

T.C
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
CERRAHİ HASTALIKLARI
HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**BATIN AMELİYATI ÖNCESİ UYGULANAN FARKLI EĞİTİM
PROGRAMLARININ ÇOCUĞUN ve ANNENİN KAYGI DÜZEYİNE
ETKİSİ**

156178

Neziha KARABULUT

Tez Yöneticisi
Yrd. Doç. Dr. Duygu ARIKAN

Doktora Tezi
Erzurum - 2004

T.C
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
DOKTORA PROGRAMI

BATIN AMELİYATI ÖNCESİ UYGULANAN FARKLI EĞİTİM
PROGRAMLARININ ÇOCUĞUN VE ANNENİN KAYGI DÜZEYİNE ETKİSİ

NEZİHA KARABULUT

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih: 02. 07. 2004

Tezin Sözlü Savunma Tarihi: 15. 07. 2004

Tez Danışmanı: Yrd.Doç.Dr. Duygu ARIKAN

Jüri Üyesi: Prof.Dr. Güler AKSOY

Jüri Üyesi: Doç.Dr. Sebahat GÖZÜM

Jüri Üyesi: Yrd.Doç.Dr. Seher ERGÜNEY

Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Nadiye ÖZER

Enstitü Müdürü: Doç.Dr. Adnan TEZEL

TEMMUZ 2004

ERZURUM

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜR	II
TABLolar DİZİNİ	II
ÖZET	V
SUMMARY	VII
GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	6
3. GEREÇ ve YÖNTEM	35
4.BULGULAR	47
5. TARTIŞMA	64
6.SONUÇ ve ÖNERİLER	71
7-KAYNAKLAR	74
EK I	83
EK II	84
EK III	85
EK IV	86
EKV	87
EKVI	88
EKVII	89
EKVIII.....	90
EKIX.....	
EKX.....	

TEŞEKKÜR

Bu araştırmaya en az benim kadar, büyük emeği ve katkıları olduğuna inandığım kişilere teşekkür etmek istiyorum. Bu değerli kişilerden;

Doktora tezim süresince, beni her konuda destekleyen ilgi ve yardımını esirgemeyen ve bu araştırmanın oluşmasında emeği geçen hocam Yrd.Doç. Dr. Duygu ARIKAN'a

Tez çalışmam süresince bana rehberlik edip beni yönlendirerek, bu tezin gerçekleşmesinde büyük katkıları olan hocam Doç. Dr. Sebahat GÖZÜM'e ve Yrd. Doç. Dr. Seher ERGÜNEY'e,

Tezimin eğitim materyallerinin oluşturulmasında büyük katkıları bulunan Doç. Dr. Nazan AYDIN'a,

Araştırmanın İstatistiksel değerlendirmelerinde, yardımı bulunan Doç. Dr. Behice ERCİYE'e,

Çocuk Cerrahi kliniğinde çalışmalarım esnasında yardımlarını esirgemeyen Reyhan ALBULAK'a

Çalışmaya katılmayı kabul ederek bana çok önemli deneyimler ve paylaşımlar yaşatan hasta ve ailelerine,

Öz verili desteklerinden dolayı sevgili aileme içten teşekkür ederim.

TABLOLAR DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1. Çocukların ve Annelerin Tanıtıcı Özelliklerinin karşılaştırılması.....	49-50
Tablo 2. Kontrol Grubunda Annelerin ve Çocukların Ameliyattan 48 Saat Önce 24 Saat Önce ve 24 Saat sonra Durumluk Kaygı Puanları Arasındaki İlişki.....	51
Tablo 3. VCD Grubunda Annelerin ve Çocukların Ameliyattan 48 Saat Önce 24 Saat Önce ve Saat Sonra Durumluk Kaygı Puanları Arasındaki İlişki.....	51
Tablo 4. Kitapçık Grubunda Annelerin ve Çocukların Ameliyattan 48 Saat Önce 24 Saat Önce ve 24 Saat Sonra Durumluk Kaygı Puanları Arasındaki İlişki.....	51
Tablo 5. Ameliyattan 48 Saat Önce, 24 Saat Önce ve 24 Saat Sonra Kontrol Ve Eğitim Gruplarındaki çocukların Gruplar arası Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	52
Grafik1. Çocukların Ölçek Uygulama Zamanına Göre Gruplar arası Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları.....	52
Tablo 6. Kontrol ve Eğitim Gruplarındaki Çocukların Ameliyattan 48 Saat Önce, 24 Saat Önce ve 24 Saat Sonra Grup içi Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	53
Grafik2. Çocukların Ölçek Uygulama Zamanına Göre Grup İçi Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları.....	54
Tablo 7. Ameliyattan 48 Saat Önce, 24 Saat Önce ve 24 Saat Sonra Kontrol ve Eğitim Gruplarındaki Annelerin Gruplar arası Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	55
Grafik3. Annelerin Ölçek Uygulama Zamanına Göre Gruplar arası Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları.....	55
Tablo 8. Kontrol ve Eğitim Gruplarındaki Annelerin Ameliyattan 48 Saat Önce, 24 Saat Önce ve 24 Saat Sonra Grup içi Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	56
Grafik4. Annelerin Ölçek Uygulama Zamanına Göre Grup içi Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları.....	57
Tablo 9. Ameliyattan 48 Saat Önce, 24 Saat Önce ve 24 Saat Sonra Kontrol ve Eğitim Gruplarındaki Çocukların Gruplar arası Durumluk Kaygı Puan	

Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	58
Grafik 5. Çocukların Ölçek Uygulama Zamanına Göre Gruplar arası Durumluluk	
Kaygı Puan Ortalamaları.....	58
Tablo10. Kontrol ve Eğitim Gruplarındaki Çocukların Ameliyattan 48 Saat	
Önce, 24 Saat Önce ve 24 Saat Sonra Grup içi Durumluk Kaygı	
Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	59
Grafik 6. Çocukların Ölçek Uygulama Zamanına Göre Grup içi Durumluluk	
Kaygı Puan Ortalamaları.....	60
Tablo 11. Ameliyattan 48 Saat Önce, 24 Saat Önce ve 24 Saat Sonra	
Kontrol ve Eğitim Gruplarındaki Annelerin Gruplar arası Durumluk	
Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	61
Grafik 7. Annelerde Ölçek Uygulama Zamanına Göre Gruplar arası Durumluluk	
Kaygı Puan Ortalamaları.....	61
Tablo 12. Kontrol ve Eğitim Gruplarındaki Annelerin Ameliyattan 48	
Saat Önce, 24 Saat Önce ve 24 Saat Sonra Grup içi Durumluk Kaygı	
Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	62
Grafik 8. Annelerin Ölçek Uygulama Zamanına Göre Grup içi Durumluluk	
Kaygı Puan Ortalamaları.....	63

ÖZET

Bu araştırma Erzurum ili, Atatürk Üniversitesi Süleyman Demirel Tıp Merkezi Yakutiye Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahi Kliniğinde batın ameliyatı sınıfından olan kasık fıtığı (inguinal herni) ameliyatı olmak üzere yatırılan 9-12 yaş grubu çocuklar ve annelerine verilen farklı eğitim programlarının çocuk ve annenin kaygı düzeyine etkisini belirlemek amacı ile yarı deneysel olarak yapılmıştır.

Araştırmanın verileri Mayıs 2001 - Eylül 2002 tarihleri arasında 30'u kontrol, 30'u video (VCD) eğitim grubu, 30'u kitapçık eğitim grubu olmak üzere 90 çocuk ve annesinden toplanmıştır. Veri toplamada; çocuğa ve anneye ait tanıtıcı bilgiler formu, çocuğa ait durumluk-sürekli kaygı envanteri ve yetişkinler için durumluk süreklilik kaygı envanteri kullanılmıştır. Anket formları (anne ve çocuğa ait tanıtıcı özellikler ile çocuklar ve yetişkinler için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri)kontrol grubu için ameliyattan 48 saat önce, 24 saat önce ve 24 saat sonra araştırmacı tarafından uygulanmıştır. VCD (video) grubuna kliniğe kabulünde ameliyattan 48 saat önce anket formu (anne ve çocuğa ait tanıtıcı özellikler ile çocuklar ve yetişkinler için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri) uygulanmış aynı gün literatür doğrultusunda hazırlanan VCD izletilmiştir. Daha sonra ameliyattan 24 saat önce ve ameliyattan 24 saat sonra tekrar çocuklar ve yetişkinler için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri uygulanmıştır. Kitapçık grubuna da aynı şekilde kliniğe geldikten hemen sonra, ameliyattan 48 saat önce anket formu (anne ve çocuğa ait tanıtıcı özellikler ile çocuklar ve yetişkinler için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri) uygulanmıştır. Eğitim tamamlandıktan sonra ameliyattan 24 saat önce ve ameliyattan 24 saat sonra çocuklar ve yetişkinler için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri bir kez daha uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ki-kare önemlilik testi, pearson korelasyon testi, Mauchly's varyans analizi, Bonferroni düzeltme analizi kullanılmıştır.

Kitapçık grubu dışındaki annelerde (kontrol ve VCD) ve çocuklarda grup içinde sürekli kaygı puan ortalaması her üç zaman diliminde anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Çalışma sonunda grup içinde kontrol ($p<0.05$) ve VCD ($p<0.01$) grubundaki çocukların durumluk kaygı puan ortalamaları arasındaki farkın önemli, ancak kitapçık grubunda ise önemsiz olduğu bulunmuştur ($p>0.05$). Eğitim grupları olan VCD ve kitapçık grubunda annelerin grup içi durumluk kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0.01$). Kontrol grubunda ise annelerin durumluk kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Bu çalışmanın sonucunda VCD ile yapılan eğitimin hem anneler hem de çocukların , kitapçık ile yapılan eğitimin ise sadece annelerin durumluluk kaygı düzeylerinin azalmasında etkili olduğu saptanmıştır. VCD ile yapılan eğitim, kitapçık ile yapılan eğitime göre daha ileri düzeyde iletişim ve etkileşim sağlamaktadır.

Bu sonuçlar doğrultusunda hasta eğitim programlarında gerekli düzenlemelerin geliştirilmesi nerilebilir.

SUMMARY**THE INFLUENCE of DIFFERENT EDUCATION PROGRAMMES APPLIED BEFORE ABDOMEN OPERATION on THE ANXIETY LEVEL OF THE CHILD AND THE MOTHER**

This study was carried out semi-experimentally with the aim of determining the effect on anxiety levels of educational programmes given to their mothers and to 9-12 age group children hospitalized in pediatric Surgery Clinic of Yakutiye Research Hospital of Atatürk University Süleyman Demirel Medical Centre for the operation of inguinal hernia in Erzurum.

The data of research were collected from 90 children, 30 of them control and 30 of them Vcd training group and 30 of them booklet training group, and their mothers between the dates May 2001 and September 2002. In collection Data, the data were collected by means of informative form as to the child and mother, the form of situational constant anxiety belonging to the child, and the form (inventory) of situational constant anxiety for the adults . Questionarri forms (informative form as to child and mother, the form of situational costant anxiety belonging to the child, and the form inventory of situational costant anxiety for the adults) were applied by the investigator for the control group 48 hours before the opertion and 24 hours before or 24 hours after operation. Questionarri form was applied to VCD group 48 hours before in the submit of the clinic (informative form as to child and mother,the form of situational costant anxiety belonging to the child, and the form inventory of situational costant anxiety for the adults) VCD was shown at the same day in the direction of literature. It was re-applied 24 hours before and 24 hours after the operation (situational constant anxiety inventory). For the booklet group, soon after they had come to the clinic, guestionarri form was applied to them 48 hours before the operation (informative features as to the child and mother, situational constant anxiety inventory for the children and adults).

VIII

In the evaluation of the data, chi-square significance test, Pearson correlation test and Mauchly's variance analysis were used. The mean age of the children included in the study content was 10.43 in control group ($ss=1.17$, 9-12 age), 10.40 Vcd group ($ss=1.16$, 9-12 age), 10.40 in booklet group ($ss=1.16$, 9-12). Seventy percent of the children in control group ($n=21$), eighty of the children in VCD group ($n=24$), and 66.7 of the children in booklet group ($n=21$) consisted of male students. Except for the sex of the children and operation experience of the mother, all features of the three groups were found similar. It was found out that the difference between score averages of situational anxiety of mothers in control group was not statistically significant. But, it was statistically significant in VCD and booklet group which one training groups ($p<0.05$). In the mothers, except those in booklet group were found in significant in each time past ($p>0.05$). In the mothers and child but booklet group (control ve VCD), score mean constant anxiety in the group was found in significant in every 3 time parts ($p>0.05$). The difference between situational anxiety score averages of the children in control ($p<0.05$) was found significant, but it was insignificant in the booklet group ($p>0.05$). In the VCD and booklet groups, education groups, the difference between situational anxiety score average in the group of the mothers in VCD and booklet group was found statistically significant ($p<0.05$). In the control group the difference in situational anxiety score averages of the mothers was found statistically insignificant ($p>0.05$).

It was found statistically insignificant in situational constant anxiety score average in control group ($p>0.05$). The findings obtained from the results of this research have shown that training with video model become effective in the reduction of anxiety levels of the children and their mothers. Training with VCD has obtained in more advanced level communication and interaction then booklet training. In the light of there results, it may be suggested that required arrangements should developed in patient training programs.

1.GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Çocukluk yaşlarında batin ameliyatı endikasyonu olarak kasık fitiğine (Inguinal herni) sık rastlanmaktadır.¹ Çocuklardaki inguinal herni belirgin olma zamanı ne olursa olsun konjenital bir hastalıktır.² İnguinal herni tek yada çift taraflı olabilir, doğum sırasında ya da daha sonra ortaya çıkabilir. Erkeklerde (%90), kızlardan (%10) daha fazla görülür ve prematüre bebeklerde miadında doğan bebeklere göre daha yaygındır. Çünkü prematüre bebeklerde fetal gelişim süreci daha azdır. Özellikle alt abdomen, perine ya da pelvisle ilgili çeşitli konjenital anomalileri olan çocuklarda kasık fitiği daha fazla görülmektedir.³ İnguinal herni kendiliğinden iyileşmez. Ayrıca %5-15 oranında boğulma riski vardır. Bu nedenle çocukta görüldüğü zaman acil değil, ancak geciktirilmeden cerrahi girişimle tedavi edilmelidir.^{1,4}

Sağlıklı olmak “sadece hastalık ve sakatlığın almayışı değil fiziksel, sosyal ve mental yönden tam bir iyilik halidir” şeklinde tanımlanmaktadır. İnsan organizmasının iç ortamının devamlılığı, bireyin psikolojik ve fizyolojik dengesine bağlıdır. Hemşirelik bakımının temel amacı, iç ortamın devamlılığını koruyarak, sağlık durumunun sürdürülmesini sağlamak ve hastalık halinde bozulan dengenin düzeltilmesine yardımcı olmaktır.^{5,6} Hastaneye gelen hasta hem hastalığına hem de kendine yabancı olan hastaneye ilişkin korku ve endişelerle doludur.⁷ Hastaneye ilk defa gelen çocuk büyük korku ve kaygı içindedir. Çocuk, hastane çalışanlarından çekinebilir, kullanılacak aletlerden korkabilir. Bu durum çocuğun tedavi süresince büyük strese girmesine neden olur. Tedavi sırasında güçlük çıkarabilir, çalışanların işini zorlaştırabilir ve eve dönüşte duygusal yönden yıpranmış olabilir. Bu nedenle hastanede yatan çocukların fiziksel iyileşmelerinin yanı sıra duygusal gelişimlerinin devamını sağlamak da önemlidir.⁸

Hasta ve hasta yakınları, hastalık ve hastane hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığında yapılan ve söylenen her şey için kaygı duymakta ve korkmaktadırlar.⁹⁻¹¹ Kaygı, hastaya ameliyat olması gerektiği söylendiğinde başlamakta ve bilinmeyen bir ortamda olan hastaneye kabulünde artmaktadır.^{12,13}

Bazı aileler, çocuklarına herhangi bir açıklama yapmaktan kaçınırlar çünkü çocuğun bunu anlamayacak kadar küçük olduğunu ya da çok endişeleneceğini düşünürler. Hemşirenin, ailelere bilgi eksikliğinin ya da çocuğa yalan söylemenin gerçeği söylemekten daha fazla zarar vereceğini açıklaması önemlidir. Çocuklar kendilerine ne olacağını bilirlerse, korkulu fantazilerine harcadıkları enerjilerini yeni deneyimle baş etmek için kullanabilirler.³

Çocuklar hastalık kavramını kendi kişisel deneyimlerine göre anlarlar. Hastalık, bu konuda olumsuz deneyimi olan çocuğun kaygısını arttırıcı olabilir. Etkin destek ve yol gösterebilmek için çocuğun duygularını bilmek yeterli değildir. Çocuğun hastalığa ilişkin inançlarını da tanımak gerekir (Schanfeld, 1996). Örneğin kendisinden kan alınacağı zaman tüm kanının alınacağına ve kanının biteceğine inanan bir çocuğa “korkma çok az bir acı duyacaksın” demek çocuğu rahatlatmaz.¹⁴

Hastaneye yatmaya yol açan nedenler ve tedavi için gerekli istemler ilave özgün tehditlerdir. Yapılan girişimler acı verici olabilir. Hastalık iç duyumun artmasına neden olur. Beden kısımlarında ve/veya işlevlerinde beklenmeyen kontrol kaybı alışık olmayan beden sürecine dikkatin ani yoğunlaşmasına yol açar. Anestezi, ameliyat ve belli bazı girişimler gerçek ve gerçek dışı korkulara sebep olur.¹⁴

Korku ve kaygı ; birbirinin içine girmiş iki psikolojik kavramdır, korku bilinen ve dıştan gelen bir tehdit karşısın da hissedilen tepki iken, kaygı bilinmeyen, karmaşık ve içten gelen bir tehvide verilen tepkidir. Kaygı duygusal bir durumu gösterdiği için

ölçümünde çeşitli zorluklarla karşılaşılır. Buna karşın fizyolojik, kimyasal yöntemler, anketler ve sistematik gözlemler ile ölçümlenebilir.¹⁵

Hastalık ister akut ister kronik olsun, ister ayaktan ister yatarak izlensin; çocuğun iyileştirilmesinin yalnızca yapılması gereken bir iş olmadığını, çocuğun sağlık ekibinin yardımına gereksinim duyan, bedeninin yanında hastalıktan en az bedeni kadar etkilenen bir ruhsal yapısı ve her şeyi çocuk kadar yaşayan ailesi olduğunu akılda bulundurmak hasta çocuğa yaklaşımda tedavi ekibinin işini kolaylaştıracak temel kurallardır.

