

T.C.

OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HİPOSPADİAS NEDENİYLE CERRAHİ GİRİŞİM  
PLANLANAN ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNE  
UYGULANAN PLANLI EĞİTİMİN ANKSİYETE  
DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Selda BAYCULAR

TEZ DANIŞMANI

Yrd. Doç. Dr. Gülzade UYSAL

İSTANBUL, 2017



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

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HİPOSPADİAS NEDENİYLE CERRAHİ GİRİŞİM  
PLANLANAN ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNE  
UYGULANAN PLANLI EĞİTİMİN ANKSİYETE  
DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

**Selda BAYCULAR**

**14203800**

**TEZ DANIŞMANI**

**Yrd. Doç. Dr. Gülzade UYSAL**

**İSTANBUL, 2017**

T.C  
OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Belirtilecek açıklamalar için ayrılan yerlerin yeterli olmaması durumunda formun arka yüzü veya ek bir kâğıt da kullanılabilir.

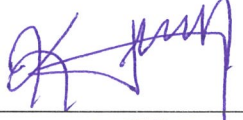
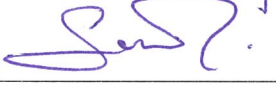

Y Ü K S E K L İ S A N S  
T E Z O N A Y I

**ÖĞRENCİNİN**

Adı ve Soyadı : Selda BAYCULAR Öğrenci No : 142038004  
Anabilim/Bilim Dalı : Hemşirelik Tez Savunma Tarihi : 23.11.2017  
Danışman : Yrd.Doç.Dr.Gülzade UYSAL Tez Savunma Saati :10.00

Tez Konusu : "Hipospadias Nedeniyle Cerrahi Girişim Planlanan Çocukların Ebeveynlerine Uygulanan Eğitimin Anksiyete Düzeylerine Etkisi"

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 33.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin Kabulü'ne OYBİRLİĞİ / ~~OYÇOKLUĞUYLA~~ karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Yrd. Doç. Dr. K. Derya Beydağ	Kabul	
Yrd. Doç. Dr. Gülzade Uysal	Kabul	
Yrd. Doç. Dr. Özlem Avcı (Medipol Ün)	Kabul	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Yrd. Doç. Dr. İlknur Çalışna		



## ÖZET

Bu araştırma hipospadias tanısı konmuş ve cerrahi operasyon geçirecek olan çocukların ebeveynlerinin ameliyat öncesi anksiyete düzeylerini belirlemek ve ailelere uygulanan planlı eğitimin anksiyete üzerindeki etkisini ölçmek amacıyla deneysel olarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırmaya katılan girişim ve kontrol grubundaki ebeveynler ile hipospadiastan operasyon geçirecek olan çocuklarının tanıtıcı özellikleri, hastaneye yatma ve operasyon deneyimlerine ilişkin değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ). Girişim grubundaki ebeveynlerin durumluluk kaygı puan ortalaması ilk ölçümde  $36,088\pm3,938$ , ikinci ölçümde  $35,965\pm4,022$  ve üçüncü ölçümde ise  $34,965\pm5,342$  olduğu belirlenmiştir. Ebeveynlerin hipospadiasla ilgili eğitim sonrasında durumluluk kaygı puanlarının düştüğü ve ölçümler arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ). Kontrol grubundaki ebeveynlerin durumluluk kaygı puan ortalaması birinci ölçümde  $35,918\pm3,985$ , ikinci ölçümde  $34,984\pm3,398$  ve cerrahi girişimden önce değerlendirilen üçüncü ölçümde ise  $36,082\pm4,554$  olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda son ölçümde durumluluk kaygı puanının yüksek olduğu ve ölçümler arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Hipospadias ile ilgili planlı eğitim uygulanan girişim grubunun son test puanında anlamlı bir yükselme ( $p<0,05$ ) olduğu; kontrol grubunda ise ön test, son test puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ( $p>0,05$ ) belirlendi.

Sonuç olarak; çocuğu hipospadias ameliyatı olacak ebeveynlere uygulanan planlı eğitimin ebeveynlerin bilgi düzeylerini artırdığı ve durumluluk anksiyete düzeylerini düşürdüğü belirlenmiştir.

**Anahtar kelimeler:** Hipospadias, Ebeveyn, Eğitim, Kaygı.

## ABSTRACT

### THE EFFECTS OF PLANNED EDUCATION ANNOTATION LEVELS APPLIED TO PARENTS OF CHILDREN PLANNED FOR HYPOSPADIAS SURGICAL INTERVENTION

This research has been performed experimentally to determine the preoperative anxiety levels of parents whose children have been diagnosed with hypospadias and will undergo surgery, and to measure the effect of planned education applied to the parents, on anxiety .

There was no statistically significant difference between the explanatory characteristics of the parents in the study in the experimental and control group and the children who will undergo hypospadias operation, and the variables related to parents' hospitalization and operation experiences ( $p > 0,05$ ). The state anxiety point average of the parents in the intervention group was determined as  $36,088 \pm 3,938$  at first measurement,  $35,965 \pm 4,022$  at second measurement and  $34,965 \pm 5,342$  at third measurement. It was determined that the parents had a lower level of state anxiety scores after the training on hypospadias and that the difference between the measurements was statistically significant ( $p < 0,05$ ). The state anxiety point average of the parents in the control group was determined as  $35,918 \pm 3,985$  at first measurement,  $34,984 \pm 3,398$  at second measurement and at the third measurement evaluated before the preoperation  $36,082 \pm 4,554$ . In the control group, it was determined that the state anxiety score was higher and the difference between the measurements was statistically significant ( $p < 0,05$ ) in the final measurement. There was a significant increase ( $p < 0,05$ ) in the final test score of the intervention group applied the planned training on hypospadias, in the control group, the difference between pre-test and post-test scores was not statistically significant ( $p > 0.05$ ).

As a result; it has been determined that the planned education applied to parents whose children will have hypospadias surgery increases the knowledge level of parents and decreases the level of state anxiety.

**Key words:** Hypospadias, Parent, Education, Anxiety.

## ÖNSÖZ

Bu çalışma, hipospadias tanısı konmuş/alınmış ve cerrahi operasyon geçirecek olan çocukların ebeveynlerinin ameliyat öncesi anksiyete düzeylerini belirlemek, eğitim uygulamak ve uygulanan eğitimin anksiyete üzerindeki etkisini ölçmek amacıyla planlanmıştır.

Lisansüstü Eğitim sürecim ve tez çalışmalarım boyunca desteğini esirgemeyen çok değerli danışmanım Yrd. Doç. Dr. Gülzade UYSAL'a,

Okul hayatım ve tez çalışmam aşamasında beni sabırla dinleyen ve her zaman yanımda olan babam İsmail BAYCULAR ve annem Şenay BAYCULAR'a,

Tez çalışmam sırasında benden hiç desteğini esirgemeyen, bana sabırla tahammül eden arkadaşlarım Melek AYTEKİN ve İlknur ERTÖR'e sonsuz teşekkürler.

Tez çalışmam sırasında bana desteklerini ve yardımlarını esirgemeyen Çocuk Cerrahi AD'ında özveriyle çalışan hemşire ve doktor arkadaşlarıma sonsuz teşekkürler.

## BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

*Selda BAYCULAR*



# İÇİNDEKİLER

## SAYFA NO

TEZ ONAY SAYFASI .....	ii
ÖZET .....	iii
ABSTRACT.....	iv
ÖNSÖZ .....	iv
BEYAN .....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar LİSTESİ .....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	xii
KISALTMALAR DİZİNİ .....	xiii
1. GİRİŞ .....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Hipospadiasla İlgili Genel Bilgiler.....	3
2.1.1.Hipospadias .....	3
2.1.2.Embriyolojisi .....	3
2.1.3.Epidemiyolojisi.....	4
2.1.4.Sınıflaması .....	4
2.1.5.Etiyolojisi .....	5

2.1.6.Kliniği.....	7
2.1.7.Eşlik Eden Anomaliler.....	8
2.1.8.Tanısı.....	8
2.1.9.Tedavisi .....	8
2.2. Anksiyete ve Ebeveynler için Hemşirelik Yaklaşımına İlişkin Genel Bilgiler .....	9
2.2.1. Anksiyete .....	9
2.2.2. Ebeveynlerin Anksiyete Düzeyleri .....	11
2.2.2.1. Pre-Operatif Anksiyete.....	11
2.2.2.2. Cerrahi ile İlgili Anksiyete .....	14
2.2.2.3. Anestezi ile İlgili Anksiyete .....	15
2.2.2.4. Ameliyat Öncesi Psikolojik Hazırlanma .....	16
2.2.3. Ebeveynlerin Anksiyete Düzeylerine Planlı Eğitimin Etkisi .....	18
2.2.4. Çocuk Cerrahisinde Hemşirelik Girişimleri .....	20
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	23
3.1. Araştırmanın Tipi ve Tasarımı.....	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri .....	24
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	24
3.4. Verilerin Toplanması.....	25
3.4.1. Veri Toplama Araçları .....	25
3.4.2. Veri Toplama Aracının Ön Uygulaması.....	30

<b>3.5. Verilerin İstatistiksel Analizi .....</b>	<b>30</b>
<b>3.6. Araştırmanın Etik Boyutu .....</b>	<b>31</b>
<b>3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları .....</b>	<b>31</b>
<b>3.8. Araştırmanın Hipotezleri .....</b>	<b>31</b>
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>32</b>
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>60</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>68</b>
<b>6.1. Sonuçlar .....</b>	<b>68</b>
<b>6.2. Öneriler .....</b>	<b>72</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>73</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>93</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>115</b>

## TABLULAR LİSTESİ

SAYFA NO:

<b>Tablo 1. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özellikleri .....</b>	<b>32</b>
<b>Tablo 2. Hipospadiaslı Çocukların Tanıtıcı Özellikleri .....</b>	<b>34</b>
<b>Tablo 3. Ebeveynlerin Hastalık Deneyimine İlişkin Özellikleri .....</b>	<b>36</b>
<b>Tablo 4. Girişim ve Kontrol Grubundaki Ebeveynlerin Durumluluk Kaygı Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması.....</b>	<b>38</b>
<b>Tablo 5. Girişim ve Kontrol Grubundaki Ebeveynlerin 1. ve 2. Ölçüm Durumluluk Kaygı Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması .....</b>	<b>39</b>
<b>Tablo 6. Girişim ve Kontrol Grubundaki Ebeveynlerin 2. ve 3. Ölçüm Durumluluk Kaygı Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması .....</b>	<b>40</b>
<b>Tablo 7. Girişim ve Kontrol Grubundaki Ebeveynlerin 1. ve 3. Ölçüm Durumluluk Kaygı Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması .....</b>	<b>41</b>
<b>Tablo 8. Girişim ve Kontrol Grubundaki Ebeveynlerin Hipospadias Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması .....</b>	<b>42</b>
<b>Tablo 9. Girişim Grubundaki Ebeveynlerin Durumluluk Kaygı Puan Ortalamalarının Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması .....</b>	<b>43</b>
<b>Tablo 10. Girişim Grubundaki Ebeveynlerin Hipospadias Bilgi Puanlarının Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması .....</b>	<b>45</b>
<b>Tablo 11. Girişim Grubundaki Ebeveynlerin Durumluluk Kaygı Puan Ortalamalarının Çocuklarının Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması .....</b>	<b>47</b>
<b>Tablo 12. Girişim Grubundaki Ebeveynlerin Hipospadias Bilgi Puanlarının Çocukların Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması .....</b>	<b>48</b>



<b>Tablo 13. Girişim Grubundaki Ebeveynlerin Durumluluk Kaygı Puan Ortalamalarının Ebeveynin Hastalık Deneyimine İlişkin Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması.....</b>	<b>49</b>
<b>Tablo 14. Girişim Grubundaki Ebeveynlerin Hipospadias Bilgi Puanlarının Ebeveynin Hastalık Deneyimine İlişkin Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması..</b>	<b>50</b>
<b>Tablo 15. Kontrol Grubundaki Ebeveynlerin Durumluluk Kaygı Puan Ortalamalarının Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması .....</b>	<b>51</b>
<b>Tablo 16. Kontrol Grubundaki Ebeveynlerin Hipospadias Bilgi Puanlarının Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması .....</b>	<b>53</b>
<b>Tablo 17. Kontrol Grubundaki Ebeveynlerin Durumluluk Kaygı Puan Ortalamalarının Çocukların Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması.....</b>	<b>55</b>
<b>Tablo 18. Kontrol Grubundaki Ebeveynlerin Hipospadias Bilgi Puanlarının Çocukların Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması .....</b>	<b>56</b>
<b>Tablo 19. Kontrol Grubundaki Ebeveynlerin Durumluluk Kaygı Puan Ortalamalarının Hastalık Deneyimlerine İlişkin Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması.....</b>	<b>57</b>
<b>Tablo 20. Kontrol Grubundaki Ebeveynlerin Hipospadias Bilgi Puanlarının Hastalık Deneyimlerine İlişkin Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması .....</b>	<b>58</b>

# ŞEKİLLER LİSTESİ

SAYFA NO:

- Şekil 1. Üretral Meatusun Lokalizasyonuna Göre Hipospadias Sınıflaması ..... 5
- Şekil 2. Araştırmanın Yapılma Yöntemiyle İlgili Grafik ..... 23
- Şekil 3. Ebeveynlerin Hipospadias Bilgi Puanlarına İlişkin Diyagram ..... 42



## KISALTMALAR DİZİNİ

<b>CDC</b>	: Ulusal Kontrol ve Önlem Merkezi
<b>MAGPİ</b>	: Meatoplasti ve Glanuloplasti Birleştirme
<b>MATHIEU</b>	: Periferal Temelli Flap Üretroplastisi
<b>Ss</b>	: Standart sapma
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for Social Sciences
<b>SNODPI</b>	: TIPU ve MAGPİ karışımı olan metod
<b>TIPU</b>	: Tübularize İnsize Plak Ürotraplastisi
$\bar{x}$	: Ortalama
<b>%</b>	: Yüzde

## 1. GİRİŞ

Hipospadias, en yaygın konjenital anomalilerden olup; perineden glansa uzanan üretral kıvrımların birleşmemesi sonucu, anterior üretranın tam olmayan gelişimi nedeniyle ortaya çıkan ventral penis bozukluğudur (1, 2). Coğrafi, çevresel ya da genetik farklılıklar bu anomalinin görülme sıklığını doğrudan etkileyen faktörler arasındadır (3).

Dünya tarihinde hipospadiasın tanımı ve tedavisi, milattan önceki yıllara kadar uzanmaktadır (4). Tedavisi için çok sayıda cerrahi teknik tanımlanmasına rağmen henüz ortak bir görüş yoktur. Birçok başarılı cerrahi tedavi yöntemine rağmen ameliyat sonrası ürokütanöz fistül, meatal stenoz, meatal çökme, yara ayrışması, enfeksiyon, kanama, üretral striktür, üretral divertikül ve tüp kaybı gibi komplikasyon riski bulunmaktadır (5,6). Mevcut tanı, tedavinin komplikasyonları ve evde bakımda bilinmezlik gibi nedenlerle ebeveynler anksiyete yaşayabilmektedir.

Anksiyete herkes tarafından zaman zaman yaşanan korkuya benzer bir duygudur. Duygulanımda kaygı yönünde artış olması ile karakterizedir (7). Anksiyete, bilinmeyene karşı duyulan korku, ölüm korkusu, kontrol kaybı, ağrı, izole edilme, sevdiklerinden ayrılma ve sosyal yaşamdan uzaklaşma gibi farklı nedenlere bağlı olarak gelişebilmektedir (8).

Ailede çocuğun hasta olması, hastaneye yatması ve ameliyat planı gibi durumlar ebeveynleri olumsuz yönde etkileyerek anksiyete ve endişelerini arttırmaktadır. Cerrahi girişimler hayat kurtaran, acıyı azaltan bir tedavi olmakla birlikte; fiziksel tehdit oluşturarak anksiyete, korku, yetersizlik, çaresizlik, regresyon gibi tepkiler görülmesine de neden olabilmektedir (1).

Sağlıktan sapma durumunda ortaya çıkabilen anksiyete, özellikle ameliyat kararı alınmış olan çocukların ebeveynlerinde daha fazla hissedilmektedir. Çocuğu ameliyat olacak ebeveynlerde en sık görülen durum anksiyete ve suçluluk duygusudur (9,10).

Hipospadias onarımı ise çocuğun psikososyal gelişmesinin fallik dönemine denk geleceği içinde özel bir önem taşımaktadır. Bu nedenle ameliyat planlanırken genel reaksiyonlarla birlikte genital organlara ait planlı cerrahi için psikolojik anlamda en az zararlı dönem belirlenmelidir (11).

Hipospadias cerrahisi çocuk ve ailesi için psikolojik açıdan travmatik etkileri fazladır. Hipospadiaslı çocukları olduğunu öğrenen ebeveynler bu anomaliyi çocuklarının erkekliğini tehdit eden bir durum olarak algılamakta ve doğumsal bir anomali olduğu için kendilelerini suçlu hissedebilmektedir. Bu nedenlerden dolayı hastalık hakkında yakın çevresi ya da sağlık çalışanları ile konuşmaktan çekinebilirler. Hemşire ebeveynlere hastalık hakkında konuşma fırsatı yaratmalı ve onları cesaretlendirmelidir (1).

Hastaneye yatış ve ameliyathanede olma gibi fiziksel kısıtlılıklar, hipospadiaslı çocuğun anksiyetesini artırmaktadır. Bununla birlikte ebeveynin yaşadığı anksiyete çocuklarında yansımaktadır. Bu nedenle sadece ameliyat olması planlanan çocuklara değil, onların ebeveynlerine de yeterli ve uygun bilgilendirme yapılması, bilinmezliği azaltarak anksiyete düzeyini düşürmeye yardımcı olabilmektedir. Bununla birlikte ebeveynlerin çocuklarının hastalık ve hastaneye yatma gibi durumlarda yaşadıkları anksiyetenin somut olarak ölçülmesi de önemlidir (12).

Bu araştırma hipospadias nedeniyle cerrahi girişim planlanan çocukların ebeveynlerine uygulanan planlı eğitimin anksiyete düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Hipospadiasla İlgili Genel Bilgiler**

Bu bölümde Hipospadiasın tanımı, sınıflaması, epidemiyolojisi, etiyolojisi, embriyolojisi, anatomisi, kliniği, tanısı, tedavisi ve hipospadias ile birlikte görülen anomalilere yer verilmiştir.

#### **2.1.1. Hipospadias**

Hipospadias kelimesi tıbbi terminoloji açısından kökenlerini Yunanca'dan almış olup, hypo ve spadon kelimelerinin bir araya gelmesi ile oluşmuştur (2, 13). Hipospadias perineden glansa uzanan üretral kıvrımların birleşmemesi sonucu oluşan penisin en yaygın konjenital anomalisi olarak tanımlanmaktadır (2, 14-16). Hipospadias sık görülmesinin yanı sıra neden olduğu işlevsel ve beden imajında bozulma nedeniyle de önemli bir anomali olarak ele alınmaktadır (17, 18).

Hipospadiaslı çocuklarda; ön kısımda sünnet derisi tam olarak gelişmemekte ve dolayısıyla sünnet derisi penisin sadece arka kısmında yer almaktadır. Bu görünümünden dolayı hipospadias halk arasında; peygamber sünnetli, doğuştan sünnetli ya da yarım sünnetli gibi de tanımlanmaktadır (19).

#### **2.1.2. Embriyolojisi**

Gebeliğin dördüncü haftasında kloakal kıvrımların birleşimi ile genital tüberkül belirir. Altıncı haftada kloakal kıvrımlar; önde üretral kıvrıma, arkada anal kıvrıma bölünür (17). Erkek cinsiyette dış genital ayırım gebeliğin 7. haftasından başlar ve 16-17 haftada tamamlanır. Bundan önce 4. ve 7. haftalarda, mesoderm mezenşimal, genital tüberkül oluşturmak üzere kloakal zarın kafa kısmına göç eder. Kloak zarının kendisi endoderm ve ektoderm olmak üzere iki katmandan meydana gelir. Kloakal zarın kaudal kısmı ürogenital kıvrımlara dönüşür. Bu yapılar hem erkeklerde hem de kadınlarda dış genital organların öncüsüdür (20).

Dışsal erkek genital organının bu oluşumu; genetik programlama, hücre farklılaşması, hormonal sinyalizasyon, enzim aktivitesi ve doku yenilemesini içeren

karmaşık bir gelişimsel süreçtir (21). Üretral yaprakların ventral yüzeyde koronaya kadar penis shaftı boyunca birleşmesiyle üretra oluşur. Bu birleşmenin değişik aşamalarda duraksamaya uğraması hipospadias olgusunu ortaya çıkarır (22).

### **2.1.3. Epidemiyolojisi**

Hipospadias gibi birtakım erkek cinsel, kültürel, dinsel ya da yasal faktörler nedeniyle doğru istatistiklere ulaşmakta güçlük yaşandığı bilinmektedir (23, 24). Hipospadias erkek genital sistemin en sık karşılaşılan anomalilerindendir (24, 25).

Üretral meatusun tüm lokalizasyonları olarak hipospadiasın görülme sıklığı ortalama her canlı doğumda 1/250-300 erkek çocuktur. Distal olgulara, proksimal olgulardan daha sık rastlanmakla birlikte hipospadiasın bütün ırk ve coğrafi bölgelerde görülme sıklığının benzer olduğu bilinmektedir (17, 26, 27).

Ülkemizdeki yapılan çalışmalar incelendiğinde görülme sıklığının %0,32-%0,83 olduğu bildirilmiştir (28-35). Dünya’da hipospadias görülme sıklığına ilişkin yapılan çalışmalar incelendiğinde birçok farklı faktörün etkilediği görülmektedir. Yapılan bir çalışmada beyaz ırkta siyah ırka göre daha sık görüldüğü; Asya ve İspanyollar arasında en düşük düzeyde olduğu bildirilmiştir (36). Brezilya’da yapılmış bir diğer çalışmada görülme sıklığının her 565 canlı erkek doğumunda 1 görüldüğü belirtilmiştir (37).

Son 40 yıldır hipospadias sıklığının arttığına dair raporlar yayınlanmaktadır. Bununla birlikte bu durumun gerçek bir artış olmayabileceği, anomalinin daha fazla bilinmesi ve daha sağlıklı kayıtlar tutuluyor olmasından kaynaklandığı da düşünülmektedir (17, 26, 38). Hipospadias sıklığının arttığına dair ABD’de yayınlanan Ulusal Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi’nin (CDC) raporunda önceki 25-30 yıllık dönemde hipospadias sıklığına da 3-5 kat artış olduğu belirlenmiştir (26).

### **2.1.4. Sınıflaması**

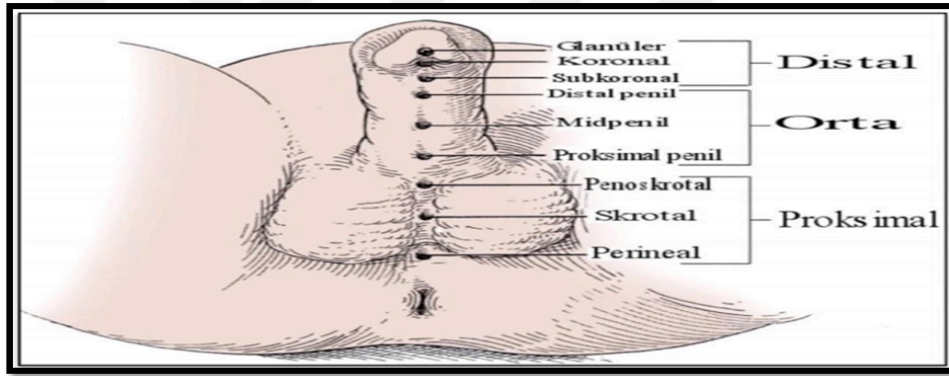
Hipospadias yerleşim yerine göre ve anomalinin durumuna göre farklı şekillerde sınıflanmaktadır. En sık kullanılan sınıflamalardan biri; Moutiquand’ın (1995) tanımladığı klasikleşmiş üçlü anomalidir. Bunlar; 1-üretral meatusun, penisin ventral yüzünden perineye kadar herhangi bir yere anormal açılması, 2-prepisyumun dorsalde

kapışon şeklinde fazla, ventralde ise eksik olması, 3-penisin özellikle ereksiyon esnasında öne doğru eğri olarak gelişmesi olarak açıklanmaktadır (15, 39).

Smith'in sınıflamasına göre ise; koronadan glansın ucuna kadar olan anormal meatus yerleşimleri birinci, subkoronal bölgeden penoskrotal birleşim yerine kadar penis gövdesi üzerindeki ikinci ve son olarak penoskrotal birleşim yerinden perineye doğru daha aşağı yerleşimli olanlar ise üçüncü derece olarak sınıflanmıştır (38, 40).

Hipospadias üretral meatusun lokalizasyonuna; göre anterior, distal, midpenil ve proksimal olarak sınıflandırılabilir (Şekil 1). Tüm olguların yaklaşık %70-80'ini distal tip hipospadias oluşturur. Hipospadias vakalarının yaklaşık %30'luk bir kısmı ise proksimal düzeyde olduğu belirtmiştir (4, 31, 41).

**Şekil 1. Üretral meatusun lokalizasyonuna göre hipospadias sınıflaması**



Kaynak: 4,31,41 numaralı kaynaklardan alınmıştır

### **2.1.5. Etiyolojisi**

Erkeklerde en yaygın konjenital defektlerden birisi olmasına rağmen, hipospadiasın etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir (42-45). Bu bağlamda hipospadiasın etiyolojisine ilişkin farklı görüşler ileri sürülmektedir. Örneğin üretral katların embriyolojik gelişim aşamasında tamamen birleşmemesi sonucu hipospadiasın ortaya çıktığı belirtilmiştir (46). Yapılan benzer bir araştırmada da hipospadiasın, gebeliğin 10-14. haftalarında üretranın gelişiminin duraklaması sonucu meydana geldiği bildirilmiştir (47).



Literatür incelendiğinde genel olarak hipospadiasın etiyolojisinde genetik, hormonal, çevresel ve maternal (32, 48-50) faktörlerin rol oynadığı belirlenmiştir.

Hipospadiaslı hastaların ancak %20'sinin nedeni bilinmekte olup büyük bir kısmının proksimal hipospadias olduğu dikkati çekmektedir. Proksimal hipospadiaslı hastalar incelendiğinde penisteki yapısal görünümünün; androjen reseptör defekti, androjen azlığı ya da androjen duyarsızlığı olan hastalardaki penisin görünümüyle benzer olduğu saptanmıştır (26).

Yapılan bir araştırmada yumurtlamayı indüklemek için kullanılan Clomifene adlı ilacın, hipospadias riskini artırdığı ifade edilmektedir (51). Buna paralel olarak önceki çalışmalarda, gebeliğin erken dönemlerinde progestinlerin anne tarafından alınmasının; artmış hipospadias riski ile ilişkili olabileceğini ileri sürmektedir (52). Hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalarda, gebelik sırasında östrojen maruziyetinin, erkek türleri arasında inmemiş testis ve hipospadias gelişmesine neden olduğunu, bazı pestisitlerin östrojenik ya da antiandrojenik özelliklere sahip olduğunu bildirmişlerdir (53).

Hipospadiasın nedenlerini; androjen metabolizması, normal olmayan hücrel sinyaller ve endokrin bozucular olmak üzere üç başlık altında incelemek mümkündür (54). Özellikle androjenler, erkek dış genital organlarının gelişimini ve büyümesini teşvik etmesi bakımından hipospadias için özellikle dikkat edilmesi gereken bir husustur (55).

Son yıllarda, hormon benzeri özelliklere sahip kimyasallar, bilimsel ve kamusal tartışmalara konu olmuştur. Erkek fetusun doğum öncesi endokrin bozuculara maruz kalmasının, hipospadias ve kriptorşidizm gibi bir dizi defektten sorumlu olabileceği hipotezi ileri sürülmüştür (56). Yine aynı şekilde endokrin değişimi olan çevresel bileşenlerin hipospadiasa neden olabileceği de ifade edilmiştir (49). Bu bakımdan endokrin bozucu özellik, kimyasalların hormonal sistemlere müdahale etme yeteneğini ifade etmekte olup, son yıllarda kayda değer bir endişe kaynağı halini almıştır (57).

Annenin vejeteryan olması, annenin işiyle ilgili olarak maruz kaldığı saç spreyi gibi endokrin bozucular ve hamilelik esnasında kullanılan folik asit takviyesi olmak

üzere bu üç farklı risk faktörünün de hipospadiasa neden olduğu söylenmektedir (58). Ayrıca saç spreyi gibi kimyasal içerikli solüsyonlara ek olarak endokrin yapıyı bozan ve özellikle tarım ilaçlarına maruz kalan gebelerin çocuklarında, bu türden anomalilerin sıklığında artış olduğunu bildiren çalışmalarda vardır (59).

Bir başka risk faktörü ise genetik yatkınlıktır. Ailede hipospadias tanısı almış bir bireyin olması doğacak olan erkek çocuğun hipospadiaslı olma ihtimalini arttırmaktadır. Hipospadias anomaliyle doğan bir çocuğa sahip ailelerde ikinci erkek çocuğunda bu anomaliyle doğma ihtimali %10-17 dir. Babasında hipospadias olanlarda ise bu oranın %7 olduğu bildirilmiştir. Hipospadiasa neden olan diğer faktörler ise;, annenin erken yaşta menstruasyon olması, anne yaşının ileri olması, baba yaşının genç olması ve annenin kokain kullanımınıdır. Hipospadiasta, annenin kullandığı doğum kontrol ilacı, tütün ve alkol kullanımı arasında ise bu zamana kadar bir ilişki bulunamamıştır (60).

Tüm bu bilgiler doğrultusunda hipospadiasın tanımlanması ile ilgili yapılan bu çalışmalar ekseninde; hipospadiasın etiyolojik açıdan çok faktörlü bir yapıya sahip olduğu ifade edilebilir (61, 62).

