			
40	Küfürlü ve açık saçık konuşuyor.			
41	Öfke nöbetleri var, çok çabuk öfkeleniyor.			
42	Gündüz altını ıslatıyor.			
43	Gece altını ıslatıyor.			
44	Hemşireler ve diğer çalışanlarla iletişim kurmuyor.			
45	Yalnız uyumayı reddediyor.			
46	Eşyalarını, oyuncaklarını paylaşmak istemiyor.			
47	Konuşurken gözlerini kaçırıyor.			
48	Öfkelendiğinde çevresindekileri ısırtıyor, onlara zarar veriyor.			
49	Duygularını kolay ifade edemiyor.			
50	Bütün gününü yatakta yatarak geçiriyor.			
51	Yalnızlıktan şikayet ediyor.			
52	Dikkat çekmeye çalışıyor.			
53	İnatlaşıyor.			
54	Kendini beğenmediğini söylüyor.			
55	Tedaviyi reddediyor.			
56	Hastalığından bir başkasını sorumlu tutuyor.			
57	Söz dinlemiyor.			

EK-4**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.			

EK-5

GÖRÜŞLERİNE BAŞVURULAN UZMANLAR

Kapsam Geçerliği İçin;

Prof. Dr. Selma Doğan	Maltepe Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul
Prof. Dr. Zümrüt Başbakkal	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Doç. Dr. Nazmiye Kocaman	İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı
Doç. Dr. Ayşe Okanlı	Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Doç. Dr. Duygu Arıkan	Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yrd. Doç. Dr. Emine Altun	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yrd. Doç. Dr. Mine Ekinci	Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Türk Dili ve Yazım Kuralları İçin;

Yrd. Doç. Dr. Ahmet Demirtaş	Kilis 7 Aralık Üniversitesi, Muallim Rıfat Eğitim Fakültesi, Türkçe Eğitimi Anabilim Dalı
Yrd. Doç. Dr. Sevil İnal	İstanbul Üniversitesi, Bakırköy Sağlık Yüksekokulu

Ölçeğin Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri İçin;

Yrd. Doç. Dr. Saniye Çimen	Mevlana Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Yüksekokulu
----------------------------	---

EK-6

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'NÜN İZİN YAZISI

T.C.
GAZİANTEP VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



SAYI : B1041SM4270009- *273/25493*
KONU : Yüksek Lisans Tez Çalışma İzni.

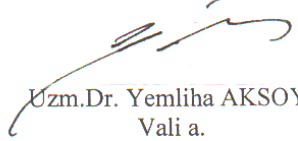
22/09/2011

ŞEHİTKAMİL KAYMAKAMLIĞINA
Toplum Sağlığı Merkezi
(Çocuk Hastanesi Başhekimliği)

İlgi: Cumhuriyet Üniv. Sağ. Bil.Enstitüsünün 25/08/2011 tarihli ve 1655/3049 sayılı yazıları

İlgi sayılı yazıya istinaden; Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Gonca ÜSTÜN'nün "Hastanenizde Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeğinin Geliştirilmesi, Gerçek ve Güvenirlik Çalışması" başlıklı yüksek lisans tezi ile ilgili anket çalışmasını, 01 Temmuz 2011 – 31 Aralık 2011 tarihleri arasında yapılabilmesi için ilgi sayılı yazıları ile izin istenmektedir. İlgi yazı ve ekleri ilişikte gönderilmiştir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.


Uzm.Dr. Yemliha AKSOY
Vali a.
İl Sağlık Müdür V. *7*

Ek:
Yazı ve ekleri (6 Sayfa).

19 /09/2011 Eğt.Şb.Mem. : N. POLAT *NP*
19 /09/2011 Eğt.Şb.Şefi : Zeynep TİKE *ZT*
.... /09/2011 Eğt.Şb.Müd. : Mehmet BİLGİN *MB*
19 /09/2011 İl Sağ.Müd.Yrd. : Dr.Gökhan ÜRKMEZ *GU*

Tepe başı Mahallesi 27010 GAZİANTEP Ayrıntılı bilgi için irtibat:
Telefon: (0342) 220 96 14 Faks: (0342) 220 35 41 Eğitim Şube Müdürlüğü
e- posta: egitim@gaziantepsaglik.gov.tr Elektronik ağ: www.gaziantep.saglik.gov.tr

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı	Gonca Üstün
Doğum Yeri ve Tarihi	Bakırköy, 08/01/1988
Medeni Hali	Bekar
Yabancı Dil	İngilizce
İletişim Adresi	Kilis 7 Aralık Üniversitesi, Yusuf Şerefoğlu Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, 79000-Kilis
E-posta Adresi	gonca_ustun@hotmail.com

Eğitim ve Akademik Durumu

Lise	19 Mayıs Balıca 60. Yıl Çok Programlı Lisesi, 2004
Lisans	Ondokuz Mayıs Üniversitesi, 2008
Yüksek Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi, 2012

İş Tecrübesi

Türk Kızılayı Samsun Tıp Merkezi	Hemşire, Temmuz-Ekim 2008
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi	Hemşire, 2008-2011
Kilis 7 Aralık Üniversitesi Yusuf Şerefoğlu Sağlık Yüksekokulu	Araştırma Görevlisi, 2011-...

Üyelikler

Türk Hemşireler Derneği	2009
Psikiyatri Hemşireleri Derneği	2010