Çocuk operasyona ailesi ile birlikte hazırlanmalıdır. Hastalığın niteliği, hastanede geçirilecek süre, yapılacak operasyon ve sonrası aileye açıklanmalıdır. Çocuğun anlama kapasitesine göre yapılacak olanlar çocuğa da anlatılarak endişe ve korku düzeyi düşürülmelidir.¹⁶

Günümüzde çağdaş hemşirenin rolleri arasında eğitici rolü olduğu bilinmektedir. Hasta eğitimi hemşirenin daima önemli sorumlulukları arasındadır. Hasta eğitiminin önemi ve yararları literatürde açık bir şekilde gösterilmektedir.^{17,18} Hasta eğitimi sağlık masraflarını, hastanın stresini, kaygısını ve komplikasyon oranlarını azaltmakta, hastanın bilgisini, yeteneğini, dayanma gücünü ve pozitif davranışlarını arttırmaktadır.¹⁹⁻²²

Genel cerrahi kliniğinde yapılan bir araştırmada hastaların %31'ine ameliyat öncesi, %14'üne ameliyat sonrası uygulanacak işlemler hakkında bilgi verilmediği buna karşın %95'inin yapılacak işlemler hakkında bilgi almak istedikleri saptanmıştır. Ayrıca ameliyat olacak hastaların çoğunluğunun (%80) ameliyat öncesi dönemde ameliyatın nedeni, ameliyatla ilgili tıbbi detaylar, sağlık bakım çalışanlarının görevleri ve taburculuk gibi konularda daha fazla bilgi almak istedikleri belirlenmiştir.²³

Yapılan birçok araştırmada, hasta ve ailesinin endişe ve bilgi gereksinimlerinin benzerlik gösterdiği ortaya çıkmıştır. Bunlar; ameliyat öncesi işlemler hakkında daha fazla bilgi, ameliyat günü, ameliyatın başarısı, süresi, ameliyat sonrası yaşam biçimi değişikliklerini ve ameliyat için beklemenin hasta ve ailesi üzerine etkilerini içermektedir. Ayrıca, aile üyelerinin ameliyatı bekleme sırasında ve taburculuk sonrasında hastaların fiziksel ve duygusal gereksinimlerini karşılama konusunda daha çok endişe yaşadıkları saptanmıştır.²⁴⁻²⁷

Hastaların kaygılarının çoğunlukla bilgi eksikliğine bağlı olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Eğitim, kaygıyı azalttığı için hastaların psikolojik hazırlığında ameliyat öncesi eğitim ve bilgilendirme ilk basamaktır.^{28,29}

Hasta ve ailesinde kaygıyı azaltmada, hastaların ihtiyaçları doğrultusunda hazırlanan eğitim programlarının hastanın bilgi gereksinimlerinin karşılanmasına, kaygısının azalmasına, hastanın daha kısa sürede taburcu olmasına ve daha az maliyete neden olacağı düşünülmektedir.

1.2.Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, batın ameliyatı öncesi çocuk ve annesine farklı eğitim yöntemleriyle verilen eğitimin anne ve çocuğun kaygı düzeyine etkisini belirlemektir. Bu amaçla planlanan çalışmada aşağıdaki araştırma sorusu ve hipotezlere yanıt aranmaya çalışılmıştır.

Annelerin kaygı düzeyleri ile çocukların kaygı düzeyleri arasında bir ilişki var mı?

1.3.Araştırmanın Hipotezleri

1.Ameliyat öncesi (Preoperatif) dönemde eğitim verilmeyen hasta çocuk ve annesinde durumluk kaygı düzeyi yüksektir.

2.Ameliyat öncesi (Preoperatif) dönemde planlı eğitim verilen VCD ve eğitim kitapçığı grubunda çocuk ve annenin durumluk kaygısı eğitim verilmeyene göre daha düşüktür.

3. VCD ile yapılan eğitim kitapçık ile yapılan eğitimden daha etkilidir.



2.GENEL BİLGİLER

2.1. Bölümde; Çocuğun fiziksel ve psikolojik gelişimine,

2.2.Bölümde; Batın ameliyatı endikasyonuna neden olan inguinal hernilere,

2.3.Bölümde; Çocuklarda ameliyat öncesi bakıma,

2.4.Bölümde; Çocuk, aile ve hemşireye,

2.5.Bölümde; Kaygı ve kaygı'yı azaltmada hemşirelik girişimleri'ne yer verilmiştir.



2.1.ÇOCUĞUN FİZİKSEL VE PSİKOLOJİK GELİŞİMİ

Okul çocukluğu döneminde vücut ağırlığı artışı yavaş fakat devamlıdır. 6-12 yaşlar arasında bir çocuk yılda yaklaşık 2-3 kg kilo alır. Altı yaşındaki bir çocuğun vücut ağırlığı 21 kg gelirken, 12 yaşındaki bir çocuğun vücut ağırlığı ortalama 40-42 kg gelmektedir.

6-12 yaşlar arasındaki bir çocuğun vücut ağırlığı aşağıdaki formül kullanılarak bulunabilir.

$$\text{Yaş (yıl)} \times 7$$

$$6-12 \text{ yaş} = \frac{\text{Yaş (yıl)} \times 7}{2} = \dots\dots\text{kg}$$

2

6-12 yaş arasında kız ve erkek çocuklarda başlangıçta kilo artması bakımından bireysel farklılıklar dışında belirgin bir fark gözlenmemesine karşın bu dönemin sonuna doğru her iki cinsten de kilo artması ile büyüme ve gelişme gözlenebilir. Özellikle kız çocuklarında büyüme ve kilo artması, erkek çocuklara kıyasla daha belirgindir. Kız çocuklarının gerek kilo artması, boy uzaması ve gerekse olgunlaşma yönünden erkek çocukları geçtikleri görülür. Bu durum bir çok bakımdan her iki cinsten de huzursuzluğa neden olabilir.³⁰

6-12 yaşlar arasında bir çocuk yılda en az 5 cm, en çok 30-60 cm uzayabilir. Okul çocukluğu dönemine kadar oldukça yavaş artan boy uzunluğu kızlarda 10,5-11 yaşlarda, erkek çocuklarda 12,5-13 yaşlarda birden bire hızlanır. Puberte öncesi bu dönemde kızlar, erkek çocukları boy uzunluğu bakımından geçerler. 11 yaşındaki bir kızın boyu, yaşıtı olan erkek çocuktan yaklaşık 2,5 cm daha uzundur.³⁰

Çocuğun ruhsal gelişimi, sinir sisteminin gelişmesi ve olgunlaşması ile paralel olur. Sinir sisteminin olgunlaşması için ise yaşam deneyimi gereklidir. Çocuk yaşam süresince önce kendisini tanıyıp daha sonra çevresi ile ilişkiler kurarak psikik hayatın temelini oluşturur . Erişkinler için geçerli olan ruh sağlığı tanımı genellikle çocuklar için de doğrudur. Ancak çocuğun sürekli gelişen ve değişen insan yavrusu olduğunu göz önünde tutarak biraz değişik ölçütler kullanma zorunluluğu vardır.^{31,32}

Gelişim canlı varlığın bütün yaşamı boyunca geçirdiği geriye ve ileriye yönelik bütün değişiklikleri kapsar. “Beden gelişimi”; kişinin döllenmesinden ölümüne kadar geçirdiği büyüme, durgunluk ve çöküş evrelerindeki bütün değişiklikler anlamındadır.³³ Gelişim, organizmada iç ve dış etkenler sonucu birbirine bağlı ve düzenli biçimde ortaya çıkan, ilerleyici bir dizi değişiklikler olarak tanımlanır. Büyümeden ayrı olarak gelişme, yeni belirlenen yetenekler ve davranış örüntüleri ile gerçekleşir. Organizma değişik yönlerde ve ayrı hızda gelişiyor görünse de beliren davranış ve yetenekler arasında sıkı ilişki vardır.⁵

Gelişim basamakları ve hızı her türde belli bir sıra izler ve benzer özellikler taşır. Gelişimin amacı bireyin olgunluğa erişmesidir. Bu amaca birbiriyle ilgili iki sürecin katılımıyla varılır.

2.1.1.Olgunlaşma (maturation):Organizmada var olan ve türe özgü (filogenetik) yetilerin ortaya çıkışı olarak tanımlanır. Olgunlaşma süreci ile beliren bu yetiler organizmanın kalıtsal donanımında vardır ve öğrenmenin hammaddesini oluştururlar, ona hazırlık sağlarlar. Belli noktalarda beliren serpilen bu yetiler öğrenme ile eğitimle çabuklaştırılmazlar.

2.1.2.Öğrenme ve Toplumsallaşma:Eğitim olmaksızın gelişme belli bir düzeyin üstüne çıkamaz.

Çevrenin sağladığı örnekler, alıştırma, deneme, destekleme gibi etkenler kişiye yeni davranışlar kazandırabilir. Öğrenme olgunlaşma sürecine eklenerek gelişmeyi daha üstün düzeylere çıkarır. Diğer bir deyişle olgunlaşma sürecinin başlattığı gelişmeyi öğrenme tamamlar.³²

7-10 yaşlar arası, düzenli, huzurlu, elde edilen bilgilerin toplandığı, özümsemiği ve dengelendiği bir ara devredir. İlgi alanları genişler. Uyumluluk ve uysallık egemendir. Sorunlar üzerinde fazla durulmaz. Duygusal patlamalar sık değildir, ancak olduğunda şiddetli ve anidir. Sosyal gelişim yönünden aileye bağlılık sürmektedir.³⁴

10-12 yaşlarında kişisel özgürlüğe eğilim başlamıştır. Çocuk kendisini yavaş yavaş ailesinden çeker. Okul arkadaşları, öğretmenleri ve diğer büyükler arasından kendine model aramaya başlar. Bu şekilde çocuk, egosundan uzaklaşır ve grup içinde daha işbirlikçi davranır. Değişik görüşleri, sebepleri ve kavramları anlayabilecek olgunluktadır. Ancak bunları kendi mantığına uydurarak algılar. Kavramları organize edebilir ve genişletebilir. Sembollerden çok, gördüğü şeylere inanır. Dinlemeye eğilimli olduğundan diğerlerinin değişik fikirlere sahip olabileceğini anlar. Ancak açıklamalarla ilgili kesin örnek görmek ister. Dili anlatımdan iletişime dönüşür. Yetişkinlere sakin, kendinden emin ve olumlu bir davranış görünümü ile yaklaşır. Ancak bir stres anında bu “kültürel kılıf” kaybolur ve yerini çocuksu ve olgunlaşmamış ilkel tepkilere bırakır. Böyle anlarda durumla ilgili detaylı açıklamalara gereksinim duyar.^{35,36}

Çocuk bu dönemde öğrenmeye, sorumluluk yüklenmeye, işleri ve disiplini paylaşmaya hazır duruma gelmiştir. Tek başına bir şey yapamayacağını sezmeye başlamış başkaları ile işbirliğine girmekten ve birlikte çalışmaktan haz aldığıın

bilincine varmıştır. Yaptığı, ortaya çıkardığı şeylerle başkaları tarafından tanınmayı ister; çünkü artık onun için yapmak yaratmak önemlidir. Ericson¹⁴ kuramına göre bu dönemde gelişmenin sağlıklı olması durumunda çocuk bazı işleri yapabilme yeteneğine sahip olduğunu anlamıştır, yaptığı ve ortaya çıkardığı işler yani çalışma önemlidir, çalışmaktan ve yaptığı işi en iyi şekilde başarmaktan gurur ve zevk alma duygusu gelişmiştir. Bu dönemin sağlıklı gelişmemesi durumunda ise çocukta aşağılık duygusu (interiority) gelişir. Benzer şekilde ailenin gereksiz yere çok vurguladığı bazı yeteneklerinin öğretmenler veya arkadaşları tarafından beğenilmemesi, takdir edilmemesi veya tamamen aksine bu yaşta ortaya çıkması gerekli olan yetenek ve becerilerinin çocukta gelişmemiş olması da çocukta aşağılık duygularına yol açabilir.

Çalışma duygusunun sağlıklı gelişmemesinin tehlikeli olabilecek iki sonucu, ya çocuğun okul yıllarında çalışmaktan, işlerini iyi yapmış olmaktan zevk ve gurur duymaması ya da tek taraflı çalışmanın kölesi durumuna gelmesidir. Ericson¹⁴ “çalışma deliliği” olarak tanımladığı bu son özelliği şöyle açıklamıştır. Çocuk, kendinin veya başkalarının gözünde değer kazanmak için tek ölçek olarak işini ve çalışmasını görmektedir. Oyundan, çevre ile ilişkilerinden veya sevdiği her şeyden vazgeçerek yalnızca ve yalnızca çalışmada doyum sağlar duruma gelmiştir. Bu tek yönlü çalışma bir anlamda “çalışmanın kölesi” olmaktır. Bu dönemde en sık karşılaşılan sorunlar okul fobisi, öğrenme ve uyuma sorunları ile kekelemektir.¹²

Aile bireylerinin tümü çocuğu aynı oranda etkilemezler. Aile üyelerinin etkili olabilmesi, çocukla aralarındaki duygusal ilişkinin boyutuna bağlıdır.

Magnusson'un³⁶ gözlemlerine göre; çocukların çevresindeki kişiler, başta ebeveynleri ne kadar heyecanlı, güvensiz ve sinirli iseler, çocuklar üzerinde o kadar olumsuz etki yaparlar. Olumlu davranışları görmeyen ailelerin çocukları, büyüyünce

evrelerine karşı Őpheci olurlar ve davranış bozuklukları göstererek vrenin ilgisini çekmeye çalışırlar. Fazla koruyucu ailelerde ise çocukların tüm sorunları ebeveynler tarafından çözülür. Bunun sonucunda ocuk kaybetmeyi ve reddedilmeyi öğrenemez.

Çocukların duygusal gelişmelerine ve sosyal uyumlarına yardımcı olmak, sorunlar ortaya çıktığı zaman tedavi edebilmek ve tedavide de başarılı olabilmek ancak , sağlıklı bir aile ortamı, bilinçli, uyumlu bir ekip çalışması ve toplumun belirli boyutlarda sosyo-ekonomik sorunlarını çözmüş olmasına bağlıdır. Ancak bu olanaklara sahip olan toplumlarda çocuğun duygusal gelişmesine eğilebilme ve yardımcı olabilme olanağı bulunabilmektedir.³⁰



2.2.İNGUİNAL HERNİLER

Vücut boşluklarında yer alan organların ya da bir kılıf ile sarılı kasların, bir kesiminin ya da tümünün uygun bir yerden bulundukları boşluğun dışına çıkmasına herni (fitık) denir. Herni en çok karın bölgesinde görüldüğünden genellikle herni denilince karın duvarı hernileri akla gelir. Bu durumda karın organlarından bir veya birkaçı, duvarın doğmalık veya edinsel zayıf bir yerinden çok defa pariyetal peritonu da önüne katarak cilt altına veya komşu boşluklardan birine (toraks, mediastin, perinel) geçer.^{1,37,38}

Inguinal herni: Çocukluk yaşlarında batin ameliyatı endikasyonu olarak Inguinal hernilere sık olarak (%11-15) rastlanmaktadır.^{1,39} Çocuklardaki inguinal herni belirgin olma zamanı ne olursa olsun konjenital bir hastalıktır.² Tek ya da çift taraflı olabilir. Doğum sırasında ya da daha sonra ortaya çıkabilir. Erkeklerde (%90), kızlardan (%10) daha fazla görülür ve prematüre bebeklerde miyadında doğan bebeklere göre daha yaygındır. Çünkü prematüre bebeklerde fetal gelişim süreci daha azdır. Özellikle alt abdomen, perine ya da pelvisle ilgili çeşitli konjenital anomalileri olan çocuklarda inguinal herniler daha fazla görülmektedir.³

Çalışmalar prosessus vaginalisin basit bir periton uzantısı değil, düz kas içeren özel bir yapı olduğunu göstermektedir. Presessus vaginalis, bu bölgede gubernakulum adı verilen primitif mezenşimal doku içinde gelişmektedir. Gubernakulum gelişimi fetal hayatın yaklaşık 18. haftasına kadar her iki cinsiyette benzer olurken, bu dönemden sonra erkeklerdeki gelişimi devam etmekte, kızlarda ise duraksamaktadır.⁴⁰

Erkeklerde dimorfik olarak daha fazla gelişen gubernakulum içinde prosessus vaginalisde daha fazla gelişmektedir. Prosessus vaginalis testisler inmeden önce,

skrotuma uzamaktadır. Etrafı düz kas ile sarılı prosessus vaginalisin peristaltik hareketlerle testisi skrotuma ilerlettiği düşünülmektedir. Prosessus vaginalis hamilelik sonunda her iki cinsiyette de gerileme olmaktadır. Kız ve erkekler arasında inguinal herni sıklık farkı, gubernakulumdaki cinsiyetlere göre farklı olan gelişmelerle açıklanmaktadır.⁴⁰

Inguinal herni hastaların %60'ında sağ, %30'unda sol, %10'unda ise sağ ve sol birlikte bulunur.^{11,13} İnguinal herni olasılığı ile, ailede inguinal herni öyküsü, karın duvarı kapanma anomalileri, interseks, bağ dokusu hastalıkları, mukopolisakkaridoz, hipospadias ve inmemiş testis aralarında ilişki bulunmaktadır. Bu durumlarla birlikte inguinal herni daha sık görülmektedir.⁴⁰

2.2.1.Klinik Belirtiler

Herni kesesi boş olduğu zaman hiçbir fiziksel belirti yoktur. Bebeğin ağlaması sonucunda abdominal organlar kese içine girince inguinal bölgede skrotum ya da labia majörler boyunca uzanan çeşitli büyüklüklerde ağrısız bir şişlik oluşur. Hernilerin çoğu ağrısızdır. Ani zorlamaları izleyerek ortaya çıkan fitıklarda birkaç gün sürebilen şiddetli ağrı veya yanma hissi var olabilir. Çocuklarda göbek fitikleri krizler halinde, yaşlılarda kasık fitikleri daima bir ağırlık hissi biçiminde yakınmaya neden olur.^{3,41}

Inguinal hernide yakınmalar çeşitlilik gösterebilmektedir. Hastalarda en sık başvuru yakınması, inguinal bölgede beliren ve kaybolan şişliktir. Karın içi basıncı artışları ile şişliğin belirlenmesi arasında bir ilişki dikkat çekebilmektedir. Ancak hastaların önemli bir kısmında ilk belirti sıkışma (inkarserasyon) olabilmektedir. Bu durumdaki bir bebek, sadece huzursuzluk nedeniyle başvurabilir. Yapılacak fizik inceleme sırasında, inguinal hernide ilk başvurunun sıkışma (inkarserasyon) ile

olabileceği hatıra getirilmelidir. İnkarşere inguinal hernide başvuru gecikerek yapıldığında, inguinal bölgede lokal bulgular ile kusma gibi ilave intestinal obstrüksiyon bulguları tanıyı kolaylaştıracaktır.⁴⁰

Kızlarda da yakınmalar benzerdir. Ancak kızlarda sliding inguinal herninin daha sık olmasına bağlı farklılıklar bulunmaktadır. Kızlardaki inguinal hernilerin %20'sinde, herni duvarının bir kısmı over veya tuba tarafından oluşturulur. Bu durumda kaybolan değil, devamlı bir şişlik bulunur. Bu şişlik geri itilmeyebilir. Bir kızda inguinal bölgede kaybolmadan aynı şekilde devam edegelen şişlikte, lokal bulgular veya intestinal obstrüksiyon belirtileri olmaması, inkarsere inguinal herni değil, sliding herni şüphesi olduğundan, acil ameliyattan kaçınılmamalıdır. Diğer taraftan, bir kız hastada internal ringden daha distale inen bir gonad, bir testis olması şüphesini uyandırmalıdır. Dış genital yapısı kız olan bir hastada inguinal herni ve inguinal kanalda gonad, testiküler femihizasyonun belirtisi olabilir. Bu durumda hastanın bukkal smear ve gerekirse daha ileri tetkiklerle araştırılması gereklidir.⁴⁰

2.2.2.Tanı

Tanıda önemli aşamalardan biri yeterli öykü alınmasıdır. Birçok olguda, öyküyü veren ebeveyne bağlı olarak, tanıya çok yaklaşılmıştır. Yeterli tecrübesi olan bir hekim için fizik inceleme tanı koydurucudur.