#### **2.1.6. Kliniği**

Hipospadiasın önemi sadece sık görülmesinden değil, aynı zamanda sebep olduğu işlevsel ve kozmetik bozukluktan da kaynaklanmaktadır (18). Bu bozukluk, psikososyal ve kozmetik sorun teşkil etmekte, proksimal olgularda oturur pozisyonda işemeye yol açmakta, belirgin kordisi olan olgularda cinsel birleşmeyi zorlaştırmaktadır. Ayrıca proksimal yerleşimli olgularda ejakülâtın vajina dışına boşalmasına neden olmakta ve normal yolla çocuk sahibi olmasını zorlaştırmaktadır (63). Yapılan bir çalışmada 56 düzeltilmemiş hipospadias olgusu incelenmiştir ve çocuk sahibi olmayı planlayan 43 hastanın 41'i başarılı olmuştur ve başarısız iki hastada ise belirgin oligospermi belirlenmiştir (64).

Hipospadiaslı olguların üretral meatusları normal yerleşim alanına çekilmeden önce sünnet edilmemeleri onarımın başarısı açısından önemlidir (1). Sünnet derisi cerrahi girişim esnasında; var olan üretral dokunun yetersiz olduğu durumlarda yeni üretra oluşturulurken greft olarak kullanılabilir. (65).

Bazı sünnet olmuş olgularda düzeltme sırasında cilt yetersiz kalmakta olup bu nedenle başka bölgeden greft alınmasında gerekebilir. Bu durum cerrahi alanın genişlemesine ve ameliyatın uzamasına neden olabilmektedir.

### **2.1.7. Eşlik Eden Anomaliler**

Hipospadiasla birlikte sıklıkla inmemiş testis, inguinal herni, imperfore anüs, myelomeningosel ve üriner traktus anomalileri eşlik edebilmektedir (65,66). Hipospadias ile beraber en sık görülen anomali inmemiş testis ve inguinal herni %7-13 sıklığında görülmektedir (38, 67). Bununla birlikte hipospadias, penil angulasyon veya kordi, daha ileri olgularda ise bifid skrotum ve genital ambiguite eşlik etmektedir (38, 68).

Konjenital kordi ve penil torsiyon, hipospadias varlığında yaygın olarak görülmekle birlikte, ortotopik pozisyonda olan meatuslu erkeklerde de görülebilir (69). Genellikle daha ciddi hipospadias tipleri daha belirgin penil kurvatur, hatta penil-skrotal deri transpozisyonu ile birlikte olma eğilimindedir (3). İlerleyen yaşlarda tedavi edilmeyen proksimal hipospadiasta fertilitate problemi gözlenmektedir (64).

### **2.1.8. Tanısı**

Dış genital anomaliler yaşamın ilk yıllarında tanı konulması ve tedavi edilmesi gereken konjenital hastalıklardır. Bu anomalilerin tanısı vücudun dış bölgesinde olduğu için fizik muayeneyle konulabilir. Hipospadiası ultrasonda gebelikte tanılamak zordur. Genellikle doğum sonrası yapılan ilk muayene de tanılanmaktadır (70).

Normal olmayan prepisyum anomalide ilk fiziksel bulgu olup detaylı muayene sonucunda meatusun büyüklüğünün iğne deliği şeklinde olduğu ve açıklığın farklı bir yerde olduğu gözlenir. Bununla birlikte penisin ereksiyon sırasında öne doğru eğildiği ve penil rafenin orta hattan uzaklaşması da tanıda önemli bulgulardandır (39, 71).

### **2.1.9. Tedavisi**

Hipospadiasın ilk cerrahi tedavisi M.Ö. 100-200 yılları arasında Heliodorand Antyl tarafından tanımlanmıştır (72). Genital deri olarak da bilinen sünnet derisininin

yetersiz olduğu hipospadiaslı hastalarda, üretra rekonstrüksiyonu için alternatif dokulara ihtiyaç vardır (73). Sağlıklı bir çocukta cerrahi onarım için ideal yaş 6 -12 ay arasındadır (74).

Hipospadias tedavisi cerrahi olup iyi bir kozmetik ve işlevsel sonuç elde edilmesi amaçlanmaktadır. Literatürde çok fazla cerrahi yöntem önerilmiş olmasına rağmen iyi onarım konusunda ortak bir görüş henüz yoktur (75-78).

Cerrahi tedavide ise komplikasyon görülme sıklığı %20-30 düzeyindedir (79). Bu nedenle cerrahi sonrası komplikasyonların en aza indirilmesi/önlenmesi açısından anomalinin tipi ve ciddiyetine göre uygun tekniğin seçilmesi önemlidir (80, 81). Hipospadiasın tedavisinde en sık tercih edilen yöntemler; Tübularize İnsize Plak Ürotroplasti (TIPU), Meatoplasti ve Glanuloplasti Birleştirme (MAGPI, SNODPI) ve Periferal Temelli Flap Üretroplasti (MATHIEU) olarak sıralanabilir (22).

## **2.2. Anksiyete ve Ebeveynler için Hemşirelik Yaklaşımına İlişkin Genel Bilgiler**

Bu bölümde anksiyete kavramı, ebeveynlerin anksiyete düzeyleri, ameliyat olacak çocuğun ebeveynlerinin anksiyetesi ve hemşirelerin ebeveynlere yaklaşımına ilişkin genel bilgiler yer almaktadır.

### **2.2.1. Anksiyete**

Anksiyeteye ilişkin en eski yazılı kanıt, Milattan Önce 3000’lerde yazılan Gılgamış Destanı’dır. Bu destanda Gılgamış, kendi ölümsüzlüğü ile ilgili endişelerini dile getirmiştir. Ortaçağda anksiyete tanrıdan korkma olarak tanımlanarak, hastalık olarak kabul edilmiştir. De la Mettrie’ nin (1748) ve Descartes’ in (1937) yaptığı çalışmalar sonucunda psikolojik bir durum olarak incelenmeye başlanmıştır (82-84) .

Anksiyete sözcüğü, sıkışma darlık anlamına gelen “angh” sözcüğünden türemiştir. Düşünsel açıdan sıkıntıya düşmek anlamına gelen Latince anxietas kelimesinden gelmektedir. Türkçe’de “bunaltı, kaygı, endişe, iç sıkıntısı veya can sıkıntısı” gibi birtakım sözcüklerle eş anlamlıdır (82, 85).

Anksiyete bireye tehlike anında uyararak, baş edebilmesi ve tedbir alması için yönlendiren bir uyarıdır. Anksiyeteyi; hoş olmayan endişe ya da kaygı hali olup, benliğin kendini tehdit altında hissettiği negatif bir durum olarak tanımlanmak mümkündür (85, 86). Başka bir tanımda ise; anksiyete bireyin kendini güvende hissetmediği durumlara karşı geliştirdiği doğal ve evrensel bir duygu olarak ifade edilmiştir (87).

Normal ve patolojik anksiyete olmak üzere iki tür anksiyete vardır. Normal anksiyete, vücudun açık bir tehlide karşı verdiği cevaptır. Burada kişinin daha önce yaşadığı deneyimler sonucu tehdidin derecesi ve önemi belirlenmektedir. Patolojik anksiyete ise; kaygıyla aynı anlamdadır. Kaygı, üzüntü, sıkıntı, korku, başarısızlık duygusu, yetersizlik, belirsizlik, suçluluk gibi duyguların en az birini içerir (88, 89).

Anksiyete bireyde birtakım psikolojik ve fizyolojik değişikliklere yol açmaktadır. Kişi belli bir tehlike algıladığı zaman, otonom sinir sistemi uyarılır. Bu yolla kan basıncı, kalp atım hızı, solunum sayısı artar, bağırsak hareketleri hızlanır, tükürük salgısı azaldığı için ağız kuruluğu meydana gelir. Kan şekeri yükselip, gözbebekleri genişler, kasların gerginliği artıp titreme meydana gelir. Dil ve yumruk sıkma ve terleme görülür. Derinin direnci arttığı için özellikle yüzde kızarıklıklar görülebilir. İnsan bedeninde oluşan bu değişiklikler kişide anksiyetenin meydana gelmesine neden olur (86, 90). Bu fizyolojik değişikliklere ek olarak anksiyete; aşırı heyecan duyma, düzgün düşünememe, karar vermede zorlanma, gerginlik, öfke, uyku bozukluğu, yorgunluk gibi değişikliklere de neden olmaktadır (86, 91). Yapılan çalışmalarda anksiyetenin artması vücutta bir takım fizyolojik ve psikolojik değişikliklere neden olmakta, bunun sonucu olarak ta hastanın iyileşmesini geciktirerek hastanede yatma süresini uzatmaktadır (92).

Anksiyete ve anksiyeteye bağlı davranış örüntülerinin hayatın herhangi bir döneminde farklı öğrenme koşulları ve yolları vasıtasıyla öğrenildiği ve giderek bireye yerleşen bir durum olduğu belirtilmektedir (93). Gerek çocukluk döneminde gerekse yetişkinlik döneminde diğer psikolojik bozuklukların birçoğuna eşlik eden ve yaygın bir psikolojik rahatsızlık olan anksiyete, daha çok yetişkinlere özgü olarak bilinmekle birlikte, çocukluk ve ergenlik dönemlerinde de görülebilmektedir (94).

### **2.2.2. Ebeveynlerin Anksiyete Düzeyleri**

Cerrahi girişimin türü ne olursa olsun, girişim kararı alınmasının bireylerde anksiyete teşkil ettiği bilinmektedir. Anksiyete yalnızca cerrahi girişim uygulanacak bireyleri değil aynı zamanda cerrahi operasyon geçirecek olan bireylerin ailelerini de etkilemektedir (95, 96).

Bir yandan çocuğun sağlık durumunun nasıl olduğu/olacağı durumu ebeveynlerin psikolojik iyi oluş hallerini etkilemekteyken, diğer yandan ebeveynlerin olay karşısındaki tutumlarında, çocuklarının ruh halini etkilemektedir. Çocuklar ebeveynlerinin davranışlarından kötü bir şeyler olduğunu/olacağını ve kendinden bir şeyler saklandığını hissederler. Ebeveynlerinin bu davranışlarından etkilenen çocuklar, kendilerince bazı olumsuz düşüncelere kapılarak korkarlar ve bunu hareketlerine yansıtırlar (89, 95).

Ebeveynlerin anksiyete düzeylerini etkileyen faktörler; ailenin ekonomik düzeyi, anne-babaların eğitim düzeyleri, meslekleri, evlilik uyumları, ailenin sosyal güvencesinin olup olmaması, çocuklardaki zihinsel veya bedensel engelin varlığı, tıbbi yardım ihtiyacının fazla olması, cerrahi girişimin zorluğu ve komplikasyon riskinin yüksek olup olmamasıdır (97). Bunlara ek olarak; çocuğunu yeterince koruyamama, suçluluk duygusu, çocuğundan ayrılma, sağlık personelinin davranışları, önceki deneyimler ve duyular, ölüm, cerrahi işlem sonrası ağrı ve bakım ihtiyacı gibi etkenler ebeveyndeki anksiyeteyi arttıran diğer faktörlerdir (89).

Litertür incelendiğinde ebeveynlerin anksiyete düzeylerine etki eden faktörler; pre-operatif anksiyete (98-102), cerrahiyle ilgili ve anesteziyle ilgili anksiyete (103-105), ameliyat öncesi psikolojik hazırlık (106-108) olmak üzere dört alt başlıkta ele alınmıştır.

#### **2.2.2.1. Pre-Operatif Anksiyete**

Pre-operatif anksiyete, cerrahiden en az bir hafta önce başlayan ve cerrahi sonrası sorunsuz bir iyileşme gerçekleştiğinden emin oluncaya kadar devam eden bir süreçtir (27).

Hastalık, hastaneye yatma ve özellikle ameliyat olmak hasta birey ve yakını için bir tehdit olarak algılanmaktadır. Cerrahi bir operasyon, basit ya da karmaşık, acil ya da planlı olsa da, bireyi ve onun ebeveynlerini fizyolojik ve psikolojik olarak etkiler. En büyük etkisi ise, ameliyat öncesi olarak adlandırılan pre-operatif dönemde yaşanan anksiyetedir. Geçirilen ameliyatın özelliğine, hastanın veya ebeveynin kişilik yapısına ve normal yaşamı engelleme düzeyine göre bireyin tepkileri değişir. Özellikle ameliyat sonrası dönemde, aşırı ağrı hissedeceği, iyileşemeyeceği, anestezi sonrası uyanamayacağı, evinde ve yakınlarından ayrı kalma, sonrasında belirsizliği, kişilerin ve ebeveynlerin şiddetli bir anksiyeteye maruz kalmasına yol açar (82, 88, 92, 109, 110). Yapılan araştırmaların bazılarında küçük ameliyatlara göre büyük ameliyatlarda daha fazla anksiyete yaşandığı belirtilmiştir (111, 112).

Çocuğun ameliyat için hastaneye yatması, ebeveynler için yoğun anksiyeteye neden olan bir durumdur. Ebeveynlerin daha önceki hastalık ve hastane deneyimleri, evde bakmakla yükümlü olduğu diğer aile bireylerinin varlığı, maddi yetersizlikler, çalıştığı yerle ilgili sorunlar, yabancı bir ortamda bulunma, yapılan işlemlerle ilgili yetersiz bilgiye sahip olma, çocuğunu kaybetme korkusu gibi nedenler ebeveynin stresini etkileyen faktörlerdir (98, 106).

Genel hastane hastalarında anksiyete görülme oranı %10 ile %30 arasındayken (113); cerrahi operasyon öncesi anksiyete görülme oranı % 11 ile % 80 arasında değişmektedir. Özellikle yalnız yaşayan eğitim düzeyi düşük kadınlarda ve gençlerde, daha önce hiç ameliyat tecrübesi yaşamamış veya yaşayıp negatif etkilenmiş olan hasta ve onların ebeveynlerinde anksiyete belirtileri daha fazla olarak saptanmıştır (86, 88, 110, 114-116).

Hasta ve yakınlarının anksiyete seviyelerini olabildiğince azaltmak amacıyla çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Cerrahi operasyon öncesi dönemde anestezi tarafından yapılan görüşme, hemşire ve doktor tarafından işlemler hakkında verilen bilgilendirilmeler ile premedikasyon amacıyla uygulanan ilaçlar bunlardan bazılarıdır. Preoperatif dönemde hasta ve hasta yakını ebeveynlerin bilgilendirilmesinin anksiyete ve ağrı kesici ihtiyacını azalttığı, memnuniyeti arttırdığı belirlenmiştir. Aynı şekilde hastaya ve hasta yakınlarına, her aşamada yapılan işlemin ne olduğu ve niçin yapıldığı

konusunda bilgi verildiğinde ise hasta ve ebeveynlerinin anksiyete düzeylerinin azaldığı gözlenmiştir (92, 110).

Anksiyete ve ağrı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada; ameliyat öncesi ağrı ve anksiyetenin giderilmesinde genellikle analjezik olarak bilinen ağrı kesicilerin yardımına başvurulduğu, fakat bu ilaçların hastaların ağrı ve anksiyete düzeylerini azaltma konusunda yeterli olmadığı, aksine birtakım yan etkilere yol açtığı ifade edilmiştir (117).

Dolayısıyla bu aşamada devreye hemşireler ve onların hasta ve ebeveynlerine yönelik uygulamaya koydukları konuyla ilgili eğitimler girmektedir. Bu eğitimlerin hasta ve ebeveynlerinin hastalık ve ona bağlı geçirilecek olan ameliyata dair bilgi gereksinimini gidereceği veya minimize edebileceği göz önünde bulundurulduğunda ilaç tedavisinden daha etkili sonuçlar verebileceğini ifade etmek mümkündür.

Hasta ve ebeveynleri üzerindeki anksiyete belirtilerinin etkisinin azaltılması amacıyla başvuru yöntemlerinden birisi de yazılı bilgilendirme formudur. Yazılı bilgi formları ebeveynlerin ve hastaların birtakım kapsamlı bilgileri akılda tutmakta zorlandığı durumlarda konuyu tekrar etmek açısından yararlı olmaktadır. Bazı durumlarda ebeveynlerinin tümünün okur-yazar olmaması ve verilen bilgi formunu anlamakta zorluk çekmelerinden dolayı bilgi formları tek başına yeterli olmamaktadır. Bundan dolayı bilgi formlarıyla birlikte sözel yada görsel bir anlatımla eğitim desteklenmelidir.

Çocuk ve ebeveynlerine; özellikle video gösterimi ile bilgilendirme, müzik terapisi, çocuklarla oyun oynama, mizah ve hastane palyaçosu kullanımı gibi yöntemlerde cerrahi işlem öncesi anksiyeteyi azaltmak amacıyla kullanılan yöntemlerdendir (118-123).

Ameliyat öncesinde çocuğa ve ailesine sakin bir ortam sunulmalıdır. Bu ortamda oyuncakların ya da sakinleştirici videoların bulunması sağlanabilir. Çizgi film karakterleri, oyunlar, hayal kurmak, çocuğa ailesiyle konuşma fırsatı vermek gibi faaliyetler bu alanda yapılabilecekler arasındadır (124).



### 2.2.2.2. Cerrahi ile İlgili Anksiyete

Cerrahi girişime ihtiyaç olduğunun bireye söylenmesi ile başlayan anksiyete, hastaneye yatışla birlikte artabilmektedir. Yapılan pek çok çalışmada, cerrahi kliniklerde yatan hastaların anksiyete ortalama puanının, dahili kliniklerde yatan hastaların ortalama puanından anlamlı düzeyde yüksek olduğunun saptanmış olması önem arz etmektedir (125). Buna ek olarak bazı çalışmalarda; kadınların erkeklere göre, ailesi ve arkadaşları tarafından ameliyata getirilen hastaların yalnız gelen hastalara göre, kardiyak ve vertebra cerrahisi uygulanacak hastaların diğerlerine göre, gençlerin yaşlılara göre, olumsuz anestezi deneyimi olanların olmayanlara göre anksiyete düzeylerinin daha fazla olduğu bulunmuştur (86, 101, 126).

Bireyin yaşamındaki en önemli deneyimlerden biri olan cerrahi girişimler yetişkin hastaları etkilediği gibi çocuk hastaları da olumsuz etkilemektedir. Bu bağlamda bilhassa çocuklar için hastaneye yatış işlemi ve mevcut hastalıkla ilgili cerrahi operasyonlar önemli bir yaşam krizinin doğmasına neden olmaktadır. Çünkü sağlık durumlarının kötüleştiği algısı ve çevresel rutinlerinin değişimi sonucu çocuklar stres olmakta ve çocukların stres oluşturan bu türden olayları çözmeye baş etme yöntemleri yeterli olmamaktadır (127).

Hastaneye yatış yapma eyleminin, çocuğun gelişimi üzerinde psikopatoloji riskini arttırmak (128), anksiyete, depresyon, mutsuzluk, apati, hiperaktivite, agresyon ve uyku bozuklukları gibi davranış değişikliklerine yol açma, büyüme ve gelişmeyi sekteye uğratma (129) başta olmak üzere pek çok olumsuz etkiye neden olmaktadır. Bunların yanı sıra; invaziv girişimler, ağrı ve kontrol kaybı yaşamak (130), hastalığın sebep olduğu her türden kısıtlama, çaresizlik, yeterliliğin kaybı endişesi, organların zedeleneceği yönündeki kaygılar ve ölüm korkusu, yabancı bir ortamda bulunmak çocukların yaşadığı anksiyetenin şiddetini daha da tetiklemektedir (87). Benzer şekilde hastalar tarafından cerrahi operasyonlara yüklenen anlamların; ağrı-sızı, bağımsızlığın yitirilmesi ve beden imajındaki değişim, anksiyeteyi arttırmaktadır (131, 86). Dolayısıyla bu tür durumların hastalar, özellikle de çocuklar ve onların ebeveynleri tarafından birer tehdit unsuru olarak görüldüğünün altını çizmekte fayda vardır.

Ancak çocuklar için hastaneye yatmadaki en önemli anksiyete kaynağı, ebeveynlerinden ayrılmalarıdır (89, 130).

### **2.2.2.3. Anestezi ile İlgili Anksiyete**

Anestezi, ağrısız ve güvenli bir ameliyat için kişinin çeşitli ilaçlar yardımıyla ağrı duymasının önlenmesidir. Anestezi, hem ameliyat sırasında kişinin ağrı duymasını engeller, hem de ameliyatı yapan cerraha uygun bir çalışma ortamı sağlar (132). İnsanlık tarihi, ağrının dindirilmesi ve yapılacak çeşitli cerrahi işlemlerde hastanın ağrı duymasını önlemek amacıyla yapılmış olan araştırmalarla doludur. Ağrı duyusunu gidermek için çok eski zamanlardan beri çeşitli yöntemler denenmiştir. Günümüz şartlarında bu yöntemler, hastalar ekseninde çeşitli faktörler göz önünde bulundurularak lokal veya genel anestezi olarak sınıflandırılabilir (133).

Çocuklarda ve genç hastalarda anestezi korkusu, ameliyat korkusundan ayrı bir korku niteliği taşımakta olup, bilhassa ameliyat esnasında uyanmaktan ve ameliyattan sonra hiç uyanamamaktan korkulmaktadır. Bu korkuların tümü, anksiyete ve depresif duygu durumuna sebebiyet verebilir. Tanı, tedavi olasılıklarına ilişkin tereddütler ve hastalığın seyri ile ilgili belirsizlikler kaygıyı arttıran faktörlerdendir (134).

Preoperatif dönemde hasta ve yakınlarında mevcut olan anksiyete nedenleri arasında anesteziye bağlı endişeler önemli yer tutar. Değişik oranlarda olmak üzere bu endişeler; ameliyat sonrası uyanamamak, ameliyat sonrası ağrı, ameliyat sonrası sakat kalmak, ameliyat sırasında uyanmak, ameliyat sonrası bulantı, kusma, yoğun bakımda kalmak, anesteziistin bilgi ve deneyim eksikliği, anesteziistin ameliyat odasında bulunmaması, anesteziistin tavırları, iğne korkusu, ölmek, anestezi sırasında anlamsız konuşmak, ameliyat sırasında ağrı duymak olarak bildirilmiştir (86, 135). Anesteziye bağlı endişenin en sık nedeni olarak; Ramsay (1972) uyanamamayı, Shevde ve Panagopoulos (1991) anesteziistin bilgi yetersizliğini belirtmişlerdir (136, 137). Aykent ve ark. (2007) tarafından 593 cerrahi hastası üzerinde gerçekleştirilmiş olan çalışmada, anksiyete düzeyinin kadınlarda daha yüksek olduğu ve anesteziye bağlı olarak en fazla yaşanan anksiyete türünün cerrahi işlem sonrası uyanamamak olduğu tespit edilmiştir (138). Diğer yandan yüksek düzeyde anksiyete rastlanan hastaların, anestezi etkilerinin farklılık gösterdiği de bilinmektedir. Anksiyeteye bağlı olarak, hastalara

vazokonstriksiyon intravenöz katater takılması konusunda birtakım sıkıntılar baş gösterebilir. Bu açıdan anksiyeteli hastalarda daha yüksek dozda anestezi maddeye ihtiyaç söz konusu olabilmektedir (139).

Hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirmek için hazırlanan broşür ve kitapçıklarla hastaların anestezi uygulamalarına yönelik bilgi düzeyinin yükseltilebildiği vurgulanmıştır. Bunun anestezi uygulamalarına yönelik bilgi eksikliğine bağlı anksiyeteyi azaltabileceği bildirilmiştir. Anestezi öncesi hastaların bilgilendirilmesinin korku ve anksiyeteye bağlı morbiditeyi azaltarak maliyet için etkin bir çalışma olduğu ve ayrıca hasta, cerrah ve anestezi uzmanının memnuniyetinin arttığı da bildirilmiştir(140).

#### **2.2.2.4. Ameliyat Öncesi Psikolojik Hazırlanma**

Ameliyat öncesinde ebeveynin bilgilendirilmesi, anksiyetenin sağaltımı ve psikolojik hazırlık bakımından son derece önemlidir. Hasta ve yakınlarına, ameliyat öncesinde bilgi verilmesi gereken konulardan başlıcaları; ameliyat öncesi tanı işlemleri, hazırlıklar, tedavileri, ameliyat süresi, malzemeler, ziyaret sıklığı, hastayla birlikte olabilecekleri süre; ameliyat sonrası hastaya bakım verecek olan kişileri ameliyat sırasında bekleyebilecekleri yer; ameliyat odası ile ilişki kurma ve bilgi alma şekli; ameliyat sonrası hastada yer alacak tüpler, drenler, hastanın yapması gereken egzersizler ve kısıtlamalar olarak sıralanabilir (141).

Cerrahi operasyon gerçekleştirilecek olan hastalar, neler olup biteceği endişesiyle yüksek bir anksiyeteye sahiptirler. Bu bakımdan özellikle hastaların ve ikinci olarak onlara bakım veren yakınlarının veya ebeveynlerinin psikolojik olarak ameliyata hazır bulunmaları oldukça önem taşımaktadır. Konuyla ilgili olarak Yazar (2011), ameliyat öncesi psikolojik hazırlığın aşamalarını sırasıyla şu şekilde ifade etmektedir; genel bilgilendirme, hastalığa ve cerrahi işleme özgü bilgilendirme, laboratuvar testleri gibi operasyon öncesi tamamlanmak durumunda olan birtakım fizyolojik hazırlık süreçleri, cerrahi sonrası bakım ve taburculuk öncesi hasta ve/veya hasta ebeveyninin eğitimi (142).

Ameliyat olacak hasta ve yakınlarıyla yapılan çalışmalar sonucunda cerrahi öncesi bilgilendirmenin anksiyetenin azalmasına yardımcı olduğu komplikasyonları azaltarak iyileşmeyi hızlandırdığı için hastanede yatış süresi ve maliyeti azalttığı görülmüştür (86, 135, 143). Anksiyeteyi azaltmak için kullanılan ilaçlar cerrahi işlem sırasında kullanılan anestezi maddelerle etkileşime girebilmekte, ilaçların kesilmesi de anksiyete belirtilerinde alevlenmeye neden olabilmektedir (144). Bu sebeple cerrahi operasyon geçirmesi planlanan hastaların ve onların ebeveynlerinin ameliyat öncesi psikolojik olarak hazır bulunuş düzeylerinin dengelenmesi oldukça önemli bir konudur.

Ameliyat öncesi dönem; yaşı kaç olursa olsun hasta için sadece fizyolojik bir stres kaynağı olmayıp, aynı zamanda psikolojik bir stres kaynağıdır. Bu dönemde yetişkin hasta, çocuk hasta ve ebeveynleri; korku, kızgınlık, anksiyete ve suçluluk duygusu yaşarlar (106, 145). Bu nedenle hastanın ameliyat öncesi psikolojik hazırlığı, fizyolojik hazırlığı kadar önemlidir. Pre-operatif değerlendirmede hastanın korku ve anksiyetesi açıkça sorgulanmalı, neden korktuğu açıklığa kavuşturulmalıdır. Hastanın daha önceki olumlu ya da olumsuz deneyimleri, anksiyetesi ve korkusunun anlaşılmasına yardımcı olabilir (145).

Hastaların, ameliyat öncesi psikolojik olarak hazır bulunma düzeylerinin artırılmasında, ameliyathaneye ilişkin duygusal bilgilendirmenin önemini de göz ardı etmemek gerekir. Bu açıdan hastalara; farklı sağlık çalışanlarıyla karşılaşabileceği, tıbbi cihazlardan kaynaklı değişik sesler işitebileceği, alanın soğuk olabileceği; fakat sıcak battaniye ile üşümenin engellenebileceği, maske kullanımının konuşmalar esnasında anlam karmaşasına neden olabileceği, anlamadığı soruları sorabileceği, ameliyat masasının darlığı durumunda güvenli bir biçimde yardımcı olunacağı ve aydınlatmanın fazla olacağına sade ve anlaşılır bir üslupla ifade edilmesi gerekmektedir (146).

İyi bir psikolojik hazırlık kapsamında hastanın inançlarına saygı göstermek ve inançlarını desteklemek de önem arz etmektedir. Ruhsal inançların insanların korku ve anksiyete ile olan mücadelesinde önemli rol oynadığı bilinmektedir. İstendiği zamanlarda hastanın din görevlilerinden destek almasına olanak sağlanmalıdır (147).

### 2.2.3. Ebeveynlerin Anksiyete Düzeylerine Planlı Eğitimin Etkisi

Cerrahi operasyonlar başta olmak üzere birçok ebeveyn, çocuklarını hastaneye yatırmak durumunda kaldıklarında, çocuklarının fiziksel kısıtlılık yaşamaları dolayısıyla büyük bir endişe yaşamaktadırlar. Ebeveynlerin yaşamış oldukları bu endişe ise istemsiz de olsa operasyona alınacak çocuklara da yansiyabilmektedir. Buna paralel olarak yapılan çalışmalarda; ebeveynlerin anksiyete düzeyleri ile çocuklarının anksiyete düzeyleri arasında bir ilişki olduğu ebeveynlerin anksiyetesi arttıkça çocuğun anksiyetesinin de arttığı görülmüştür (88, 106, 148, 149). Bu sebepten dolayı çocukların yanı sıra ebeveynlere de eğitim verilmesi operasyonlara bağlı stres ve anksiyete düzeyinin minimize edilmesinde son derece önem arz etmektedir (12).

Bir toplumda hastalıkların seyri düzeltmek, hasta ve yakınlarının stres ve anksiyete düzeylerine pozitif katkı sunmak, bireyin potansiyeli doğrultusunda fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak kendi kendine yeterli duruma gelmesini sağlamak ve yaşam kalitesini yükseltmek ancak planlı bir hasta ve ebeveyn eğitimi ile olur. Hasta ve ebeveyn eğitimi hastalıklarla başa çıkabilmek ve sağlığı olumlu yönde geliştirmek için yapılması gerekenleri tutum, davranış ve alışkanlık haline getirerek bireylerde sorumluluk duygusunu geliştirmeyi amaçlar (150).