Inguinal herni tanısı, eğer başvuruda inguinal bölgede şişlik varsa kolaydır. Öncelikle bu şişliğin nedeninin inguinal kanaldaki testis olmadığından emin olunmalıdır. İnceleme sırasında karın palpasyonu veya hastanın ağlaması durumunda şişliğin belirmesi tanı koydurucudur. Şişliğin gözle görülmesi mümkün olmadığında, dış inguinal halkaya yerleştirilen parmakla palpasyonu mümkün olabilir. Sık olmamakla

birlikte fizik incelemede şişliğin görülememesi veya herninin palpe edilememesi durumlarında tanı güçleşir. Bu durumda inguinal kanal üzerinde, inguinal kanal içindeki oluşumları hissedecek şekilde bir parmağı sağa sola oynatarak iki ipek kumaşın verdiği sürtünme hissi olarak tarif edilen “silk sing” belirtisinin aranması önerilmektedir. Bu belirti açık processus vaginalisin karşılıklı duvarlarının sürtünmesi yorumuyla herni tanısında kullanılmaktadır.⁴⁰

2.2.3. Tıbbi Tedavi ve Hemşirelik Bakımı

İnguinal herni (Kasık fıtığı) çocukta görüldüğü zaman acil olmasa da geciktirilmeden cerrahi girişimle tedavi edilmelidir^{1,42}. İnguinal herni pratik olarak hiçbir zaman kendiliğinden iyileşmez. Ayrıca %5-15 oranında boğulma riski vardır. Bu nedenle, onarımı tanıdan bir iki hafta sonra yapılmalıdır. Prematüre bebekler ve düşük kilolu yenidoğanlarda herni onarım bebek 3 aylık olana dek ertelenebilir. Nüks nadirdir, mortalite çok düşüktür.⁴³

Tanı konulduktan sonra boğulma ve nekroz gelişmeden önce cerrahi tedavi yapılması gereklidir. Ameliyattan önce herninin boğulmasını önlemeye yönelik yapılan işlemler (örn: herni üzerine hafif basınç yapılması, çocuğun yatar pozisyonunda ve sakin tutulması gibi) etkili olmazsa, 1-2 gün içinde cerrahi tedavinin hemen yapılması gerekir. Bu durumda çocuk ödemin ve bağırsaklardaki hasarın ilerlemesini önlemek için Trendelenburg pozisyonunda tutulur.⁴³

Ameliyat öncesi dönemde çocuk anesteziden birkaç saat önce aç bırakılır. Ameliyatta processus vaginalis içindeki bağırsaklar peritoneal kaviteye itilir ve processus vaginalisin üst kısmı kapatılır. Ameliyat sonrası dönemde çocuk 24 saat süreyle izlendikten sonra taburcu edilir. Bu dönemde bağırsak hareketleri normale

dönünceye kadar intravenöz yolla beslenir. Ebeveynlere ameliyat yerini mümkün olduğu kadar temiz ve kuru tutmaları söylenir. Tuvalet eğitimi tamamlanmamış olan bebek ve çocuklarda ameliyat yeri steril bir spançla kapalı tutulur.⁴³

Ameliyat sonrası dönemde bebek ve 3-6 yaşındaki çocuklar için fiziksel kısıtlama gerekli değildir. Daha büyüklerde ameliyattan sonra 2-3 hafta süreyle çok fazla enerji ve güç gerektiren aktivitelere katılmamaları söylenmelidir. Çünkü ameliyattan sonra inguinal herninin tekrarlama insidansı yüksektir.⁴³

2.2.4.Herni Komplikasyonları

a.Redükte edilemeyen herniler

b.Herni peritoniti

c.Herninin boğulması

2.2.5.Inguinal Hernide Güncel Tartışma Konuları

İnguinal herni ile ilgili olarak en çok üzerinde durulan konunun tek tarafta herni olduğunda, daha sonra karşı tarafta herni gelişme olasılığının var olmasıdır. Processus vaginalis yenidoğanların hiç olmazsa % 60'ında açık olarak bulunmaktadır. Önceleri processus vaginalisi açık olanların %10-30'unda inguinal herni geliştiği düşünülmüştür¹¹. Bu nedenle, karşı tarafta daha sonra inguinal herni gelişmesi olasılığını arttıran durumları tanımlama çabaları gösterilmiştir. İnguinal herni ne kadar erken yaşta belirlendi, hasta prematüre veya düşük doğum ağırlıklı , herni sol tarafta veya hernili hasta kız ise daha sonra karşı tarafta da inguinal herni gelişme olasılığının yüksek olduğu düşünülmüştür.⁴⁰

Son yıllarda güncel olan laparoskopik cerrahi uygulaması, çocukların inguinal herni ve hidrosellerinin tedavisinde de taraftar bulmaktadır.¹¹ Laparoskopi ile karşı taraftaki processus vaginalis açıklığının da saptanarak aynı anda tedavi edilebilmesi önemli bir üstünlük olarak sunulmaktadır.⁴⁰

Çocukluk çağı inguinal hernilerde, başarılı sonuç ve en az komplikasyon standart tedavi yöntemi olan ameliyattır. Laparoskopik cerrahi daha pahalı bir tedavi yöntemi olması yanında ameliyat süresi, tedavi başarısı ve morbidite olarak günümüzde bu standart tedaviye bir üstünlük sağlanmış durumdadır.⁴⁰ Ayrıca karşı tarafı daha iyi değerlendirme üstünlüğü yukarıda belirtilen nedenlerle çok sağlam temellere dayanmamaktadır. Tam tersi olarak karşı tarafta daha fazla oranda processus vaginalis açıklığı saptanmasına dolayısıyla laparoskopik bile olsa gereksiz tedavi oranının artmasına neden olduğu öne sürülmüştür.⁴⁰

2.3.AMELİYAT ÖNCESİ BAKIM

Ameliyat hasta için psikolojik bir stres kaynağıdır . Cerrahi tedavide başarı yalnızca teknik bilgi ve beceriye bağlı değildir. Aynı zamanda ameliyat öncesi hazırlık ve bakım ile ameliyat sonrası bakım işlevlerinin yeterli, planlı ve nitelikli olması gerekmektedir. Hastanın cerrahi kliniğine yatırılması ile başlayan ameliyat öncesi hazırlık ve bakım dört yönden ele alınabilir. Psikolojik hazırlık, fizyolojik hazırlık, yasal hazırlık ve ameliyat öncesi eğitim.³⁸

2.3.1.Psikolojik Hazırlık

Ameliyat hasta için sadece fizyolojik bir kayıp olasılığının yanı sıra güçlü bir stres kaynağıdır. Bu nedenle hastanın psikolojik hazırlığı, fizyolojik hazırlık kadar önemlidir. Hastalar ameliyatın kendileri için yararlı olduğunu kabul etseler de ameliyatın risklerinden korkarlar. Ameliyat öncesindeki kaygı nedenlerinin en önemlilerinden birisi bilinmeyen korkusudur.^{37,38} Ameliyat öncesinde psikolojik olarak iyi hazırlanmayan ya da psikolojik sorunu olan hastalar ameliyata uyum gösteremezler. Buna bağlı olarak komplikasyonlar gelişebilir ve hastanın iyileşmesi gecikebilir.³⁷

Ameliyat öncesi dönemde psikolojik hazırlık;

*Kaygıyı gidermeye,

*Ameliyatta az anestetik, ameliyat sonrasında az analjezik kullanılmasına,

*Ameliyat sonrasında yaşam bulgularının kısa sürede düzene girmesine,

*Strese tepki olarak salınacak olan kortikosteroid hormonların az salınmasına,

*Ameliyat sonrasında hızlı iyileşmeye ve erken taburcu olmaya yardımcı olur.

Literatürde psikolojik yönden iyi hazırlanan hastaların ameliyat travmasıyla daha iyi baş edebildikleri, komplikasyonların daha az geliştiği ve hastaların daha kısa sürede iyileştiği ifade edilmektedir.³⁷

2.3.2.Fiziksel Hazırlık

Ameliyat öncesinde hastanın sağlık durumu iyi bir fizyolojik değerlendirme ile belirlenebilir. Fizyolojik değerlendirme;

- a.Yaş
- b.Ağrı
- c.Beslenme durumu
- d.Sıvı elektrolit dengesi
- e.Enfeksiyon
- f.Kardiyovasküler fonksiyon
- g.Pulmoner fonksiyon
- h.Renal fonksiyon
- ı.Gastrointestinal fonksiyon
- j.Karaciğer fonksiyonu
- k.Endokrin fonksiyon
- l.Nörolojik fonksiyon
- m.Hematolojik fonksiyon
- n.Kullanılan ilaç konusundaki bilgileri kapsar.³⁷

Çocuk cerrahisinde hastanın servise kabulünden ameliyat sabahına kadar olan fiziksel bakım üç aşamada verilir.

a) Çocuğun Servise Kabulünden, Ameliyattan Bir Gün Öncesine Kadar Olan

Bakım

- *Çocuk hastaneye (kliniğe) kabul edilir.
- *Aileden ameliyat için yazılı izin alınır.
- *Çocuğun boy ve kilosu ölçülür.
- *Kliniğe acil gelmedi ise , çocuğa mutlaka banyo yaptırılır.
- *Çocukta göbek, tırnaklar, kulak temizliğine de özen gösterilir.

b) Ameliyattan Bir Gün Önceki Bakım

Adölesan yaş grubundaki çocuğun durumu ameliyat endikasyonunu gerektiriyor ise ameliyat bölgesindeki cild tüylerden arındırılmalıdır. Ancak bu işlem sırasında, kesikler, çizikler mikroorganizmalar için giriş kapısı olacağından dikkatli davranılmalıdır.

Hastaneye yatıştan sonra ameliyat öncesinde çocukta gelişen öksürük, hipotermi, hırıltılı solunum gibi bulgular var ise doktora haber verilmelidir.

Çocuk, hemşire ile sözlü iletişim kurup işbirliği yapabilecek yaş grubunda ise ameliyat sonrasında gerekli olacak öksürük egzersizlerinin gerekliliği ve nedenleri açıklanarak öğretilmelidir.

Ameliyattan sekiz saat öncesi ağızdan hiçbir şey almaması gerektiği çocuğa ve ailesine nedenleri ile açıklanmalı ve çocuğun yatağının baş ucuna “AÇ KALACAKTIR” yazısının yer aldığı bir tabela asılmalıdır.

Çocuk cerrahisi kliniklerinde ameliyat öncesi yapılan ve gerekli olan tüm tetkiklerin ameliyattan bir gün öncesinden hazır olması gerekmektedir.

Hastalıkların türüne bağlı olarak çocukta ameliyat öncesinde var olan nazogastrik sonda, idrar sondası veya kapalı drenaj vb. uygulamaların rutin ve saatlik izleminin ve bakımının yapılması gereklidir.

c.Ameliyat Sabahı Bakım

- *Hastaya serviste ameliyat gömleği giydirilir. Saçlar bone ile kapatılır.
- *Tüm tetkikleri, izin belgesi kontrol edilir.
- *Mümkün olduğunca damar yolu açık tutulur.
- *Gerek görülüyor ise nazogastrik sonda ve idrar sondası uygulanır.
- *1,5 yaştan büyük olan çocuklarda ameliyat öncesi sedasyon gerekebilir. Bu işlem anesteziist tarafından planlanır.Bu genellikle ameliyattan 30-60 dakika öncesinde uygulanır.
- *Servis hemşiresi hastanın dosyasını (röntgen sonuçları ve tüm tetkikler, gözlem kağıtları vb.) ameliyathane hemşiresine teslim eder.
- *Bu aşamaya kadar ve bundan sonraki tüm işlem ve uygulamalar bakımından sorumlu hemşirelerce gözlem kağıdına kaydedilir.

2.3.3.Yasal Hazırlık

Ameliyat olacak her hastadan her tür ameliyat için kesinlikle imzalı ameliyat izni alınmalıdır. Yazılı ameliyat izni hem hasta hem de sağlık çalışanları için yasal güvencedir.

Erişkin hastalar bilinçleri açık ise ameliyat izinlerini imzalayabilirler. Bilinci açık olmayan ve 18 yaşından küçük hastaların ameliyat izinleri, aileleri ya da yakınları

tarafından imzalanır. Ameliyat izni hastanın kalıcı kayıtlarından biridir ve hasta ameliyata alınmadan önce mutlaka kontrol edilmelidir.³⁷

2.3.4.Ameliyat Öncesi Eğitim

Ameliyat olacak hastanın hazırlığında “açıklama” ve “öğretim” anahtar kelimelerdir. Basit bir kelimenin açıklanması, hastanın korkusunu gidererek kaygı gelişmesini önleyebilir. Ameliyat öncesi dönemde hastaya her aşama, tüm testler ve uygulamalar önceden açıklanmalıdır.

Ameliyat öncesi dönemde uygulanacak eğitim, yapılacak ameliyata ve hastanın durumuna göre farklılık gösterirse de ameliyat olacak hastalara, derin solunum, öksürük ve ekstremitte egzersizleri öğretilmelidir.³⁷

Ameliyat öncesi dönemde iyi hazırlanıp yeterli bilgi verilen hastaların, yeterli bilgi verilmeyen hastalara oranla daha kısa sürede iyileştikleri ve hastaneden daha çabuk taburcu oldukları gösterilmiştir.³⁷

2.4.ÇOCUK - AİLE VE HEMŞİRE

Ailenin, çocuğun doğum, doğum öncesi ve sonrasını da içeren tüm gelişim dönemlerinde önemli rolü vardır. Çocuğun aile üyelerinden özellikle anne ile ilişkisi çok daha özeldir. Anne çocuğun yaşamında vazgeçilmez ve gerekli tek kişidir. Bu güçlü ilişki göz önüne alındığında çocuğun yaşamında meydana gelen olumlu ve olumsuz tüm deneyimlerin anneyi de etkileyeceği savunulmaktadır. Bu nedenle çocuk hemşiresinin temel amaçlarından biri de “aile merkezli bakım vermek” olarak ortaya çıkmaktadır. Bu bakımın temeli Foster⁴⁴ ve arkadaşlarının ifade ettiği “aile bir sistemdir, bundan dolayı bakım, hasta çocuğu etkileyen ve ondan etkilenen diğer aile bireylerini de kapsamalıdır” varsayımına dayanır.^{45,46}

Çocuklar hastaneye yatırılınca ailelerin çoğunda kaygı ve korku görülür. Bu araştırmanın ana kavramı olan kaygı insanın temel duygularından biri olarak kabul edilir. Çocuğun hastalığı ve hastaneye yatması ailenin tüm bireylerinin günlük yaşam aktivitelerini etkiler. Çocuğun ameliyat kararı ile olumsuz duygular bir kat daha artar ve ailelerde olumsuz korku ve endişeler görülür.

Ailelerde;

- *Bilinmezlikten gelen korku,
- *Çocuğa ne olacağı korkusu,
- *Elimden bir şey gelmiyor düşüncesinden kaynaklanan çaresizlik,
- *Neden benim çocuğum ? , düşüncesinden kaynaklanan öfke,
- *Uyuyup bir daha uyanmazsa korkusu,
- *Ölüm korkusu,
- *Fiziksel fonksiyonlarda veya vücut imajında kayıp korkusu,

*Ameliyat sonrasında çocuğun genel görüntüsünün nasıl olacağı kaygısı,

*Çocuğun iyileşmesine ilişkin endişelerinin olması,

*Hastane ortamının yabancı olması, tanımadıkları korkutucu araçlarla karşılaşmaları,

*Çocuğun bakımında hemşireye göre kendilerini daha önemsiz hissetmeleri,

*Çocuğun hastalığı nedeniyle suçluluk duygusu,

*Evdeki diğer aile üyeleri için endişe hissetmeleri,

*Mali, ...v.s. gibi endişeler görülmektedir.

Yukarıda belirtilen tüm korku ve endişeler, aile bireylerinde kaygı oluşumuna yol açar.⁴⁷

Hastanelerde sağlık hizmetinin ideal koşullarda yürütülebilmesi, maddi olanaklar kadar kişilerarası ilişkilere de bağlıdır. Birçok çalışma ortamında olduğu gibi, hastanede sağlık çalışanları, hastalar ve hasta yakınları arasında kurulacak sağlıklı ilişkiler, bireyler arası güven yaratır ve yapılacak işlemlerin kolaylıkla yürütülebilmesini sağlar. Bu durum özellikle pediatri bölümü çalışanları, çocuklar ve yakınları için daha fazla önem taşıyan bir konudur.⁸

Sağlıklı veya hasta olsun, tüm çocukların fiziksel ve ruhsal pek çok gereksinimleri vardır. İster uzun ister kısa süreli olsun hastanede kalan çocukların hastanede geçen süre içinde güvenli bir biçimde rahat, mutlu olmasını sağlamak, korku ve kaygılarını azaltmaktır hemşirenin sorumluludur.⁸

Hastaneye yatırılacak olan çocuk ve ailesi genellikle çekingen ve kaygılıdır. Kendilerine her türlü açıklamaların yapılmasına gereksinim duyarlar. Bu onların en doğal beklentileridir.

Sağlık çalışanlarının hasta ve yakınlarıyla kuracağı olumlu ve etkili bir iletişim, hasta ve yakınlarının kaygılarını azaltır sağlık çalışanlarına güven duymalarını sağlar.

Anne-babanın, çocuğa, hastanenin nasıl bir yer olduğunu kimlerin görev yaptığını, hasta insanların neden hastaneye yatırıldıklarını açıklamasında yarar vardır. Çocuğun bir süre hastanede yatması gerekiyorsa; sağlık çalışanları ile anne ve babanın ortak bir yaklaşım ve tatlı bir dille, hastanede çabuk iyileşebilmesi için bazı kontroller ve tedavi yöntemleri uygulanacağını, ona olan sevgilerinin azalmayacağını, ağrılarının, sıkıntılarının yok olacağını anlatmaları en doğru yoldur. Ayrıca çocuktan bazı konuların gizlenmesi ya da abartılması yanlış bir davranışın sergilenmesidir.⁸

Hastaneye tedavi için gelen bir süre hastanede yatan çocuklar, hastanede hekimler, hemşireler, diyetisyenler, fizyoterapistler, hastabakıcılar, resmi işler yürüten memurlar, laboratuvar teknisyenleri, temizlik görevlileri ve ziyaretçilerle karşılaşır. Kendisi için yabancı olan bu ortamda bu kadar farklı görevde insanlarla karşılaşmak, çocuğu şaşırtabilir, böyle bir durum özellikle hastane hakkında yeterli bilgi verilmemiş, tedavi işlemlerine ve kullanılan aletlere de yabancı olanlar için korku ve kaygı vericidir.⁸

Genel olarak gelecekte olabilecek bir tehlikeyi beklemenin yarattığı huzursuzluk hissi olarak tanımlanan kaygı, hafif düzeyde yaşandığında bireyin spontan dikkatini, cesaretini ve atılganlığını arttırırken, yüksek kaygı algılama-kavrama ve karar verme yeteneğini azaltabilir.²⁹⁻³²

Çocuklar hastalık kavramını kendi kişisel deneyimlerine göre anlarlar. Hastalık bu konuda deneyimi olan çocuğun kaygısını (bunaltısını) arttırıcı olabilir. Etkin destek ve rehberlik için çocuğun duygularını bilmek yeterli değildir. Çocuğun hastalığına ilişkin inançlarını da tanımak gerekir.⁴⁸ Sağlıklı bir okul çağı çocuğunda hastalık ve normal

dışı durumlar karşısında da psikolojik sorunlar ortaya çıkabilir. Hareketleri sınırlandırıldığında, fiziksel faaliyetleri durdurulduğunda, bundan büyük bir rahatsızlık duyarlar. Özellikle erkek çocuklar, bir hastalık nedeniyle beden yapısının ve erkekliğinin etkileneceğinden kaygılanır. Çocuk, hastalığından dolayı bağımlılığa, bir çok faaliyetlerinin kısıtlanmasına, endişelerle dolu yeni bir yaşantıya tepki gösterir.⁸

Hastaneye yatan çocuklar, ameliyat olma fiziksel yönden zarar görme, ve aileden ayrılma korkuları ile değişik derecelerde stres yaşarlar. Hastaneye yatış hangi yaşta olursa olsun çocuğun fiziksel ve ruhsal gelişimini, aktif hayatını, ailenin yaşam biçimini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu durum özellikle 6-12 yaş çocuklar için çok önemlidir. Bu grup çocukların hastaneye yatırılması onun ailesinden, okulundan, arkadaşlarından ve alıştığı çevreden ayrılması anlamındadır.⁴⁹

Okul çağı çocuğu hastaneye yatışta çeşitli korku ve endişelere sahiptir. Çocuk hastanede ister uzun, ister kısa kalsın, hastane ortamı onun üzerinde olumsuz etki yapar. Çocuk çoğu kez hastaneye, hastalığına, ailesine, ona bakım veren hemşire ve sağlık ekibinin diğer üyelerine karşı olumsuz davranır. Çocuğun hastanede yatış süresine bağlı olarak kaygı, regresyon, protesto, umutsuzluk, içe kapanma ve depresyon gibi değişik tepkiler göstermesi olasıdır. Bu tepkiler çocuğun yaşı, hastalığının ciddiyeti, ailenin çocuğa verdiği destek ve çocuğun daha önceki hastane deneyimlerine göre değişiklik gösterir.⁵⁰

Çocuk hastanelerinde özellikle yoğun bakım merkezlerinde verilen hemşirelik bakımı genellikle teknik merkezli ve beden gereksinimlerine yöneliktir. Oysa bakım planında çocuğun psiko-sosyal gereksinimlerinin dikkate alınması, hem duygusal hem de bedensel iyiliği artırıcı özelliği nedeniyle önem taşımaktadır.⁵¹

Tüm bu stresörler, ebeveynlerde stres tepkisine neden olmaktadır. Streste ortaya çıkan yöneltilmemiş aşırı enerjiye karşı oluşan psikolojik tepki ise kaygıdır. Evrensel bir deneyim olan kaygı, her insanın yaşamında yer alan bir duygulanım durumudur. Başka bir ifade ile kaygı, hoş olmayan heyecansal endişe, benliğin kendini tehdit altında hissettiği bir gerilim durumudur.⁵²



2.5.KAYGI (ANKSİYETE) VE KAYGIYI AZALTMADA HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ

Kaygı (anksiyete = anxiety)sözcüğünün kökü eski Yunanca:anxietas endişe, korku, merak anlamına gelir. Ciceron (MÖ.106-43) ⁵³ kaygıyı (anxietas) "kalıcı ,sürekli bir endişe eğilimi ve yatkınlığı "anlamında kullanmıştır.

Soren Kierkegard⁵³ kaygıyı antropoloji sorunu olarak ele almıştır.

Otto Rank⁵³ kaygının temel bir duygu olduğunu ayrılma ve kopma duygusundan kaynaklandığını ileri sürmüştür.

Karen Horney⁵³ kaygı ve korkuyu eş anlamda kullanmıştır.Bu kavramları tehlike karşısında gelişen duygusal tepki olarak tanımlamıştır. Kaygı duygusunun doğuştan temel kaygı (basic anxiety) olarak bulunduğunu ileri sürmüş, bu duygunun doğa güçleri ve ölüm karşısında ortaya çıktığını belirtmiştir.

Erich From⁵³ kaygıyı insanın yalnız kalma korkusu, çaresizliği ve çevreye yabancılaşmasına bağlamış,kaygının kültür olduğunu ileri sürmüş, bireycilik, özgürlük, yabancılaşma ve yalnızlığın kaygı düzeyini yükselttiğini, ruhsal bozukluklara yol açtığını ileri sürmüştür.

Jean Paul Sartre⁵³ kaygıyı insanın varoluşunda doğasında,temelinde bulunan bir parça olarak kabul etmiştir.

Freud ⁵³ kaygının içgüdü ve dürtülerden kaynaklanan gücün bastırılması sonucu ortaya çıktığını ileri sürmüştür ve önce kendiliğinden otomatik olarak ortaya çıkan kaygıyı tanımlamıştır.

1972 yılında Spielberger⁵³ Kaygı kavramının aşağıdaki özelliklerini tanımlamıştır.

*Kaygı, geleceğe yönelik endişe durumudur.

*Hoş olmayan duygulanım durumudur.

Öğrenme kuramcılarına göre (Watson, Mergan, Rayner)⁵³ kaygının öğrenilmiş bir süreçtir. Açlık ve cinsellik gibi biyolojik kökenli dürtüler yanında anksiyete, insanı güdüleyici bir güç olarak görev yapan ikincil bir dürtüdür.

Bilişsel yaklaşımcılara göre (Beck, Emery, Mathews)⁵³ kaygının nedeni olayların kendisi değil, kişinin beklentileri, bu olayları nasıl ve ne biçimde algılayıp yorumladığıyla ilgilidir.

Varoluşçu yaklaşımcılara göre (Sartre, Kierkegard, May, Yalom)⁵³ ise yaşamın anlamı, bizim ona verdiğimiz anlamdır. Bu aynı zamanda kişisel özgürlük anlamına gelir .Özgür olma ise kişiye yaşamın anlamını verme sorumluluğu getirir. Bu sorumluluğun farkına varmak ise kaygıdır.⁵⁴

Spielberger iki tip kaygı tanımlar;

Durumluk kaygı (State anxiety) (A State) (Acute anxiety).

Sürekli kaygı (Trait anxiety) (Chronic anxiety).

2.5.1.Durumluk kaygı insanın içinde bulunduğu durumu tehdit eden, tehlike yaratan koşulların oluşmasından ya da böyle algılanmasından, anlaşılmasından, yorumlanmasından kaynaklanır.

*Bu durum elem veren, hoş olmayan duygulanım durumu yaratır.

*Bu duygulanım durumu algılanır , anlaşılır, duyumsanır.

*Bu süreç içinde bilinç açık, haberdar ve uyanıktır.

2.5.2.Sürekli kaygı

*Bu kaygı tipi durumluk kaygıya oranla durağan ve sürekliidir.

*Bu tip kaygının şiddeti ve süresi kişilik yapısına, kişiliği oluşturan katmanların işlevine göre değişir.

*Kişilik yapısının kaygıya yatkın olması, sürekli kaygı düzeyini etkiler .

*İnsanların sürekli kaygı düzeylerinin birbirinden farklı olması, tehdit eden tehlike durumunun algılanmasını, yorumunu tek sözcükle değerlendirilmesini değiştirir.

*Sürekli kaygı düzeyindeki bu değişiklik durumluk kaygı düzeyini de değiştirir.

Özetle kaygı, kişilik özelliklerinden ve yapısından kaynaklanan sürekli, iç ve dış ortamdaki ya da bunların algılanmasından, anlaşılmasından, yorumundan kaynaklanan, durumluk kaygı olmak üzere ikiye ayrılır.

Dilimizde kaygı ve bunalım sözcükleri, eş anlamlı kullanılmaktadır. Türkçe sözlükte kaygının, üzüntü, tasa karşılığı kullanıldığı görülmektedir. ⁵³⁻⁵⁶

Çocuğun hastalığı ve hastaneye yatırılması nedeniyle ebeveynlerin yaşayabilecekleri kaygı düzeyi değişik faktörlere bağlıdır. Bunlar ;

*Çocuğun iyileşmeyeceği korkusu,

*Benzer durumlara ilişkin önceki deneyimleri,

*Çocuğun hastalığı nedeniyle suçluluk duyguları,

*Tanı ve tedavi amacıyla uygulanan tıbbi işlemler,

*Bireysel özellikler,

*Mali endişeler,

*Hastalığa ilişkin kültürel faktörler ve dini inançlar,

*Sosyal destek sistemleri,

*Daha önceki baş etme yetenekleridir. ^{3,42,44}

Kayı'nın Organizmaya Genel Etkileri

<u>Fizyolojik Tepkileri</u>	<u>Psikolojik Tepkiler</u>	<u>Zihinsel Tepkiler</u>
Kan basıncında artış,	Huzursuzluk,	Konsantrasyonda azalma,
Bronşlarda genişleme ,	Konsantrasyonda azalma,	Çevreye ilginin azalması,
Kalp atım ve sol.say.artma,	Sinirlilik,	Unutkanlık,
Pupillada dilatasyon,	Güvensizlik,	Dikkatte azalma,
Deride soğukluk,	Kontrolünü kaybetme,	Fazla düşünme,
Terleme,	Korku,	Gelecek ya da şimdiki zamandan,
Ağızda kuruluk,	Çaresizlik,	daha çok geçmişe yönelmedir. ⁵⁷
GIS.fonksiyonlarında azalma,	Ağlama,	
İştahsızlık,	Başkalarını suçlama eğilimi,	
Bulantı-kusma,	Kendini ve başkalarını eleştirme eğilimi,	
Halsizlik,	Çekingenlik,	
Baş dönmesi,	Girişimcilikte azalma,	
Titreme,	Öfke,	
Motor aktivitede azalma,	Hayalcilik /felaketi sezinleme,	
Sık idrara gitme,		
Diyare,		
Ses titremesi ya da ses tonunda değişme		

Bu tepkiler bireyin algılama, kavrama ve sorun çözme yeteneğini olumsuz yönde etkiler. Bu nedenle ebeveynler, güvensizlik hissedip çocuğun bakımına katılmaktan kaçınabilirler.Bu davranışın temelinde çocuğa yanlış bir uygulama yaparak zarar verme korkusu yapılabilir. Çocuğun bakımını hemşireler üstlendiklerinde ise ebeveynler kontrol kaybı, çaresizlik ve yetersizlik duygusu yaşayabilirler.³

Ebeveynler,çocuğun hastalığını daha erken dönemde fark edemedikleri için suçluluk ve öfke yaşayabilirler. Kendi yeterliliklerini sorgulayıp, hastalığa neden olabilecek veya engel olabilecek ihmal ve davranışlarını gözden geçirirler.Çocuğun yaşamı risk altında olduğu durumlarda ise ebeveynlerde suçluluk duygusu yoğunlaşır.

Ebeveynler, öfke duygusu yaşayabilirler ve öfkelerini genellikle sağlık çalışanlarına, yakınlarına ya da çocuklarına yöneltebilirler.^{3,58}

Hemşire, kaygının ne olduğunu ve kaygının uyku bozukluğu, taşikardi, çarpıntı, ağz kuruluğu, sık idrara çıkma, diyare, kabızlık, öfke, fazla düşünme, korku, ağlama, güvensizlik, iştah bozukluğu, huzursuzluk, yorgunluk, bulantı, kusma gibi sorunlara neden olabileceğini bilmelidir.

Cerrahi hastalıkları hemşireliğinde bakımın hedefi, hasta ve ailesine ameliyat öncesi dönemde yapılacak birçok girişimin anlayacakları şekilde, uygun bir dille açıklanmasına dayanmaktadır. Hemşire, çocuk ve annesini kliniğin fiziksel yapısı, hastane yaşamı (yemek saatleri, ziyaret günleri, haberleşmenin nasıl sağlanacağı...v.s.), hastane çalışanları (doktor,hemşire,hasta bakıcı ...v.s.), hastanede kullanılan araç-gereç (enjektör, iğne, pamuk, sargı bezleri, flaster, serum...v.s.) ve tıbbi işlemler hakkında bilgilendirmelidir . Hastaların endişelerini açıklamasına fırsat verilmeli ve bu endişeler hastanın katılımı ile ele alınmalıdır.⁸

Hemşire, hastaya hemşirelik bakım ve uygulamalarını açıklamalı ve rahatsızlık verebilecek durumların azaltılmasında yardımcı olabileceğini söylemelidir. Hekim ve hemşire, tutum ve davranışları ile hastada güven duygusu yaratmalıdır. Güven duygusu, hastaya değer verildiğini göstererek, gerektiği yerde sınır koyarak, olumsuzlukları düzeltmeye çalışarak, hastanın haklarına ve gizliliğine saygı duyarak, her durumda hastanın olduğu gibi kabul edileceğini göstererek sağlanabilir.

Breemhar ve arkadaşları⁵⁹ tarafından yapılan bir araştırmada, kolesistektomi ve herniografi ameliyatı geçirecek hastaların %50'sinin anestezi, postoperatif ağrı ya da komplikasyon gelişme korkusu yaşadıkları saptanmıştır.

Kullanılan etkili eğitim materyalleri öğrenmeye yardımcı olmakla birlikte hiçbir eğitim aracının hemşire hasta etkileşiminin yerini alamayacağı unutulmamalıdır. Bir hasta eğitim programı her zaman başarılı olmayabilir. Bazı faktörler eğitim etkinliğini sınırlar. Aşağıda sıralanan bu engelleri en aza indirerek eğitimin uygun adımlarla planlanması gerekir. Hemşire ya da kurum hasta eğitimine büyük ölçüde öncelik vermiyorsa eğitim fırsatları olsa da kullanılmayacaktır. Hasta eğitiminin etkili olabilmesi için ;

***Kurumun, hasta eğitiminde bir felsefe geliştirmesi,**

***Hastane yönetiminin hasta eğitimini desteklemesi, zaman, bütçe ve ekip açısından gerekli düzenlemeleri yapması önerilmektedir.⁶⁰**

***Yeterli zaman sağlanması:** Hemşireler hasta eğitimi için zamanlarının olmadığını ifade ederler. Bu genellikle iş fazlalığına ve sayısal açıdan hemşire yetersizliğine bağlanmaktadır. Ancak hemşire kendi kısıtlı koşulları içinde de bakım verirken olabildiğince soruları yanıtlayabilir ya da bilgi verebilir.

***Eğitim becerilerinin geliştirilmesi:** Hemşireler etkili hasta eğitimini nasıl yapacaklarını bilmelidirler. Bu nedenle konusunda uzman bir ekip eğitimin içeriğini gözden geçirmeli; iletişim teknikleri ve hasta eğitimi konusu da hizmet içi eğitimi programlarında ele alınmalıdır.

***Aile katılımının sağlanması:** Hasta ve ailenin eğitim gereksinimleri belirlenmeli; programlama aşamasından başlayarak ailenin katılımı sağlanmalıdır.

***Eğitimin sürekliliğinin sağlanması:** Hastaya bir kerede yoğun fazla bilgi aktarımı öğrenmeyi engelleyici olduğundan öğretim kısa süreli ve sık aralıklı olmalıdır.

***Motivasyonun sağlanması:** Hastanın motivasyonundaki yetersizlik öğrenme motivasyonunun azlığı ile ilgilidir. Bunun nedeni kendine güvenin az olması, tedavi ve

eğitim programının yüklü olması , sağlık çalışanlarına güven azlığı ve korku olabilir. Bunun için hemşirelerin eğitim programlarını çocuğun hastanede kaldığı tüm süre içerisinde yayılması ve çocukla iletişimin artırılması gerekir.

***Hastanın fiziksel durumu:**Hasta halsiz ya da ağrılı ise öğrenme sürecine katılmayabilir.

***Hastanın hastalığına uyumunun sağlanması :**

Hasta eğitim programı geliştirilmede öncelikle bir hasta eğitim planlama grubu oluşturulmalıdır. Bu planlama grubu;

*Hekimlerle işbirliği sağlanmasına ,

*Hasta eğitim felsefesi geliştirmesine ,

*Hasta eğitimi ve öğrenim süreci konusunda hemşirelerin bilgilenemesine yardımcı olur.⁶⁰

Bölükbaş'ın yapmış olduğu araştırmada²³ ameliyat olmak üzere yatırılan hastaların %77'sinin ameliyat öncesi ve sonrası uygulanacak işlemler hakkında bilgi verilmemiş olduğu ve hastaların %95'nin bu işlemler hakkında bilgi almak istedikleri saptanmıştır.

Breemhar ve arkadaşlarının⁵⁹ yapmış oldukları çalışmada ameliyat olacak hastaların %80-90'ının ameliyat öncesi döneme ilişkin bilgi almak istedikleri saptanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Şekli

Araştırma, batin ameliyatı (inguinal herni) geçirecek olan çocuk ve annelerine verilecek farklı eğitim programlarının anne ve çocukların ameliyat öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yarı deneysel olarak planlanmış ve yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Atatürk Üniversitesi Süleyman Demirel Tıp Merkezi Yakutiye Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahi kliniğinde vaka sayısına ulaşınca kadar Mayıs 2001 - Ekim 2002 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırmanın yürütüldüğü yer olan çocuk cerrahi kliniği 15 yataklı bir kapasiteye sahiptir. Çocuk Cerrahi kliniğine bir yılda ortalama 508 hasta kabul edilmektedir.

Çocuk Cerrahi kliniğinde 1 Doçent, 3 Asistan olmak üzere toplam 4 hekim sürekli görev yapmaktadır. Gündüz vardiyasında 2, diğer vardiyalarda 1'er hemşire olmak üzere toplam 5 hemşire çalışmaktadır.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini inguinal herni ameliyatı olmak üzere Atatürk Üniversitesi Süleyman Demirel Tıp Merkezi Yakutiye Araştırma Hastanesin'e yatan çocuklar ve anneler oluşturmaktadır.

Araştırmada zamanın sınırlı oluşu ve vaka sayısının azlığından dolayı örneklem seçme yoluna gidilmemiştir. Deneysel çalışmalar ve parametrik ölçümlerde, örneklem büyüklüğünün deney ve kontrol gruplarında en az 30 olarak belirlenmesi literatürde ifade edilmektedir.^{61,62,63} Bu amaçla 30 kontrol, 30 VCD ve 30 kitapçık grubunu oluşturan 90 hastaya ulaşınca kadar veriler toplanmıştır.

Çalışmaya, Mayıs 2001 - Ekim 2002 tarihleri arasında inguinal herni nedeni ile opere (ameliyat) olan, klinikte en az 2 gün yatan, 9-12 yaş grubunda bulunan, bilinci açık, Türkçe okuyup yazan, anlayan ve iletişim kurabilen ve refakatçisi annesi olan çocuklar ile anneleri dahil edilmişlerdir. Araştırmaya başlamadan önce hastaya ve ailesine bu çalışmaya katılmak isteyip istemedikleri sorulmuş ve olumlu cevap alınan çocuk ve anneleri araştırma kapsamına alınmıştır.

3.4.Verilerin Toplanması

3.4.1.Veri Toplamada Kullanılan Formlar

3.4.1.1.Soru Formu

Verilerin toplanmasında kullanılan soru formu (Ek 1) çocuğa ve anneye ait tanıtıcı bilgiler ile çocuk ve annenin kaygısını etkileyebilecek olan faktörleri ortaya çıkaracak şekilde araştırmacı tarafından literatür bilgilerinin yardımıyla oluşturulmuştur^{3,8,14,36,45-47,}

Birinci bölümde, hastaların tanıtıcı özellikleri ile ilgili 12 soru bulunmaktadır. Bu sorular çocuğun “yaşı, cinsiyeti, hastane deneyimi, ameliyat deneyimi, deneyimi varsa kaçınıcı olduğu, yaşadığı yer, annenin yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, hastane deneyimi, ameliyat deneyimi ve sağlık güvencesini” içeren sorulardır.

İkinci bölümde ise anne ve çocuklar için durumluk-sürekli kaygı envanteri bulunmaktadır.

3.4.1.2.Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri

Kendini değerlendirme anketi State-Trait Anxiety Inventory (STAI) formu ve STATformu; 1970 yılında ABD’de Spielberg ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Türkçe formu geçerlilik ve güvenirliliği Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır.⁶⁴ Asıl adı “Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği” (DSKÖ) olan formun, bireylerin çekinmeden ve içtenlikle soruları yanıtlamalarını kolaylaştırmak amacı ile “kendini değerlendirme anketi” olarak kullanılması yazarlar tarafından önerilmektedir. Annelerde o anda ve genelde var olan kaygı düzeyi bu ölçek ile değerlendirilmiştir. Formda bireylerin kendi duygularını anlatmada kullanabilecekleri 40 ifade bulunmaktadır. Bunların ilk 20’si bireylerin duruma bağlı kaygı düzeylerini ölçmektedir. Cevap seçenekleri Hiç (1), Biraz (2), Çok (3), Tamamıyla (4) şeklinde puanlanmıştır.

Duruma bağlı kaygı ölçeğinde doğrudan (3,4,6,7,9,12,13,14,17,18’inci maddeler) ve tersine dönmüş ifadeler (1,2,5,8,10,11,15,16,19,20’nci maddeler) yer almaktadır. Değerlendirmede önce doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin toplam puanları ayrı ayrı belirlenmiş ve daha sonra doğrudan ifadelerin toplam puanından, tersine dönmüş ifadelerin toplam puanı çıkarılmıştır. Elde edilen puan duruma bağlı kaygı ölçeği için değişmeyen değer olan 50 sayısı ilave edilerek bireyin duruma bağlı kaygı puanı belirlenmiştir.