Bir cerrahi hemşiresi, hastanın ve ebeveyninin; cerrahi öncesi, sırası ve sonrası konusunda bilgi almaya gereksinimi olduğunun bilincinde olmalı ve ameliyat öncesi hasta ve ebeveyn eğitimini hasta bakımına dahil etmelidir (151). Özellikle bu tezin kapsamını oluşturan hipospadias cerrahisi planlanan çocukların henüz çok küçük yaşta olmaları dolayısıyla, kendilerine eğitim verilemeyeceği göz önünde bulundurulduğunda, ebeveynlerine yönelik planlı eğitimlerin organize edilmesi zorunluluk haline gelmektedir.

Ebeveynlerin ameliyat olacak çocukları dolayısıyla deneyimledikleri anksiyete düzeyi, hem bu durum ile başa çıkmalarında hem de çocukları ile olan iletişimlerinde birtakım negatif etkilere yol açabilmektedir. Bu sebeplerden dolayı hemşirelere büyük bir sorumluluk düşmektedir. Dolayısıyla hemşirelerin, çocukları operasyona alınacak olan ebeveynlerin niçin kaygılandıklarını bilmeleri ve bu bağlamda ebeveynlerin anksiyete seviyelerini anlayıp uygun bilgilendirme ve eğitimleri vermeleri oldukça

önemlidir (152). Ebeveynlere ameliyat öncesi dönemde yeterli bir bilgilendirmenin yapılması, çocuğa daha doğru ve yararlı bir bakım vermesine yardımcı olur (88, 89).

Hasta ve yakınlarına verilecek planlı eğitim; onların kendi sorumluluklarını alabilmeleri, tedavi sürecinde kararlara katılabilmeleri, yaşam kalitelerinin yükseltilebilmesi, tedaviye uyumlarını kolaylaştırılabilmesi ve anksiyete seviyelerinin en aza indirgenebilmesi bakımından da oldukça önemlidir (153).

Hasta ve yakınlarına verilecek eğitimin içeriği hastaneden hastaneye değişiklik göstermekle birlikte belirli konuları içermelidir. Bunlar; hastalığın niteliği, uygulanacak ameliyat, ameliyat öncesi, sırası ve sonrası yapılması gerekenler, ameliyata ilişkin tüm riskler ve gelişebilecek komplikasyonlar, hastanede geçirilecek süre, ameliyat saati, hastanın üniteye alınması gereken saat, aç kalma durumu, hastanenin fiziki olanakları, değerli eşyaların kaydı ve güvenliği, cerrahi süreçte kendisine eşlik edecek kişi, yanında getirmesi gereken resmi ve özel belgeler gibi konuları kapsamalıdır (154).

Ebeveynler cerrahi işlem öncesi çocukları için endişelenir ve bu endişeye ameliyatın olası komplikasyonları, ameliyat ya da anestezi sırasında çıkabilecek sorunlar ve ameliyathanede görev alan ekibe ilişkin kaygılar da eklenir. Bu endişenin önemli bir nedeni, sağlık sorununa ilişkin duyulan suçluluk duygusu olabilmektedir. Ebeveynler, genetik ya da doğumsal bir anomali yüzünden kendilerini, sonradan oluşan bir sorun için de çocuklarına gereği gibi bakamadıkları düşüncesi ile suçluluk yaşayabilirler (155). Dolayısıyla ebeveynlerin anksiyete düzeyini yükselten bu gibi durumlarda, sağlık personeli tarafından kendilerine yönelik planlanmış bir eğitimin verilmesi çözüm odaklı bir yaklaşım olarak düşünülebilir.

Çevik ve ark. (2006) tarafından astımlı çocuğu olan ebeveynlere verilen hemşirelik eğitiminin kaygı düzeylerine etkisini incelemek amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmada, bir ayın sonunda deney grubundaki ebeveynlerin kontrol grubundakilere göre durumluk kaygı düzeyinin anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır. Sürekli kaygı düzeyi ölçeği kapsamında ise her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmediği belirtilmiştir (156).

Türe (2006) tarafından günübirlik cerrahi planlanan çocukların ebeveynlerinin anksiyete düzeyleri üzerinde planlı eğitimin etkisini belirlemeye yönelik olarak yapılan çalışmada; çocuğuna ameliyat endikasyonu konulan annelerde anksiyetenin oluştuğu ve anneye verilen hemşirelik eğitimi vasıtasıyla anksiyetenin azaltıldığı tespit edilmiştir (10).

Holditch & Miles (2000) ve Cox ve Bialoskurski (2001) tarafından yeni doğan yoğun bakım ünitesinde yatan çocuklara sahip anne ve ebeveynler üzerinde yapılmış olan çalışmalarda, ebe ve hemşireler tarafından verilen planlı eğitimin, ailelerin anksiyete düzeyini azalttığı saptanmıştır (157, 158).

Turan ve Bolışık (2003) tarafından prematüre bebeği olan ailelere serviste uygulanan planlı taburcu eğitiminin anne ve bebek üzerine etkisini inceledikleri çalışmada vaka ve kontrol grubundaki annelerin verilen eğitim sonrası yapılan testte istatistiksel olarak vaka grubunun lehine önemli bir fark bulmuşlar ve bebek klinikte kaldığı sürece eğitimin belirli aralıklarla gerçekleştirilmesinin daha etkin olacağı sonucuna varmışlardır (159).

Hemşire ve sağlık çalışanları tarafından verilen planlı eğitimin çocuk ve ebeveynleri için önemli olduğu görülmektedir. Ancak hemşirelerin eğitici rollerine yeteri kadar zaman ayıramadıklarını da dikkati çekmektedir. Bu konuda yapılan çalışmada hemşirelerin eğitici rollerini bildikleri ancak çeşitli nedenlerle bu bilgilerini uygulama alanlarına yansıtamadıkları görülmektedir (150). Bu bakımdan hemşireler başta olmak üzere diğer tüm sağlık çalışanlarının, hasta ve yakınlarına ilişkin uygulama, girişim ve yaklaşımlar konusunda daha özenle davranmaları ve bu işi ciddi bir sorumluluk gerektiren uğraşı alanı olarak görmeleri gerekmektedir.

#### **2.2.4. Çocuk Cerrahisinde Hemşirelik Girişimleri**

Hemşirelik, hasta ve sağlıklı bireyi tüm boyutları ile bir bütün olarak ele alan bir sağlık disiplini olarak nitelenmektedir. Bu durumun yanı sıra hemşireler, insanın, döllenmesinden ölümüne değin tüm yaşam evrelerinde rol ve sorumluluklar üstlenir. Hemşireler, bu rol ve sorumluluklarını yerine getirirken birey aile ve toplumun; esenliğini sağlamayı, sağlığını korumayı, hastalığı önlemeyi, rahatsızlık durumunda

iyileştirmeyi, başa çıkma yollarını kolaylaştırmayı hedefler (160). İnsan organizmasının iç ortamının devamlılığı, bireyin fizyolojik ve psikolojik dengesine bağlıdır. Hemşirelik bakımının temel amacı iç ortamın devamlılığını koruyarak, sağlık durumunun sürdürülmesini sağlamak ve hastalık halinde bozulan dengenin düzeltilmesine yardımcı olmaktadır (161).

Hemşireler anksiyete bozukluğu olan hastalarla çalışırken olumsuz duyguları en aza indirmek için, profesyonel bir yaklaşımla iyimser ve yapıcı davranışta bulunmaya çalışmalıdır. Hemşirenin hastayı anksiyete yönünden değerlendirebilmesi ve hemşirelik tanımlarını tespit edebilmesi için iletişime geçmesi gerekir (162, 163) .

Sadece hastaların değil, hastaların ebeveynlerinin de korku ve anksiyeteleri de dikkate alınmalıdır. Ameliyata alınacak hastalar kimi durumlarda endişelerini hekime değil, hemşireye açıklayacaktır. Zararlı olarak düşünülen bir korku veya aşırı derecede olumsuz tepkiler veren bir hastanın durumu, hemşire tarafından gözlenip değerlendirilmelidir (164).

Ailelerin ve çocukların profesyonel rehberliğe ve desteğe gereksinimleri vardır. Yaşanan sorunların saptanması ve giderilmesi amacıyla planlanacak olan girişimlerin uygulanmasında hemşirenin sorumluluğu önemlidir. Çocuklar hakkında edinilen bilgiler hemşirelere, hastalıkla ilgili olarak çocuklarına nasıl destek olacakları konusunda ebeveynlere rehberlik etme ve aile üyeleri ile işbirliği yapma fırsatı verir (165).

Hemşireler iletişim kurarken tıp terimleri kullanmaktan kaçınmalı, olabildiğince sade ve anlaşılabilir bir dilde konuşmaları gerekmektedir. Hasta ve yakınının soru sormasına fırsat vermeli, hasta mahremiyetine dikkat edilmelidir (86, 164). Eğitim esnasında, hastalar ve yakınları ile tartışmaya girmeleri, kendi deneyimlerinden bahsetmeleri, ders verir tarzda konuşmaları, hasta ve yakınlarının önerilerini dinlememeleri hemşireye olan güveni olumsuz yönde etkilemektedir (164).

Çocuğun hastalanması ve hastaneye yatırılması tüm ailenin yaşantısında önemli değişikliklere neden olmaktadır. Hastaneye yatış çocuğun yaşına ve yatış nedenine bağlı olarak değişik ölçülerde örseleyici olabilen bir durum olarak tanımlanmaktadır. Çocuğa bakım veren kişilere verilecek planlı eğitim ile anksiyete düzeylerinin azaltılması,



çocukların da anksiyete ve stres düzeylerini azaltacaktır. Holistik bakım çerçevesinde hasta yakınlarının eğitilmeleri ve anksiyeteyi azaltıcı bilgilendirilmelerinin yapılması çocuk hemşirelerinin görevleri arasında yer almaktadır (9, 166).

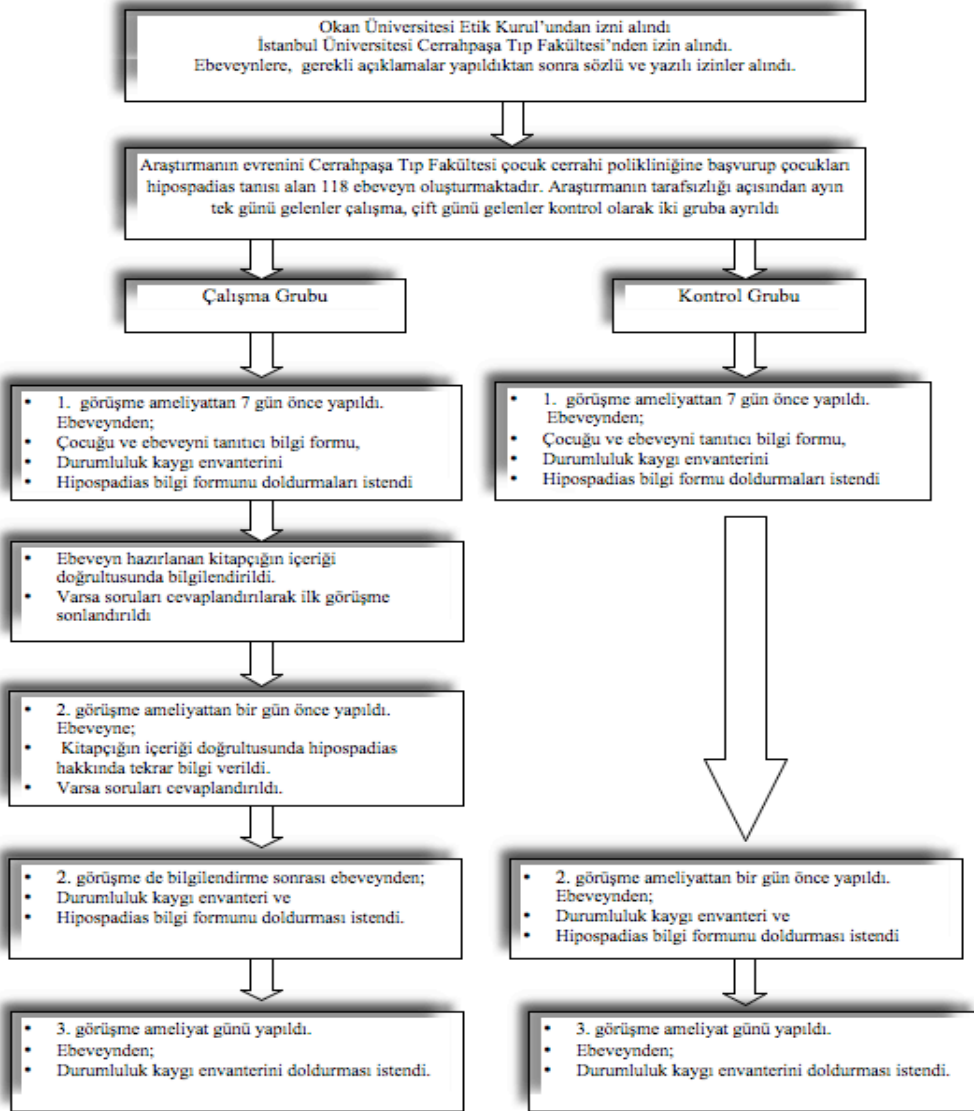
Hemşire hasta ve ailesinin önceki cerrahi girişim deneyimlerini, varsa cerrahi girişime ilişkin yaşadıkları sorunları, izlenimlerini ve beklentilerini öğrenmelidir. Elde edilen bu bilgiler hastanın fiziksel ve psikolojik rahatlığını sağlamada rehber olarak kullanılabilir. Aynı zamanda önceki cerrahi girişim sonrasında komplikasyon gelişip gelişmediği öğrenilmelidir. Önceki cerrahi girişim deneyimleri sırasında komplikasyon gelişmesi ve ağrının kontrol altına alınamaması gibi durumlar yeni planlanan cerrahi girişim ile ilgili korku ve anksiyeteyi arttıracığından bu sorunların bilinmesi gerekir (167).

### 3. GEREÇ ve YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Tipi ve Tasarımı

Araştırma, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'nde hipospadias tanısı ile cerrahi girişim planlanan çocukların ebeveynlerine uygulanan planlı eğitimin anksiyete düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla deneysel olarak planlanmıştır.

Şekil 2. Araştırmanın yapıma yöntemiyle ilgili grafik



### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahi AD'ına bağlı olarak çalışan Çocuk Cerrahi polikliniği ve Çocuk Cerrahi servisinde yapılmıştır. Cerrahpaşa Çocuk Cerrahi AD'ında; hepatobiliyer cerrahi, genel cerrahi, thorax cerrahisi ve üroloji bölümleri üzerine hizmet vermektedir.

Çocuk Cerrahi AD'nın toplam 35 yataklı 2 servisi, Monoblok ameliyathanede 2 ameliyat masası, 1 ürodinami odası, 1 polikliniği bulunmaktadır. Ayrıca Çocuk Cerrahi AD'ında 6 hoca odası, 1 uzman odası, 1 asistan odası, 1 hemşire odası, 1 hemşirelik hizmetleri sorumlu odası, 1 kan alma odası, 2 muayene odası, 2 sekreter odası bulunmaktadır. Cerrahpaşa Çocuk Cerrahi AD'ında 1 hemşirelik hizmetleri sorumlusu, 11 servis hemşiresi, 1 poliklinik hemşiresi, 3 ameliyathane hemşiresi ve ürodinami laboratuvarında çalışan 2 hemşiresi ile birlikte toplam 18 hemşire görev yapmaktadır. Çocuk Cerrahi AD'ında hepatobiliyer cerrahi alanında 1, thorax ve genel cerrahi bölümünde 1, genel cerrahide 1, ürolojide uzmanlaşmış 3 tane olmak üzere toplam 6 profesör, 3 uzman ve 2 asistan doktor bulunmaktadır.

### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini; son bir yıl içinde İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Cerrahi polikliniğine başvurarak, muayene sonrası hipospadias tanısı nedeniyle cerrahi girişim planlanan çocukların 138 ebeveyni oluşturmuştur.

Araştırmada örneklemi belirlemek için güç (power) analizi yapılmıştır. Testin gücü, G\*Power 3.1 programı ile hesaplanmıştır. Çalışmanın gücünün belirlenmesinde %95 değerini geçmesi için; %5 anlamlılık düzeyinde ve 0.8 etki büyüklüğünde; gruplarda 35'er ebeveyn olmak üzere toplam 70 ebeveyn bilgisine ulaşılması gerekmektedir ( $t=1.668$ ). Çalışma grubunun hacmi büyüdükçe örnekten elde edilen bulguların araştırılan olgu için geçerliliğinin arttığı kabul edilir (168). Çalışmada deney grubunda 57, kontrol grubunda 61 ebeveyn ile araştırma tamamlanmıştır.

### 3.4. Verilerin Toplanması

#### 3.4.1. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak; çocuk ve ebeveyni tanıtıcı bilgilerin yer aldığı “Ebeveyne İlişkin Tanıtıcı Bilgiler” ve “Çocuğa ve Ailenin Hastalık Öyküsüne İlişkin Tanıtıcı Bilgiler” formu, ebeveynlerin kaygı düzeylerini ölçmek için “Durumluk Kaygı Envanteri”, ebeveynlerin hipospadiasla ilgili bilgi seviyelerini belirlemek amacıyla da “Hipospadias Bilgi Formu” ve ebeveynlere uygulanacak planlı eğitim için “Hipospadiaslı Çocukların Ebeveynleri için Bilgilendirme Kitapçığı” kullanıldı.

#### Ebeveyne İlişkin Tanıtıcı Bilgiler (Ek-1):

Ebeveyni tanıtıcı bilgi formunda;

- Görüşülen ebeveyn
- Aile tipi,
- Eğitim durumu,
- Mesleği,
- Sosyal güvencesinin olup olmadığı,
- Sosyo-ekonomik durumu ve
- Hipospadias ile ilgili bilgisi olup olmadığını sorgulayan ebeveyn tanımamıza yardımcı olabilecek toplam 7 sorudan oluşmaktadır.

#### Çocuğa ve Ailenin Hastalık Öyküsüne İlişkin Tanıtıcı Bilgiler:

- Çocuğun yaşı,
- Başka bir tanısı olup olmadığı,
- Çocuğun daha önce hastanede yatma deneyimi olup olmadığı,
- Çocuğun daha önceden cerrahi operasyon geçirip geçirmediği,
- Kardeşi/kardeşleri olup olmadığı,
- Varsa; kardeşi/kardeşlerden birinin akut/kronik bir rahatsızlığı olup olmadığı,
- Kardeşi/kardeşlerden biri daha önce hastanede yatıp yatmadığı
- Kardeşi/kardeşlerden biri daha önce cerrahi operasyon geçirip geçirmediği,
- Ebeveynin yada eşinin daha önce hastanede yatıp yatmadığı,

- Ebeveynin ya da eşinin daha önce cerrahi operasyon geçirip geçirmediğini sorgulayan 10 sorudan oluşmaktadır.

Literatürden yararlanılarak araştırmacılar tarafından hazırlanan formlar; çocuk ve ebeveyni tanıtıcı özellikleri ile hastalığa ve aileye ilişkin özellikleri sorgulayan toplam 18 sorudan oluşmaktadır.

*Durumluluk Kaygı Envanteri (Ek-2):*

Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970 yılında geliştirilmiş olan envanterin Türkçe uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Öner ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Durumluluk kaygı düzeylerini ölçen 20'şer maddeden oluşan bir ölçektir. Durumluluk kaygı ölçeği, kişinin belirli bir zamanda ve koşulda kendini nasıl hissettiğini değerlendirmek için kullanılmaktadır. Cerrahi girişim öncesi anksiyete ölçümünde sık kullanılan bir ölçektir (169).

Durumluluk kaygı ölçeğinin, cevaplanmasın da maddelerin ifade ettiği duygu, düşünce ya da davranışların derecesine göre; 1: Hayır, 2: Biraz, 3: Çok, 4: Her zaman şıklarından birinin işaretlenmesi istenir. Durumluluk kaygı ölçeğinde tersine çevrilmiş ifadeler bulunmaktadır. Olumlu duyguları dile getiren (tersine çevrilmiş) ifadelerde “4 değerli yanıtlar düşük”, “1 değerli yanıtlar yüksek” kaygıyı gösterir. Bu ifadeler puanlanırken “1” ağırlık değerinde olanlar “4”e, “4” ağırlık değerinde olanlar ise “1” e dönüştürülerek değerlendirilir (169).

Olumsuz duyguları dile getiren (doğrudan) ifadelerde ise “4 değerlikli yanıtlar en yüksek” kaygıyı gösterir. Durumluluk kaygı ölçeğinde on madde (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20.) tersine çevrilmiş ifadelerdir. Ölçeğin toplam puanının hesaplanması için doğrudan veya tersine dönmüş ifadelerin her biri için iki ayrı anahtar hazırlanır. Hazırlanan ilk anahtarla doğrudan ifadeler, ikinci anahtarla tersine dönmüş ifadelerin toplam ağırlıkları hesaplanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan, ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır. Çıkan bu sayıya önceden belirlenmiş ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluluk kaygı için bu değer 50'dir. Yüksek puan yüksek kaygı düzeyini, düşük puan ise düşük kaygı düzeyini gösterir.

Öner ve ark. Çalışmasında; durumluluk kaygı ölçeğinin güvenilirliği Alpha=0,902 olarak yüksek bulunmuştur (169).

Ölçeklerin yanıtlanması sırasında herhangi bir zaman kısıtlaması yoktur. Yaklaşık, on dakika içinde her iki ölçek de yanıtlanabilir. Envanter okuma-yazma bilmeyenlere uygulandığında; maddeler araştırmacı tarafından okunup, verilen yanıtlar yine araştırmacı tarafından form üzerinde işaretlenebilir. Ancak bazı maddeleri anlamada güçlük oluşması halinde üçten fazla cevapsız madde varlığında form geçersiz sayılır ve puanlandırılmaz (169).

#### *Hipospadias Bilgi Formu (Ek-3):*

Form ebeveynlerin hipospadias ve ameliyata ilişkin konularda bilgi düzeylerini ölçmek amacıyla araştırmacı tarafından daha önce çalışma dışında olan 5 hipospadiaslı çocuğun ebeveyni ile görüşme yapılarak ve literatürden yararlanılarak oluşturulmuştur. Form hipospadias anomalisi, ameliyat öncesi ve sonrası çocuğun bakımında dikkat edilmesi gereken konuları içeren doğru ya da yanlış olarak cevaplandırabileceği 20 sorudan oluşmaktadır. “Hipospadias Bilgi Formunda”; 12 soru doğru ve 8 soru (3, 6, 7, 10, 14, 15, 18, 19) yanlış olup, hesaplamasında doğru cevaplanan sorular 1, yanlış cevaplanan ve cevaplanmayan sorular ise 0 olarak değerlendirilmiştir.

#### *Hipospadiaslı Çocukların Ebeveynleri için Bilgilendirme Kitapçığı (Ek-4):*

Literatür doğrultusunda ebeveynlerin yeterli bilgi almadıklarında kaygı duyabilecekleri ve merak duydukları konular derlenerek çalışmacılar tarafından hazırlanmıştır.

- Hipospadias nedir?
- Hipospadias neden olur?
- Hipospadias neden tedavi edilmelidir?
- Hipospadias ameliyatı kaç yaşında yapılmalıdır?
- Hipospadias ameliyatı öncesi hazırlıklar
- Hastaneye yatarken yanımda getirmem gereken şeyler nelerdir?
- Yatış sonrası neler yapılacak?

- Ameliyat günü neler olacak?
- Ameliyat sırasında neler yapılıyor?
- Ameliyattan sonrası yapılacaklar nelerdir?
- Ameliyat sonrası nelerle karşılaşacağım?
- Ameliyattan sonrası çocuğum ne zaman beslenebilir?
- Ameliyat sonrası çocuğumun ağrısı olacak mı?
- Takılan katater çocuğumu rahatsız eder mi?
- Taburculuk sonrası bakımında nelere dikkat etmeliyim?
- Ameliyat sonrasında beklenmedik durumlar görülebilir mi?

Ayrıca kitapçıkta Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahi servisi, ameliyat öncesi bekleme ve muayene odası, cerrahi girişim sonrası derlenme ünitesinin görsellerine de yer verilmiştir. Kitapçık, işlerliği ve güvenirliliği açısından; iki Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği öğretim üyesi, iki çocuk cerrahi hemşiresi ve bir uzman çocuk cerrahisi doktorunun görüşü alınarak hazırlanmıştır.

Araştırmanın amacı ve uygulama yöntemi araştırmacı tarafından anlatıldıktan sonra “Bilgilendirilmiş Onam Formu” nu imzalayan ebeveynler araştırmaya dahil edildi. Her ebeveyn ile ameliyattan yedi gün önce, ameliyattan bir gün önce ve ameliyat günü olmak üzere toplam üç görüşme yapıldı. Araştırmaya katılan ebeveynler çalışma ve kontrol grubu olarak iki gruba ayrıldı. Araştırmanın tarafsızlığı ve güvenirliliği açısından; polikliniğe ayın tek günlerinde gelen ebeveynler girişim grubu, çift günlerinde gelen ebeveynler de kontrol grubuna dahil edilerek randomizasyon gerçekleştirilmiştir.

#### Girişim Grubu Uygulaması;

- Ebeveyne cerrahi girişimden yaklaşık 7 gün önce (anestezi konsültasyonunun yapıldığı ve ameliyatın netleştiği gün); onam alındıktan sonra “Durumluluk Kaygı Ölçeği”, “Ebeveyni ve çocuğu tanıttıcı bilgi formu” ve “Hipospadias bilgi formu” nu cevaplamaları istendi.
- Formlar doldurulduktan sonra, araştırmacı tarafından ebeveyne “Hipospadiaslı çocukların ebeveynleri için bilgilendirme kitapçığı” nın içeriği ve cevaplanan

“*Hipospadias Bilgi Formu*” doğrultusunda ortalama 30-40 dakika süren interaktif eğitim yapıldı. Ebeveynlerin kaygıları ve bilinmezlerini konuşabilmesi için zaman ayrılarak görüşme tamamlandı.

- Ameliyattan bir gece önce çocuğun ve ailenin cerrahi servisine yatışı yapıldıktan sonra planlanan ikinci görüşme gerçekleştirildi. 30-40 dk. süren görüşme sırasında kitapçık doğrultusunda tekrar hatırlatmalar yapıldı. Hatırlatma sonrası kaygılarını ifade edebilmeleri için zaman ayrıldı.
- Verilen eğitim sonrası ebeveyne “*Durumluluk Kaygı Ölçeği*” ve eğitimin etkinliğini ölçmek için de “*Hipospadias Bilgi Formu*”nu cevaplamaları istendi.
- Ameliyat günü ebeveynin anksiyete seviyesini ölçmek için “*Durumluluk Kaygı Ölçeği*” ni cevaplamaları istendi.
- Eğitimlerin etkinliğini arttırmak amacıyla çevresel faktörlerden etkilenmeden ve ebeveynin kendini rahat hissedebilmesini sağlamak amacıyla, eğitimler çocuk cerrahi servisi içinde bulunan toplantı odasında gerçekleştirildi.
- Veri toplama araçları araştırmacı tarafından ebeveynlerle yüz yüze görüşme yöntemi ile dolduruldu. Uygulamada birinci ve ikinci görüşme yaklaşık 30-40 dakika, üçüncü görüşme 5 dakika sürdü.

#### *Kontrol Grubu Uygulaması;*

- Kontrol grubundaki ebeveyne cerrahi girişimden yaklaşık 7 gün önce; “*Durumluluk Kaygı Ölçeği*”, “*Ebeveyni ve Çocuğu Tanıtıcı Bilgi Formu*” ve “*Hipospadias Bilgi Formu*”nu cevaplaması istendi.
- Kontrol grubunda ki ebeveynden; ameliyattan bir gece önce çocuğun ve ailenin cerrahi servisine yatışı yapıldıktan sonra, “*Durumluluk Kaygı Ölçeği*” ve “*Hipospadias Bilgi Formu*”nu cevaplaması istendi.
- Ameliyat günü ebeveynin anksiyete seviyesini ölçmek için “*Durumluluk Kaygı Ölçeği*” ni cevaplaması istendi.



- Veri toplama araçları araştırmacı tarafından ebeveynlerle yüz yüze görüşme yöntemi ile dolduruldu. Uygulamalar 5-10 dakika sürdü.

### 3.4.2. Veri Toplama Aracının Ön Uygulaması

Soru formunun işlerliğini değerlendirmek amacıyla Cerrahpaşa Çocuk Cerrahi polikliniğinde hipospadias tanısı almış ve cerrahi girişim planlanan 8 ebeveyne ön uygulama yapıldıktan sonra 2 soru değiştirilip 5 soru çıkartılarak, soru formuna son şekli verildi.

### 3.5. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Hipotez testlerinin uygulanmasında normal dağılım varsayımları dikkate alınmıştır. Bağımlı değişkenlerin gruplara özelliklere göre normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri uygulanmıştır.

Araştırma değişkenlerin normal dağılım göstermediği saptanmıştır( $p<0,05$ ). Verilerin analizinde parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Verilerin analizinde non-parametrik yöntemler olarak iki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Man Whitney-U testi kullanılmıştır. ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Kruskal Wallis testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı olarak Man Whitney-U testi kullanılmıştır. Tekrar ölçümler arasındaki fark Wilcoxon testi ile analiz edilmiştir. Araştırmanın sürekli değişkenleri spearman korelasyon analizi uygulanmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

### **3.6. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırma öncesi araştırmacı tarafından; Araştırmanın yürütüleceği Çocuk Cerrahi' sinin üroloji bölümünde çalışan ve araştırma örneklemini oluşturan hasta grubunun ameliyatını yapacak doktorlarla görüşülerek araştırma yöntemi ve materyallerin (kitapçık ve bilgi seviyesi belirleme formu) içeriği anlatılarak sözel izin alındı. Araştırma öncesi araştırmacı tarafından Okan Üniversitesi'nden ve araştırmanın yürütüleceği İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'nden görüşme ve yazışmalar sonucunda etik kurul onayı alındı (Ek-6). Daha sonra Cerrahpaşa Çocuk Cerrahi AD'lında hipospadias tanısı almış ve cerrahi girişim planlanan çocukların ebeveynlerinden, araştırmanın amacı, içeriği, yöntemi konusunda bilgi verildikten sonra ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul edenlerden sözlü ve yazılı olarak izin alındı (Ek-5).