Formda 21-40’inci maddeler bireylerin sürekli kaygı durumlarını ölçmektedir. Cevap seçenekleri Hiç bir zaman (1), Bazen (2), Çok zaman (3), Hemen her zaman (4)

şeklinde puanlanmıştır. (Bkz. Ek-3, Ek-4). Sürekli kaygı ölçeğinde de doğrudan (22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38 ve 40'ıncı maddeler) ve tersine dönmüş ifadeler (21,26,27,30,33,36,39'uncu maddeler) bulunmaktadır. Değerlendirmede yine doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin toplam puanları ayrı ayrı hesaplanmış ve daha sonra doğrudan ifadelerin toplam puanı tersine dönmüş ifadelerin toplam puanından çıkartılarak elde edilen puana sürekli kaygı ölçeği için değişmeyen değer olan 35 sayısı ilave edilmiştir. Böylece bireyin kaygı puanı hesaplanmıştır.

Öner'in belirttiğine göre, Spielberger'in duruma bağlı sürekli kaygı ölçeğinde;

0 - 19 puan	Kaygı yok
20 - 39 puan	Hafif kaygı
40 - 59 puan	Orta düzeyde kaygı
60 - 79 puan	Ağır düzeyde
80 - ↑ puan	Panik olarak değerlendirilmektedir ⁶⁵

Envanterin Türkçe uyarlamasında alfa korelasyonları ile saptanan güvenirlik katsayılarının durumluk kaygı ölçeği için .83 ile .92 arasında, sürekli kaygı ölçeği için .83 ile .87 arasında olduğu saptanmış olup, bu çalışmada durumluk kaygı ölçeği iç tutarlılığı alfa: .72, sürekli kaygı ölçeği iç tutarlılığı alfa: .87 olarak tespit edilmiştir.

3.4.1.3.Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE)

Çocuklar için durumluk-sürekli kaygı envanteri (ÇDSKE) çocuklarda özel durumların tehdit edici olarak yorumlanması sonucu oluşan durumluk kaygıyı ve kaygı yatkınlığı anlamına gelen sürekli kaygıyı ölçmek amacıyla Spielberger tarafından 1973

yılında geliştirilmiştir. Çocuklar için durumluk-sürekli kaygı envanterinin Türkiye normlarını elde etmek, geçerlik ve güvenirliliğini saptamak amacıyla Şeniz Özusta (1995) tarafından 9-12 yaş grubundaki 615 normal çocuk üzerinde çalışarak , geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır.⁶⁶

Durumluk kaygı ölçeğinde çocuklardan, içinde bulundukları “o anda” kendilerini nasıl hissettiklerini değerlendirmeleri ve ilgili 3 seçenekten birini işaretlemeleri istenmektedir. Yirmi maddeden oluşan ölçek gerginlik, sinirlilik, telaş, tedirginlik gibi durumluk kaygıyla ilişkili duyguların değerlendirilmesini amaçlar. Maddelerin yarısı tedirginlik, telaş ve gerginliğin olmaması, diğerleri ise bu durumların varlığını yansıtır. Bu duyguların varlığı, çocuk tarafından “çok” olarak bildirildiği durumda en yüksek puan olan 3, olmadığının bildirilmesi durumunda ise en düşük puan olan 1 verilir. Durumluk kaygı ölçeğinde alınabilecek en yüksek puan 60, en düşük puan ise 20’dir. ÇDSKE özbildiri formundadır ve bireysel ya da grup halinde uygulanabilir.⁶⁶

Çocukların durumluk sürekli kaygı düzeyi (ÇDSKE) bu envanter ile değerlendirilmiştir. Çocuklarda ÇDSKE sürekli kaygı ölçeği (Spielberger, 1973) kaygı yatkinlığında kalıcı bireysel farklılıkları ölçmeyi amaçlar, sürekli kaygı ölçeği yirmi maddeden oluşur ve çocuktan kendini “genellikle” nasıl hissettiğini değerlendirip, maddede verilen durumun oluş sıklığına göre en uygun seçeneği belirtmesi istenir. Her durumun “hemen hemen hiç”, “bazen” ve “sık sık” olarak belirlenmiş seçeneklerden “sık sık” seçeneğinin seçilmesi en yüksek puan olan 3’ün, hemen hemen hiç seçeneğinin seçilmesi ise en düşük puan olan 1’in alınmasına yol açar. Sürekli kaygı ölçeğinden alınabilecek en düşük toplam puan 20, en yüksek toplam puan 60’tır.

Çocuklar için durumluk sürekli kaygı envanterinin Türkçe uyarlamasında alfa korelasyonları ile saptanan güvenirlik katsayıları durumluk kaygı ölçeği için .82 ,

sürekli kaygı ölçeği için .81 olarak bulunmuştur.Bu çalışmada durumluk kaygı ölçeği iç tutarlığı $\alpha=.72$, sürekli kaygı ölçeği için $\alpha=.78$ olarak tespit edilmiştir.

3.4.2.Veritoplama Formlarının Uygulanması ve Girişimler

Veriler, hazırlanan veri toplama formu kullanılarak Mayıs 2001 ve Eylül 2002 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Süleyman Demirel Tıp Merkezi Yakutiye Araştırma Hastanesin’de araştırmacı tarafından toplanmıştır.

Veri toplama formları kontrol, VCD (video) ve kitapçık grubuna aşağıda belirtildiği şekilde uygulanmıştır.

Araştırmaya başlamadan önce soruların ve bilgilendirme kitapçığının anlaşılır olup olmadığını belirlemek amacı ile bir ön çalışma yapılmıştır. Bu amaçla 15 çocuk hasta (Kontrol grubundan 5, VCD grubundan 5 ve kitapçık grubundan 5 olmak üzere) ve annesi alınmıştır. Ameliyattan 48 saat önce her üç gruba (kontrol, Vcd, kitapçık) anneler ve çocuklar için durumluk-sürekli kaygı envanteri ve anket formu uygulandı. Daha sonra Vcd ve kitapçık grubuna ameliyattan 24 saat önce eğitim verilerek her üç gruba ameliyattan 24 saat önce ve 24 saat sonra anket formları (anneler ve çocuklar için durumluk-sürekli kaygı envanteri) uygulanmıştır. Elde edilen veriler doğrultusunda soru formunda ve eğitim materyallerinde gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra çalışmaya başlanmıştır. Ön çalışmada elde edilen veriler çalışma kapsamına dahil edilmemiştir.

Kontrol grubunda olan çocuk ve annelere ameliyat öncesi klinik rutinde ameliyatla ilgili çok kısa bilgi (ameliyat öncesi ve sonrası oral beslenme, ameliyathaneye gidiş saati, ameliyathanede ne kadar süre kalacağı gibi) verilmektedir. Hasta ve ailenin ameliyatla ilgili özel soruları olursa bunlar cevaplandırılmaktadır.

Anket formları (anne ve çocuğa ait tanıtıcı özellikler ile çocuklar ve yetişkinler için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri)kontrol grubu için ameliyattan 48 saat önce, 24 saat önce ve 24 saat sonra araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

VCD (video) grubuna kliniğe kabulünde, ameliyattan 48 saat önce anket formu (anne ve çocuğa ait tanıtıcı özellikler ile çocuklar ve yetişkinler için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri) uygulanmış aynı gün literatür doğrultusunda hazırlanan VCD izletilmiştir. Çocuk ve anneye VCD, çocuk cerrahisi kliniğinde bilgisayar odasında izletilmiştir. Toplam süresi 12 dakikadır. Daha sonra ameliyattan 24 saat önce ve ameliyattan 24 saat sonra çocuklar ve yetişkinler için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri uygulanmıştır. VCD ile eğitimin etkinliğini arttırmak ve daha gerçekçi olması amacı ile klinik servis sorumlu hemşiresi daha önceden eğitilerek çekimler birlikte gerçekleştirilmiştir.

Kitapçık grubuna da aynı şekilde ameliyattan 48 saat önce anket formu (anne ve çocuğa ait tanıtıcı özellikler)ile çocuklar ve yetişkinler için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri uygulanmıştır. Aynı gün kitapçıklar verilmiş ve sormak istedikleri sorular cevaplandırılmıştır. Eğitim boş bir odada, bireysel olarak yapılmış, yaklaşık 20-30 dakika sürmüştür. Eğitim tamamlandıktan sonra ameliyattan 24 saat önce ve 24 saat sonra çocuklar ve yetişkinler için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri uygulanmıştır.

VCD ve kitapçığın içeriğinde şu konulara yer verilmiştir.

Hastanenin fiziksel yapısı: Hastanenin dış görünümü, girişi ve çocuk cerrahisi kliniği tanıtılmıştır.

Hastane yaşamı: Burada beslenme saatleri ve ne şekilde gerçekleştiği, ziyaret refakat ve haberleşmeye yönelik bilgiler verilmiştir.

Hastane çalışanları: Klinikte bulunan hemşire ve diğer sağlık çalışanları tanıtılmıştır.

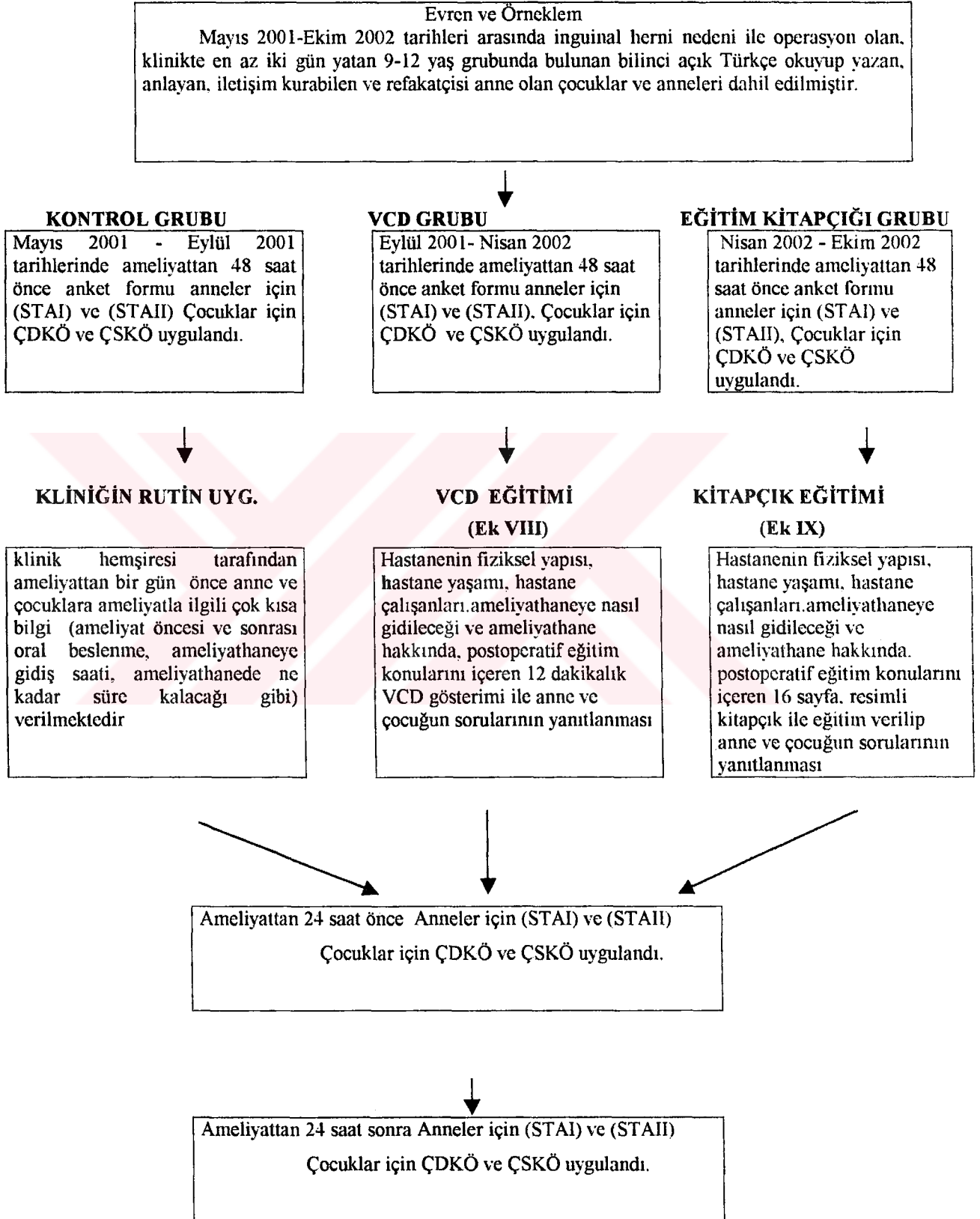
Hastanede ve ameliyathanede kullanılan aletler, maske, eldiven ve bonenin ne olduğu ve hangi amaçla kullanıldığı açıklanmıştır.

Hastanın ameliyathaneye nasıl gideceği ve hangi sağlık çalışanın götüreceği gösterilmiştir.

Ameliyathane ortamının nasıl olduğu, buradaki aletler ve işlemler hakkında kısaca bilgi verilmiştir. Ameliyat tamamlandıktan sonra ayılma odasına gidiş ve uyandıktan sonra yapılan işlemlere yer verilmiştir.

Araştırmacı haftanın her günü kliniğe giderek araştırma kriterlerine uyumlu hasta yatması halinde çalışmayı gerçekleştirmiştir.

ARAŞTIRMA PLANI



3.4.1.5.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada yer alan veriler bilgisayarda SPSS Windows 10.0 (Statistical for social sciences for windows) paket programı kullanılarak veri tabanı oluşturulmuş ve tablolaştırılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Ki-Kare , Mauchly's varyans analizi, Bonferroni düzeltme analizi, Pearson korelasyon testi kullanılmıştır ^{67,68}.

Değerlendirilen parametreler	Uygulanan testler
*Anne ve çocuğun kaygı düzeyleri arasındaki ilişki	* Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı analizi
*Gruplar arasında fark olup olmadığını ve fark varsa hangi yönde olduğunu değerlendirmek için	* KI-kare (Chi-Square) analizi ve varyans analizi
*Bağımlı gruplarda, aynı değişken üzerinde yapılan ve ikiden fazla kez yinelenen ölçümleri (repeated test of measures) değerlendirmek için	* Bağımlı gruplarda varyans analizi Mauchly (Mauchly's sphericity) analizi
*Varyans analizi sonucunda anlamlılığın nereden kaynaklandığını saptamak için	* Bonferroni düzeltme analizi
*Araştırma bulgularının daha iyi anlaşılması ve analiz sonuçlarının daha iyi yorumlanması için	*Grafik (histogram)

Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri yetişkinler ve çocuklar için durumluk-sürekli kaygı envanteri ile elde edilen ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası durumluk sürekli kaygı puanlarıdır.

Ameliyat öncesi eğitimde uygulanan iki farklı eğitim programı da araştırmanın bağımsız değişkenidir.

Araştırmanın ara değişkenleri ise çocuğun ‘yaşı, cinsiyeti, hastane deneyimi, operasyon deneyimi, deneyimi varsa kaçınıcı olduğu, yaşadığı yer’, annenin ‘yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, hastane deneyimi, operasyon deneyimi ve sağlık güvencesini’ içeren tanıtıcı özellikleri içermektedir.

Etik İlkeler

Çalışmaya başlamadan önce hastane ve ilgili anabilim dalı başkanlığından izin alınmıştır.

Çocuk cerrahisi kliniğinde görev yapan sağlık çalışanlarına araştırmanın amacı ve yöntemi detaylı bir şekilde açıklanarak anlatılmıştır.

Yapılan tüm araştırmalarda cevapların gönüllü olarak verilmesi gerekliliğinden araştırmaya alınacak bireylerin gönüllü ve istekli olmalarına özen gösterilmiş, çalışmaya katılıp katılmamakta özgür oldukları açıklanmıştır. Ayrıca veri toplamadan önce anne ve çocuklara çalışmanın amaçları ve izlenecek olan yol anlatılmış, merak ettikleri sorular yanıtlanmış ve daha sonra anne ve çocuğun onayı sözel olarak alınmıştır.^{69,70}

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, üniversite hastanesine başvuran anne ve 9-12 yaş grubu çocuklarına yapılmıştır. 9 ve 12 yaş grubu çocukların alınmasının nedeni ise bu yaş grubu çocukların anlama ve algılama yeteneğinin gelişimi ve ayrıca ölçeğin bu yaş grubu çocuklarına uygun olmasıdır.

Araştırmanın belli bir sürede bitmesi gerektiğinden sınırlı sayıda anne ve çocuk ile çalışılmıştır.

Araştırmada çalışma grupları ve kontrol grubunun yaş, hastane deneyimi, anne eğitimi gibi değişkenler açısından eşleştirilmesi planlanmış ancak tüm vakalara aynı anda ulaşamadığı için etkilemeyi önleyebilmek amacıyla grupların sırayla (kontrol, VCD ve bilgilendirme kitapçığı) alınması planlanmıştır. Gruplar arasında başlangıçta eşleştirme yapılmamış olması araştırmanın sınırlılığı olmasına karşın veri toplanmasından sonra yapılan karşılaştırmada (Tablo 1) grupların bu değişkenler açısından benzer oldukları belirlenmiştir.

Araştırmada Kullanılan Terimlerin Tanımları

Anneler için (STAI): Anneler için durumluk kaygı ölçeği

Anneler için (STAI) : Anneler için sürekli kaygı ölçeği

ÇDKÖ:Çocuklar için durumluk kaygı ölçeği

ÇSKÖ: Çocuklar için sürekli kaygı ölçeği

Kontrol grubu: Vaka grubu

VCD grubu: VCD ile eğitim yapılan grup

Kitapçık grubu: Kitapçık ile eğitim yapılan grup



HASTANEYE
HOS
GELDİNİZ

HAZIRLAYAN
UZMAN HEMŞİRE NEZİHE KARABULUT

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU
CERRAHİ HASTALIKLARI A.B.D.

ÇOCUK CERRAHİ SERVİSİNE HOŞGELDİNİZ

Çocuk cerrahi servisi Yakutiye Araştırma Hastanesi'nin ikinci katında yer almaktadır. Her oda 3 kişilik olup, refakatçi olarak anneler yanınızda bulunacaklardır. Hastanenin ziyaret günleri Salı, Perşembe ve Pazar günü öğle aralarıdır. Ayrıca ailenizdeki diğer kişilerle telefonla da istediğiniz zaman görüşebilirsiniz.





Hastanemiz de sabah 08:00 de sabah kahvaltısı, öğlen 12:00 de öğle yemeği ve akşam üstü saat 18:00 de akşam yemeği verilmektedir. Ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönemde sabah ve öğleden sonra olmak üzere doktorlar sizi ziyaret edeceklerdir. Bununla birlikte hemşireyi herhangi bir problem olduğunda ya da görmek istediğinizde rahatlıkla görebilir ve konuşabilirsiniz.

Kliniğe ilk kabulde sizi çocuk cerrahisi hemşiresi karşılayacaktır. Hemşire Hanım odanızı ve yerinizi gösterdikten sonra kafanıza takılan sorular varsa rahatlıkla sorabilirsiniz.

*Ameliyat öncesi dönemde bazı labaratuvar bulguları için kan alınabilir ve (radyografik) filmler çekilebilir. Bu işlemler uygulanırken belki çok az canınız yanabilir. Ancak ameliyatın rahat ve başarılı geçmesi için bu uygulamaların yapılması gerekmektedir.

*Eğer sizin ameliyatınızın aynını olmuş çocukları görmek isterseniz sizi onlarla tanıştırmak için iletişim kurabiliriz.