### **3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahi bölümüne başvurarak hipospadias tanısı ile cerrahi girişim planlanan çocukların ebeveynleri ile sınırlıdır. Bu bağlamda yalnızca aynı hastanede hipospadias için cerrahi girişim planlanan ve uygulanan çocukların ebeveynlerine genellenebilir.

### **3.8. Araştırmanın Hipotezleri**

- H<sub>0</sub>. Girişim ve kontrol grubu arasında durumluluk kaygı puanları arasında fark yoktur.  
H<sub>1</sub>. Girişim ve kontrol grubu arasında hipospadias bilgi puanları arasında fark yoktur.  
H<sub>2</sub>. Planlı eğitim verilmiş girişim grubunun durumluluk kaygı puanı daha düşüktür.  
H<sub>3</sub>. Planlı eğitim verilmiş girişim grubunun hipospadias bilgi puanı daha yüksektir.

#### 4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan ebeveynlerin ve hipospadiaslı çocukların tanıtıcı özelliklerine, ebeveynlerin hastalık deneyimlerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Araştırmaya girişim grubunda 57 ebeveyn, kontrol grubunda 61 ebeveyn olmak üzere 118 ebeveyn katılmıştır.

**Tablo 1. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özellikleri (N=118)**

Özellikler	Girişim Grubu n=57		Kontrol Grubu n=61		X <sup>2</sup>	p
	n	%	n	%		
<b>Görüşülen ebeveyn</b>						
Anne	30	52,6	31	50,8	0,039	0,495
Baba	27	47,4	30	49,2		
<b>Aile tipi</b>						
Çekirdek Aile	53	93,0	49	80,3	4,026	0,061
Geniş Aile	4	7,0	12	19,7		
<b>Öğrenim durumu</b>						
İlkokul-ortaokul	20	35,1	24	39,3	2,911	0,233
Lise Mezunu	13	22,8	20	32,8		
Üniversite Mezunu	24	42,1	17	27,9		
<b>Meslek</b>						
Ev Hanımı	21	36,8	22	36,1	1,904	0,386
Emekli	-	-	2	3,3		
Çalışan	36	63,2	37	60,7		
<b>Sosyal güvence</b>						
Var	51	89,5	56	91,8	0,189	0,452
Yok	6	10,5	5	8,2		
<b>Sosyoekonomik durum</b>						
Gelir Giderden Az	19	33,3	24	39,3	6,920	0,056
Gelir Gidere Eşit	26	45,6	34	55,7		
Gelir Giderden Fazla	12	21,1	3	4,9		
<b>Başka çocuk sahibi olma</b>						
Evet	31	54,4	27	44,3	1,208	0,180
Hayır	26	45,6	34	55,7		

X<sup>2</sup> = Ki-kare test

Araştırmaya katılan ebeveynlerin tanıtıcı özellikleri Tablo 1’de yer almaktadır. Girişim grubundaki ebeveynlerin %52,6’sının, kontrol grubunda ise ebeveynlerin %50,8’inin çocuğun annesi olduğu görülmektedir. Ebeveynlerin aile yapısı

incelendiğinde; girişim grubunda olanların %93'ü çekirdek aile yapısında, kontrol grubunun da %80,3'ü çekirdek aile yapısındadır (Tablo 1).

Ebeveynlerin öğrenim durumları incelendiğinde; girişim grubunun %42,1'inin üniversite mezunu, kontrol grubunun ise %27,9'unun üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Ebeveynlerin meslekleri incelendiğinde; girişim grubu olanların %36,8'i ev hanımı olduğu, kontrol grubunda da benzer şekilde %36,1'inin ev hanımı olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Araştırmaya katılan grupların sosyal güvencelerinin olup olmadığı incelendiğinde; girişim ve kontrol grubunun her ikisinde de tamamına yarınının sosyal güvencesi olduğu görülmektedir. Araştırma gruplarının sosyo-ekonomik durumlarına bakıldığında; girişim grubunun yarısına yakını (%45,6) aile gelirinin giderlerine eşit olduğunu belirtirken, kontrol grubunun da %55,7'si gelirlerini giderleri eşit olarak belirtmişlerdir. Ailede başka çocuk olma durumuna bakıldığında da girişim ve kontrol grubunda benzerlik görülmektedir (Tablo 1).

Araştırmaya katılan girişim ve kontrol grubundaki görüşülen ebeveyn, aile tipi, ebeveynin öğrenim durumu ve mesleği, sosyal güvence, sosyo ekonomik durumu, başka çocuk olma durumu değişkenleri arasında istatistiksel olarak fark olmayıp ( $p>0,05$ ) grupların homojen dağıldığı saptanmıştır (Tablo 1).

**Tablo 2. Hipospadiaslı Çocukların Tanıtıcı Özellikleri (N=118)**

Özellikler	Girişim Grubu n=57		Kontrol Grubu n=61		X <sup>2</sup>	p
	n	%	n	%		
<b>Yaş</b>						
1-12 ay	9	15,8	17	27,9	4,715	0,194
13-24 ay	23	40,4	23	37,7		
25-35 ay	14	24,6	16	26,2		
36 ay ve üzeri	11	19,3	5	8,2		
<b>Ek tanı</b>						
Var	8	14,0	5	8,2	1,025	0,237
Yok	49	86,0	56	91,8		
<b>Hastanede yatma deneyimi</b>						
Var	21	36,8	22	36,1	0,008	0,541
Yok	36	63,2	39	63,9		
<b>Ameliyat olma deneyimi</b>						
Var	6	10,5	14	23,0	3,231	0,059
Yok	51	89,5	47	77,0		

X<sup>2</sup> = Ki-kare test

Hipospadias nedeniyle operasyona alınacak çocuklara ilişkin tanıtıcı özellikler Tablo 2’de verilmiştir. Girişim grubunda bulunan ebeveynlerin çocuklarının %15,8’inin 1-12 ay arasında, %40,4’ünün 13-24 ay arasında, %24,6’sının 25-35 ay arasında ve %19,3’ünün ise 36 ay üzerinde olduğu; kontrol grubunda bulunan ebeveynlerin çocuklarının ise %27,9’unun 1-12 ay arasında, %37,7’sinin 13-24 ay arasında, %26,2’sinin 25-35 ay arasında, %8,2’sinin de 36 ay üzerinde olduğu belirlenmiştir. Girişim grubundaki çocukların yaş ortalaması 26,610±19,355, kontrol grubundaki çocukların yaş ortalaması da 21,610±13,130 olarak bulunmuştur. Çocukların yaşları arasında fark olmayıp gruplar homojen dağılmaktadır (p>0,05).

Hipospadias operasyonu geçirecek olan çocukların başka bir ek tanısı olup olmadığı incelendiğinde; girişim grubunun %86’sının ek bir hastalığı olmadığı, kontrol grubunun da %91,8’inin ek bir tanısı olmadığı saptanmıştır. Çocuğun daha önce hastanede yatma deneyimi olup olmadığı incelendiğinde; girişim grubundaki ebeveynlerin çocuklarının %63,2’sinin hastanede yatma deneyimi olmadığı, kontrol grubunun da benzer şekilde %63,9’unun hastanede yatmayı deneyimlemediği

belirlenmiştir. Çocukların daha önce operasyon deneyimlerine bakıldığında; girişim grubundaki ebeveynlerin çocuklarının çoğunluğunun (%89,5) operasyon deneyimi olmadığı, kontrol grubunda bulunan ebeveynlerin çocuklarının da %77'sinin operasyon deneyimi olmadığı belirlenmiştir. Ebeveynlerin hipospadiaslı çocuklarının ek hastalığı, hastanede yatma ve operasyon deneyimleri olma durumları arasında fark olmayıp girişim ve kontrol grupları homojen dağılmaktadır ( $p>0,05$ ).



**Tablo 3. Ebeveynlerin Hastalık Deneyimine İlişkin Özellikleri (N=118)**

Özellikler	Girişim Grubu n=57		Kontrol Grubu n=61		X <sup>2</sup>	p
	n	%	n	%		
<b>Hastaneye Yatma Deneyimi</b>						
Var	35	61,4	29	47,5	2,281	0,092
Yok	22	38,6	32	52,5		
<b>Operasyon Geçirme Deneyimi</b>						
Var	33	57,9	29	47,5	1,267	0,173
Yok	24	42,1	32	52,5		
<b>Diğer çocuklarda hastalık deneyimi</b>						
Var	-	-	3	11,1	3,632	0,095
Yok	31	100,0	24	88,9		
<b>Diğer çocuklarda hastaneye yatma deneyimi</b>						
Var	18	58,1	9	33,3	3,547	0,052
Yok	13	41,9	18	66,7		
<b>Diğer çocuklarda operasyon deneyimi</b>						
Var	10	35,5	8	29,6	0,225	0,424
Yok	11	64,5	19	70,4		
<b>Hipospadias Hakkında Bilgi</b>						
Var	46	80,7	41	67,2	2,768	0,072
Yok	11	19,3	20	32,8		

X<sup>2</sup> = Ki-kare test

Araştırmaya katılan ebeveynlerin hastalık deneyimine ilişkin özellikleri Tablo 3’de incelenmiştir. Girişim grubundaki ebeveynlerin %61,4’ünün, kontrol grubundaki ebeveynlerin de %47,5’inin daha önce hastanede yatma deneyimi yaşadığı belirlenmiştir. Girişim grubundaki ebeveynlerin %57,9’unun, kontrol grubundaki ebeveynlerin de %47,5’inin daha önce operasyon geçirdiği belirlenmiştir. Ebeveynlerin hastanede yatma ve operasyon deneyimleri olma durumları arasında fark olmayıp girişim ve kontrol grupları homojen dağılmaktadır (p>0,05) (Tablo 3).

Hipospadiaslı çocuğun kardeşinin akut/kronik hastalığı olup olmadığı incelendiğinde; girişim grubundaki ebeveynlerin diğer çocuklarının herhangi bir hastalığı olmadığı, kontrol grubundaki ebeveynlerin ise 3’ünün (%11,1) diğer çocuklarının hastalığı olduğu saptanmıştır. Hipospadiaslı çocuğun kardeş/kardeşlerinin

hastanede yatma deneyimi incelendiğinde; girişim grubundaki ebeveynlerin diğer çocuk/çocuklarının %58,1'inin, kontrol grubundaki ebeveynlerin diğer çocuk/çocuklarının da %33,3'ünün hastanede yatma deneyimi yaşadığı belirlenmiştir. Girişim grubundaki ebeveynlerin %35,5'inin diğer çocuklarının cerrahi operasyon geçirme deneyimi yaşadığı, kontrol grubundaki ebeveynlerinin diğer çocuklarının ise %29,6'sının bu deneyimi yaşadığı saptanmıştır. Ebeveynlerin diğer kardeşlerde hastalık, hastanede yatma ve operasyon deneyimleri olma durumları arasında fark olmayıp girişim ve kontrol grupları homojen dağılmaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 3).

Araştırmaya katılan ebeveynlerin hipospadiasa ilişkin bilgi durumları incelendiğinde; girişim grubundaki ebeveynlerin %80,7'si hipospadias hakkında bilgisi olduğunu, kontrol grubundaki ebeveynlerin de %67,2'sinin hipospadiasa ilişkin bilgisi olduğunu ifade etmişlerdir. Ebeveynlerin hipospadisa ilişkin bilgi durumları arasında fark olmayıp gruplar homojen dağılmaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 3).



**Tablo 4. Girişim ve Kontrol Grubundaki Ebeveynlerin Durumluluk Kaygı Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması**

Durumluluk Kaygı Puanları	Girişim Grubu		Kontrol Grubu		MW	p
	n=57		n=61			
	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss		
1.Ölçüm (Op.dan 7 gün önce)	36,088	3,938	35,918	3,985	1709,000	0,873
2.Ölçüm ( Op.dan 1 gün önce)	35,965	4,022	34,984	3,398	1522,500	0,243
3.Ölçüm (Operasyon Öncesi)	34,965	5,342	36,082	4,554	1433,000	0,099
<i>F</i>	0,042*		0,037*			

\* $p < 0,05$ , *MW*= Mann Whitney-U testi, *F*=Friedman test

Girişim ve kontrol grubundaki ebeveynlerin durumluluk kaygı ortalama puanlarının karşılaştırılması Tablo 4’de incelenmiştir. Girişim grubundaki ebeveynlerin birinci ölçümde durumluluk kaygı puan ortalaması  $36,088 \pm 3,938$ , ikinci ölçümde  $35,965 \pm 4,022$  ve üçüncü ölçümde ise  $34,965 \pm 5,342$  olduğu belirlenmiştir. Ebeveynlerin hipospadiasla ilgili eğitim sonrasında **ardışık olarak değerlendirilen ölçümlerde durumluluk kaygı puanlarının düştüğü** ve ölçümler arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p < 0,05$ ).

Kontrol grubundaki ebeveynlerin birinci ölçümde durumluluk kaygı puan ortalaması  $35,918 \pm 3,985$ , ikinci ölçümde  $34,984 \pm 3,398$  ve cerrahi girişimden önce değerlendirilen üçüncü ölçümde ise  $36,082 \pm 4,554$  olarak bulunmuştur. Hipospadiasa ilişkin planlı eğitim almayan kontrol grubunda **son ölçümde durumluluk kaygı puanının yüksek olduğu** ve ölçümler arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ) (Tablo 4).

**Tablo 5. Girişim ve Kontrol Grubundaki Ebeveynlerin 1. ve 2. Ölçüm Durumluluk Kaygı Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması**

Gruplar	1.Ölçüm		2.Ölçüm		Z	p
	(Op.dan 7 gün önce)		(Op.dan 1 gün önce)			
	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss		
Girişim Grubu	36,088	3,938	35,965	4,022	-0,391	0,695
Kontrol Grubu	35,918	3,985	34,984	3,398	-2,717	0,007
<b>MW</b>	1709,000		1522,500			
<b>p</b>	0,873		0,243			

*Z= Wilcoxon Testi MW= Mann Whitney-U*

Araştırmaya katılan girişim grubundaki ebeveynlerin birinci ve ikinci ölçüm durumluluk kaygı ortalama puanlarının karşılaştırılması Tablo 5’de verilmiştir. Girişim grubundaki ebeveynlerin durumluluk kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p>0,05$ ). Kontrol grubundaki ebeveynlerin durumluluk kaygı puanı ikinci ölçümde daha düşük olduğu saptanmış olup sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ).

**Tablo 6. Girişim ve Kontrol Grubundaki Ebeveynlerin 2. ve 3. Ölçüm Durumluluk Kaygı Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması**

Gruplar	2.Ölçüm (Op.dan 1 gün önce)		3.Ölçüm (Operasyon öncesi)		Z	p
	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss		
Girişim Grubu	35,965	4,022	34,965	5,342	-2,082	<b>0,037*</b>
Kontrol Grubu	34,984	3,398	36,082	4,554	-2,200	<b>0,028*</b>
<b>MW</b>	1522,500		1433,000			
<b>p</b>	0,243		0,099			

\* $p < 0,05$ , Z=Wilcoxon Testi, MW=Mann Whitney-U

Araştırmaya katılan girişim grubundaki ebeveynlerin ikinci ve üçüncü ölçüm durumluluk kaygı ortalama puanlarının karşılaştırılması Tablo 6’da verilmiştir. Girişim grubundaki ebeveynlerin ikinci ölçüm ortalaması  $35,965 \pm 4,022$ , üçüncü ölçüm ortalaması ise  $34,965 \pm 5,342$  olarak bulunmuş olup kaygı düzeyinin düştüğü görülmektedir. Ölçümler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

Kontrol grubundaki ebeveynlerin ikinci ölçüm durumluluk kaygı puan ortalaması  $34,984 \pm 3,398$  iken, üçüncü ölçümde durumluluk kaygı puan ortalaması  $36,082 \pm 4,554$  olduğu belirlenmiş olup operasyon yaklaştıkça kaygı düzeyinin arttığı görülmektedir. Ölçümler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ) (Tablo 6).

**Tablo 7. Girişim ve Kontrol Grubundaki Ebeveynlerin 1. ve 3. Ölçüm Durumluluk Kaygı Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması**

Gruplar	1.Ölçüm		3.Ölçüm		Z	p
	(Op.dan 7 gün önce)		(Operasyon öncesi)			
	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss		
Girişim Grubu	36,088	3,938	34,965	5,342	-2,256	<b>0,024*</b>
Kontrol Grubu	35,918	3,985	36,082	4,554	-0,175	0,861
MW	1709,000		1433,000			
p	0,873		0,099			

\* $p < 0,05$ , Z=Wilcoxon Testi, MW=Mann Whitney-U

Araştırmaya katılan girişim grubundaki ebeveynlerin birinci ve üçüncü ölçüm durumluluk kaygı ortalama puanlarının karşılaştırılması Tablo 7’de verilmiştir. Girişim grubundaki ebeveynlerin birinci ölçüm ortalaması  $36,088 \pm 3,938$ , üçüncü ölçüm ortalaması ise  $34,965 \pm 5,342$  olarak bulunmuş olup kaygı düzeyinin düştüğü görülmektedir. Ölçümler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

Kontrol grubundaki ebeveynlerin birinci ölçüm durumluluk kaygı puan ortalaması  $35,918 \pm 3,985$  iken, üçüncü ölçümde durumluluk kaygı puan ortalaması  $36,082 \pm 4,55$  olduğu belirlenmiş olup kaygı düzeyinin arttığı görülmektedir. Ölçümler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ) (Tablo 7).

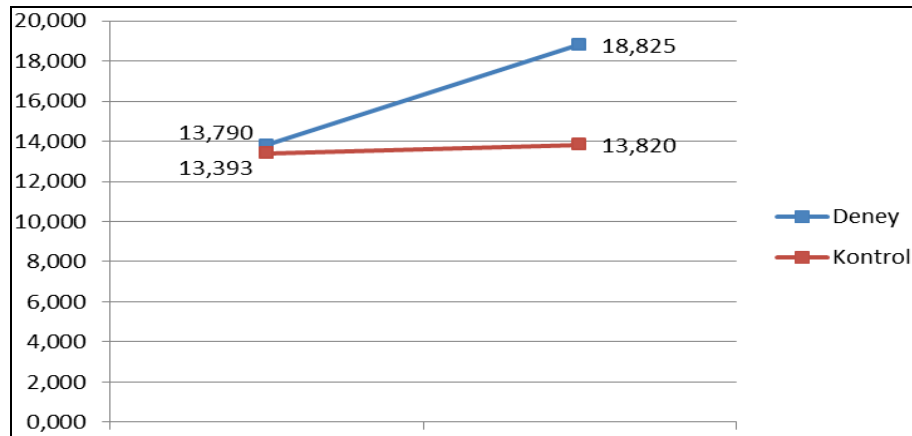
**Tablo 8. Girişim ve Kontrol Grubundaki Ebeveynlerin Hipospadias Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması**

Hipospadias Bilgi puanı	Girişim grubu		Kontrol grubu		MW	p
	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss		
Ön test	13,790	3,294	13,393	2,752	1524,500	0,246
Son test	18,825	1,416	13,820	2,730	199,500	<b>0,000*</b>
<b>Z</b>	<b>-6,528</b>		<b>-2,108</b>			
<b>p</b>	<b>0,000*</b>		<b>0,035*</b>			

\* $p < 0,05$ ,  $Z = Wilcoxon Testi$ ,  $MW = Mann Whitney-U$

Araştırmaya katılan ebeveynlerin hipospadias bilgi puanları ortalamalarının gruplara göre karşılaştırılması Tablo 8’de verilmiştir. Ebeveynlerin gruplararası hipospadias bilgi puanları karşılaştırıldığında; girişim grubundaki ebeveynlerin hipospadias bilgi puanları ortalaması ön test bilgi puanı ortalaması 13,790±3,294 iken son test bilgi puanı ortalaması 18,825±1,416 olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki ebeveynlerin ön test bilgi puanı ortalaması 13,393±2,752, son test bilgi puanı ortalaması 13,820±2,730 olarak bulunmuştur. Hipospadias ile ilgili planlı eğitim uygulanan grubun son test puanında anlamlı bir yükselme olduğu görülmektedir ( $p < 0,05$ ). Kontrol grubunda ise ön test son test puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p > 0,05$ ) (Şekil 3).

**Şekil 3. Ebeveynlerin hipospadias bilgi puanlarına ilişkin diyagram**



**Tablo 9. Girişim Grubundaki Ebeveynlerin Durumluluk Kaygı Puan Ortalamalarının Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması**

<b>Özellikler</b>	<b>1.ölçüm</b>	<b>2.ölçüm</b>	<b>3.ölçüm</b>
<b>Görüşülen Kişi</b>	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$
Anne	35,333±3,818	35,867±3,192	33,900±4,155
Baba	36,926±3,970	36,074±4,843	36,148±6,280
MWU/Z	325,500/-1,276	396,500/-0,136	346,000/-0,946
p	0,202	0,892	0,344
<b>Aile Tipi</b>			
Çekirdek aile	35,717±3,759	35,793±4,068	34,528±4,960
Geniş aile	41,000±3,162	38,250±2,754	40,750±7,632
MWU/Z	24,500/-2,557	60,500/-1,426	38,500/-2,115
p	<b>0,011</b>	0,154	<b>0,034</b>
<b>Öğrenim Durumu</b>			
Ortaokul ve altı	36,750±2,954	36,650±3,870	35,300±5,172
Lise mezunu	36,846±5,273	36,769±4,781	34,615±6,172
Üniversite Mezunu	35,125±3,791	34,958±3,641	34,875±5,228
$\chi^2_{kw}$	1,853	2,669	0,286
p	0,396	0,263	0,867
<b>Çalışma durumu</b>			
Çalışmayan	35,857±3,497	36,714±2,452	34,000±3,578
Çalışan	36,222±4,216	35,528±4,681	35,528±6,120
MWU/Z	359,500/-0,307	286,000/-1,527	345,500/-0,539
p=	0,759	0,127	0,590
<b>Sosyal Güvence</b>			
Var	36,177±3,830	36,000±3,805	35,275±5,288
Yok	35,333±5,125	35,667±6,022	32,333±5,538
MWU/Z	146,500/-0,170	133,500/-0,509	96,500/-1,474
p	0,865	0,611	0,141
<b>Sosyo-ekonomik durum</b>			
Gelir giderden az	36,316±3,128	36,316±3,772	34,211±4,184
Gelir gidere eşit	36,000±3,940	35,692±3,674	35,577±5,742
Gelir giderden fazla	35,917±5,248	36,000±5,292	34,833±6,308
$\chi^2_{kw}$	0,649	0,328	0,290
p	0,723	0,849	0,865
<b>Başka çocuk varlığı</b>			
Var	36,323±4,542	35,807±3,798	35,000±5,508
Yok	35,808±3,137	36,154±4,342	34,923±5,245
MWU/Z	397,000/-0,097	373,000/-0,482	398,500/-0,072
p	0,923	0,630	0,942

MWU= Mann Whitney U test, \*p<005

Girişim grubundaki ebeveynlerin durumluluk kaygı puan ortalamalarının tanıtıcı özellikleri ile karşılaştırılması Tablo 9'da yer almaktadır. Girişim grubundaki ebeveynlerin durumluluk kaygı puan ortalamalarının görüşülen ebeveyn, öğrenim

durumu, çalışma durumu, sosyal güvence, sosyo ekonomik durum ve başka çocuğu olma durumu ile durumluluk-kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p>0,05$ ).

Aile tipinin durumluk kaygı puanını etkilediği görülmektedir. Birinci ölçümde çekirdek aile tipinden olan ebeveynlerin puanı  $35,717\pm 3,759$ , geniş ailede olanların puan ortalamaları ise  $41,000\pm 3,162$  olup ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0,011$ ). İkinci ölçümde çekirdek aile tipinden olan ebeveynlerin puanı  $35,793\pm 4,068$ , geniş ailede olanların puan ortalamaları ise  $38,250\pm 2,754$  olup ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p>0,05$ ). Üçüncü ölçümde çekirdek aile tipinden olan ebeveynlerin puanı  $34,528\pm 4,960$ , geniş ailede olanların puan ortalamaları ise  $40,750\pm 7,632$  olup ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0,034$ ). Geniş ailede tipinde olanların durumluluk kaygı puanlarının birinci ve üçüncü ölçümde çekirdek aile tipine göre daha yüksek olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ) (Tablo 9).

**Tablo 10. Girişim Grubundaki Ebeveynlerin Hipospadias Bilgi Puanlarının Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması**

<b>Özellikler</b>	<b>Ön test</b>	<b>Son test</b>
<b>Görüşülen kişi</b>	$\bar{x} \pm S_s$	$\bar{x} \pm S_s$
Anne	14,333±2,845	18,833±1,392
Baba	13,185±3,690	18,815±1,469
MWU/Z	321,000/-1,351	401,000/-0,068
p	0,177	0,946
<b>Aile tipi</b>		
çekirdek aile	13,906±3,387	18,830±1,424
geniş aile	12,250±0,500	18,750±1,500
MWU/Z	62,000/-1,383	102,000/-0,132
p	0,167	0,895
<b>Öğrenim durumu</b>		
Ortaokul ve altı	11,850±3,200	17,750±1,585
Lise mezunu	13,154±2,968	19,000±1,155
Üniversite Mezunu	15,750±2,418	19,625±0,647
$\chi^2_{kw}$	16,914	19,463
p	<b>0,000*</b>	<b>0,000*</b>
Fark	<b>3&gt;1, 3&gt;2</b>	<b>2&gt;1, 3&gt;1</b>
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışmayan	13,238±2,948	18,381±1,431
Çalışan	14,111±3,479	19,083±1,360
MWU/Z	304,500/-1,223	249,500/-2,245
p	0,221	<b>0,025</b>
<b>Sosyal güvence</b>		
Var	13,922±2,629	18,784±1,460
Yok	12,667±7,118	19,167±0,983
MWU/Z	152,500/-0,013	138,500/-0,398
p	0,990	0,690
<b>Sosyo-ekonomik durum</b>		
Gelir giderden az	12,263±3,724	18,053±1,615
Gelir gidere eşit	14,231±2,847	19,077±1,129
Gelir giderden fazla	15,250±2,701	19,500±1,168
$\chi^2_{kw}$	5,335	10,500
p	0,069	<b>0,005</b>
Fark		2>1, 3>1
<b>Başka çocuk varlığı</b>		
Var	13,903±3,048	18,710±1,677
Yok	13,654±3,622	18,962±1,038
MWU/Z	390,000/-0,210	391,500/-0,195
p	0,834	0,846

MWU= Mann Whitney U test, \*p<005



Girişim grubundaki ebeveynlerin hipospadias bilgi puan ortalamalarının tanıtıcı özellikleri ile karşılaştırılması Tablo 10'da incelenmiştir. Görüşülen ebeveyn, aile tipi, çalışma durumu, sosyal güvenceleri, başka çocuk olma durumları hipospadias bilgi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p>0,05$ ).

Görüşülen ebeveynin öğrenim durumu arttıkça hipospadias bilgi puan ortalamasının daha yüksek olduğu, aynı şekilde son test puan ortalamalarının da öğrenim durumu yüksek olanlar da daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,001$ ). Ailenin sosyo ekonomik durumu yüksek olanların son test puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 10).



**Tablo 11. Girişim Grubundaki Ebeveynlerin Durumluluk Kaygı Puan Ortalamalarının Çocuklarının Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması**

Özellikler	1.ölçüm	2.ölçüm	3.ölçüm
Yaş	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$
1-12 ay	38,667±5,000	38,778±4,466	39,222±7,645
13-24 ay	35,870±4,224	35,348±4,041	34,304±5,209
25-35 ay	34,929±3,222	34,214±2,517	33,571±3,736
36 ay ve üzeri	35,909±2,468	37,182±4,070	34,636±3,880
$\chi^2_{kw}$	3,588	7,742	3,617
p	0,310	<b>0,052*</b>	0,306
Fark		<b>1&gt;2, 1&gt;3</b>	
<b>Ek tanı</b>			
Evet	33,875±2,532	35,000±3,742	32,500±3,665
Hayır	36,449±4,026	36,122±4,081	35,367±5,491
MWU/Z	111,500/-1,950	169,000/-0,622	141,000/-1,268
p	<b>0,051*</b>	0,534	0,205
<b>Hastaneye yatma deneyimi</b>			
Evet	36,810±2,250	35,238±2,931	34,238±3,032
Hayır	35,667±4,629	36,389±4,525	35,389±6,317
MWU/Z	280,000/-1,628	321,000/-0,946	354,000/-0,398
p	0,103	0,344	0,690
<b>Operasyon geçirme deneyimi</b>			
Evet	35,500±2,074	35,000±3,688	33,167±3,601
Hayır	36,157±4,110	36,078±4,078	35,177±5,498
MWU/Z	138,500/-0,379	126,500/-0,691	112,000/-1,069
p	0,705	0,489	0,285

*MWU= Mann Whitney U test, \*p<005*

Girişim grubundaki ebeveynlerin durumluluk kaygı puan ortalamalarının çocukların tanıtıcı özellikleri ile karşılaştırılması Tablo 11’de verilmiştir. Çocukların yaş gruplarına göre ikinci ölçüm durumluluk kaygı puan ortalamaları incelendiğinde 1-12 aylık bebeği olanların durumluluk kaygı puan ortalaması 38,778±4,466, 13-24 ay grubu çocuğu olanların 35,348±4,041, 25-35 ay grubu çocuğu olanların, 34,214±2,517, 36 ay ve üzeri çocuğu olanların 37,182±4,070 olduğu belirlenmiştir. Ölçümlerin yaş gruplarına göre aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,052).

Çocukların hipospadias dışında başka hastalığı olanların (33,875±2,532), ek bir tanısı olmayanlara (36,449±4,026) göre birinci ölçüm durumluluk kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (p=0,051). Çocukların daha önce hastanede yatma ve

operasyon geçirme deneyimlerinin olup olmasının durumluluk-kaygı puan ortalamaları arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p>0,05$ ) (Tablo 11).

**Tablo 12. Girişim Grubundaki Ebeveynlerin Hipospadias Bilgi Puanlarının Çocukların Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması**

Özellikler	Ön test	Son test
	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$
<b>Yaş</b>		
1-12 ay	14,222±2,333	18,778±1,302
13-24 ay	14,739±2,397	19,304±1,063
25-36 ay	13,429±3,610	18,286±1,939
36 ay üzeri	11,909±4,527	18,546±1,214
$\chi^2_{kw}$	4,155	5,332
p	0,245	0,149
<b>Ek tanı</b>		Ort±Ss
Var	13,625±2,722	18,250±2,121
Yok	13,816±3,401	18,918±1,272
MWU/Z	186,500/-0,220	167,000/-0,704
p	0,826	0,482
<b>Hastaneye yatma deneyimi</b>		
Var	14,143±2,476	18,857±1,014
Yok	13,583±3,706	18,806±1,618
MWU/Z	349,000/-0,483	331,500/-0,812
p	0,629	0,417
<b>Operasyon geçirme deneyimi</b>		
Var	16,000±0,894	19,000±0,632
Yok	13,529±3,378	18,804±1,484
MWU/Z	79,000/-1,936	140,000/-0,357
p	0,053	0,721

*MWU= Mann Whitney U test*

Girişim grubundaki ebeveynlerin hipospadias bilgi puan ortalamalarının çocukların tanıtıcı özellikleri ile karşılaştırılması Tablo 12’de verilmiştir. Çocukların yaş grupları, ek tanısı olma durumu, daha önce hastanede yatma ve ameliyat olma deneyimlerinin olması ile hipospadias bilgi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 13. Girişim Grubundaki Ebeveynlerin Durumluluk Kaygı Puan Ortalamalarının Ebeveynin Hastalık Deneyimine İlişkin Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması**

	<b>1.ölçüm</b>	<b>2.ölçüm</b>	<b>3.ölçüm</b>
	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$
<b>Hastaneye Yatma Deneyimi</b>			
Var	35,514±3,995	35,600±4,272	34,600±5,802
Yok	37,000±3,754	36,546±3,609	35,546±4,585
MWU/Z	324,000/-1,004	345,000/-0,658	324,500/-0,995
p	0,315	0,511	0,320
<b>Ameliyat Deneyimi</b>			
Var	35,364±4,068	35,212±3,959	34,515±5,778
Yok	37,083±3,599	37,000±3,956	35,583±4,727
MWU/Z	308,000/-1,429	316,000/-1,298	332,000/-1,038
p	0,153	0,194	0,299
<b>Diğer çocuklarda hastaneye yatma deneyimi</b>			
Var	36,389±4,717	36,500±4,120	34,167±5,294
Yok	36,231±4,475	34,846±3,211	36,154±5,800
MWU/Z	113,500/-0,141	83,000/-1,369	84,500/-1,307
p	0,888	0,171	0,191
<b>Diğer çocuklarda ameliyat deneyimi</b>			
Var	35,636±5,697	36,636±5,163	33,727±6,665
Yok	36,700±3,881	35,350±2,852	35,700±4,802
MWU/Z	88,000/-0,913	87,500/-0,935	69,000/-1,700
p	0,361	0,350	0,089

*MWU= Mann Whitney U test, \*p<005*

Girişim grubundaki ebeveynlerin durumluluk kaygı puan ortalamalarının ebeveynin hastalık deneyimine ilişkin tanıtıcı özellikleri ile karşılaştırılması Tablo 13’de verilmiştir. Ebeveynlerin kendileri ya da diğer çocuklarının daha önce hastanede yatma ve ameliyat olma deneyimleri ile durumluluk-kaygı puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 14. Girişim Grubundaki Ebeveynlerin Hipospadias Bilgi Puanlarının Ebeveynin Hastalık Deneyimine İlişkin Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması**

	<b>Ön test</b>	<b>Son test</b>
	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$
<b>Hastaneye Yatma Deneyimi</b>		
Var	14,143±3,615	19,114±1,078
Yok	13,227±2,689	18,364±1,761x
MWU/Z	295,500/-1,476	301,000/-1,454
p	0,140	0,146
<b>Ameliyat Deneyimi</b>		
Var	14,727±2,753	19,182±1,074
Yok	12,500±3,587	18,333±1,685
MWU/Z	251,500/-2,350	282,000/-1,946
p	<b>0,019*</b>	<b>0,052*</b>
<b>Diğer çocuklarda hastaneye yatma deneyimi</b>		
Var	14,333±3,049	19,000±1,414
Yok	13,308±3,066	18,308±1,974
MWU/Z	92,000/-1,012	96,000/-0,908
p	0,311	0,364
<b>Diğer çocuklarda ameliyat deneyimi</b>		
Var	14,636±3,585	18,636±1,629
Yok	13,500±2,724	18,750±1,743
MWU/Z	85,000/-1,044	102,500/-0,334
p	0,296	0,738

*MWU= Mann Whitney U test, \*p<005*

Girişim grubundaki ebeveynlerin hipospadias bilgi puan ortalamalarının ebeveynin hastalık deneyimine ilişkin tanıtıcı özellikleri ile karşılaştırılması Tablo 14’de verilmiştir. Ebeveynlerin kendileri ya da diğer çocuklarının daha önce hastanede yatma ve diğer çocuklarının ameliyat olma deneyimleri ile hipospadias bilgi puan ölçümleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p>0,05$ ). Araştırmaya katılan ebeveynlerden kendi ya da eşi ameliyat deneyimi yaşayanların ön test ( $p=0,019$ ) ve son test puanlarının ( $p=0,052$ ) ameliyat deneyimi yaşamayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).

**Tablo 15. Kontrol Grubundaki Ebeveynlerin Durumluluk Kaygı Puan Ortalamalarının Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması**

<b>Demografik Özellikler</b>	<b>1.ölçüm</b>	<b>2.ölçüm</b>	<b>3.ölçüm</b>
	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$
<b>Görüşülen Kişi</b>			
Anne	34,968±4,159	34,581±3,548	35,323±4,347
Baba	36,900±3,604	35,400±3,244	36,867±4,703
MWU/Z	351,000/-1,652	411,000/-0,782	358,500/-1,544
p	0,099	0,434	0,123
<b>Aile Tipi</b>			
Çekirdek aile	35,837±4,094	34,816±3,504	36,265±4,945
Geniş aile	36,250±3,646	35,667±2,964	35,333±2,387
MWU/Z	272,000/-0,401	254,000/-0,729	277,000/-0,310
p	0,689	0,466	0,757
<b>Öğrenim Durumu</b>			
Ortaokul ve altı	35,875±4,132	35,292±3,329	35,292±3,277
Lise mezunu	36,500±3,887	34,900±3,640	36,400±4,285
Üniversite Mezunu	35,294±4,027	34,647±3,372	36,824±6,237
$\chi^2_{kw}$	0,714	0,340	0,343
p	0,700	0,844	0,842
<b>Çalışma durumu</b>			
Çalışmayan	35,167±4,229	35,042±3,653	35,458±4,559
Çalışan	36,405±3,797	34,946±3,274	36,487±4,568
$\chi^2_{kw}$	377,500/-0,986	433,000/-0,163	349,000/-1,409
p	0,324	0,870	0,159
<b>Sosyal Güvence</b>			
Var	35,804±4,110	34,893±3,457	35,946±4,630
Yok	37,200±1,924	36,000±2,739	37,600±3,647
MWU/Z	115,000/-0,660	114,500/-0,673	95,500/-1,175
p	0,509	0,501	0,240
<b>Sosyo-ekonomik durum</b>			
Gelir giderden az	35,792±4,653	35,167±3,497	36,750±4,494
Gelir gidere eşit	35,912±3,671	34,735±3,476	35,118±3,945
Gelir giderden fazla	37,000±1,732	36,333±1,528	41,667±8,083
$\chi^2_{kw=}$	0,147	0,850	4,765
p=	0,929	0,654	0,092
<b>Başka çocuk varlığı</b>			
Var	36,074±4,150	35,111±3,332	35,482±3,610
Yok	35,794±3,906	34,882±3,497	36,559±5,189
MWU/Z	438,500/-0,299	446,500/-0,182	431,500/-0,401
p	0,765	0,855	0,688

MWU= Mann Whitney U test, \*p<005

Kontrol grubundaki ebeveynlerin durumluluk kaygı puan ortalamalarının tanıtıcı özellikleri ile karşılaştırılması Tablo 15’de yer almaktadır. Kontrol grubundaki ebeveynlerin durumluluk kaygı puan ortalamalarının görüşülen ebeveyn, aile tipi, öğrenim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence, sosyo ekonomik durum ve başka çocuğu olma durumu ile durumluluk-kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p>0,05$ ).



**Tablo 16. Kontrol Grubundaki Ebeveynlerin Hipospadias Bilgi Puanlarının Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması**

<b>Demografik Özellikler</b>	<b>Ön test</b>	<b>Son test</b>
	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$
<b>Görüşülen Kişi</b>		
Anne	13,807±3,060	13,903±3,145
Baba	12,967±2,371	13,733±2,273
MWU/Z	387,500/-1,125	444,000/-0,306
p	0,260	0,760
<b>Aile Tipi</b>		
Çekirdek aile	13,939±2,703	14,367±2,659
Geniş aile	11,167±1,642	11,583±1,730
MWU/Z	107,500/-3,406	111,500/-3,339
p	<b>0,001*</b>	<b>0,001*</b>
<b>Öğrenim Durumu</b>		
Ortaokul ve altı	12,708±2,368	12,833±2,729
Lise mezunu	13,900±3,259	14,100±2,713
Üniversite Mezunu	13,765±2,562	14,882±2,395
$\chi^2_{kw}$	1,402	6,014
p	0,496	<b>0,049*</b>
Fark		<b>3&gt;1</b>
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışmayan	13,625±3,360	13,708±3,407
Çalışan	13,243±2,314	13,892±2,233
$\chi^2_{kw}$	427,500/-0,245	424,000/-0,298
p	0,806	0,766
<b>Sosyal Güvence</b>		
Var	13,143±2,693	13,607±2,668
Yok	16,200±1,789	16,200±2,490
MWU/Z	46,000/-2,488	63,000/-2,042
p	<b>0,013*</b>	<b>0,041*</b>
<b>Sosyo-ekonomik durum</b>		
Gelir giderden az	13,375±3,132	13,542±2,782
Gelir gidere eşit	13,353±2,581	13,941±2,806
Gelir giderden fazla	14,000±2,000	14,667±1,528
$\chi^2_{kw}$	0,408	0,883
p	0,815	0,643
<b>Başka çocuk varlığı</b>		
Evet	12,407±2,241	13,296±2,643
Hayır	14,177±2,897	14,235±2,764
MWU/Z	288,000/-2,499	365,500/-1,369
p	<b>0,012*</b>	0,171

MWU= Mann Whitney U test, \*p<005



Kontrol grubundaki ebeveynlerin hipospadias bilgi puan ortalamalarının tanıtıcı özellikleri ile karşılaştırılması Tablo 16'da incelenmiştir. Görüşülen ebeveyn, çalışma durumu, sosyo ekonomik durumları ile hipospadias bilgi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p>0,05$ ).

Kontrol grubundaki çekirdek aile tipinde olan ailelerin önt test ve son test puanlarının geniş ailede olanlara göre daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p=0,001$ ). Görüşülen ebeveynin öğrenim durumu arttıkça ön test ve son test puanlarının arttığı, son test puanının ise üniversite mezunlarında daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p=0,049$ ). Sosyal güvencesi olmayanların ön test ve son test puanlarının sosyal güvencesi olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Başka çocuğu olmayanların ön test puanlarının başka çocuğu olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p=0,012$ ) (Tablo 16).

**Tablo 17. Kontrol Grubundaki Ebeveynlerin Durumluluk Kaygı Puan Ortalamalarının Çocukların Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması**

<b>Özellikler</b>	<b>1.ölçüm</b>	<b>2.ölçüm</b>	<b>3.ölçüm</b>
	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$
<b>Yaş</b>			
1-12 ay	37,529±3,281	36,647±2,999	37,177±5,223
13-24 ay	34,391±4,325	33,783±3,605	35,522±4,055
25-35 ay	35,750±3,992	34,625±3,074	35,938±5,079
36 ay ve üzeri	38,000±1,581	36,000±2,915	35,400±2,702
$\chi^2_{KW} =$	8,829	7,267	0,906
p=	<b>0,032*</b>	0,064	0,824
Fark	<b>1&gt;2; 4&gt;2</b>		
<b>Ek Tanı</b>			
Var	39,200±4,087	37,600±3,847	38,400±4,827
Yok	35,625±3,878	34,750±3,293	35,875±4,517
MWU/Z	75,500/-1,703	73,000/-1,769	90,000/-1,321
p	0,089	0,077	0,187
<b>Hastaneye Yatma Deneyimi</b>			
Var	35,682±3,896	34,773±3,651	36,182±5,577
Yok	36,051±4,078	35,103±3,291	36,026±3,944
MWU/Z	406,000/-0,347	411,500/-0,264	426,000/-0,045
p	0,729	0,792	0,964
<b>Operasyon Geçirme</b>			
Var	35,714±3,970	34,857±3,880	36,071±4,811
Yok	35,979±4,030	35,021±3,287	36,085±4,529
MWU/Z	311,000/-0,310	320,000/-0,155	328,500/-0,009
p	0,757	0,877	0,993

*MWU= Mann Whitney U test, \*p<005*

Kontrol grubundaki ebeveynlerin durumluluk kaygı puan ortalamalarının çocukların tanıtıcı özellikleri ile karşılaştırılması Tablo 17’de verilmiştir. Çocukların yaş gruplarına göre birinci ölçüm durumluluk kaygı puan ortalamaları ölçümlerinin yaş gruplarına göre aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ( $p<0,05$ ) olup ikinci ve üçüncü ölçümlerde yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

Kontrol grubundaki ebeveynlerin çocuklarının ek tanısı olma, daha önce hastanede yatma ve operasyon geçirme deneyimleri ile durumluluk-kaygı puan ortalamaları arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 18. Kontrol Grubundaki Ebeveynlerin Hipospadias Bilgi Puanlarının Çocukların Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması**

Özellikler	Ön Test	Son test
	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$
<b>Yaş</b>		
1-12 ay	11,941±2,358	12,588±2,399
13-24 ay	14,478±2,428	14,739±2,416
25-35 ay	13,188±3,103	13,750±3,173
36 ay ve üzeri	14,000±2,550	14,000±2,739
$\chi^2_{kw}$	9,386	6,235
p	<b>0,025*</b>	0,101
Fark	<b>2&gt;1</b>	
<b>Ek Tanı</b>		
Evet	12,800±2,280	14,000±1,871
Hayır	13,446±2,802	13,804±2,805
MWU/Z	123,000/-0,450	132,000/-0,212
p	0,653	0,832
<b>Hastaneye Yatma Deneyimi</b>		
Var	14,455±2,595	14,773±2,389
Yok	12,795±2,687	13,282±2,790
MWU/Z	279,500/-2,260	291,000/-2,090
p	<b>0,024*</b>	<b>0,037*</b>
<b>Operasyon Deneyimi</b>		
Evet	14,429±3,005	14,214±2,607
Hayır	13,085±2,628	13,702±2,781
MWU/Z	251,500/-1,338	301,000/-0,484
p	0,181	0,628

MWU= Mann Whitney U test, \*p<005

Kontrol grubundaki ebeveynlerin hipospadias bilgi puan ortalamalarının çocukların tanıtıcı özellikleri ile karşılaştırılması Tablo 18’de verilmiştir. Çocukların ek tanısı olma ve operasyon deneyimleri ile hipospadias bilgi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p>0,05). Kontrol grubundaki ebeveynlerin çocuklarının yaş grupları ile ön test puanları arasındaki farkın anlamlı olduğu; 1-12 ay grubundaki çocuğu olan ebeveynlerin ön test puanlarının (11,941±2,358) diğer yaş grubundaki çocuğu olanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (p=0,025). Daha önce hastanede yatma deneyimi olan hipospadiaslı çocukların ebeveynlerinin ön test ve son test puan ortalamaları daha önce hastaneye yatma deneyimi olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05).

**Tablo 19. Kontrol Grubundaki Ebeveynlerin Durumluluk Kaygı Puan Ortalamalarının Hastalık Deneyimlerine İlişkin Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması**

	<b>1.ölçüm</b>	<b>2.ölçüm</b>	<b>3.ölçüm</b>
	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$
<b>Hastaneye Yatma Deneyimi</b>			
Var	35,793±3,427	35,138±3,248	35,862±4,704
Yok	36,031±4,483	34,844±3,575	36,281±4,481
MWU/Z	448,000/-0,232	447,000/-0,247	425,500/-0,559
p	0,816	0,805	0,576
<b>Ameliyat Deneyimi</b>			
Var	35,793±3,427	35,138±3,248	35,862±4,704
Yok	36,031±4,483	34,844±3,575	36,281±4,481
MWU/Z	448,000/-0,232	447,000/-0,247	425,500/-0,559
p	0,816	0,805	0,576
<b>Diğer çocuklarda hastalık deneyimi</b>			
Var	33,000±6,083	32,667±5,508	32,667±6,429
Yok	36,458±3,856	35,417±3,006	35,833±3,158
MWU/Z	21,500/-1,123	20,500/-1,204	22,000/-1,086
p	0,261	0,229	0,278
<b>Diğer çocuklarda hastaneye yatma deneyimi</b>			
Var	34,667±4,000	33,667±3,000	33,667±3,571
Yok	36,778±4,152	35,833±3,330	36,389±3,363
MWU/Z	58,000/-1,188	51,500/-1,528	47,500/-1,732
p	0,235	0,127	0,083
<b>Diğer çocuklarda ameliyat deneyimi</b>			
Var	34,000±3,703	33,250±2,915	32,875±2,850
Yok	36,947±4,102	35,895±3,247	36,579±3,372
MWU/Z	44,500/-1,679	42,000/-1,818	31,500/-2,376
p	0,093	0,069	<b>0,018*</b>

*MWU= Mann Whitney U test, \*p<005*

Kontrol grubundaki ebeveynlerin durumluluk kaygı puan ortalamalarının ebeveynin hastalık deneyimine ilişkin tanıtıcı özellikleri ile karşılaştırılması Tablo 19’da verilmiştir. Ebeveynlerin diğer çocukların dan, daha önce ameliyat olan çocuğu olanların üçüncü ölçüm puanlarının, ameliyat deneyimi olmayanlara göre puanının daha düşük olduğu saptanmıştır (p=0,018).

Ebeveynlerin dışında kendileri ya da diğer çocuklarının daha önce hastanede yatma ve kendilerinin ameliyat olma deneyimleri ile durumluluk-kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 20. Kontrol Grubundaki Ebeveynlerin Hipospadias Bilgi Puanlarının Hastalık Deneyimlerine İlişkin Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması**

	<b>Ön test</b>	<b>Son test</b>
	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$
<b>Hastaneye Yatma Deneyimi</b>		
Var	12,724±2,170	13,172±2,316
Yok	14,000±3,100	14,406±2,971
MWU/Z	346,000/-1,715	323,500/-2,046
p	0,086	<b>0,041*</b>
<b>Ameliyat Deneyimi</b>		
Var	12,724±2,170	13,172±2,316
Yok	14,000±3,100	14,406±2,971
MWU/Z	346,000/-1,715	323,500/-2,046
p	0,086	<b>0,041*</b>
<b>Diğer çocuklarda hastalık deneyimi</b>		
Var	13,333±1,155	15,000±1,732
Yok	12,292±2,331	13,083±2,685
MWU/Z	24,000/-0,937	16,000/-1,564
p	0,349	0,118
<b>Diğer çocuklarda hastaneye yatma deneyimi</b>		
Var	13,333±2,236	15,222±2,224
Yok	11,944±2,155	12,333±2,326
MWU/Z	52,000/-1,509	24,000/-2,972
p	0,131	<b>0,003*</b>
<b>Diğer çocuklarda ameliyat deneyimi</b>		
Var	13,125±2,295	14,875±2,100
Yok	12,105±2,208	12,632±2,608
MWU/Z	56,000/-1,074	31,000/-2,423
p	0,283	<b>0,015*</b>

*MWU= Mann Whitney U test, \* $p<005$*

Kontrol grubundaki ebeveynlerin hipospadias bilgi puan ortalamalarının ebeveynin hastalık deneyimine ilişkin tanıtıcı özellikleri ile karşılaştırılması Tablo 20’de verilmiştir. Ebeveynlerin diğer çocuklarının hastalık deneyimleri ile hipospadias bilgi puan ölçümleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p>0,05$ ).

Ebeveynlerin kendileri ya da diğer çocuklarının daha önce hastanede yatma ve ameliyat olma deneyimleri ile ön test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yokken ( $p>0,05$ ), son test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ).



## 5. TARTIŞMA

Anksiyete bireyin kendini güvende hissetmediği durumlara karşı geliştirdiği doğal ve evrensel bir duygu olarak tanımlanmaktadır (87). Çocuğun ameliyat için hastaneye yatması ebeveynlerde yoğun anksiyeteye neden olan bir durumdur.

Ebeveynlerin daha önceki hastalık ve hastane deneyimleri, evde bakmakla yükümlü olduğu diğer aile bireylerinin varlığı, maddi yetersizlikler, çalıştığı yerle ilgili sorunlar, yabancı bir ortamda bulunma, yapılan işlemlerle ilgili yetersiz bilgiye sahip olma, çocuğunu kaybetme korkusu gibi nedenler ebeveynin stresini etkileyen faktörlerdir (98, 106).

Cerrahi operasyon kararı ebeveynlerde anksiyete, kızgınlık, korku, suçluluk, söylenenleri anlamada zorlanma, çocuğun bakımında yetersiz kalma ve doğru karar verememelerine neden olmaktadır. Ebeveynlerdeki bu duygu durum değişikliğini gözlemleyen çocuğun da anksiyete düzeyi yükselebilir ve davranışları değişebilir (89, 95).

Bu bölümde hipospadias nedeniyle cerrahi operasyon geçirecek olan çocukların ebeveynlerinin ameliyat öncesi anksiyete düzeylerini belirlemek ve eğitimin anksiyete üzerindeki etkisini ölçmek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan girişim ve kontrol grubundaki ebeveynlerin ve çocukların tanıtıcı özellikleri ile görüşülen ebeveyn, aile tipi, ebeveynin öğrenim durumu ve mesleği, sosyal güvence, sosyo ekonomik durumu, başka çocuk olma durumu değişkenleri arasında istatistiksel olarak fark olmayıp ( $p>0,05$ ) grupların homojen dağıldığı saptanmıştır (Tablo 1).

Hipospadiaslı çocukların yaş grupları, ek hastalığı, hastanede yatma ve operasyon deneyimleri olma durumları arasında fark olmayıp girişim ve kontrol grupları homojen dağılmaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 2).

Ebeveynlerin hastanede yatma ve operasyon deneyimleri ve hipospadiasa ilişkin bilgisi olma durumları arasında fark olmayıp girişim ve kontrol grupları homojen dağılmaktadır ( $p>0,05$ ). Çocuğun diğer kardeşlerinde hastalık, hastanede yatma ve operasyon deneyimleri olma durumları arasında fark olmayıp girişim ve kontrol grupları homojen dağılmaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 3).

Girişim grubundaki ebeveynlerin hipospadiasa ilişkin planlı eğitim sonrasında ardışık olarak değerlendirilen ölçümlerde *durumluluk kaygı puanlarının düştüğü* ve ölçümler arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Kontrol grubundaki ebeveynlerin ise son ölçümde *durumluluk kaygı puanının yüksek* olduğu ve ölçümler arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 4). Girişim grubundaki ebeveynlerin durumluluk kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p>0,05$ ). Kontrol grubundaki ebeveynlerin durumluluk kaygı puanı ikinci ölçümde daha düşük olduğu saptanmış olup sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ) (Tablo 5).

Araştırmaya katılan girişim grubundaki ebeveynlerin ikinci ve üçüncü ölçüm durumluluk kaygı ortalama puanları karşılaştırıldığında kaygı düzeyinin düştüğü ( $p<0,05$ ); kontrol grubundaki ebeveynlerin durumluluk kaygı puanlarının ise operasyon yaklaştıkça kaygı düzeyinin arttığı belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Ebeveynlerin birinci ve üçüncü ölçüm durumluluk kaygı ortalama puanları karşılaştırıldığında kaygı düzeyinin düştüğü ( $p<0,05$ ); kontrol grubundaki ebeveynlerin ise durumluluk kaygı düzeyinin arttığı bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 6-7).

Planlı eğitim uygulanan girişim grubundaki ebeveynlerin kaygı düzeyinin düştüğü, kontrol grubunun ise operasyon yaklaştıkça kaygı düzeylerinin arttığı görülmektedir. Bu bulgu girişim grubundaki ebeveynlerin aldıkları eğitimle birlikte bilinmezliğe ilişkin kaygılarının azalması, kontrol grubunun ise profesyonel planlı bir eğitim almadıkları için durum hakkında bilmedikleri işlemlere ilişkin kaygı düzeylerinin artmış olabileceği ile açıklanabilir.

Literatür incelendiğinde yapılan benzer çalışma sonuçlarında da planlı eğitimin anksiyete düzeyini düşürdüğü dikkati çekmektedir. Türe (2006) tarafından günubirlik cerrahi planlanan çocukların ebeveynlerine uygulanan planlı eğitimin etkisini



belirlemek için yapılan çalışma sonucunda ebeveynlerin eğitimle birlikte anksiyete düzeylerinin düştüğü görülmüştür (10).

Pıçakçıefe (2003) tarafından inguinal herni ameliyatı geçirecek çocukların ebeveynlerine verilen eğitimin, durumluluk kaygı üzerindeki etkisini inceleyen çalışmada deney grubundaki ebeveynlerin durumluluk kaygı puan ortalamasının, kontrol grubuna kıyasla daha düşük olduğu ancak aradaki bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı bildirilmiştir (170).

Cassady ve arkadaşları (1999) çocuğu operasyon geçirecek ebeveynlerle ile anestezi öncesi video ile eğitim verilen ve verilmeyen ebeveynlerin anksiyete düzeylerini karşılaştırmışlardır. Aynı çalışmanın sonucunda eğitim içerikli video ebeveynlerin anksiyete ve bilgi gereksinimlerinin daha az olduğu dikkati çekmiştir (171).

Benzer bir çalışma olan çocuğu ameliyat olacak 60 anne ile gerçekleştirilen eğitim içerikli çalışmanın sonucunda da annelerin anksiyete düzeyinin düştüğü bulunmuştur (172).

Özellikle ameliyat planlanan çocukların ebeveynleri ile yapılan benzer çalışmalar sınırlıdır. Hastanede yatan çocukların ebeveynlerine uygulanan eğitimle ilişkili çalışmalar incelendiğinde; planlı bir bilgilendirmenin ebeveyn anksiyetesini düşürdüğü görülmektedir. Çevik ve ark. (2006) tarafından astımlı çocuğu olan ebeveynlere verilen hemşirelik eğitiminin kaygı düzeylerine etkisini incelemek amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmada, bir ayın sonunda deney grubundaki ebeveynlerin kontrol grubundakilere göre durumluk kaygı düzeyinin azaldığı bildirilmiştir (156).

Yenidoğan ebeveynleri ile yapılan çalışmalar incelendiğinde; hemşire ve ebeler tarafından verilen planlı eğitimin ebeveynlerin anksiyete düzeyini düşürdüğünü belirlenmiştir (157-159).

Erduran (2010) tarafından kanser tanısı konmuş çocukların annelerine, kemoterapinin yan etkilerine yönelik olarak verilen eğitimin kaygı düzeylerine etkisini araştırmak amacıyla yapılan çalışma, 20 deney ve 20 kontrol olmak üzere toplam 40

ebeveyn ile tamamlanmıştır. Aynı çalışmada eğitimden sonra deney grubundaki annelerin durumluluk kaygı ortalamasındaki düşüş istatistiki açıdan anlamlı bulunmuştur (173).

Mutlu ve Savaşer (2009)'in kalp ameliyatı sonrası çocuğunu ilk kez görecekt ebeveynlere verdikleri eğitimi değerlendirdikleri çalışmanın sonucunda, eğitimin kaygı düzeyini düşürdüğü sonucuna ulaşmışlardır (152).

Görener ve Pek (2009) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, okul dönemi çocukları ve ebeveynlerinin hastalık ve hastaneye yatma ile ilgili kaygı düzeylerinin planlı eğitimle azaltılması amaçlamışlardır. Aynı çalışmanın sonucunda; ebeveynlerin çocuklarının hastalık/ hastaneye yatma durumlarında endişelerinin arttığı, endişesi yüksek olan ebeveynlerin çocuklarının da endişesinin yükseldiği, hemşireler tarafından verilen eğitimle birlikte ise hem çocukların hem de ebeveynlerinin kaygı düzeylerinin düştüğü görülmüştür (12).

Çocuğu yoğun bakımda izlenen ebeveynlerle yapılan çalışmada uygun hemşirelik bakımı verilen ve bilgilendirilen ebeveynlerin kaygı puanlarının daha düşük olduğu bildirilmiştir (174, 175).

Çelebioğlu ve Polat (2008)'in hiperbilirubinemi nedeniyle hastanede yatan yenidoğanların ebeveynleri ile yaptıkları çalışmanın sonucunda; ebeveynleri bebeklerinin durumu hakkında bilgilendirilmenin durumluluk kaygı düzeylerini düşürdüğü belirlenmiştir. Yıldız ve Akbay (2014)'in çalışmasında ise primipar annelere verilen planlı eğitimin durumluluk kaygı düzeylerinin, kontrol grubundaki annelere göre belirgin bir şekilde azaldığı bildirilmiştir (176, 177).

Öte yandan çocukların ebeveynleri ile yapılan çalışmalara ek olarak ameliyat planlanan yetişkinlere uygulanan planlı eğitimin kaygı düzeylerine etkisine ilişkin çalışmaların sonuçları incelendiğinde eğitimin kaygı düzeyini düşürdüğü bildirilmiştir (161, 178-180).