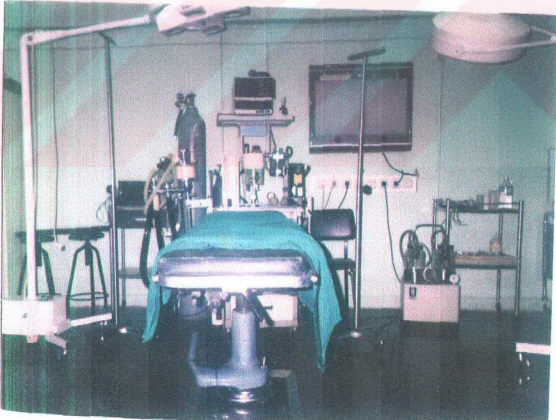




AMELİYATHANE ORTAMI NASILDIR?

İstedığınız taktirde şartlar uygun olursa ameliyathane ortamı hemşire tarafından size tanıtılacaktır.

Ameliyathanede doktor ve hemşirelerin ellerinde eldiven,ağız ve burnu kapatan maske,başlarında bone ve üzerlerinde de yeşil gömlek bulunacaktır.Eldiven elle temas sonucu yara bölgesine ulaşılabilcek mikroorganizmaları önlemek amacıyla kullanılmaktadır.Bone ve maske ise damlacık yolu (solunum yolu) ile bulaşabilecek mikroorganizmaların yayılımını önlemek amacı ile kullanılmaktadır.



***Ameliyathanede ışıklandırma, IV setler (serumlar) , televizyon ekranı şeklinde monitörler ve ameliyat masası bulunmaktadır.**



***Ameliyat için sedyeden ameliyat masasına alınacaksınız.Ameliyat masasında üzeriniz kapalı tutulacaktır.Sadece ameliyat bölgesi açık kalacaktır.**





***Bütün kontroller yapıldıktan sonra size ilaç verilerek (Anestezik ilaç) ameliyatta acı duymamanız ve ameliyatınızın daha rahat gerçekleşmesi için bir süre uyumanız sağlanacaktır.**

***Uyuduktan sonra hiçbir ağrı ve acı hissetmeyeceksiniz.**



Psikolojik ve fizyolojik olarak ameliyattan önceki geceyi rahat geçirebilmeniz ve uyuyabilmeniz için kafanıza takılan soruları ve korktuğunuz konuları bizimle konuşabilirsiniz. Her zaman size yardımcı olmaya hazırız.

*Odanızı havalandırabiliriz,

*Size sırt masajı yapabiliriz,

*Ameliyattan 8-10 saat öncesinde size bir bardak ılık süt verebiliriz. Bunlar sizin rahat uyumanızı sağlayacaktır.

*Eğer hâlâ uyumakta güçlük çekiyorsanız doktorunuzla görüşüp size uygun uyku ilacını verebiliriz.

HASTANIN HAZIRLIĞI

AMELİYAT

GÜNÜ

Hemşire ameliyat öncesi hazırlığını son kez kontrol edecektir. Eğer ameliyata alınmanız gecikirse bu konuda hemşireye danışabilirsiniz.

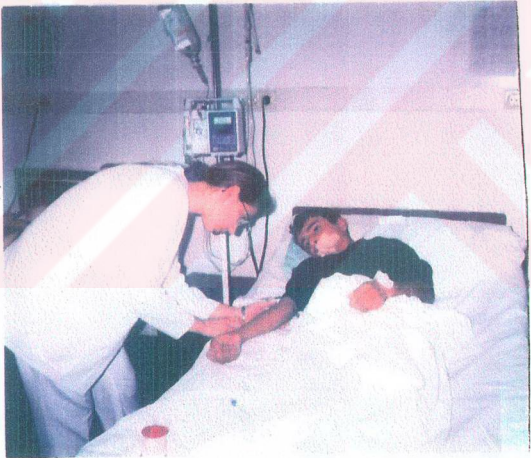
Ameliyata gitmeden önce hemşire sizin ateş, nabız, solunum ve tansiyonunuzu alıp kayıt edecektir.

*Cilt hazırlığı klinikte yapılmış ise kontrol edilecektir.

*Gerekli olan ilaç ve sıvıların verilmesi için size serum takılacaktır.

*Eğer takılarınız varsa (küpe,saat,bilezik,saç tokası) enfeksiyonu ve kaybolma riskini önlemek için takılarınızı ameliyat öncesi çıkarmanız gerekmektedir.
*Parmaklarınızda oje varsa bunları çıkarmanız gerekir.

AMELİYAT ÖNCESİ RAHATLAMA (PREMEDİKASYON)

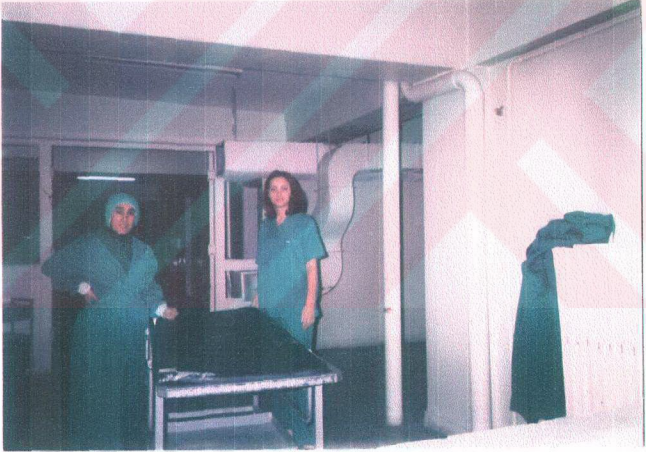


Ameliyat öncesinde sıkıntınızı gidermek, salgıların salınımını ve ilaçların yan etkilerini azaltmak amacıyla çeşitli ilaçlar uygulanır. İlaçların etkisiyle bazen hafif baş dönmesi olabilir. Bu yüzden hemşireden yardım almadan ayağı kalkmamalısınız.

AMELİYATHANEYE NASIL GİDECEKSİNİZ?



Ameliyat sıranız geldiğinde yeşil önlük giyecek (mikroplardan korumak için) sedyeye alınacaksınız ve üzeriniz örtülecek. Sizinle birlikte size ait olan dosya, hemşire gözlem kâğıdı, röntgen filmleri ve doktor isteminde yer alan sıvı ve ilaçlarla birlikte personel sizi ameliyathaneye götürecektir. Ameliyathanede sizi ameliyathane hemşiresi karşılayacaktır.



AMELİYAT SONRASI İYLEŞMENİZİ HIZLANDIRACAK OLAN FAALİYETLER NELERDİR?

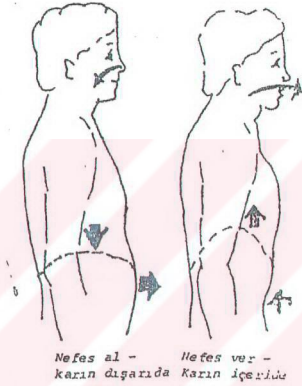
- 1.SOLUNUM HAREKETLERİ
- 2.ÖKSÜRÜK HAREKETLERİ
- 3.DÖNME HAREKETLERİ
- 4.KOL VE BACAK HAREKETLERİ

1-SOLUNUM HAREKETLERİ NASIL YAPILIR?

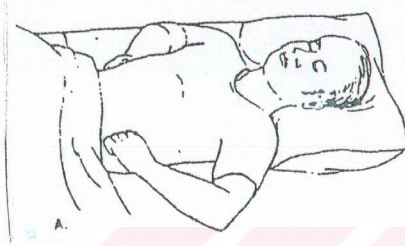
Solunum hareketlerini hemşire yardımı
ile yapacaksınız.



Solunum Hareketleri



- Ameliyat sonrasında sizin için uygun solunum şekli diyafragmatik – abdominal solunumdur.
- Yatak kenarına oturun ya da sırt üstü uzanın ve dizlerinizi bükerek karın kaslarınızın gevşemesini sağlayın.



* Ellerinizi karın bölgesinin yan tarafına, alt kaburgalar üzerine hafif bir şekilde yerleştirin

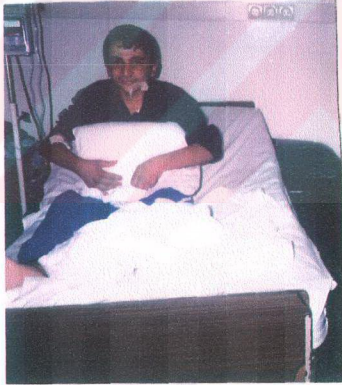
* Karnınızın üst kısmı dışa doğru şişinceye kadar burun yoluyla nefes almaya devam edin ve nefesinizi 3sn. tutun.

* Karın kaslarınızı kasarak havayı ağız yolu ile yavaşça üfleyin.

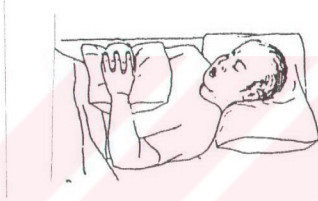
* Bu işlemin sıklığı sizin durumunuza göre belirlenecektir. Sık aralarla yapılması gerekirse saatte 5-10 kez yapılması uygundur.

2-ÖKSÜRÜK HAREKETLERİ NASIL YAPILIR?

*Bu hareketleri (egzersizler) oturarak ya da yatar pozisyonda yapabilirsiniz. Derin solunum egzersizleri öksürüğü uyuracağından öksürük egzersizinden önce yapılmalıdır.



***Önemli olan uygulama esnasında ameliyat yerinin desteklenmesidir. Bu amaçla küçük yastık ya da katlanmış havlu kullanabilirsiniz.**



***Öksürük egzersizi için önce derin soluk alınız., Havayı ağzınızdan çıkarırken patlama sesi yapınız.**

3-DÖNME HAREKETLERİNİ NASIL YAPACAKSINIZ?



Ameliyat öncesi dönemde karyola kıyılıklarını kullanarak bir yandan diğer yana dönme uygulaması da yapılmalıdır. Dönme kan (venöz) dolaşımını geliştirir ve solunum problemlerinin gelişmesini önler. Ameliyat sonrası dönemde saatte bir kez ya da iki saatte bir kez dönmeniz yeterlidir.

4-KOL VE BACAK HAREKETLERİ NASIL YAPILMALIDIR?



Şekil 3 Bacak egzersizleri

Ameliyat öncesinde ve sonrasında kol ve bacak hareketleri yapmalısınız. Tüm eklemler özellikle kalça,diz ve ayak bileği eklemlerini hareket ettirmeniz ve ayaklarınızı çevirmeniz gerekir. Bu hareketler (venöz dönüşü) kan dolaşımınızı kolaylaştırır. Damar iltihabı (tromboflebit) gibi dolaşım problemlerinizi önlemeye yardımcı olur.Aynı zamanda ameliyat sonrasında gelişebilecek gaz ağrılarını da önler. Ameliyat sonrası dönemde uygun olduğunda erken dönemde ayağı kalkmalısınız. Bu ameliyat sonrası gelişebilecek sorunların azalmasına ve önlenmesine yardımcı olacaktır.

KAYNAKLAR

1-Adshead H, Nelson H, Gooderally V, Gollogly P (1991) Guidelenesfor successful relocation. Nursing Standart 5(28),32-35

2--Luckman J, Sorenson C.K.(1987) *Medical Surgical Nursing, apychophysiologic Approach.*

3-Smeltzer S.C., Bare B.G.(2000) Medical Surgical Nursing . Preoperative nursing management 9.th Edition Lippincot Philadelphia 315-327

4-Erdil F, Özhan Elbaş N.(1997) *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği 3.baskı 72 tasarım – ofset Ltd.şti. Ankara*

5-<http://home.cc.umanitoba.ca/~dmcmilla/lecture2/sld012.html>

6-<http://home.texoma.net/~sferrer/careplan2.htm>

7-<http://www.qmced.ac.uk/hn/ns2/lecture%20notes/pre%20op%20care%20for%20web0nu2%20skills.doc>

8-<http://academic.uofs.edu/faculty/zalonm1/preopsg.html>

9-<http://users2.ev1.net/~sferrer/careplan2.htm>

10-http://www.ybhd.org.tr/sunum/ferhan_s_okay.doc



4.BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan çocuklar ve annelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 1’de görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan çocukların yaş ortalaması incelendiğinde; kontrol grubunda 10.43 ± 1.17 , VCD ve kitapçık grubunda 10.40 ± 1.16 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 1).

Hasta çocukların cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde; kontrol grubunun %70’ini (n=21) erkekler, %30’unu (n=9) kızlar, VCD grubunun %80’ini (n=24) erkekler, %20’sini (n=6) kızlar, kitapçık grubunun %66.7’sini (n=20) erkekler, %33.3’ünü (n=10) kızlar oluşturmuştur. Her üç grubun cinsiyete göre karşılaştırılmasında, erkek çocuklar lehine aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 1).

Hastane deneyimlerine bakıldığında, kontrol grubundaki çocukların %56.7’sinin (n=17), VCD grubunun %60’ının (n=18), kitapçık grubunun %20’sinin (n=6) hastane deneyimi olduğu belirlenmiştir. Her üç grubun hastane deneyimi karşılaştırıldığında, aradaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 1). Kontrol grubundaki çocukların %30’unun (n=9), VCD grubundakilerin %40’ının (n=12) ve kitapçık grubundakilerin ise %20’sinin (n=6) operasyon deneyimi olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 1).

Yaşanılan yer incelendiğinde; kontrol grubunun %56.7’sinin (n=17), VCD grubunun %63.3’ünün (n=19) ve kitapçık grubunun %60’ının (n=18) Erzurum merkezde yaşadıkları belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 1).

Annelerin yaş ortalaması incelendiğinde; kontrol grubunda 36.87 ± 1.46 , VCD grubunda 37.03 ± 1.40 kitapçık grubunda 37.13 ± 1.43 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 1).

Annelerin eğitim durumları incelendiğinde; kontrol grubunda bulunan annelerin %86.7’si (n=26) ilkokul mezunu, %13.3’ü (n=4) ortaokul mezunu, VCD grubundaki annelerin %96.6’sı (n=29) ilkokul mezunu, %3.4’ü (n=1) ortaokul mezunu, kitapçık grubunda ise annelerin tamamı (%100) ilkokul mezunudur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$)(Tablo 1).

Annelerin çalışma durumları incelendiğinde; kontrol, VCD ve kitapçık grubunda bulunan annelerin büyük çoğunluğunun ev hanımı olduğu tespit edilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlılık bulunmamıştır ($p>0.05$)(Tablo 1).

Sosyal güvence durumuna bakıldığında, kontrol grubundakilerin %46.7'sinin ($n=14$) emekli sandığı, VCD grubundakilerin %76.7'sinin ($n=23$) ve kitapçık grubundakilerin %93.3'ünün ($n=28$) yeşil kartlı hastalar olduğu tespit edilmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$)(Tablo 1).

Annelerin hastane deneyimleri incelendiğinde; kontrol grubundakilerin %63.3'ünün ($n=19$), VCD grubundakilerin %53.3'ünün ($n=16$), kitapçık grubunda ise %36.7'sinin ($n=11$) hastane deneyimi olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel anlam bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 1).

Annelerin operasyon deneyimleri incelendiğinde; kontrol grubundaki annelerin %23.4'ünün ($n=7$), VCD grubundaki ve kitapçık grubundaki annelerin %26.7'sinin ($n=8$) operasyon deneyimi bulunduğu tespit edilmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$)(Tablo 1).

Tablo 1. Çocukların ve annelerin tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	Kontrol Grubu		VCD Grubu		Kitapçık Grubu	
Çocukların Yaş ortalaması	$X \pm SS = 10.43 \pm 1.17$		$X \pm SS = 10.40 \pm 1.16$		$X \pm SS = 10.40 \pm 1.16$	
			$F=.008$		$sd=2$	
					$p>0.05$	
	Kontrol Grubu		VCD Grubu		Kitapçık Grubu	
Çocuğun Cinsiyeti	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kız	9	30.0	6	20.0	10	33.3
Erkek	21	70.0	24	80.0	20	66.7
Toplam	30	100.0	30	100.0	30	100.0
			$x^2 = 1.440$		$sd=2$	
					$p<0.05$	
Çocuğun Hastane Deneyimi						
Var	17	56.7	18	60.0	6	20.0
Yok	13	43.3	12	40.0	24	80.0
Toplam	30	100.0	30	100.0	30	100.0
			$x^2 = 11.916$		$sd=2$	
					$p>0.05$	
Çocuğun Operasyon Deneyimi						
Var	9	30.0	12	40.0	6	20.0
Yok	21	70.0	18	60.0	24	80.0
Toplam	30	100.0	30	100.0	30	100.0
			$x^2 = 2.857$		$sd=2$	
					$p>0.05$	
Yaşanılan Yer						
Erzurum (Merkez)	17	56.7	19	63.3	18	60.0
Erzurum (dışında)	13	43.3	11	36.7	12	40.0
Toplam	30	100.0	30	100.0	30	100.0
			$x^2 = 2.78$		$sd=2$	
					$p>0.05$	
Annelerin Yaş Ortalaması	$X \pm SS = 36.87 \pm 1.46$		$X \pm SS = 37.03 \pm 1.40$		$X \pm SS = 37.13 \pm 1.43$	
			$F=.266$		$sd=2$	
					$p>0.05$	

	Kontrol Grubu		VCD Grubu		Kitapçık Grubu	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Annenin Eğitimi						
İlkokul	26	86.7	29	96.6	30	100.0
Ortaokul	4	13.3	1	3.4	-	-
					$x^2=2.090$	$sd=2$ $p>0.05$
Annenin çalışma Durumu						
Çalışıyor	2	6.7	2	6.7	-	-
Çalışmıyor	28	93.3	28	93.3	30	100.0
Toplam	30	100.0	30	100.0	30	100.0
					$x^2=2.093$	$sd=2$ $p>0.05$
Sosyal Güvence						
Emekli Sandığı	14	46.6	3	10.0	-	-
Bağ-Kur	11	36.7	4	13.3	2	6.7
Yeşil Kart	5	16.7	23	76.7	28	93.3
Toplam	30	100.0	30	100.0	30	100.0
					$x^2=42.734$	$sd=2$ $p>0.05$
Annenin Hastane Deneyimi						
Var	19	63.3	16	53.3	11	36.7
Yok	11	36.7	14	46.7	19	63.3
Toplam	30	100.0	30	100.0	30	100.0
					$x^2=4.358$	$sd=2$ $p>0.05$
Annenin Operasyon Deneyimi						
Var	7	23.4	8	26.7	8	26.7
Yok	23	76.7	22	73.3	22	73.3
Toplam	30	100.0	30	100.0	30	100.0
					$x^2=21.511$	$sd=2$ $p<0.05$

Tablo 2. Kontrol grubunda annelerin ve çocukların ameliyattan 48 saat önce 24 saat önce ve 24 saat sonra durumluk kaygı puanları arasındaki ilişki

ANNELERDE DURUMLUK KAYGI				
ÇOCUKLARDA	48 saat önce	24 saat önce	24 saat sonra	
DURUMLUK KAYGI	r	r	r	p
48 saat önce	-,018			p>0.05
24 saat önce		-,293		p>0.05
24 saat sonra			,256	p>0.05

Kontrol grubunda annelerin ve çocukların durumluk kaygı puanları arasındaki, ilişki her üç zaman diliminde de istatistiksel olarak önemsiz ($p>0.05$) bulunmuştur .