Araştırma sonuçları ve benzer çalışma sonuçları incelendiğinde ameliyat öncesi verilen planlı eğitimin ebeveynlerin durumluluk kaygı düzeylerini düşürmede aktif bir rol oynadığı söylenebilir.

Hipospadias ile ilgili planlı eğitim uygulanan grubun son test puanında anlamlı bir yükselme olduğu ( $p<0,05$ ); kontrol grubunda ise ön test ve son test puanları arasındaki fark anlamsızdır ( $p>0,05$ ) (Tablo 8, Şekil 3). Bu sonuç araştırmada verilen planlı eğitimin etkili olduğu ve deney grubundaki ebeveynlerin ameliyata hazırlık aşamasında hipospadias hakkında yeterli bilgiyi edindikleri görülmektedir.

Girişim grubundaki ebeveynlerin durumluluk kaygı puan ortalamalarının görüşülen ebeveyn, öğrenim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence, sosyo ekonomik durum ve başka çocuğu olma durumu ile durumluluk kaygı puan ortalamaları arasındaki fark anlamsız bulunmuşken aile tipinin durumluk kaygı puanını etkilediği görülmektedir ( $p<0,05$ ) (Tablo 9).

Geniş aile yapısında olan ebeveynlerin verilen eğitime rağmen durumluluk anksiyete puanlarının yüksek olduğu, çekirdek aile yapısında olanların ise anksiyete puanlarının daha düşük olduğu görülmektedir. Bu sonuç geniş aile ile yaşayanların başka etkenler nedeniyle anksiyete düzeylerinin artmış olabileceğini düşündürmektedir. Literatür incelendiğinde; araştırma sonucunun aksine Çetinkaya (2008) ile Sidar ve ark. (2013)'in yaptıkları çalışmalarda ise aile tipi ile gruplar arasında anlamlı fark olmadığı bildirilmiştir (144, 181). Çetin (2014)'in çalışmasında ise aile tipi ile durumluk kaygı ortalaması arasında çekirdek aile lehine anlamlı farklılık olduğu bildirilmiştir (135).

Yapılan benzer çalışmalar incelendiğinde; ebeveyn ya da hastaların öğrenim durumu ile anksiyete puanları arasında ilişki olduğu görülmektedir (99, 107, 173, 182-184). Coşkun ve Akkaş (2009)'ın engelli çocuğu olan ebeveynlerin sürekli kaygı düzeylerini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada da ebeveynlerin öğrenim düzeyi ile kaygı puanları arasında ilişki olduğu belirlenmiştir (185). Bu çalışma sonuçlarının aksine bazı çalışmalarda da öğrenim durumunun anksiyete düzeyini etkilemediği dikkati çekmektedir (135, 154, 186, 187). Pıçakçıefe (2003)'nin inguinal herni ameliyatı olacak çocukların ebeveynleri ile yaptığı çalışmasında da ebeveynlerin ameliyat öncesi durumluluk kaygı düzeyleri ile eğitim durumları arasında hem deney hem de kontrol

grubu açısından farklılık olmadığı bildirilmiştir. İncelenen çalışmalar sonucunda araştırmanın sonucu ile paralellik ve zıtlık gösteren çalışmalar olduğu dikkati çekmektedir. Bununla birlikte öğrenim durumunun yüksek olması bilgiye ulaşmayı ve bu bağlamda da anksiyeteyi azaltmayı sağlayacağı düşünülebilir (170).

Ebeveyn ya da hasta bireyin çalışma durumu ile anksiyete puanları arasında ilişkinin incelendiği benzer çalışmalarda da araştırmanın sonuçlarına paralel olarak bireyin çalışma durumu ya da mesleğinin, ameliyat öncesi durumluluk kaygı puanını etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır (135, 170, 183, 186, 187).

Ebeveynlerin sosyal güvence varlığı ile anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelendiği çalışma sonuçlarının da bu araştırmanın sonucu ile paralellik gösterdiği görülmektedir. Yapılan çalışmalarda sosyal güvence durumunun anksiyete düzeyini etkilemediği bildirilmiştir (135, 183, 185-188). Yapılan diğer çalışmalara bakıldığında ise; araştırma sonuçlarının aksine sosyal güvence varlığının anksiyete düzeyini etkilediği görülmektedir (135, 144, 184).

Girişim grubundaki görüşülen ebeveyn, aile tipi, mesleği, sosyal güvenceleri, başka çocuk olma durumları hipospadias bilgi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ( $p>0,05$ ) olup; öğrenim durumu ve sosyo ekonomik durumları yüksek olanların son test puanlarının da daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 10). Ebeveynlerin öğrenim durumu ve sosyo ekonomik durumu arttıkça verilen eğitimin dışında başka kaynaklardan da bilgiye ulaşımının arttığı ve bilgi puanlarının bu nedenle daha yüksek olduğu düşünülebilir.

Girişim grubundaki ebeveynlerin durumluluk kaygı puanlarının çocuğun yaşı, başka hastalığı olması ile ilişkili olduğu ( $p<0,05$ ); çocukların daha önce hastanede yatma ve operasyon geçirme deneyimlerinin olup olmaması ile ise ilişkisi olmadığı ( $p>0,05$ ) bulundu (Tablo 11).

Literatür incelendiğinde benzer çalışma sonuçlarında bu araştırmanın sonuçlarına paralel olarak çocuğun yaşının ebeveynin anksiyete düzeyini etkilemediği belirlenmiştir (129, 170).

Çocuğun belli yaş gruplarına özel durumları nedeniyle ebeveynlerin ameliyatın anksiyetesinin yanı sıra dönemin farklılıkları nedeniyle de anksiyete yaşıyor olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Bu araştırmanın sonucunda çocuğun başka bir tanısı olması ile ebeveynin anksiyete düzeyi arasında fark olduğu belirlendi. Ebeveynlerin başka çocuğu olması ile anksiyete düzeyleri arasında ilişki olmadığı belirlendi. Başbakkal ve ark. (2009)'nın yaptığı çalışmanın sonuçları bu araştırmanın sonuçları ile paralellik göstermektedir (129). Öte yandan Gürol ve Binici (2017)'nin çalışmasında ise başka çocuğu olmanın anksiyete düzeylerini etkilediği bildirilmiştir (187).

Erişkin hastalarla yapılan çalışmalarda ise başka bir tanısı olma durumu ile durumluluk kaygı puanları arasında fark olmadığı bildirilmiştir (154, 186). Bu sonuçlar bu araştırmanın çocukların ebeveynleri ile yapılmış olması ve ebeveynlerin kendi hastalıklarından daha çok çocuklarının sağlık durumlarına endişeleniyor olabilecekleri için; ek tanıların anksiyete düzeyini etkiliyor olabileceği düşünülebilir.

Yetişkinlerle yapılan benzer çalışmalarda da daha öncesi operasyon deneyimi olmasının anksiyete düzeyini etkilemediği belirlenmiştir (144, 154, 170, 183). Öte yandan yetişkinlerle yapılan diğer çalışmalarda Çetin (2014)'in daha önce operasyon deneyimlememiş hastaların lehine (135) ve Sidar ve ark. (2013)'nin ise daha önce operasyon geçirmiş hastaların lehine anksiyete düzeylerinin azaldığı görülmektedir (144).

Girişim grubundaki ebeveynlerin çocuklarının yaş grupları, ek tanısı olma, daha önce hastanede yatma ve ameliyat olma deneyimlerinin olup olmamasının hipospadias bilgi puan ortalamaları arasındaki fark anlamsız bulundu ( $p>0,05$ ) (Tablo 12). Araştırmanın sonucunda çocuğun daha önce operasyon öyküsünün olmasının ebeveynlerin bilgi düzeyini olumlu yönde etkilediği görülmektedir. Gürol ve Binici (2017)'nin yaptığı çalışmanın sonucu da araştırmanın sonucu ile paralellik göstermekte olup çocuklarının daha önce operasyon geçirmiş olmasının ebeveynlerin bilgi düzeylerini artırdığı görülmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda deneyimin bilgi edinmek için önemli bir yol olduğu ve bu nedenle ebeveynlerin bilgi puanlarının yüksek olduğu söylenebilir (187).

Girişim grubundaki ebeveynlerin kendileri ya da diğer çocuklarının daha önce hastanede yatma ve ameliyat olma deneyimlerinin olup olmamasının durumluluk anksiyete puan ve hipospadias bilgi puanları arasındaki fark anlamsız bulunmuştur ( $p>0,05$ ). Ebeveynlerden kendi ya da eşi ameliyat deneyimi yaşayanların ön test ve son test puanlarının ameliyat deneyimi yaşamayanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 13-14).

Araştırma bulgularına paralel olarak Çelebioğlu ve Polat (2008)'in yaptığı çalışmada ebeveynin daha önce operasyon geçirme deneyimi ile kaygı puanları arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir. Ebeveynin kendi ya da eşi ameliyat deneyimi yaşayan ebeveynlerin hipospadiasa ilişkin bilgi puanlarının ön test için de son test için de daha yüksek olduğu dikkati çekmektedir. Bu sonuç ameliyat deneyimi nedeniyle cerrahi operasyona ilişkin genel bakım uygulamalarını daha önceden biliyor olmaları ile açıklanabilir (176).

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

- Araştırmaya katılan girişim ve kontrol grubundaki görüşülen ebeveyn, aile tipi, ebeveynin öğrenim durumu ve mesleği, sosyal güvence, sosyo ekonomik durumu, başka çocuk olma durumu değişkenleri arasında istatistiksel olarak fark yoktur ( $p>0,05$ ). Araştırma grupları homojen dağılmıştır (Tablo 1).
- Hipospadiası olan çocukların yaşları, başka ek hastalığı olma, hastanede yatma ve operasyon deneyimi olma durumları arasında fark istatistiksel olarak anlamsız ( $p>0,05$ ) olup girişim ve kontrol grupları homojen dağılmaktadır (Tablo 2).
- Ebeveynlerin hastanede yatma ve operasyon deneyimleri olma durumları arasında gruplar arasında fark yoktur ( $p>0,05$ ) Girişim ve kontrol grupları homojen dağılmaktadır. Ebeveynlerin diğer kardeşlerde hastalık, hastanede yatma ve operasyon deneyimleri olma durumları arasında fark olmayıp ( $p>0,05$ ) gruplar homojen dağılmaktadır. Girişim grubundaki ebeveynlerin %80,7'si hipospadias hakkında bilgisi olduğunu, kontrol grubundaki ebeveynlerin de %67,2'sinin hipospadiasa ilişkin bilgisi olduğunu ifade etmişlerdir. Ebeveynlerin hipospadiasa ilişkin bilgi durumları arasında fark olmayıp gruplar homojen dağılmaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 3).
- Girişim grubundaki ebeveynlerin birinci ölçümde durumluluk kaygı puan ortalaması  $36,088\pm 3,938$ , ikinci ölçümde  $35,965\pm 4,022$  ve üçüncü ölçümde ise  $34,965\pm 5,342$  olduğu belirlenmiştir. Ebeveynlerin hipospadiasla ilgili eğitim sonrasında *durumluluk kaygı puanlarının düştüğü* ve ölçümler arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ). Kontrol grubundaki ebeveynlerin birinci ölçümde durumluluk kaygı puan ortalaması  $35,918\pm 3,985$ , ikinci ölçümde  $34,984\pm 3,398$  ve cerrahi girişimden önce değerlendirilen üçüncü ölçümde ise  $36,082\pm 4,554$  olarak bulunmuştur. Hipospadiasa ilişkin planlı eğitim almayan kontrol grubunda son ölçümde durumluluk kaygı puanının

yüksek olduğu ve ölçümler arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 4).

- Girişim grubundaki ebeveynlerin birinci ve ikinci ölçüm durumluluk kaygı ortalama puanları arasında fark olmadığı ( $p>0,05$ ); kontrol grubundaki ebeveynlerin durumluluk kaygı puanının ise 2.ölçümde daha düşük olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 5).
- Girişim grubundaki ebeveynlerin ikinci ve üçüncü ölçüm durumluluk kaygı ortalama puanları düştüğü ( $p<0,05$ ); kontrol grubundaki ebeveynlerin ise operasyon yaklaştıkça kaygı düzeyinin arttığı ( $p<0,05$ ) belirlenmiştir (Tablo 6).
- Girişim grubundaki ebeveynlerin birinci ve üçüncü ölçüm durumluluk kaygı ortalama puanları incelendiğinde; girişim grubundaki ebeveynlerin kaygı düzeyinin düştüğü ( $p<0,05$ ), kontrol grubundaki ebeveynlerin ise kaygı düzeyinin arttığı ( $p<0,05$ ) görülmektedir (Tablo 7).
- Hipospadias ile ilgili planlı eğitim uygulanan girişim grubun son test puanında anlamlı bir yükselme ( $p<0,05$ ) olduğu; kontrol grubunda ise ön test son test puanları arasındaki fark istatistiksel olmadığı ( $p>0,05$ ) belirlendi (Şekil 3).
- Girişim grubundaki ebeveynlerin durumluluk kaygı puan ortalamalarının görüşülen ebeveyn, öğrenim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence, sosyo ekonomik durum ve başka çocuğu olma durumu ile durumluluk-kaygı puan ortalamaları arasındaki fark anlamsız ( $p>0,05$ ); olup aile tipinin ise durumluk kaygı puanını etkilediği görüldü (Tablo 9).
- Girişim grubundaki görüşülen ebeveyn, aile tipi, çalışma durumu, sosyal güvenceleri, başka çocuk olma durumları hipospadias bilgi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ( $p>0,05$ ) olup öğrenim durumu ve sosyo ekonomik durumları yüksek olanların son test puanlarının da daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 10).
- Girişim grubundaki ebeveynlerin durumluluk kaygı puanlarının çocuğun yaşı, başka hastalığı olması ile ilişkili olduğu ( $p<0,05$ ); çocukların daha önce



hastanede yatma ve operasyon geçirme deneyimlerinin olup olmaması ile ise ilişkisi olmadığı ( $p>0,05$ ) bulundu (Tablo 11).

- Girişim grubundaki ebeveynlerin çocuklarının yaş grupları, ek tanısı olma, daha önce hastanede yatma ve ameliyat olma deneyimlerinin olup olmamasının hipospadias bilgi puan ortalamaları arasındaki fark anlamsız bulundu ( $p>0,05$ ) (Tablo 12).
- Girişim grubundaki ebeveynlerin kendileri ya da diğer çocuklarının daha önce hastanede yatma ve ameliyat olma deneyimlerinin olup olmamasının durumluluk-kaygı puan ve hipospadias bilgi puanları arasındaki fark anlamsız bulundu ( $p>0,05$ ). Ebeveynlerden kendi ya da eşi ameliyat deneyimi yaşayanların ön test ve son test puanlarının ameliyat deneyimi yaşamayanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 13-14).
- Kontrol grubundaki ebeveynlerin durumluluk kaygı puan ortalamalarının görüşülen ebeveyn, aile tipi, öğrenim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence, sosyo ekonomik durum ve başka çocuğu olma durumu ile durumluluk-kaygı puan ortalamaları arasındaki fark anlamsız bulundu ( $p>0,05$ ) (Tablo 15).
- Kontrol grubundaki görüşülen ebeveyn, çalışma durumu, sosyo ekonomik durumları ile hipospadias bilgi puan ortalamaları arasındaki fark olmadığı ( $p>0,05$ ); aile tipi, öğrenim durumu, sosyal güvence varlığı, başka çocuk olma durumu arasında ise fark olduğu ( $p<0,05$ ) belirlendi (Tablo 16).
- Kontrol grubundaki ebeveynlerin çocuğun yaşı, ek tanısı olma, daha önce hastanede yatma ve operasyon geçirme deneyimlerinin olup olmamasının durumluluk-kaygı puan ortalamaları arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p>0,05$ ) (Tablo 17).
- Kontrol grubundaki ebeveynlerin çocuklarının ek tanısı olma ve ameliyat olma deneyimlerinin olup olmamasının hipospadias bilgi puan ortalamaları arasındaki fark anlamsız bulundu ( $p>0,05$ ) Kontrol grubundaki ebeveynlerin çocuklarının yaş grupları ve daha önce hastanede yatma deneyimi olan hipospadiaslı

çocukların ebeveynlerinin ön test ve son test puan ortalamalarının olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 18).

- Kontrol grubundaki ebeveynlerin diğer çocukları daha önce ameliyat olan çocuğu olanların son test puanlarının ameliyat deneyimi olmayanlara göre puanının daha düşük olması ( $p<0,05$ ) dışında kendileri ya da diğer çocuklarının daha önce hastanede yatma ve kendilerinin ameliyat olma deneyimlerinin olup olmamasının durumluluk-kaygı puan ölçümleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p>0,05$ ) (Tablo 19).
- Kontrol grubundaki ebeveynlerin diğer çocuklarının hastalık deneyimlerinin olup olmamasının hipospadias bilgi puan ölçümleri arasında fark olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) Ebeveynlerin kendileri ya da diğer çocuklarının daha önce hastanede yatma ve ameliyat olma deneyimlerinin olup olmaması ile ön test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yokken ( $p>0,05$ ), son test puan ortalamaları arasında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Ebeveynlerin diğer çocuklarının hastalık deneyimi olması ile ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 20).

Sonuç olarak; çocuğu hipospadias ameliyatı olacak ebeveynlere uygulanan planlı eğitimin ebeveynlerin bilgi düzeylerini artırdığı ve durumluluk anksiyete düzeylerini düşürdüğü belirlenmiştir.

## 6.2. Öneriler

*Bu sonuçlar doğrultusunda;*

- Çocuk hemşirelerinin; tanı ve tedavi sürecinde çocuk ve ebeveyne uygun eğitimi planlayabilecek, sosyal destek sağlayabilecek ve farklı programlar planlayabilecek şekilde hizmet içi eğitimlerinin planlanması,
- Çocuk hastanın mevcut tanı ve planlanan operasyonu için çocuk ve ebeveynlerin ulaşabileceği yazılı rehberler oluşturulması,
- Ameliyat olması planlanan çocuk ve ailesi için tanıya özel planlı eğitimlerin hazırlanması ve hemşirelik girişimleri kapsamında rutin olarak uygulanması,
- Anksiyeteyi azaltmada etkili olabilecek farklı yöntemler kullanılarak benzer araştırmalar planlanması,
- Farklı çocuk hasta popülasyonlarında benzer araştırmaların tekrarlanması önerilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Buruk N. *Çocukluk çağındaki hipospadias onarımının adölesan dönemde beden algısı ve psikososyal uyum üzerine etkisi* (Tez). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2014.
2. Toros SN. *Hipospadiaslı çocuklarda ürodinaminin klinik önemi* (Tez). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi; 2006.
3. Kapucu Y. *Distal hipospadias vakalarında tüpü (tubularized insized plate urethroplasty) operasyonu sonrası erken kateter alınmasının klinik sonuçları* (Tez). Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Tıpta Uzmanlık Tezi; 2007.
4. Yazıcı CM, Yücel S. "Distal hipospadias cerrahisi", *Türk Üroloji Seminerleri*, 2011, 2: 190 - 96.
5. Kılıç N. "Hipospadias cerrahisinde başarıyı etkileyen faktörler", *Çocuk Cerrahisi Dergisi*, 2016, 30(Ek Sayı 2):127-133.
6. Zeytun H. *Hipospadias tedavisinde uygulanan cerrahi tekniklerin sonuçlarının retrospektif olarak karşılaştırılması* (Tez). Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Tezi; 2011.
7. Cantürk A. *Elektif cerrahi operasyonu planlanan erişkin hastalarda preoperatif anksiyetenin değerlendirilmesinde sosyo demografik faktörlerin etkisi* (Tez). Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2011.
8. Karaman N, Acaroğlu R. "Cerrahi girişim uygulanan adölesanlar ile anne/babalarının anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki ve anksiyete nedenlerinin incelenmesi", *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2012, 32(2): 308-315.
9. Koruk Ö. *KİA ve biyopsi yapılan çocukların annelerine işlem öncesi verilen eğitimin anksiyeteleri üzerine etkileri* (Tez). Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri

Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2012.

10. Türe A. *Çocuklara yönelik günübirlik cerrahi girişimlerde anneleri bilgilendirmenin anksiyete düzeylerine etkisi* (Tez). Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2006.
11. Şimşek M. *Van bölgesindeki yenidoğanlarda ürogenital sistem anomalileri* (Tez). Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahi Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2014.
12. Görener D, Pek H. “Okul yaş dönemi çocuğu olan ebeveynlerin hastalık ve hastaneye yatma durumunda “ebeveynlerin endişe kaynağı ölçeği”nin geliştirilmesi ve çocukların endişe kaynakları ile etkileşimi”, *Gaziantep Tıp Dergisi*, 2009, 15(1): 31-40.
13. Ceylan L. *Distal Hipospadiaslı çocuklarda prepişyum kan akımı ve mikrovasküler dansitenin incelenmesi* (Tez). Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Tezi; 2012.
14. Altunoluk B, Bakan V, Özer A, Malkoç Ö, Gül AB, Efe E, Mil A. “Kahramanmaraş ilköğretim okullarına devam eden erkek öğrencilerde dış genital organ anomali prevalansı”, *Turkish Journal of Urology*, 2010, 36(1); 87-90.
15. Läckgren G, Nordenskjöld A. “Hypospadias”, Editör: Puri P, Höllwarth M, *Pediatric surgery: Diagnosis and management*, Springer, Dublin, 2009: 935 – 946.
16. Wang Y, Li Q, Xu J, Liu Q, Wang W, Lin Y, Ma F, Chen T, Li S, Shen Y. “Mutation analysis of five candidate genes in Chinese patients with hypospadias”, *European Journal Of Human Genetics*, 2012, 12(9): 706 - 712.
17. Söylet Y. “Penis anomalileri”, *Türk Pediatri Arşivi*, 2010, (45): 94-99.
18. Karaman İM, Kaya C, Özkovancı Ü, Oktar T, Emir H, Ulman İ, Germiyanoglu C, Dalkılıç A, Taşçı Aİ, Göktaş C. “Türkiye’nin hipospadiyas profili: Çok merkezli çalışma”, *Türk Üroloji Dergisi*, 2007, 33(4): 471-475.

19. Kolsuz A. “Erkek çocuklarda çocuk sahibi olamama problemi olan inmemiş testis / hipospadias (peygamber sünneti ) nedir? / Böbrek ve idrar yolu taş hastalıkları / Böbrek ve idrar yolu organlarında görülen taş hastalığı kimler risk altındadır?”, *Göller Bölgesi Aylık Hakemli Ekonomi ve Kültür Dergisi*, 2006, 39-43.
20. Yiee YH, Baskin LS. “Penile embryology and anatomy”, *The Scientific World Journal*, 2010, 10: 1174 - 1179.
21. Baskin LS. “Hypospadias”, Editör: Coran AG, Adzick NS, Krummel TM, Laberge JM, Shamberger RC, Caldamone AA, *Pediatric surgery*, Saunders, 2012, 1531-1553.
22. Kaymakçı A, Akıllıoğlu İ, Altunhan H. “Distal hipospadiasta onarım deneyimlerimiz”, *Genel Tıp Dergisi*, 2007, 17(3); 157-60.
23. Akkuş E. “Erkeklerde disfonksiyon epidemiyoloji, fizyopatoloji ve tanı”, *Klinik Gelişim Dergisi*, 2008, 161-170.
24. Lund L, Engebjerg MC, Pedersen L, Ehrenstein V, Norgaard M, Sorensen HT. “Prevalence Of Hypospadias İn Danish Boys. A Longitudinal Study, 1977–2005”. *European Urology*, 2009, 55(5): 1022-1026.
25. Morales MM. “Hipospadias”, *Revista Médica De Costa Rica Y Centroamérica*, 2013, 70(605): 125-127.
26. Ağraş K, Uncugil A. “Hipospadiasın etiyolojisi ve epidemiyolojisi”, *Türk Üroloji Seminerleri*, 2011, 2: 173-180.
27. Yaşar E. *Genel Anestezi altındaki hastalarda müziğin intraoperatif ve postoperatif etkileri* (Tez). Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi; 2010.
28. Baskin LS, Duckett JW, Lue TF. “Penile curvature”, *Urology*, 1996, 48(3): 347-356.
29. Başat SO, Özkaya Ö, Filinte G, Akan M, Üşetin İ. “Medial bazlı distal üçgen glanüler flep: Hipospadias onarımlarında meatal darlığı önlemede alternatif bir

- yöntem”, *Türk Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi*, 2013, 21(1): 14-19.
30. Djakovic N, Nyarangi-Dix J, Ozturk A, Hohenfellner M. “Hypospadias” *Hindawi Publishing Corporation Advances In Urology*, 2008, 1-7.
31. Koca O, Keleş MO, Güneş M, Akyüz M, Kaya C, Karaman Mİ. “The effect of using a tourniquet during operation in patients with distal hypospadias on operation success”, *Turkish Journal of Urology*, 2011, 37(4): 331-334.
32. Özgür F, Sarılar Ö, Berberoğlu AY, Şimşek A. “Distal hipospadias cerrahisinin devlet hastanesinde uygulanabilirliği: 48 vakanın geriye dönük analizi”, *Haseki Tıp Bülteni*, 2014, 52(3); 195-198.
33. Özel ŞK, Kazez A, Bakal Ü. “Çocuklarda distal hipospadias onarımı: 8 yıllık deneyim”, *Fırat Tıp Dergisi*, 2007, 12(1): 20-22.
34. Söylemez H, Atar M, Bozkurt Y, Penbegül N, Sancaktutar AA. “Askerlik çağındaki erkeklerde inguinal ve genital organ anomalisi sıklığı ve farkındalığı”, *Türk Üroloji Dergisi*, 2011, 37(2): 153-158.
35. Tokuç R. “Hipospadias cerrahisinde üretral plağın önemi ve tübularize insize plak üretroplastisi (tipu)”, *Türk Üroloji Dergisi*, 2005, 31(3): 370-376.
36. Van der Zanden LF, Van Rooij IA, Feitz WF, Franke B, Knoers NV, Roeleveld N. “Aetiology of hypospadias: a systematic review of genes and environment”, *Human reproduction update*, 2012, 18(3): 260-283.
37. Arap S, Mitre AI. “Penoscrotal hypospadias”, *Brazilian Journal of Urology-Official Journal of the Brazilian Society of Urology*, 2000, 26(3); 304-314.
38. Başaklar AC. “Hipospadias”, *Bebeklerin ve Çocukların Cerrahi ve Ürolojik Hastalıkları*, Palme Yayıncılık, Ankara, 2006: 1571 – 1659.
39. Demirer Z, Kibar Y. “Hipospadiasın tanım ve sınıflandırması, klinik belirtiler ve birlikte olan durumlar”, *Türk Üroloji Seminerleri*, 2011, 2: 181-184.

40. Eray YN. *Hipospadias cerrahi tedavisinin erken ve geç sonuçları* (Tez). İstanbul Üniversitesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2002.
41. Demir S. *Hipospadias etyolojisinde activating transcription factor 3(atf-3) genin rolü* (Tez). Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi 2. Üroloji Kliniği Tıpta Uzmanlık Tezi; 2009.
42. Baskin LS. “Can we prevent hypospadias?”, *Journal of Pediatric Urology*, 2007, 3(6): 420-425.
43. Brouwers MM, Feitz WF, Roelofs LA, Kiemeny LA, De Gier RP, Roeleveld N. “Risk factors for hypospadias”, *European Journal of Pediatrics*, 2007, 166(7): 671-678.
44. Paulozzi LJ, Erickson JD, Jackson RJ. “Hypospadias trends in two US surveillance systems”, *Pediatrics*, 1997, 100(5): 831-834.
45. Zeytun H, Yiğiter M, Salman AB. “Hipospadias tedavisinde uygulanan cerrahi tekniklerin retrospektif karşılaştırılması”, *Dicle Tıp Dergisi*, 2009, 40(2): 269 - 274.
46. Dayanç M, Göktaş S, Gökalp A, Yıldırım İ, Topçu A, Peker AF. “Distal hipospadias onarımında tubularize insize edilmiş plak üretroplastisi”, *Türk Üroloji Dergisi*, 1998, 24(3): 283-287.
47. Özkısacık Ş, Yazıcı M, Öztan O, Çulhacı N, Gürsoy H. “Hipospadias tübularizasyonunda kullanılan çift vertikal insizyon hangi derinlikte olmalıdır?”, *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2009, 29(3): 23-27.
48. Dravis C, Nobuhiko Y, Chumley MJ, Cowan CA, Silvany RE, Shay J, Baker LA, Henkemeyer M. “Bidirectional signaling mediated by ephrin-b2 and ephb2 controls urorectal development”, *Developmental Biology*, 2004, 271: 272-290.
49. Hsieh MH, Breyer BN, Eisenberg ML, Baskin LS. “Associations among hypospadias, cryptorchidism, anogenital distance, and endocrine disruption” *Current urology reports*, 2008, 9(2), 137-142.



50. Çalışkan S, Kaya C. “Hipospadias cerrahisinde temel prensipler, preoperatif yaklaşımlar ve cerrahi sonrası bakım”, *Türk Üroloji Seminerleri*, 2011, 2: 185-189.
51. Sorensen HT, Pedersen L, Skriver MV, Norgaard M, Norgård B, Hatch EE. “Use of clomifene during early pregnancy and risk of hypospadias: population based case-control study”, *Bmj*, 2005, 330(7483): 126-127.
52. Carmichael SL, Shaw GM, Laurent C, Croughan MS, Olney RS, Lammer EJ. “Maternal progestin intake and risk of hypospadias”. *Archives of pediatrics and adolescent medicine*”, 2005, 159(10): 957-962.
53. Weidner IS, Müller H, Jensen TK, Skakkebak NE. “Cryptorchidism and hypospadias in sons of gardeners and farmers”, *Environmental Health Perspectives*, 1998, 106(12): 793-796.
54. Baskin LS. “Hypospadias. Anatomy, embryology, and reconstructive techniques”, *Brazilian Journal of Urology Official Journal of the Brazilian Society of Urology*, 2000, 26 (6): 621-629.
55. Schweikert HU, Schlüter M, Romalo G. “Intracellular and nuclear binding of [3H] dihydrotestosterone in cultured genital skin fibroblasts of patients with severe hypospadias”, *Journal of Clinical Investigation*, 1989, 83(2): 662-668.
56. Vidaeff AC, Sever LE. “In utero exposure to environmental estrogens and male reproductive health: a systematic review of biological and epidemiologic evidence”, *Reproductive Toxicology*, 2005, 20(1): 5 - 20.
57. Swedenborg E, Ruegg J, Mäkelä, S, Pongratz I. “Endocrine disruptive chemicals: Mechanisms of action and involvement in metabolic disorders”, *Journal of Molecular Endocrinology*, 2009, 43(1): 1-10.
58. Ormond G, Nieuwenhuijsen MJ, Nelson P, Toledano MB, Iszatt N, Geneletti S, Elliott P. “Endocrine disruptors in the workplace, hair spray, folate supplementation, and risk of hypospadias: case-control study”, *Environmental Health Perspectives*, 2009, 117(2): 303-307.