Tablo 3. VCD grubunda annelerin ve çocukların ameliyattan 48 saat önce 24 saat önce ve 24 saat sonra durumluk kaygı puanları arasındaki ilişki

ANNELERDE DURUMLUK KAYGI				
ÇOCUKLARDA	48 saat önce	24 saat önce	24 saat sonra	
DURUMLUK KAYGI	r	r	r	p
48 saat önce	-,060			p>0.05
24 saat önce		,453		p<0.05
24 saat sonra			,332	p>0.05

VCD grubunda annelerin ve çocukların durumluk kaygı puanları arasındaki ilişki ameliyattan 48 saat önce ve 24 saat sonra istatistiksel olarak önemsiz ($p>0.05$) , ameliyattan 24 saat önce önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

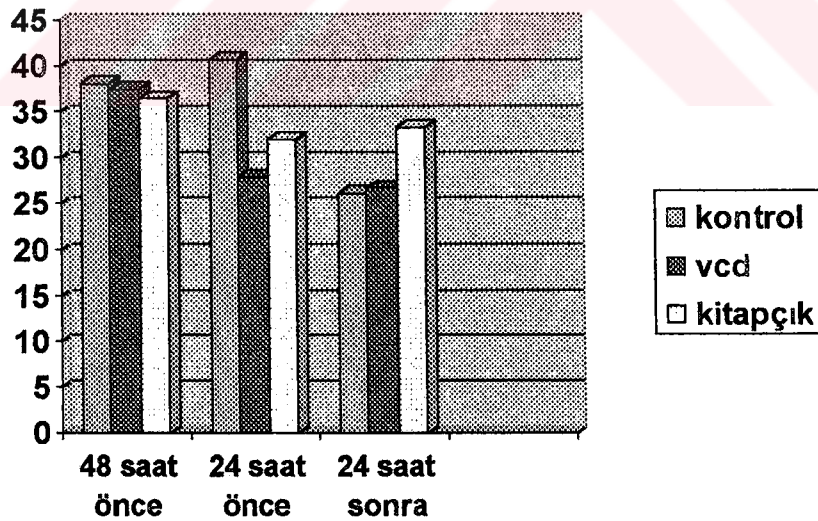
Tablo 4. Kitapçık grubunda annelerin ve çocukların ameliyattan 48 saat önce 24 saat önce ve 24 saat sonra durumluk kaygı puanları arasındaki ilişki

ANNELERDE DURUMLUK KAYGI				
ÇOCUKLARDA	48 saat önce	24 saat önce	24 saat sonra	
DURUMLUK KAYGI	r	r	r	p
48 saat önce	-,008			p>0.05
24 saat önce		,330		p>0.05
24 saat sonra			,020	p>0.05

Kitapçık grubunda annelerin ve çocukların durumluk kaygı puanları arasındaki ilişki her üç zaman diliminde de istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

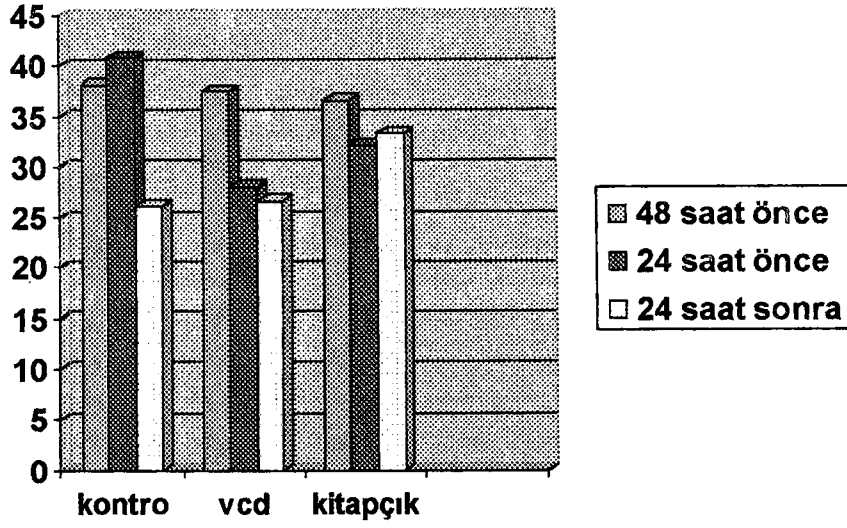
Tablo 5. Ameliyattan 48 saat önce, 24 saat önce ve 24 saat sonra kontrol ve eğitim gruplarındaki çocukların gruplar arası sürekli kaygı puan ortalamalarının karşılaştırılması

ÇOCUKLARDA SÜREKLİ KAYGI PUANI							
Ölçeklerin uygulanma zamanı	Kontrol Grubu n=30		VCD Grubu n=30		Kitapçık Grubu n=30		F p
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	
48 saat önce	38.10	7.86	37.43	4.53	36.53	4.25	F=,514 p>0.05
24 saat önce	40.77	6.48	28.00	5.11	32.07	4.78	F=42,065 P<0.001
24 saat sonra	26.17	4.40	26.70	4.62	33.30	6.70	F=16,611 P<0.001



Grafik 1. Çocukların ölçek uygulama zamanına göre gruplar arası sürekli kaygı puan ortalamaları

Gruplar arasında çocukların sürekli kaygı puan ortalaması ameliyattan 48 saat

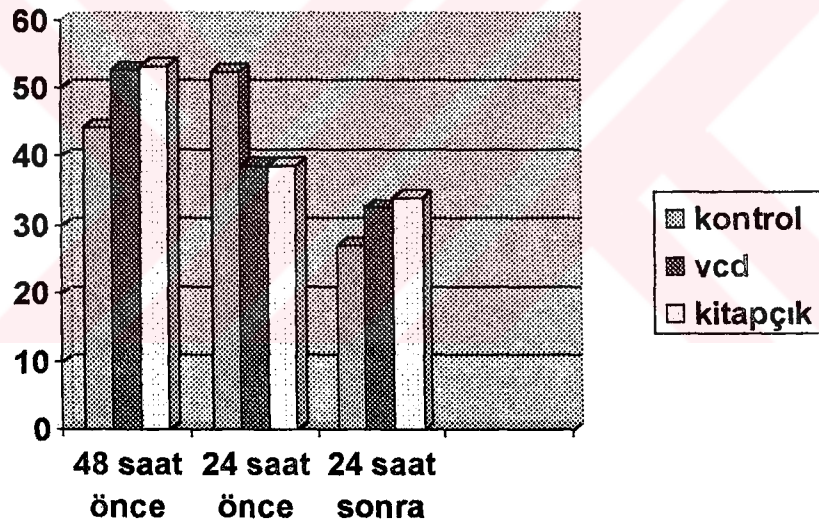


Grafik 2. Çocukların ölçek uygulama zamanına göre grup içi sürekli kaygı puan ortalamaları

Grup içinde çocukların sürekli kaygı puan ortalaması incelendiğinde; kontrol grubunda ameliyattan 48 saat önce 38.10 (SS=7.86), 24 saat önce 40.77(SS=6.48), ameliyattan 24 saat sonra 26.17 (SS=4.40) olarak saptanmıştır. VCD grubundaki çocukların sürekli kaygı puan ortalamaları ise ameliyattan 48 saat önce 37.43 (SS=4.53), 24 saat önce 28.00 (SS=5.11) ve ameliyattan 24 saat sonra 26.70 (SS=4.62) olarak belirlenmiştir. Kitapçık grubunda ameliyattan 48 saat önce 36.53 (SS=4.25), 24 saat önce 32.07 (SS=4.78), ameliyattan 24 saat sonra 33.30 (SS=6.70) olarak belirlenmiştir. Grup içinde zamana göre çocukların sürekli kaygı puan ortalamalarının karşılaştırılması her üç grupta da istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 6).

Tablo 7. Ameliyattan 48 saat önce, 24 saat önce ve 24 saat sonra kontrol ve eğitim gruplarındaki annelerin gruplar arası sürekli kaygı puan ortalamalarının karşılaştırılması

ANNELERDE SÜREKLİ KAYGI PUANI								
Ölçeklerin uygulanma zamanı	Kontrol Grubu n=30		VCD Grubu n=30		Kitapçık Grubu n=30			
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	F	p
48 saat önce	44.33	9.71	52.67	7.68	53.20	13.62	F=9.634 p<0.001	
24 saat önce	52.37	10.84	38.73	10.22	38.67	8.20	F=12.891 p<0.001	
24 saat sonra	27.07	7.09	32.53	11.53	34.07	8.57	F=22.053 p<0.001	



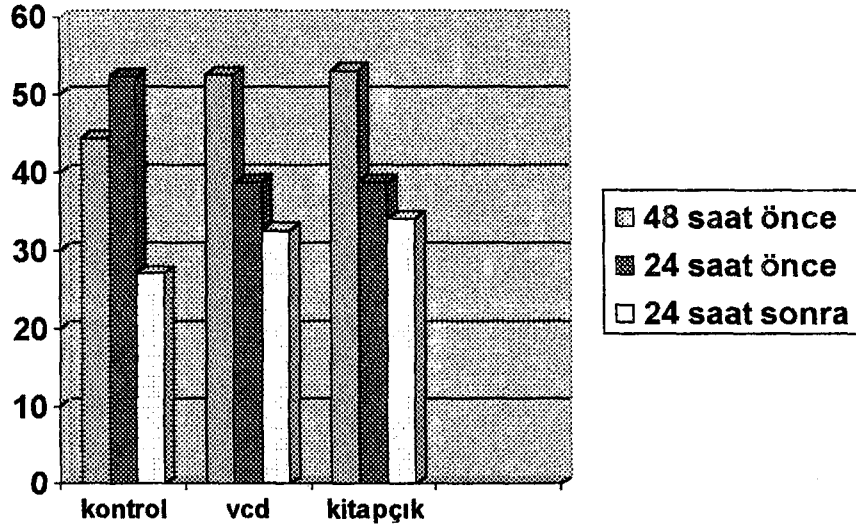
Grafik 3. Annelerin ölçek uygulama zamanına göre gruplar arası sürekli kaygı puan ortalamaları

Gruplar arasında annelerin sürekli kaygı puan ortalaması incelendiğinde; ameliyattan 48 saat önce; Kontrol grubunda 44.33 (SS=9.71), VCD grubunda 52.67 (SS=7.68), kitapçık grubunda 53.20 (SS=13.62) olarak tespit edilmiştir. Ameliyattan 24 saat önce annelerin sürekli kaygı puan ortalaması kontrol grubunda 52.37 (SS=10.84),

VCD grubunda 38.73 (SS=10.22), kitapçık grubunda 38.67 (SS=8.20) olarak tespit edilmiştir. Ameliyattan 24 saat sonra kontrol grubunda 27.07 (SS=7.09), VCD grubunda 32.53 (SS=11.53), kitapçık grubunda 34.07 (SS=8.57) olarak tespit edilmiştir. Ameliyattan 24 saat önce kitapçık, 24 saat sonra Vcd grubu lehine gruplar arasındaki fark her üç zaman diliminde istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 7).

Tablo 8. Kontrol ve eğitim gruplarındaki annelerin ameliyattan 48 saat önce, 24 saat önce ve 24 saat sonra grup içi sürekli kaygı puan ortalamalarının karşılaştırılması

ANNELERDE SÜREKLİ KAYGI PUANI							
Anneler	48 saat önce			24 saat önce		24 saat sonra	
	N	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Kontrol Grubu	30	44.33	9.71	52.37	10.84	27.07	7.09
Mauchly's W=,977 sd=2 p>0.05							
VCD Grubu	30	52.67	7.68	38.73	10.22	32.53	11.53
Mauchly's W=,958 sd=2 p>0.05							
Kitapçık Grubu	30	53.20	13.62	38.67	8.20	34.07	8.57
Mauchly's W=,948 sd=2 p<0.05							



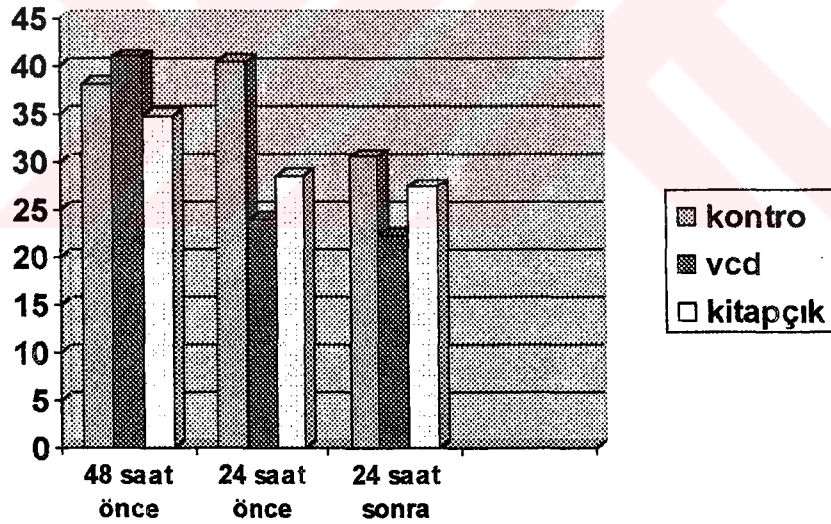
Grafik 4. Annelerin ölçek uygulama zamanına göre grup içi sürekli kaygı puan ortalamaları

Grup içinde annelerin sürekli kaygı puan ortalaması kontrol grubunda ameliyattan 48 saat önce 44.33 (SS=9.71), 24 saat önce 52.37 (SS=10.84), ameliyattan 24 saat sonra 27.07 (SS=7.09) olarak saptanmıştır. VCD grubunda ise; ameliyattan 48 saat önce 52.67 (SS=7.68), 24 saat önce 38.73 (SS=10.22), 24 saat sonra 32.53 (SS=11.53) olarak belirlenmiştir.

Kitapçık grubundaki annelerin grup içinde sürekli kaygı puan ortalamaları ise; ameliyattan 48 saat önce 53.20 (SS=13.62), 24 saat önce 38.67 (SS=8.20), ameliyattan 24 saat sonra 34.07 (SS=8.57) olarak belirlenmiştir. Grup içinde zamana göre annelerin sürekli kaygı puan ortalamalarının karşılaştırılması, kitapçık grubunda önemli ($p < 0.05$) diğer iki grupta ise istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$) (Tablo 8).

Tablo 9. Ameliyattan 48 saat önce, 24 saat önce ve 24 saat sonra kontrol ve eğitim gruplarındaki çocukların gruplar arası durumluk kaygı puan ortalamalarının karşılaştırılması

ÇOCUKLARDA DURUMLUK KAYGI PUANI								
Ölçeklerin uygulanma zamanı	Kontrol Grubu n=30		VCD Grubu n=30		Kitapçık Grubu n=30			
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	F	p
48 saat önce	38.02	5.94	40.90	3.31	34.70	5.07	F=15.010 p<0.005	
24 saat önce	40.93	4.85	23.81	2.96	28.60	3.92	F=147.445 p<0.001	
24 saat sonra	30.79	7.02	22.20	1.18	27.40	3.94	F=26.060 p<0.001	

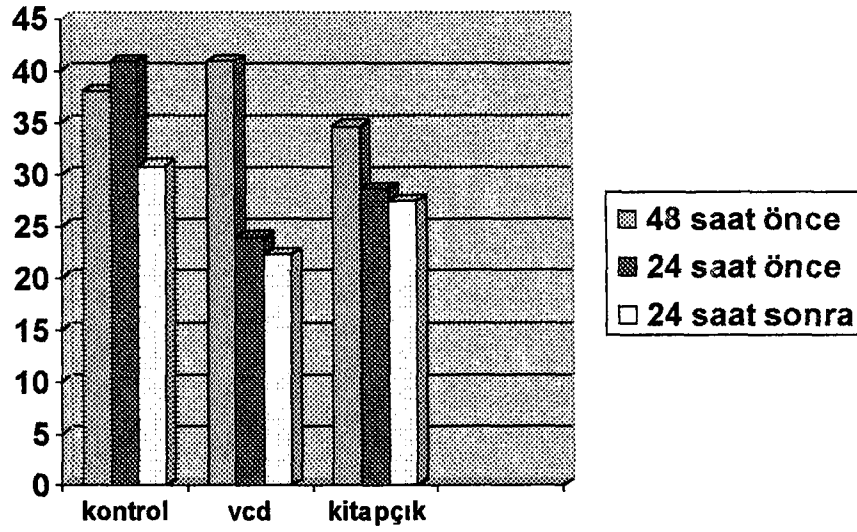


Grafik 5. Çocukların ölçek uygulama zamanına göre gruplar arası durumluk kaygı puan ortalamaları

Çocukların durumluk kaygı puan ortalamasının gruplar arasında incelenmesinde; ameliyattan 48 saat önce kontrol grubunda 38.02 (SS=5.94), VCD grubunda 40.90

Tablo 10. Kontrol ve eğitim gruplarındaki çocukların ameliyattan 48 saat önce, 24 saat önce ve 24 saat sonra grup içi durumluk kaygı puan ortalamalarının karşılaştırılması

ÇOCUKLARDA DURUMLUK KAYGI PUANI							
Çocuklar	48 saat önce			24 saat önce		24 saat sonra	
	N	X	SS	X	SS	X	SS
Kontrol Grubu	30	38.13	5.85	40.37	5.68	30.50	7.08
Mauchly's W=,798 sd=2 p<0.05							
VCD Grubu	30	40.93	3.36	23.93	2.92	22.23	1.19
Mauchly's W=,865 sd=2 p<0.01							
Kitapçık Grubu	30	34.70	3.65	28.60	3.92	27.40	3.94
Mauchly's W=,923 sd=2 p>0.05							

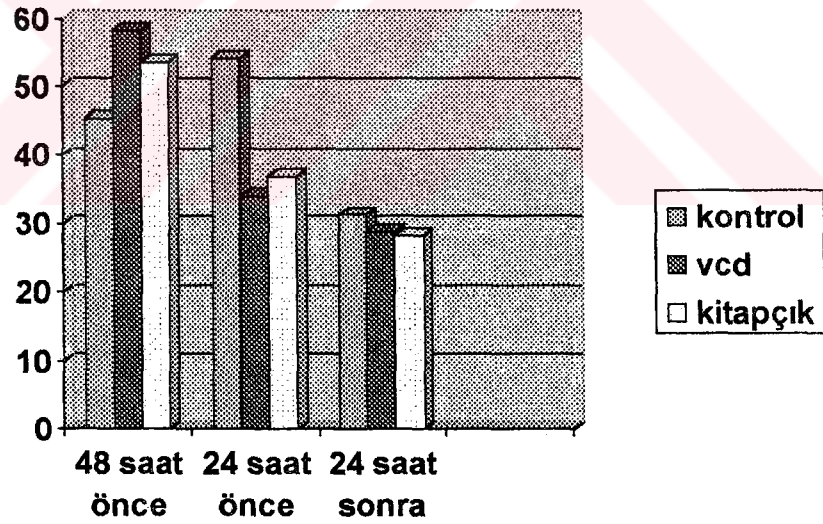


Grafik 6. Çocukların ölçek uygulama zamanına göre grup içi durumluluk kaygı puan ortalamaları

Çocuklarda durumluk kaygı puan ortalaması grup içinde incelendiğinde; kontrol grubundaki çocukların kaygı puan ortalamaları ameliyattan 48 saat önce 38.13 (SS=5.85), 24 saat önce 40.37(SS=5.68), 24 saat sonra 30.50 (SS=7.08) olarak saptanmıştır. VCD grubunda ise; ameliyattan 48 saat önce 40.93 (SS=3.36), 24 saat önce 23.93 (SS=2.92), 24 saat sonra 22.23 (SS=1.19) olarak belirlenmiştir. Kitapçık grubundaki çocukların grup içi durumluluk kaygı puan ortalamaları ameliyattan 48 saat önce 34.70 (SS=3.65), 24 saat önce 28.60 (SS=3.92), ameliyattan 24 saat sonra 27.40 (SS=3.94) olarak belirlenmiştir. Grup içinde zamana göre çocukların durumluk kaygı puan ortalamalarının karşılaştırılması, kontrol ($p<0.05$) ve VCD grubundaki çocuklarda ($p<0.01$) istatistiksel olarak önemli, kitapçık grubunda ise önemsiz bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 10).