59. Aslan, AR. “İnmemiş testisin epidemiyolojisi ve etiyolojisi” Türk Üroloji Seminerleri, 2010, 2: 52-55.
60. Süer E, Soygür T. “Hipospadias: etiyolojik gözden geçirme”, *Androloji Bülteni*, 2009, 39: 273-275.
61. Günşar C. “Sünnet ve çocuklarda kasık bölgesinin sık görülen sorunları”, *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2016, 294-296.
62. Gürbüz N, Uğuralp S, Öztürk F, Kırmıhoğlu H. “Epidermal growth factor receptor expression in the foreskin of hypospadias patients”, *Journal Of Turgut Ozal Medical Center*, 2015, 22(2): 81-85.
63. Uğraş MY, Ergin H, Kılıç S, Güneş A, Baydınç C, Makaleler B. “Orta ve aşağı penil hipospadiyas cerrahisinde başarıyı etkileyen etkenler: mathieu ve tıpu teknikleri için karşılaştırmalı bir çalışma”, *Türk Üroloji Dergisi*, 2006, 32(3): 375-380.
64. Gökçe Mİ, Soygür T. “Testiküler disgenenezis sendromu ve özellikleri”, *Androloji Bülteni*, 2010, 42: 164-166.
65. Germiyanoğlu C, Ceylan B, Altuğ U, Gürdal M. “İleri hipospadias olgularında karşı cinse ait genitalya”, *Türk Üroloji Dergisi*, 1994, 20(2): 351-354.
66. Saçak V, Yüzay A, Ergün C, Tokuç R, Ünlüer E. “Tek seansta tedavi edilen hipospadias olgularındaki deneyimlerimiz”, *İstanbul Tıp Dergisi*, 1994, 2: 22-24.
67. Toppari J, Virtanen HE, Main KM, Skakkebaek NE. “Cryptorchidism and hypospadias as a sign of testicular dysgenesis syndrome (TDS): Environmental connection”. *Birth Defects Research Part A ,Clinical and Molecular Teratology*, 2010, 88(10); 910-919.
68. Mercimek M, Sarıkaya Ş. “Erişkinde hipospadiasa yaklaşım”, *Kadın ve İşlevsel Üroloji Dergisi*, 2014, 1:1-3.
69. Montag S, Palmer LS. “Abnormalities of penile curvature: chordee and penile

torsion”, *The Scientific World Journal*, 2011, 11: 1470-1478.

70. Budak S, Sağlam HS, Sonbahar AE, Acar B, Gökırmak G, Sarı U, Köse O, Kumsar Ş, Adsan Ö. “External genital anomaly and phimosis prevalence in male school children in sakarya province sakarya ilinde ilköğretim çağındaki erkek çocuklarda dış genital anomali ve fimozis prevalansı”. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, 2015, 6(2): 136-138.
71. Baskin LS, Copp H, DiSandro M, Arnhyrn A, Champeau A. “Hypospadias”, *Pediatric Urology*, [urology.ucsf.edu/sites/urology.ucsf.edu/files/uploaded-files/basic-page/hypospadias\\_080615\\_1.pdf](http://urology.ucsf.edu/sites/urology.ucsf.edu/files/uploaded-files/basic-page/hypospadias_080615_1.pdf), 2015, Erişim Tarihi: 22.02.2017.
72. Ülkür E, Ergün Ö, Çeliköz B. “komplikeasyonlu opere hipospadias tedavisinde tübularize insize plak üretroplastı (tipu) onarım tekniğı”, *Türk Plastik Rekonstruktif Estetik Cerrahi Dergisi*, 2005, 13(3): 158-162.
73. Atala A, Guzman L, Retik AB. “A novel inert collagen matrix for hypospadias repair”, *The Journal of Urology*, 1999, 162(3): 1148-1150.
74. Leung AK, Robson WL. “Hypospadias: an update”, *Asian Journal of Andrology*, 2007, 9(1): 16-22.
75. Borer JG, Retik AB. “Current trends in hypospadias repair”, *Urologic Clinics of North America*, 1999, 26(1): 15-37.
76. Copcu E, Mollaosmanoğlu S, Öztan Y. “Hipospadiasda iki aşamalı kurtarma operasyonu”, *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2003, 4(2): 5-9.
77. Karakan T, Bağcıoğlu M, Germiyanoglu C. “Hipospadias Tarihçesi”, *Türk Üroloji Seminerleri*, 2011, 2: 162-169.
78. Karavelioğlu A. “Çocuklarda distal hipospadias cerrahisi deneyimlerimiz”, *Kocatepe Tıp Dergisi*, 2013, 14(2): 83-88.
79. Söylet Y, Kara S. “Hipospadyas komplikeasyonları”, *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatric Surgery Special Topics*, 2016, 6(1): 35-44.

80. Chrzan R, Dik P, Klijn AJ, de Jong TP. “Kullanılan teknikler ve pediatrik üroloji cerrahlarının tecrübesi üzerinde durularak hipospadias onarımının kalite değerlendirmesi”, *Urology*, 2007, 3(4): 214-219.
81. Tekgül S, Reidmiller H, Beurton D, Gerharz E, Hoebeke P, Kocvara R, Radmayr C, Rohrmann D. “Pediatrik üroloji kılavuzları” *European Society For Paediatric Urology*, 2006, 1-61.
82. Kayhan Ş. *Elektif plastik ve rekonstrüktif operasyonu geçirecek 18-50 yaş hastalardaki anksiyete düzeyinin aynı yaşlarda başka operasyon geçirecek olanları ile karşılaştırılması* (Tez). Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2016.
83. Noyes R, Hoehn-Saric R. “Anksiyete Bozuklukları”, Editör: Şar V. 1.Baskı. İstanbul: CSA Medikal ve Paramedikal Yayıncılık, 1998: 1-46.
84. Söyler Altun T, *Ameliyat sürecinde hasta kaygısı üzerine etki eden faktörler* (Tez). Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi; 2010.
85. Binici Y. *Günübirlik cerrahi geçirecek çocukların annelerinin ameliyat hakkında bilgi ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi* (Tez). Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2015.
86. İnel M. *Omurilik cerrahisi hastalarında ameliyat öncesi anksiyete düzeyini etkileyen faktörlerin belirlenmesi* (Tez). Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2016.
87. Erdem D, Ugiş C, Albayrak MD, Akan B, Aksoy E, Göğüş N. “Perianal bölge ameliyatı yapılacak hastalarda uygulanan anestezi yöntemlerinin preoperatif ve postoperatif anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisi”, *Bakırköy Tıp Dergisi*, 2011, 7(1): 11-16.
88. Aşık K. *Cerrahi operasyon geçirecek pediatrik olgularda ebeveyn anksiyetesinin değerlendirilmesi* (Tez). Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve

Reanimasyon Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi; 2012.

89. Şenol AV. *Genel anestezi alacak çocukların ebeveyn anksiyetesinin değerlendirilmesi* (Tez). Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi; 2013.
90. Karayağız F, Altuntaş M, Güçlü YA, Yılmaz TT, Öngel K. “Cerrahi servisinde yatan hastalarda görülen anksiyete dağılımı”, *Smyrna Tıp Dergisi*, 2011, 22-26.
91. Saatçioğlu Ö. “Yaygın anksiyete bozukluğunun tedavisi ve yeni yaklaşımlar”, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2001, 11: 60-77.
92. Yavuz Z. *Afyon ilindeki cerrahi kliniklerde çalışan hemşirenin hastanın preoperatif dönemdeki bakımı ve ameliyata hazırlığı hakkında bilgi düzeylerinin saptanması* (Tez). Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2004.
93. Tel H, Tel H. “Transfer anksiyetesi; yoğun bakım hastası ve ailesinin ortak duygusal deneyimi”, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2009, 13(1): 24-29.
94. Tuna TP. *Çocuklarda periferik kanül uygulaması öncesi işleme hazırlamaya yönelik yapılan uygulamaların ağrı ve anksiyete üzerine etkisi* (Tez). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2014.
95. Fazlıoğlu K, Hocaoğlu Ç, Sönmez FM. “Çocukluk çağı epilepsisinin aileye etkisi” *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2010, 2(2): 190-205.
96. Turan KN, Acaroğlu R. “Cerrahi girişim uygulanan adolesanlar ile anne/babalarının anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki ve anksiyete nedenlerinin incelenmesi”, *Türkiye Klinikleri*, 2012, 32(2): 308-315.
97. Timko C, Stovel KW, Moos RH. “Functioning among mothers and fathers of children with juvenile rheumatic disease: A longitudinal study”, *Journal of Pediatric Psychology*, 1992, 17(6): 705-724.
98. Karaca Çiftçi E, Aydın D, Karataş H. “Cerrahi girişim uygulanacak çocukların

ebeveynlerinin endişe nedenleri ve anksiyete durumlarının belirlenmesi”, *Journal Of Pediatric Research*, 2016, 3(1): 23-29.

99. Kayhan C. *Cerrahi hastalarda preoperatif anksiyetenin postoperatif komplikasyonlarla ilişkisinin incelenmesi* (Tez). Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2003.
100. Şıvgın Ş. *Elektif operasyon planlanan hastalarda psikolojik ve farmakolojik premedikasyonun preoperatif anksiyete düzeyi ölçülerek karşılaştırılması* (Tez). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi; 2013.
101. Turhan Y. *Elektif cerrahi operasyon planlanan hastalarda preoperatif ve postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisi* (Tez). Çukurava Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi; 2007.
102. Yılmaz Y, Durmuş K, İnal FY, Çiftçi T, Daşkaya H, Çiftçi T, Toptaş M, Vahapoğlu A. “Septoplasti operasyonlarında preoperatif ve postoperatif anksiyetenin postoperatif ağrı ve analjezik ihtiyacına etkisi”, *Dicle Tıp Dergisi*, 2014, 41(2): 288-293.
103. Akildiz M, Aksoy Y, Kaydu A, Kaçar CK, Şahin ÖF, Yıldırım ZB. “Elektif sezaryen ameliyatlarında anestezi yönteminin preoperatif anksiyete düzeylerine etkisi”, *Turkish Journal of Anesthesia ve Reanimation*, 2017, 45(1).
104. Maranets I, Kain ZN. “Preoperative anxiety and intraoperative anesthetic requirements”, *Anesthesia and Analgesia*, 1999, 89(6): 1346-1351.
105. Salzwedel C, Petersen C, Blanc I, Koch U, Goetz AE, Schuster M. “The effect of detailed, video-assisted anesthesia risk education on patient anxiety and the duration of the preanesthetic interview: a randomized controlled trial”, *Anesthesia & Analgesia*, 2008, 106(1): 202-209.
106. Altay NC. “Çocuklarda ameliyat öncesi hazırlık”, *Hacettepe Üniversitesi*

*Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2008, 15(2): 68-76.

107. Çetinkaya F, Karabulut N. “Batın ameliyatı olacak yetişkin hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin kaygı ve ağrı düzeyine etkisi”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010, 13(2): 20-26.
108. Özberksoy A. *Meme kanseri olan hastalarda ameliyat öncesi dönemde bilgilendirici ve eğitici hemşirelik yaklaşımının ameliyat sonrası ağrı ve kaygı düzeyleri üzerine etkisi* (Tez). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2006.
109. Aydın M, Şenol DK, Erdoğan S. “Sezaryen ile doğum yapacak kadınların ameliyat öncesi anksiyete düzeylerinin belirlenmesi”, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014, 5(1): 54-58.
110. Taşdemir A, Erakgün A, Deniz MN, Çertuğ A. “Preoperatif bilgilendirme yapılan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerinin state-trait anxiety inventory test ile karşılaştırılması”, *Turkish Journal of the Anaesthesiology and Reanimation*, 2013, 41: 44-49.
111. Boker A, Brownell L, Donen N. “The Amsterdam preoperative anxiety and information scale provides a simple and reliable measure of preoperative anxiety”, *Canadian Journal Anaesthesia*, 2002; 49(8): 792–798.
112. Caumo T, Schmidt AP, Schneider CN. “Risk factors for preoperative anxiety in adults”, *Acta Anaesthesiol Scandinavian*, 2001; 45(3): 298-307.
113. Cimilli C. “Cerrahide anksiyete.” *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2001, 4: 182-186.
114. Espineira CH, Aguila MMR, Castillo MR, Valdivia AF, Sanchez IR. “Relationship between anxiety level of patients and their satisfaction with different aspects of healthcare”, *Health Policy*, 2009, 89: 37-45.
115. Fındık ÜY, Topçu SY. “Cerrahi girişime alınış şeklinin ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisi”, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*,

- 2012, 19(2): 22-33.
116. Gedik A. *Nöroşirurji hastalarında ameliyat öncesi ve sonrası kaygı düzeyinin belirlenmesi* (Tez). Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2015.
117. Rızalar S, Baltacı N, Kahraman Ş. “Investigation of post-operative pain levels and nursing interventions following gynecologic surgery”, *Nursing Practice Today*, 2015, 2(2): 62-68.
118. Sağır G, Kaya M, Eskiçirak HE, Kapusuz Ö, Kadioğulları AN. “Spinal anestezi planlanan hastalarda görsel bilgilendirmenin preoperatif anksiyete üzerine etkisi”, *Turkish Journal of the Anaesthesiology and Reanimation*, 2012, 40(5): 274-278.
119. Williams MK. *The effects of music therapy on anxiety in surgical patients* (Thesis). Grand Valley State University Master Thesis; 2000.
120. Cullum AL. *Effects of nature-based sounds on patient anxiety during the preoperative period* (Thesis). Florida Atlantic University Master Thesis; 1997.
121. Wofford DJ. *Effects of preoperative play on post-hospital anxiety in school-age children and their parents* (Thesis). Texas Woman's University PhD Thesis; 1992.
122. Shuzman E. *The effect of trait anxiety and patient expectation of therapeutic touch on the reduction in state anxiety in preoperative patients who receive therapeutic touch* (Thesis). Newyork University PhD Thesis; 1993.
123. Koç S. *Terapötik mizahta kullanılan hastane palyaçolarının ameliyat öncesi dönemdeki çocukların anksiyete düzeylerine etkisinin belirlenmesi* (Tez). Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji, İnsan Bilimleri ve Felsefe Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2006.
124. Ünver S, Yıldırım M. “Cerrahi girişim sürecinde çocuk hastaya yaklaşım”, *Journal of Current Pediatrics Güncel Pediatri*, 2013, 11(3): 128-133.
125. Özyürek H. *Acil ve elektif cerrahide hastaların anksiyete düzeylerinin ve*



- hemşirelik bakım memnuniyetlerinin değerlendirilmesi* (Tez). İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2016.
126. Rosen S, Svensson M, Nilsson U. “Calm or not calm the question of anxiety in the perianesthesia patient”, *Journal Perianesth Nursing*, 2008, 23 (4): 237-46.
127. Maraşuna AO. *Ortaokul öğrencilerinin tıbbi işlem korkuları ve etkileyen faktörler* (Tez). Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2011.
128. Çöp E, Dinç SG, Kültür ÇSE. “Kronik hastalığı olan çocukların annelerinde baş etme becerilerinin psikiyatrik belirtiler ile ilişkisi: bir ön çalışma”. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 2016, 3: 170-176.
129. Başbakkal Z, Sönmez S, Celasin NŞ, Esenay F. “3-6 yaş grubu çocuğun akut bir hastalık nedeniyle hastaneye yatışa karşı davranışsal tepkilerinin belirlenmesi”, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2010, 7(1): 456-468.
130. Doğan B. *Hastanede yatan çocuğun bakımına ebeveynlerin katılımı konusunda hemşirelerin, doktorların ve ebeveynlerin görüşleri ve beklentileri* (Tez). Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2010.
131. Gürsoy A. “Ameliyat öncesi hastaların kaygı düzeyleri ve kaygıya neden olabilecek etmenlerin belirlenmesi”, *Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 2001, 1: 23-29.
132. Ayan GG. *Anestezi polikliniğine başvuran hastaların anestezi ve anestezi uzmanı ile ilgili bilgi ve görüşleri* (Tez). Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi; 2012.
133. Ağcabay S. *Çocuk hastada genel anestezi süresince enerji değişimi ve hemodinamik değerlerin incelenmesi* (Tez). Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Pedodonti Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2010.
134. Bayad A. *Preoperatif cerrahi hastalarında hastalık algısı ve anksiyete düzeyinin*

- saptanması* (Tez). Sağlık Bilimleri Üniversitesi Uzmanlık Tezi; 2017.
135. Çetin A. *Elektif cerrahi planlanan hastaların pre-operatif dönemdeki kaygı düzeylerinin belirlenmesi* (Tez). İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2014.
136. Ramsay MA. “A survey of pre-operative fear”, *Anaesthesia*, 1972, 27(4): 396-402.
137. Shevde K, Panagopoulos GA. “A Survey of 800 patients’ knowledge, attitudes, and concerns regarding anesthesia”, *Anesthesia and Analgesia*, 1991, 73(2): 190-198.
138. Aykent R, Kocamanoğlu İS, Üstün E, Tür A, Şahinoğlu H. “Preoperatif anksiyete nedenleri ve değerlendirilmesi: apais ve stai skorlarının karşılaştırılması”, *Türkiye Klinikleri Journal of Anesthesiology Reanimation*, 2007, 5(1): 7-13.
139. Moerman N, Van Dam FS, Muller MJ, Oosting H. “The Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS).”, *Anesthesia and Analgesia*, 1996, 82(3): 445-451.
140. Aras D, Çil C, Akçaoğlu AC, Erbay RH, Zencir M. “Denizli ili Yenişehir sağlık ocağı bölgesinde halkın anesteziyoloji uygulamalarına ilişkin bilgi, tutum ve önceki anestezi deneyimleri”, *Pamukkale Tıp Dergisi*, 2009, (2):76-82.
141. Dolgun E, Dönmez CY. “Hastaların ameliyat öncesi döneme ait bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi”, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2010, 3(3): 10-15.
142. Yazar M. *Açık kalp cerrahisi olacak hastalara ameliyat öncesi yapılan eğitimin anksiyete düzeyine etkisi* (Tez). Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2011.
143. Şahin A, Ayhan F, Öcal HS, Cayır A. “An assessment of the preoperative information given to patients in the province of Karaman”, *Journal of Human*

- Sciences*, 2015, 12(2): 1111-1119.
144. Sidar A, Dedeli Ö, İşkesen Aİ. “Açık kalp cerrahisi öncesi ve sonrası hastaların kaygı ve ağrı distressi: Ağrı düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi”, *Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Dergisi*, 2013, 4(1): 1-8.
145. Akgün M. “Laparoskopik cerrahide hasta hazırlığı ve hemşirenin rolü”, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2011, 8(2): 11-17.
146. Erdoğan H. *Hastaların ameliyat öncesi süreçte hemşirelerden beklentileri* (Tez). Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2013.
147. Vermişli S. *Femur trokanterik bölge kırığı nedeniyle çivileme yapılan hastalarda ameliyat öncesi verilen eğitimin ameliyat sonrası günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesine etkisi* (Tez). Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2015.
148. Li HCW, Lam HYA. “Paediatric day surgery: Impact on Hong Kong Chinese children and their parents”, *Journal of Clinical Nursing*, 2003, 12(6): 882-887.
149. Kain ZN. “Perioperative information and parental anxiety: The next generation”, *Anesthesia and Analgesia.*, 1999, 88(2): 237-239.
150. Avşar G., Kaşıkçı M. “Ülkemizde hasta eğitiminin durumu”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2009, 12 (3): 67-73.
151. Uzun Ö. “Ameliyat öncesi hasta eğitimi”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2000, 3 (2): 36-49.
152. Mutlu B, Savaşer S. “Kalp ameliyatı sonrası çocuklarını ilk kez görecek olan annelerin anksiyetelerinin azaltılmasında eğitiminin önemi”, *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2009, 17(2): 94-102.
153. Arslan Z, Yiğit R, Temel GÖ. “Lösemi hastası çocuk ebeveynlerinin çocuğun bakımına ilişkin eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi ve karşılanması”, *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014, 7(2): 58-68.

154. Biçersoy G. *Günübirlik cerrahi hastalarının ameliyat öncesi kaygı düzeyleri* (Tez). İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2015.
155. Chorney JM, Kain ZN. “Family-centered pediatric perioperative care”, *Anesthesiology*, 2010, 112: 751-755.
156. Çevik Ü, Keleş S, Keser M, Reisli İ. “Astmılı çocuğu olan ebeveynlere verilen hemşirelik eğitiminin kaygı düzeylerine etkisi”, *Genel Tıp Dergisi*, 2006, 16(2): 53-59.
157. Cox LC, Bialoskurski M. “Neonatal Intensive Care: Communication and Attachment”, *British Journal of Nursing*, 2001, 10(10): 668-676.
158. Holditch D, Miles MS. “Mothers’ stories about their experiences in the neonatal care unit”, *Neonatal Network*, 2000, 19(3): 13-21.
159. Turan MT, Bolışık B. “Prematüre bebeği olan annelere serviste uygulanan taburcu eğitiminin etkinliğinin incelenmesi”, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2003, 7(1): 39-46
160. Turan N, Öztürk A, Kaya N. “Hemşirelikte yeni bir sorumluluk alanı: tamamlayıcı terapi”, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2010, 3(1): 103-108.
161. Çetinkaya, F., Karabulut, N. “Batın ameliyatı olacak yetişkin hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin kaygı ve ağrı düzeyine etkisi”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010, 13(2): 20-26.
162. Cesur S. *Cerrahi hastalarında ameliyat öncesi anksiyetenin ameliyat sonrası ağrı üzerindeki etkileri* (Tez). Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2015.
163. Savaş E. *Ameliyat öncesi ve sonrası yaşanan anksiyete ile ameliyat sonrası ağrı arasındaki ilişkinin belirlenmesi* (Tez). Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2011.

164. Tanrıverdi D. *20-65 yaş grubu kardiyovasküler cerrahi hastaların, preoperatif bakım döneminde genel anesteziye ilişkin beklentilerinin araştırılması* (Tez). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 1998.
165. Toka KC. *Akut hastalıklı çocuklarda ebeveynlerin sorunları ve etkili faktörlerin değerlendirilmesi* (Tez). İstanbul Bilim Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi; 2012.
166. Başbakkal Z, Sönmez S, Şen N, Esenay FI. “3-6 yaş grubu çocukların hastaneye yatışa karşı davranışsal tepkileri konusunda verilen eğitimin annelerin anksiyete düzeyi üzerine etkisinin incelenmesi”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2010, 12(4): 59-65.
167. Yılmaz E, Aydın E. “Cerrahi girişim yapılan hastalarda ameliyat öncesi-sonrası anksiyetenin derlenme kalitesine etkisi”, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2013, 8(23): 79-95.
168. İslamoğlu AH. *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*, Beta Basım, İstanbul, 2003: 150
169. Öner N, Le Compte A. *Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 1985: 333.
170. Pıçakçıefe Ü. *Inguinal herni ameliyatı geçirecek çocukların ebeveynlerine verilen eğitimin durumluk anksiyete düzeyine olan etkisinin incelenmesi*. (Tez). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi: 2003.
171. Cassady JF, Wysocki TT, Miller KM, Cancel DD, Izenberg N. “Use of preanesthetic video for facilitation of parental education and anxiolysis before pediatric ambulatory surgery”, *Anesth Analg.*, 1999, 88: 246-50.
172. Şenses M. “Çocuklarına batın ameliyatı endikasyonu konulan annelerin eğitiminin anksiyete üzerine etkisi (Tez). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 1997.
173. Erduran A. “Verilen kemoterapi yan etkileriyle ilgili bilginin annelerin anksiyete

- düzelelerine etkisinin incelenmesi”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2010, 26, Ek Sayı.
174. Akşit S, Cimete G. “Çocuğun yoğun bakım ünitesine kabulünde, annelere uygulanan hemşirelik bakımının annelerin anksiyete düzeyine etkisi”, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2001, 5 (2): 25-36.
175. Curley MAQ, Wallace J. “Effects of the nursing mutual participation model of care on parental stress in the pediatric intensive care unit-a replication”, *Journal of Pediatric Nursing*, 1992, 7: 377-85.
176. Çelebioğlu A, Polat S. “Hiperbilirubinemi nedeniyle hastaneye yatırılan yenidoğanların annelerinin kaygı düzeyi, etkileyen faktörler ve bilgilendirmenin kaygıyı azaltmadaki rolü”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008, 11(2): 47-54.
177. Yıldız D, Akbayrak N. “Doğum sonrası primipar annelere verilen eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin bebek bakımı, kaygı düzeyleri ve annelik rolüne etkisi”, *Gülhane Tıp Dergisi*, 2014, 56: 36-41.
178. Ala S. *Tiroidektomi ameliyatı öncesi hemşirenin bilgilendirici rolünün hastaların ameliyat sonrası anksiyete düzeylerine etkisi* (Tez). Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek lisans Tezi; 2007.
179. Güler H, Taşkın L. “Histerektomi ameliyatı sonrasında ortaya çıkan sorunlarla başetmede planlı öğretimin etkisi”, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2001, 5(2): 9-18.
180. Salkım Ö. *Kapalı kolesistektomi ameliyatı öncesi hemşire tarafından verilen eğitimin hastaların bilgi düzeyine ve ameliyat sonrası kaygı ve ağrı düzeylerine etkisi* (Tez). Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi; 2010.
181. Çetinkaya F. *Batın ameliyatı olacak yetişkin hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin kaygı ve ağrı düzeylerine etkisi* (Tez). Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri

Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi; 2008.

182. Aykent R. *Hastalar arasında anestezinin imajı, anesteziye bağlı endişe nedenleri ve preoperatif anksiyete değerlendirilmesi* (Tez). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2001.
183. Çobanoğlu DH. “İnseminasyon uygulanacak kadınlarda inseminasyon öncesi ve sonrası durumluluk-sürekli kaygı düzeylerinin incelenmesi”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2010, 26, Ek Sayı.
184. Sertbaş G. “Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk-sürekli kaygı düzeylerinin incelenmesi”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2010, 26, Ek Sayı.
185. Coşkun Y, Akkaş G. “Engelli çocuğu olan annelerin sürekli kaygı düzeyleri ile sosyal destek algıları arasındaki ilişki”, *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2009, 10(1): 213-227.
186. Demircan E. *Epidural sezaryende standart ve planlanmış ameliyat öncesi hasta eğitiminin anksiyete düzeyine etkisinin değerlendirilmesi* (Tez). İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2014.
187. Gürol A, Binici Y. “Günübirlik cerrahi geçirecek çocukların annelerinin anksiyete düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi”, *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 2017, 7(1): 29-38.
188. Yıldız D. *Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hastaların kaygı düzeylerinin belirlenmesi*. (Tez). Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; 2011.

## EKLER

Anket no:

### EK-1.

*Sayın ebeveyn, bu çalışma sizlerin çocuğunuzun mevcut sorunu nedeniyle yaşadığınız anksiyete düzeyini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Sorulara verdiğiniz yanıtlar bu çalışma dışında başka bir ortamda kullanılmayacak ve gizliliği korunacaktır. Çalışmanın sonuçları sizlerin ve çocuğunuzun daha iyi bakım alabilmesinin planlanması aşamasından kullanılacaktır. Çalışmaya katılımınızdan dolayı teşekkür ederiz.*

*Tez Öğrencisi Selda Baycular Danışman: Yrd.Doç.Dr.Gülzade UYSAL*

### I-EBEVEYNE İLİŞKİN TANITICI BİLGİLER

1. Görüşülen kişi Anne ( ) Baba ( ) Diğer ( ).....

2. Aile Tipi

Çekirdek aile ( )

Geniş aile ( )

Parçalanmış aile ( )

3. Eğitim Durumu

Okur- yazar değil ( )

Okur- yazar ( )

İlkokul mezunu ( )

Ortaokul mezunu ( )

Lise mezunu ( )

Üniversite Mezunu ( )

Diğer.....( )

4. Mesleği .....

5. Sosyal güvenceniz var mı?

Var ( ) Yok ( )



6. Sosyoekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

Gelir giderden az ( )

Gelir gidere eşit ( )

Gelir giderden fazla ( )

7. Hipospadias hakkında bilginiz var mı?

Var ( ) Yok ( )

Var ise.....

## II- ÇOCUĞA VE AİLENİN HASTALIK ÖYKÜSÜNE İLİŞKİN TANITICI BİLGİLER

8. Çocuğun yaşı: ...../ay

9. Çocuğunuzun ek başka bir tanısı var mı?

Evet ( ) Hayır ( )

Evet ise.....

10. Çocuğunuz daha önce hastaneye yattı mı?

Evet ( ) Hayır ( )

Evet ise.....

11. Çocuğunuz daha önce cerrahi bir operasyon geçirdi mi?

Evet ( ) Hayır ( )

Evet ise.....

12. Kardeş var mı?

Evet ( ) Hayır ( ) cevabınız hayır ise 16. soruya geçiniz.

Evet ise.....

**13. Kardeşi/kardeşlerden birinin akut/kronik bir hastalığı var mı?**

Evet ( ) Hayır ( )

Evet ise.....

**14. Kardeşi/kardeşlerden biri daha önce hastaneye yattı mı?**

Evet ( ) Hayır ( )

Evet ise.....

**15. Kardeşi/kardeşlerden biri daha önce cerrahi operasyon geçirdi mi?**

Evet ( ) Hayır ( )

Evet ise.....

**16. Siz ya da eşiniz daha önce hastanede yatma deneyimi yaşadınız mı?**

Evet ( ) Hayır ( )

Evet ise.....

**17. Siz ya da eşiniz daha önce cerrahi operasyon geçirdi mi?**

Evet ( ) Hayır ( )

Evet ise.....

*Katılımınız için teşekkür ederiz.*

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi dikkatlice okuyun, sonra **şu anda** kendinizi nasıl hissettiğinizi sağ taraftaki parantezlerden uygun olanını işaretleyerek belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl kendinizi hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyiniz.

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

<b>HIPOSPADİASA İLİŞKİN İFADELER</b>	<b>Doğru</b>	<b>Yanlış</b>
1. Çocuğumun ameliyat öncesi sünnet olup olmaması önemlidir.		
2. Ameliyat öncesi idrar yolu enfeksiyonu varsa doktora ve sağlık ekibine bilgi vermek gerekir.		
3. Çocuğumun, ameliyattan 10 gün öncesi boğazında kızarıklığı, öksürüğü ve burun akıntısı olduysa bu durum ameliyat için bir sorun yaratmaz.		
4. Çocuğum, ameliyattan 1 hafta önce aşı olduysa ameliyatı iptal dileyebilir.		
5. Çocuğum, aspirin kullanıyorsa ameliyattan önce kullanımına ara verilir.		
6. Çocuğumun alerjisi varsa ameliyat ve anestezi açısından bir sorun yaratmaz.		
7. Enfeksiyon nedeniyle hastaneye yatış için gelirken çocuğum için kesinlikle oyuncak getirmemeliyim.		
8. Ameliyat öncesi; gece saat 4' ten sonra çocuğumun beslenmesi kesilecektir.		
9. Çocuğum, ameliyat öncesi aç bırakıldığı sürede yemek ya da mama gibi besleyici gıdalar yememesi gerekir.		
10. Çocuğum, ameliyat öncesi aç bırakıldığı sürede, açlığını etkilemeyeceği için su içebilir.		
11. Çocuğumu ameliyat sonrası aç kalma süresi dolduktan sonra besleyebilirim.		
12. Ameliyat sonrası çocuğumun altının bezlenmesinde bir sakınca yoktur.		
13. Ameliyat sonrası, çocuğum beslenmeye başladıktan sonra ağrı kesicisi şurup olarak verilir.		
14. Ameliyat sonrası, ameliyat yerinin zarar görmemesi için çocuğumun hareketlerini kısıtlamak amacıyla 2 hafta yatakta yatması gerekmektedir.		
15. Ameliyat sonrası, antibiyotik ve ağrı kesiciyi çocuğumun ağrısı ve ateşi olduğu zaman verebilirim.		
16. Ameliyat sonrası çocuğumun pipisindeki sonda mesanesinin kasılmasına neden olabilir.		
17. Ameliyat sonrası çocuğum pipisindeki sonda çıkarılana kadar banyo yapmamalıdır.		
18. Ameliyat sonrası dönemde dikişler etrafında oluşan kurutları banyo yaptırırken temizlemek gerekir.		
19. Ameliyat sonrası; çocuğumun şiddetli ateşi, bulantısı-kusması, olursa evde reçete edilmiş ilaçları uygun dozda ve sürede vermek yeterli olur.		
20. Çocuğumun sondası çıkarıldıktan sonra yanma hissi ve idrar yapma sıklığında artış görülmesi normaldir.		

**EK-4.**

# HIPOSPADIASLI ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİ İÇİN BİLGİLENDİRME KİTAPÇIĞI



**Hazırlayanlar:**

Selda BAYCULAR

Yrd.Doç.Dr.Gülzade UYSAL

## HIPOSPADİAS İLE İLGİLİ MERAK ETTİKLERİNİZ

### HIPOPADİAS NEDİR?

- ❖ Hipospadias, çocuğunuzun çişini(idrarını) yaptığı deliğin normalde olması gereken yerde (pipinin uç kısmı) değil de pipinin alt kısmında olmasıdır.
- ❖ Erkek çocuklarda en çok görünen durumlardan biri olup cerrahi olarak onarımı yapılabilmektedir.
- ❖ Bu delik hemen normal yerinin biraz altında olabileceği gibi pipinin torbalarla birleştiği yere kadar herhangi bir yerde de olabilir.
- ❖ Ayrıca pipinin yarım sünnetli gibi bir görüntüsü de vardır bu yüzden halk arasında peygamber sünneti yada doğuştan sünnetli olarak bilinmektedir.
- ❖ Çocukların bazılarında pipide çişini yaparken ve ereksiyon halindeyken öne veya yana doğru bir eğrilik de görülmektedir.

### HIPOSPADİAS NEDEN OLUR?

- ❖ Birçoğunda hiçbir sebep bulunmamakla birlikte henüz tam olarak nedeni bilinmemektedir.
- ❖ Hastalık temel olarak bebeğin doğmadan önce gelişimi sırasında ortaya çıkar.
- ❖ İdrar yolunun penis(pipi) üzerinde yerleşmiş olan kısmını oluşturacak olan dokuların bir tüp oluşturacak şekilde katlanamaması sonucu meydana gelmektedir.

## HIPOSPADİAS TANISI NASIL KONUR?

- ❖ Hipospadias tanısını günümüzde hamilelik sırasında ultrason ile doğum öncesi dönemde koymak mümkündür.
- ❖ Bunun mümkün olmadığı durumlarda, bebek doğduktan sonra çocuk cerrahisi uzmanı ya da çocuk üroloji uzmanı tarafından yapılacak basit bir muayeneyle tanı kolaylıkla konulmaktadır.

## HIPOSPADİAS NEDEN TEDAVİ EDİLMELİDİR?

- ❖ Tedavi edilmeyen çocuklarda ileri yaşlarda ereksiyon esnasında peniste eğrilikler(kordi) ortaya çıkabilir ve cinsel ilişki sırasında ağrı duymasına neden olabilir.
- ❖ Tedavi edilmeyen ağır hipospadiaslı erkek çocuklarda normal yolla çocuk sahibi olmaları güçleşebilir.

## HIPOSPADİAS AMELİYATI NE ZAMAN YAPILMALIDIR?

- ❖ Pipideki bozukluğun düzeltilme yaşı olarak 6 aylıktan sonra ve çocuk bezliken yapılması önerilir.
- ❖ Küçük çocuklarda ameliyat sonrası iyileşme daha hızlı olmaktadır. Bu nedenle ameliyatın zamanlaması önemlidir.
- ❖ Küçük yaştaki çocuklar cerrahi işlemin farkına varmayacağı için durumun stresi ile daha kolay başedebilirler.
- ❖ Bu dönemde psikolojik travma en azdır. Ameliyat sonrası iyileşme süreci de daha hızlı olmaktadır.

## HİPOSPADİAS AMELİYATI ÖNCESİ HAZIRLIK

- ❖ Ameliyat öncesinde gerekli tetkikler (kan ve idrar tetkikleri) doktorunuz tarafından planlanmaktadır.
- ❖ İdrar yolu enfeksiyonu ya da solunum yolu enfeksiyonu varsa tedavi edilir.
- ❖ Çocuğunuzun ameliyat gününü belirlendikten sonra çocuk cerrahi servisine yatış yaptırmanız için ilgili doktorunuz sizi arayarak haber verecektir.



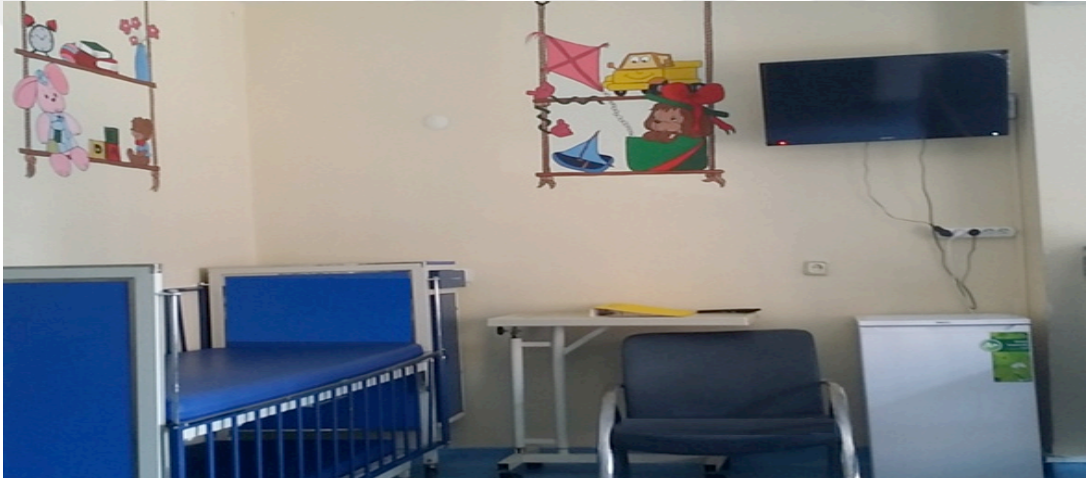
- ❖ Ameliyattan 1 gün önce servise yatışınız gerçekleşecektir.
- ❖ Çocuğunuz aspirin kullanıyorsa doktorunuza bilgi vermelisiniz. Bu durumda ameliyattan 7-10 gün öncesinden ilacın kullanımına ara verilir. Ameliyat bittikten belli bir süre sonra tekrar kullanılmaya başlanır.
- ❖ Ameliyat öncesi 3 haftalık dönemde herhangi bir hastalık belirtisi (ateş, burun akıntısı döküntü vb.) varsa, Ameliyattan 3 hafta önce ve sonrası çocuğunuz aşı olduysa bize bu konuda telefonla ulaşarak bilgi vermeniz gerekmektedir.
- ❖ Anestezi için sorun yaratabilecek bir durum ise çocuğunuzun ameliyatı iyileştikten sonra planlanabilir.





## HASTANEYE GELİRKEN NELER GETİRMELİYİM?

- ❖ Hastaneye gelirken size ve çocuğunuza ait resmi belgeleri ve varsa tahlillerini yanınızda getirmelisiniz.
- ❖ Hastanede yattığınız sürece size yastık, çarşaf ve battaniye verilecektir.
- ❖ Ancak çocuğunuzun sevdiği özel bir eşyası varsa (battaniye, oyuncak, vb.) hastaneye gelirken yanınızda getirebilirsiniz.
- ❖ Sevdiği ve tanıdık olduğu eşyalar çocuğunuzun kendini daha iyi hissetmesini sağlayacaktır.



- ❖ Çocuğunuza refaket ettiğiniz süre için siz de yanınızda bulundurmak istediğiniz şeyleri (kitap, bilgisayar vs.) getirebilirsiniz.
- ❖ Çocuğunuzun hastanede yattığı süre zarfında giyebilmesi için tercihen bol ve çıkarılması kolay kıyafetler getirebilirsiniz.
- ❖ Çocuğunuzun ve sizin kişisel temizliğinizi yapabilmeniz için sabun, diş macunu ve fırçası, tarak, havlu, ıslak mendil, çocuk bezi gibi özel eşyalarınızı getirebilirsiniz.
- ❖ Ayrıca kullandığı özel terlik, çatal kaşık, bardak su ve beslemesi için kullanıyorsa biberon ve mamasını da getirebilirsiniz.

- ❖ Çocuğunuz mama kullanıyorsa servis çalışanları size sıcak su temin etmenizde yardımcı olacaklardır.

### YATIŞ SONRASI NELER YAPMALIYIM?

- ❖ Yatış işlemleri servis sekreteri tarafından yapılacaktır. Servis sekreteri ocuk cerrahi servisinin içinde bulunmaktadır.
- ❖ Yatışınız sekreter tarafından yapıldıktan sonra servis sorumlu hemşiresi tarafından uygun bir odaya yerleŐtirileceksiniz.
- ❖ Odanıza yerleŐtikten sonra sizin bakımınızdan sorumlu olan hemşire sizin ve çocuğunuz hakkında birkaç soru sorup gerekli formaları dolduracaktır. (ocuğunuzun yaşı, kilosu, alerji öyküsü vb.)
- ❖ Alerjisi, düzenli kullandığı ilaçları öksürüğü ve ateşi varsa mutlaka hemŐirenize söylemelisiniz.
- ❖ Ameliyat ncesi, ameliyatta ve ameliyat sonrasında sıvı, antibiyotik ve ağrı kesici verebilmek için kullanmak üzere damar yolu açılır.
- ❖ Damar yoluna takılan bu kanül plastik olduğu için takıldıktan sonra çocuğunuz hiçbir ağrı ve acı hissetmeyecektir.
- ❖ Damar yoluna takılan bu kanül sayesinde çocuğunuzun tedavisi daha kolay ve ağrısız olacaktır.
- ❖ Ameliyattan nceki **GECE 4'TEN SONRA** ocuğunuzun beslenmesi kesilmektedir.
- ❖ Bu hastanın ne sıvı (su dahil) ne de katı gıdalarla beslenmemesi demektir.
- ❖ çocuğunuzun bir gece önceden a kalması ertesini sabah anestezi alacağı için gerekli bir durumdur.

- ❖ Beslenme durumu anestezi sırasında kusma ve buna bağlı olarak akciğer enfeksiyonu gelişmesine neden olabilir. Yanlışlıkla beslemiş olmanız durumunda mutlaka hemşirenize haber vermelisiniz.

### AMELİYAT GÜNÜ YAPILACAKLAR NELERDİR?

- ❖ Ameliyat günü çocuğunuzun içmesi gereken ilacı varsa doktoruna da bilgi verilerek az bir suyla içmesine izin verilir.
- ❖ Ameliyat günü hastalar belirli bir sırayla ameliyathaneye alınır. Sıra size geldiğinde transport hemşiresiyle (sizi ameliyathaneye götürmekle sorumlu olan hemşire) dosyalarınız ve varsa ameliyat malzemelerinizle birlikte ameliyat öncesi bekleme odasına alınırsınız.



- ❖ Bu odada anestezi doktoru tarafından çocuğunuz tekrar muayene edilir; sağlık durumu iyiye ameliyata alınır.
- ❖ Eğer bir hastalığı varsa (cilt döküntüleri, ateş, grip belirtileri gibi) çocuğunuzun sağlığı için ameliyatı başka bir güne ertelenebilir.
- ❖ Çocuğunuz ameliyathaneye alındıktan sonra ameliyathane girişindeki bekleme odasında bekleyebilirsiniz.
- ❖ Ameliyat süresi idrar yolunun yerine ve durumuna göre değişmektedir.

## AMELİYAT SIRASINDA NELER YAPILYOR?

- ❖ Ameliyat genel anestezi altında yapılmaktadır. Bu nedenle çocuğunuz kesinlikle acı ve ağrı hissetmeyecektir.
- ❖ Hipospadias ameliyatı; sağlam bir idrar yolu oluşturularak idrar deliğinin olması gereken yere taşınması (pipinin ucu) ve pipideki eğrilik düzeltilerek normal bir görüntüye kavuşturulması için yapılan bir ameliyattır.
- ❖ Çocuğunuzun idrar yolunun durumuna göre dikişli ya da yamalı yapılabilir.
- ❖ Temel olarak idrar yolu tekrar oluşturulup dikiş atılan yerin üstüne fistül olmasını önlemek için yanlardan getirilen dokuyla üretra sağlamlaştırılır.
- ❖ Ameliyat genellikle tek safhada tamamlanmaktadır.
- ❖ Ancak pipideki bozukluğun çok ağır olduğu durumlarda bir ikinci ameliyat gerekebilmektedir.
- ❖ Kullanılan dikiş malzemeleri eriyebilir özellikte olduğundan dikiş almaya gerek olmayacaktır.

## AMELİYAT SONRASI YAPILACAKLAR

- ❖ Ameliyat bittikten sonra siz (anne yoksa baba) özel kıyafetler giydirilerek ameliyat sonrası ayılma odasına alınacaksınız.
- ❖ Buraya girerken yanınıza çocuğunuz bezliyse 2 çocuk bezi, kıyafetlerini ve onun için özel olan oyuncasını almayı unutmayınız.



- ❖ Ameliyathaneye girerken değerli eşyalarınızı (çanta, cep telefonu vb.) yakınınıza bırakabilir, yakınınız yoksa yanınıza alabilirsiniz.
- ❖ Çocuğunuzun ameliyatı bittikten ve uyandıktan sonra ayılma odasına getirilir.
- ❖ Ayılma odasında size çocuğunuz yatağına alınana kadar bir hemşire yardımcı olacaktır.
- ❖ Anestezi doktoru ve ameliyatı yapan doktorunuz uygun gördüğü zaman bir personel yardımıyla yattığınız servise götürüleceksiniz.

### AMELİYAT SONRASI NELERLE KARŞILACAĞIM?

- ❖ Ameliyat sonrasında pipide şişlik olabilmektedir.
- ❖ Çocuğunuz yatağına geldiğinde penisin özel bir bandajla sarıldığını ve penis ucundan çıkan bir kateterin veya sondanın konulmuş olduğunu görebilirsiniz.
- ❖ Katater ve sonda iyileşme ve yeni yapılan üretranın (idrar yolunun) daralmasını önlemek için gereklidir.
- ❖ Kataterin çıkmasını engellemek için katater penis başına dikişle tespit edilir.
- ❖ Ameliyatın özelliğine göre; bebeklerde çift bez kullanılarak katateriyle beraber eve gönderilebilir.
- ❖ Çocuğunuz katater çıkarılana kadar çişini bu kataterden yapacaktır.
- ❖ Çok nadiren idrarın ameliyat bölgesinden uzaklaştırılması için göbek altından idrarını boşaltmak için bir başka katater de takılabilir.
- ❖ Bandajı ve kateterler doktorun belirttiği günde kendisi tarafından alınacaktır.
- ❖ Genellikle bandajı ameliyattan sonra 4. gün açılır.
- ❖ Katater ise 7-10.gün çekilerek çocuk işetilir.



- ❖ Ameliyatta kullanılan dikiş malzemelerinin tümünün eriyebilir olması nedeni ile dikiş alma işlemine gerek yoktur.

### AMELİYAT SONRASI ÇOCUĞUM NE ZAMAN BESLENEBİLİR?

- ❖ Genel anestezi aldığından yutma ve sindirim işlevlerini geri kazanana kadar yaklaşık 3-4 saatlik süre boyunca çocuğunuzun ağızdan beslenmemesi gerekmektedir.



- ❖ Bu süre zarfında kilosuna uygun dozda sıvı tedavisiyle damardan beslenecektir.
- ❖ Bu süre bitiminde hemşire/doktorunuzun kararıyla çocuğunuzu yavaş yavaş emzirerek veya formül mamayla beslenmeye başlanacaktır.
- ❖ Daha büyük çocuklarda başlangıçta az miktarda su veya berrak sıvı gıdalar verilebilir.
- ❖ Daha sonra kabızlığa neden olmayacak sıvı ağırlıklı bir beslenme planı uygulanır, 1-2 gün içinde çocuk normal beslenmesine geri dönecektir.

### AMELİYAT SONRASI ÇOCUĞUM AĞRI YAŞAYACAK MI?

- ❖ Ameliyat esnasında ve sonrasında ağrısı olmaması için anestezi tarafından uygun ağrı kesiciler yapılarak çocuğunuzun ağrı hissetmesi engellenecektir.
- ❖ Serviste de damar yolundan damar içine uygulanacak ilaçlarla ağrı kontrol altına alınacaktır.
- ❖ Kullanılacak ağrı kesici çocuğunuzun yaşı, kilosuna ve ihtiyacı göz önünde bulundurularak belirlenir.



- ❖ Çocuk ağızdan beslenmeye başladıktan sonra ilaçlar ağızdan şurup olarak verilir.
- ❖ Çocuğun beslenmesi normale döndüğü zaman ve damar içi

antibiyotik ve ağrı kesici ihtiyacı ortadan kalktıktan sonra damar yolundaki kanül (plastik iğne) alınacaktır.

### TAKILAN KATATER ÇOCUĞUMU RAHATSIZ EDER Mİ?

- ❖ Mesane takılan katater çocuğunuzun mesanesini(idrar torbası) rahatsız edebilir. Buda aralıklı kasılmalara(spazm) ve popo kaşınmasına neden olur.
- ❖ Çocuğunuz bu duruma bağlı olarak karnının ağrıdığını ve şişinin geldiğini söyleyebilir.



kenerından şiş gelebilir, endişelenmeyin normal bir durumdur.

- ❖ Böyle bir durumla karşılaşıldığında çocuğunuzun ağrısını ve kasılmasını önlemek için ağrı kesici ve spazm giderici ilaçlar verilir.

- ❖ Bu durumda bebekler ise ağlayarak bacaklarını karınlarına doğru çekerler.
- ❖ Bu esnada kasılmaya bağlı olarak pipiye takılı kateterin

## TABURCU OLDUKTAN SONRA NELERE DİKKAT ETMELİYİZ?

- ❖ Hipospadias ameliyatından sonra genellikle penisteki bozukluğun derecesine göre 1-10 gün arasında hastanın hastanede yatması gerekmektedir.
- ❖ Pipideki bozukluğun çok az olduğu vakalarda hastanede yatmaya gereksinim olmadan hasta ameliyat günü taburcu edilebilmektedir.
- ❖ Ameliyat sonrası ilk 1 ay ameliyat bölgesi korunmalı ancak günlük hareketler kısıtlanmamalıdır.



- ❖ Kateter çıkarıldıktan sonra banyo yapılmasında sakınca yoktur.
- ❖ Katater çekildikten sonraki ilk zamanlarda çatallı işeme olabilir ancak endişelenmeyin, bu durum zamanla düzelecektir.
- ❖ Katater alındıktan sonra yanma hissi ve idrar yapma sıklığında artış görülmesi normaldir ve zamanla düzelir.
- ❖ Çocuğunuzun taburcu olduktan sonra ağrısı olursa doktorunuzun önerdiği dozda ve sürede ağrı kesicisini verebilirsiniz.
- ❖ Erken dönemde dikişler etrafındaki kurutları temizlemeye özellikle elle kaldırmaya çalışmayın zamanla kendisi dökülür.
- ❖ Tüm kurutlar temizlendikten sonra 1. ayda kontrole çağrılabilirsiniz.
- ❖ Ameliyat sonrasında size verilecek olan antibiyotiklerin, ağrı kesicilerin ve gerekir ise idrar torbasının kasılmasını azaltacak ilaçların tarif edilen şekilde düzenli olarak kullanılması çocuğunuzun hızla iyileşmesi için önemlidir.



- ❖ Başarılı bir şekilde hipospadias ameliyatı olan çocuklar tamamen normale dönerler.
- ❖ İdrar yapma ve ilerideki cinsel fonksiyonları bakımından normal erkeklerden hiçbir farkları kalmaz.
- ❖ Şiddetli ağrı, ateş, bulantı-kusma, gözlemlerseniz vakit kaybetmeden çocuk cerrahi servisine başvurunuz.
- ❖ Antibiyotik ve ağrı kesici ilaçlar yara bakımı taburculuk sırasında doktorunuz tarafından reçete edilecektir.



#### AMELİYAT SONRASI BEKLENMEDİK DURUMLAR GÖRÜLEBİLİR Mİ?

- ❖ Hipospadias ameliyatlarından sonra birkaç gün içinde; kanama, dikişlerin açılması, enfeksiyon gibi tüm ameliyatlarda görülme riski olan durularla karşılaşılabilir.
- ❖ Hipospadias ameliyatlarından sonra ilerki dönemde; fistül (pipi üstünde 2. bir idrar deliğinin oluşması), stenoz (darlık), kordi (peniste aşağı ya da yanlara doğru eğilme) ve tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonları da görülebilmektedir.
- ❖ Bunlarda herhangi biri oluştuğu zaman vakit kaybetmeden doktorunuzla iletişime geçiniz.
- ❖ Bu fistül geliştikten sonra 6 ay geçmeden herhangi bir müdahalede bulunulamaz.

## ÇOCUĞUMA NASIL YARDIMCI OLURUM?

Çocuğun hastaneye yatması ile başlayan yoğun ve uzun süreçte en büyük görev siz ebeveynlere düşmektedir. Ameliyatın türü ne olursa olsun anne ve babada bu durum stres yaratmaktadır. Yapılan araştırmalarda ebeveynlerin stresinin çocuğa yansıdığı görülmüştür. Buna bağlı olarak ebeveynlerin stresi arttıkça çocukların stresi artmakta, ebeveynlerin stresi azaldıkça çocukların stresi de buna paralel olarak azalmaktadır.



Stresin artmasının nedenleri olarak hastalık ve yapılan girişimler hakkında yeterli bilginin olmaması, hastane gibi yabancı bir ortamda bulunmak, ebeveynlerin anlayamadığı tıbbi terimlerin kullanılması, anestezi, çocuğunu kaybetme korkusu, yapılan hipospadias ameliyatı sonrası pipinin görüntüsüne ve işlevine yönelik korkular her aileyi strese sokmaktadır.

Bu kitapçık; sizlerin bu konuda bilgilendirerek stresinizi azaltmak için hazırlanmıştır.



Bize ulaşabileceğiniz telefon numaraları:

TEL: 0 212 4143000 / 21341 - 21037

**EK-5.****BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU (EBEVEYN)**

Sayın Ebeveyn,

Hipospadias erkek çocuklarında en sık görülen anomalilerden biridir. Hipospadias sadece ameliyat ile düzeltilebilir. Ameliyat kendisi bile ebeveynler üzerinde büyük bir strese neden olmaktadır.

Hastalık hakkında yeterli bilginin olması, bulunulan yabancı ortam, kullanılan tıbbi terimleri anlayamam, ameliyat öncesi, esnasında ve sonrasında nasıl bir sürecin onları beklediği çocuğuna nasıl bakım vereceğini ve nelere dikkat etmesi gerektiğini bilmemek gibi birçok neden dolayı oluşan bu belirsizlik ebeveynlerde stres ve korkunun(anksiyete) artmasına neden olmaktadır.

Bu belirsizlikleri ortadan kaldırmak ve merak ettiklerinizi anlatmak amacıyla araştırmacılar tarafından bu sorunlar ışığında bir eğitim kitapçığı hazırlanmıştır. Hazırlanan bu kitapçık yardımıyla sizin için üç görüşmeden oluşan bir eğitim programı planlanmıştır. 1. aşamada poliklinikte size bir eğitim kitabı verilecektir. 2. eğitim ameliyattan 7 gün önce 3. eğitim ise ameliyattan 1 gün önce çocuk cerrahi servisine yatışınız yapıldıktan sonra yapılacaktır. Eğitim size araştırmacı tarafında yüz yüze görüşülerek verilecektir. Bu görüşmeler esnasında varsa sorularınız cevaplanacaktır. Yapılan bu planlı eğitimlerin sonucun da sizin anksiyetenizi(stres ve korkularınızı) en aza indirmeyi amaçlamaktayız.

Tamamen akademik bir amaçlı olan bu araştırma için ücret talep edilmeyecektir.

Bu çalışmaya katılıp katılmama konusunda hiçbir zorunluluk bulunmamaktadır. Çalışmaya katılmak istemezseniz ya da çalışmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılmak isterseniz, araştırmacıyı haberdar ederek çalışmadan çekilebilirsiniz. Bu çalışmada kayıtlar yasaların öngördüğü şekilde ve araştırmacı tarafından toplanacak, veriler güvenli bir şekilde saklanacaktır. İlginizden ve desteğinizden dolayı teşekkür ederiz.

Selda BAYCULAR Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi	Danışman: Yrd.Doç.Dr.Gülzade UYSAL Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Öğretim Üyesi
--	--

Yukarıda, araştırma ile ilgili metni okudum. Araştırmaya katılmama hakkı ya da araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğumu biliyorum. Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

*Ad, Soyadı:*

*İmza:*

EK-6.

## KURUM İZİNİ

Tarih ve Sayı: 11/04/2016-132461



T.C.  
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI  
Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı :25217914-199-  
Konu :Selda Baycular'ın anket uygulaması

### CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi :06/04/2016 tarihli, 127156 sayılı yazı

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünün Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi 14208004 numaralı Selda BAYCULAR'ın Yrd.Doç.Dr. Gülzade UYSAL'ın danışmanlığında yürüttüğü "Hipospadias Nedeniyle Cerrahi Girişim Planlanan Çocukların Ebeveynlerine Uygulanan Planlı Eğitimin Anksiyete Düzeylerine Etkisi" başlıklı çalışmanın anketini Anabilim Dalımız servisinde yapması Çocuk Üroloji Bilim Dalı ve Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalımız tarafından uygun görülmüştür.  
Bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalı  
Prof. Dr. Haluk EMİR  
Bölüm Başkanı

Doğrulamak İçin:[http://194.27.128.66/envision/Sorgula/Validate\\_Doc.aspx?V=BENF5SEM4](http://194.27.128.66/envision/Sorgula/Validate_Doc.aspx?V=BENF5SEM4)

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Neşe SÖNMEZ, Dahili : 21203

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34303 Cerrahpaşa/ İSTANBUL  
Tel : 0 (212) 414 30 00 21107- 21108 Fax : 0 (212) 632 00 33  
e-posta : ctfpersonel@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr

## ÖZGEÇMİŞ

### 1. Kişisel Bilgiler

<b>Adı:</b>	Selda	<b>Soyadı:</b>	Baycular
<b>Doğum Yeri:</b>	Mucur	<b>Doğum Tarihi:</b>	05.12.1979
<b>Uyruğu:</b>	T.C	<b>Tel:</b>	5055520185
<b>Email:</b>	seldabaycular@gmail.com		

### 2. Öğrenim Durumu:

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Uludağ Üniversitesi	1998-2002
Y. Lisans	Hemşirelik	Okan Üniversitesi	2013-2017

### 3. Deneyimler

Ünvan	Yer	Yıl
Hemşire	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Sevisi	2002-2003
Hemşire	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Monoblok Ameliyathane	2003- Halen

1. İdari Görevler
2. Bilimsel Kuruluşlara Üyelikler
3. Yabancı Dil
4. Bilgisayar
5. Bilimsel Yayınla