Tablo 11. Ameliyattan 48 saat önce, 24 saat önce ve 24 saat sonra kontrol ve eğitim gruplarındaki annelerin gruplar arası durumluk kaygı puan ortalamalarının karşılaştırılması

ANNELERDE DURUMLUK KAYGI PUANI								
Ölçeklerin uygulanma zamanı	Kontrol Grubu n=30		VCD Grubu n=30		Kitapçık Grubu n=30			
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	F	p
48 saat önce	45.33	10.39	58.27	7.49	53.60	13.62	F=10.937 p<0.001	
24 saat önce	54.23	7.03	34.07	7.80	36.93	8.42	F=85.152 p<0.001	
24 saat sonra	31.33	9.97	28.93	5.85	28.20	4.80	F=1.542 p>0.05	



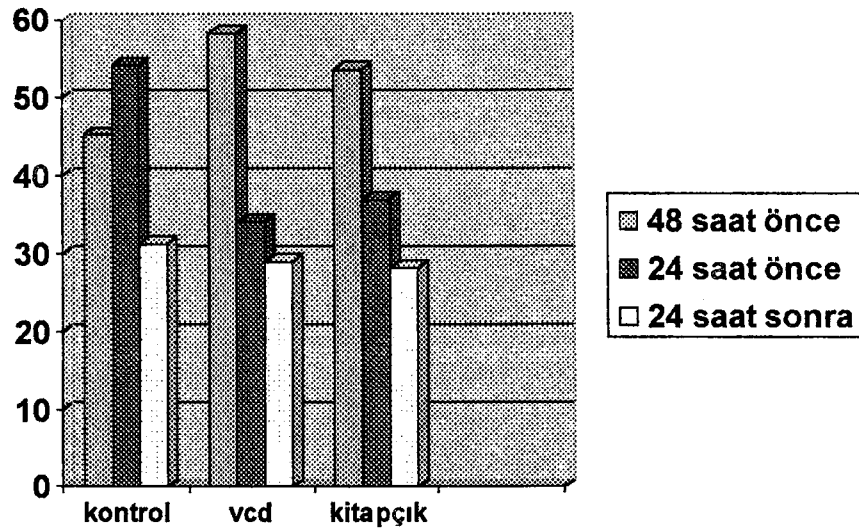
Grafik 7. Annelerde ölçek uygulama zamanına göre gruplar arası durumluk kaygı puan ortalamaları

Annelerde gruplar arası durumluk kaygı puan ortalaması ameliyattan 48 saat önce; Kontrol grubunda 45.33 (SS=10.39), VCD grubunda 58.27 (SS=7.49), kitapçık

grubunda 53.60 (SS=13.62) olarak tespit edilmiştir. Annelerin durumluk kaygı puan ortalaması gruplar arasında ameliyattan 24 saat önce kontrol grubunda 54.23 (SS=7.03), VCD grubunda 34.07 (SS=7.80), kitapçık grubunda 36.93(SS=8.42) olarak tespit edilmiştir. Ameliyattan 24 saat sonra kontrol grubunda 31.33 (SS=9.97), VCD grubunda 28.93 (SS=5.85), kitapçık grubunda 28.20 (SS=4.80) olarak tespit edilmiştir. Gruplar arasındaki fark ameliyattan 48 saat ve 24 saat önce önemli ($p<0.001$), ameliyattan 24 saat sonra ise istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 11).

Tablo 12. Kontrol ve eğitim gruplarındaki annelerin ameliyattan 48 saat önce, 24 saat önce ve 24 saat sonra grup içinde durumluk kaygı puan ortalamalarının karşılaştırılması

ANNELERDE DURUMLUK KAYGI PUANI							
Anneler	48 saat önce			24 saat önce		24 saat sonra	
	N	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Kontrol Grubu	30	45.33	10.39	54.23	7.03	31.33	9.97
Mauchly's W=,914 sd=2 p>0.05							
VCD Grubu	30	58.27	7.49	34.07	7.80	28.93	5.85
Mauchly's W=,901 sd=2 p<0.01							
Kitapçık Grubu	30	53.60	13.62	36.93	8.42	28.20	4.80
Mauchly's W=,268 sd=2 p<0.01							



Grafik 8. Annelerin ölçek uygulama zamanına göre grup içi durumluluk kaygı puan ortalamaları

Annelerin durumluk kaygı puan ortalaması grup içinde incelendiğinde kontrol grubundaki annelerin ameliyattan 48 saat öncesi durumluk kaygı puan ortalamaları 45.33 (SS=10.39), 24 saat öncesi 54.23(SS=7.03) 24 saat sonrası 31.33 (SS=9.97) olarak saptanmıştır. VCD grubundaki annelerin durumluk kaygı puan ortalamaları ameliyattan 48 saat öncesi 58.27 (SS=7.49), 24 saat öncesi 34.07 (SS=7.80), ameliyattan 24 saat sonra 28.93 (SS=5.85) olarak belirlenmiştir. Kitapçık grubunda ise; annelerin durumluk kaygı puan ortalamaları grup içinde ameliyattan 48 saat önce 53.60 (SS=13.62), 24 saat önce 36.93 (SS=8.42), ameliyattan 24 saat sonra 28.20 (SS=4.80) olarak belirlenmiştir. Grup içinde zamana göre annelerin durumluk kaygı puan ortalamaları VCD ve kitapçık grubunda önemli olduğu tespit edilmiştir($p<0.01$) (Tablo 12).

5.TARTIŞMA

Kişinin sağlığını sürdürme ve yükseltmesinde, hastalık durumlarında başetme mekanizmalarının aktif hale dönüştürmesinde hemşirenin eğitici rolü büyük önem taşımaktadır.⁷¹ Hemşire; hasta ve ailesinin eğitimle ilgili gereksinimlerini saptayarak bireylere kapsamlı bir şekilde bilgi sağlayıp eğitim yapan uzman rolündedir.⁷²

Çalışma batın ameliyatı (inguinal herni) endikasyonu konulan çocuklara ve annelerine farklı iki yöntemle verilecek planlı eğitimin annelerin ve çocukların durumluk-sürekli kaygı düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yarı deneysel olarak planlanmış ve yapılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan çocukların %72.2' sini erkek çocuklar oluşturmaktadır. Her üç grubun cinsiyete göre karşılaştırılmasında, istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür ($\chi^2=1.440$, $p<0.05$) (Tablo 1). Bu bulgu inguinal hernilerin özellikle erkek çocuklarda daha sık görüldüğünü bildiren literatür bilgisiyle desteklenmektedir.^{3,73,74}

Çalışmada kontrol grubundaki annelerin 7'sinin (%23.4), VCD ve kitapçık grubundaki annelerin 8'inin (%26.7) operasyon deneyimi olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($\chi^2= 21.511$, $p<0.05$) (Tablo 1).

Çalışmanın sonunda çocuğun cinsiyeti ve annenin operasyon deneyimi dışında her üç grubun yaş, çocuğun hastane deneyimi, çocuğun operasyon deneyimi, yaşanan yer, annenin yaşı, annenin eğitimi, annenin çalışma durumu, sosyal güvence ve annenin hastane deneyimi özelliklerinin benzer olduğu bulunmuştur. Çocukların özelliklerinin benzer olması gruplarda homojenliği sağlanması açısından istenen bir

durumdur.Çocukların cinsiyetinin ve annelerin operasyon deneyimleri arasında fark olmakla birlikte yapılan çalışmalarda çocuğun cinsiyetinin^{66,75} ve annenin operasyon deneyiminin⁶⁵ çocuğun ve annenin kaygı düzeyine etkisi olmadığı tespit edilmiştir.

Çelebioğlu'nun⁷⁶ yapmış olduğu çalışmada çocukların cinsiyetlerinin annelerin durumluk kaygı düzeyi ile ilişkisi önemsiz bulunmuştur.

Özusta'nın⁶⁶ yapmış olduğu çalışmada çocuklarda cinsiyet farklarında anlamlılık tespit edilmemiştir.

Corah⁷⁷ cinsiyetin dental kaygı düzeyinde etkili olduğunu açıklamıştır.

Öner'in⁶⁵ yaptığı çalışmada ameliyat için daha önce hastaneye yatmış bireylerin kaygı düzeyleri bu tür deneyimi olmayanlara göre düşük bulunmuştur.

Araştırma sorusu olarak belirlenen "Annelerin kaygı düzeyleri ile çocukların kaygı düzeyleri arasında bir ilişki var mı?" sorusuna yanıt aranmıştır. Sürekli kaygı çok hızlı değişim göstermediğinden durumluk kaygı ise anlık olaylarla ilgili olduğundan⁷⁸ anne ve çocuğun sürekli kaygı düzeyleri arasındaki ilişki incelenmemiştir. Annelerin ve çocukların durumluk kaygı ölçeği puanları arasındaki korelasyon incelendiğinde; kontrol ve kitapçık grubunda ameliyattan 48 saat önce , 24 saat önce ve 24 saat sonra çocukların ve annelerin durumluk kaygı ölçeği puanları arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır (Tablo 2, 4).

VCD grubunda ise ameliyattan 48 saat önce ve 24 saat sonra annelerin ve çocukların durumluk kaygı düzeyleri arasında bir ilişki olmadığı, ancak ameliyattan 24 saat önce VCD grubunda annelerin ve çocukların durumluk kaygı ölçeği arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu (.455 p<0.05) bulunmuştur (Tablo 3). VCD grubunda ameliyattan 24 saat önce hem çocukların hem de annelerin durumluk kaygı düzeylerinin (Tablo 9,10,11,12) düşmüş olması da VCD grubunda anne ve

çocukların pozitif yönde birbirlerini etkilediğini göstermektedir. Bu sonuç VCD ile yapılan eğitimin anne ve çocukların durumluk kaygı düzeylerinin azalmasında etkili olduğunu göstermektedir. Araştırma sorusuna anne ve çocukların durumluk kaygı düzeyleri birbirlerini orta düzeyde etkiler şeklinde cevap verilebilir. Bu sonuç, yalnızca bu yaş grubu çocuklara yönelik operasyon öncesi verilecek eğitimlerde görsel işitsel araçların önemine işaret etmektedir. Hemşirelere bu yaş grubu çocuklara ameliyat öncesi dönemde anne ve çocuğun kaygı durumlarının birbirlerini etkileyeceğini düşünerek, yapacakları tüm bakım ve eğitim faaliyetlerine anneleri de dahil etmeleri gerektiğini söyleyebiliriz.

Çocukların eğitim öncesi, bir başka anlatımla ameliyattan 48 saat önce sürekli kaygı düzeyleri her üç grupta da benzer bulunmuştur (Tablo 5,6) (Grafik1,2). Diğer taraftan çocukların durumluk, annelerin durumluk ve sürekli kaygıları eğitim öncesinde farklı bulunmuştur. Annelerin durumluk sürekli kaygı puanları arasında fark olmakla birlikte STAI'nın (kaygı envanteri) kesme noktaları dikkate alındığında⁶⁵ her üç grubun da başlangıçta orta düzeyde kaygı yaşadığı söylenebilir. Çocuklarda durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri için bir kesme noktası olmamakla birlikte bulguların incelenmesi sonucunda (Tablo 5,6 9,10), annelere benzer şekilde orta düzeyde kaygı yaşadıkları saptanmıştır.

Eğitim yapıldıktan sonra, bir diğer anlatımla ameliyattan 24 saat önce ve 24 saat sonra çocukların her üç grubunun kendi içinde sürekli kaygı düzeylerinde düşme olmakla birlikte, bu düşüş istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 6)(Grafik 2). Daha önce ifade edildiği gibi sürekli kaygı çok hızlı değişim göstermediğinden eğitimin sürekli kaygı düzeyine etkisi olmadığı literatürde de ifade edilmektedir.⁷⁸

Annelerde başlangıçta (ameliyattan 48 saat önce) kitapçık grubunda sürekli kaygı puan ortalamasının gruplar arasında diğer gruplardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo7).

Kitapçık ve VCD grubundaki annelerin grup içinde sürekli kaygı düzeylerinde ameliyattan 24 saat önce ve 24 saat sonra düşme saptanmıştır (Tablo 8). Grup içinde kontrol ve VCD grubundaki annelerin zamana göre sürekli kaygı puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Kitapçık grubundaki annelerde ise sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Çocukların durumluk kaygı puanı başlangıçta (ameliyattan 48 saat önce) VCD grubunda en yüksek iken kitapçık grubunda en düşük bulunmuştur (Tablo10). Ameliyattan 24 saat önce kontrol grubunda kaygı puanları artarken VCD ve kitapçık grubunda düşmüştür. VCD grubunda ameliyattan 24 saat önce ve 24 saat sonra kaygı puanları diğer gruplara göre daha çok düşme göstermiştir (Tablo 9). Bu bulgu kitapçık ve VCD ile yapılan eğitimin çocukların durumluk kaygı düzeylerini azalttığı ve en etkili eğitimin VCD ile yapılan eğitim olduğunu göstermektedir. Sonuçlar, preoperatif dönemde planlı eğitim verilen VCD grubu ve eğitim kitapçığı grubundaki çocukların durumluk kaygısı eğitim verilmeyene göre daha düşüktür (hipotez 2) ve VCD ile yapılan eğitim, kitapçık ile yapılan eğitimden daha etkilidir (hipotez 3) hipotezlerini doğrulamaktadır. Video modelli eğitimin hem işitme, hem de görme duyusuna hitap ettiği için çocukların kaygı düzeylerinin azaltılmasında daha etkili olduğu söylenebilir.

Literatürde⁸⁰ zaman sabit tutulmak üzere insanların; okuduklarının %10'unu, işittiklerinin %20'sini, gördüklerinin %30'unu, hem görüp hem işittiklerinin %50'sini hatırladıkları belirtilmektedir.

Melamed ve Siegel⁸¹ yapmış oldukları çalışmada, video modellenli eğitim verilen çocukların video modellenli eğitim verilmeyen çocuklardan daha az kaygı gösterdiklerini belirtmişlerdir.

Luck ve arkadaşları⁸² kolonoskopi öncesi video modellenli verilen eğitimin hastalarda kaygı ve bilgi düzeyine etkisini incelemiş ve sonuçta kaygı puan ortalaması video modellenli eğitim verilen hastalarda 41.6 (37.1- 46.1) video modellenli eğitim verilmeyen hastalarda 60.8 (56.6-65.0) bulmuşlardır.

Hermann ve Kreuser⁸³ yaptıkları bir araştırmada, koroner anjiyografi öncesi VCD izletilen hastaların kaygı puan ortalamalarının diğer eğitim gruplarından daha düşük düzeyde olduğunu saptamışlardır.

Bu araştırmada elde edilen bulgular görsel araçlarla yapılan eğitimin daha etkin olduğunu gösteren çalışma sonuçları ile aynı doğrultudadır.^{80,81-83}

Kontrol grubundaki çocuklarda ve annelerde (grup içinde) ameliyattan 24 saat önce durumluk kaygının daha da yükseldiği ancak ameliyat sonrası dönemde azaldığı saptanmıştır. (Tablo 10,12)(Grafik6,8). Bu bulgu hipotez 1'i desteklemektedir. Eğitim verilmeyen grupta ameliyat öncesi kaygının arttığı ve ameliyat sonrası dönemde ise kaygının azaldığı literatürde belirtilmektedir⁶⁶. Kontrol grubundaki çocukların ve annelerin ameliyattan 24 saat sonra durumluk kaygı düzeylerinin azalmış olması stres yaratan faktörün ortadan kalkmış olmasının (ameliyatın bitmiş olmasının) verdiği rahatlıkla açıklanabilir.

Kain ve arkadaşlarının⁸⁴ yapmış oldukları çalışmada da çocuklarda ameliyat öncesi kaygının arttığı bildirilmiştir Yapılan çalışmalarda da çocuğu ameliyat olacak olan annelerin ameliyat öncesi durumluk kaygı düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmiştir .^{85,86}

Aksoy⁹ ve Pektekin'in⁸⁷ yaptıkları çalışmada, bireylerde hastaneye yatma ve ameliyat endikasyonunun stres yaratan bir durum olduğu ve kaygı oluşturduğu belirlenmiştir. Tourigny⁸⁸ çalışmasında, ameliyat endikasyonunun çocuklarda ve annelerinde kaygı oluşturduğunu saptanmıştır.

Dolgun ve arkadaşlarının⁸⁹ yaptıkları çalışmada, yoğun bakım ünitesinde çocuğu yatan annelerin durumluk kaygı puanı (52.00±15.48) orta düzeyde bulunduğu bildirilmiştir.

VCD ve kitapçık ile verilen eğitim sonucu annelerin durumluk kaygı puan ortalamasında düşme sağlanmış ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur (p<0.01) (Tablo 12). Bu sonuçlar hipotez 1 ve hipotez 2'yi desteklemektedir. Gruplar arasında ise en fazla VCD grubunda kaygı düzeylerinde azalma olduğu tespit edilmiştir (Tablo 11). Bu bulgu hipotez 3'ü desteklemektedir. Gruplara verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirildiği bir çalışmada en etkin eğitim yönteminin görsel işitsel araçlarla yapılan eğitim olduğu saptanmıştır⁹⁰. Çalışma sonucunda, VCD ile yapılan eğitimin kitapçık ile yapılan eğitimden daha üst düzeyde iletişim ve etkileşim taşıdığı sonucu çıkarılabilir.

Annelerin ameliyat öncesinde eğitime gereksinim duydukları yapılan çalışmalarda da tespit edilmiştir. Erdoğan ve Savaşer⁹¹ çocuğu ameliyat olan annelerin bilgilendirilme durumu adlı çalışmalarında; annelerin hastane, hastalık ve ameliyata ilişkin bilgilerinin yeterli olmadığını ve bu konuda beklenti içinde olduklarını belirtmişlerdir.

Robinson⁹² , Macker⁹³ ve Şenses 'in⁹⁴ yapmış oldukları çalışmada anneye verilen eğitimin kaygı düzeyini azaltıcı etkisi olduğu saptanmıştır. Çalışma sonuçları bu bulgularla paralellik göstermektedir.

Çalışma sonucunda çocuklarda VCD ile annelerde ise hem kitapçık hem de VCD yapılan eğitimin daha etkin olduğu tespit edilmiştir. Hemşireler, çocukların ve annelerin kaygı düzeylerini azaltmada oldukça etkili olduğu belirlenen planlı eğitim yöntemlerini kullanmalıdır. Bu nedenle hemşirelerin çocuklarda VCD , annelerde hem VCD hem de kitapçık yöntemi ile eğitim de daha başarılı olabilecekleri düşünülebilir.



6-SONUÇ VE ÖNERİLER

Atatürk Üniversitesi Yakutiye Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahi kliniğinde yatan çocuk hastalar ve annelerine verilen farklı eğitim yöntemlerinin, çocuk ve annelerin kaygı düzeylerine etkisini belirlemek amacı ile 30'u kontrol, 30'u VCD ve 30'u kitapçık grubu olmak üzere toplam 90 çocuk ve annesinde yapılan araştırmanın sonuçları şöyle sıralanabilir;

Çocukların yaş ortalamaları kontrol grubunda 10.43 ± 1.17 , VCD ve kitapçık grubunda 10.40 ± 1.16 'dır. Araştırma kapsamına alınan çocukların %72.2' sini erkek çocuklar oluşturmaktadır

Kontrol grubundaki çocukların %56.7'si, VCD grubundaki çocukların %60'ı ve kitapçık grubundaki çocukların %20'sinin hastane deneyimi olduğu tespit edilmiştir. Hasta çocukların kontrol grubunda %30'unun, VCD grubunda %40'ının ve kitapçık grubunda %20'sinin operasyon deneyimi bulunmaktadır.

Her üç grupta da çocukların yarısından fazlasının Erzurum merkezde yaşadığı, ailelerin tamamının sosyal güvencelerinin olduğu ve annelerin büyük bir bölümünün ev hanımı ve ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubundaki annelerin %23.4'ünün, VCD ve kitapçık grubunda %26.7'sinin operasyon deneyimi olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmanın sonunda çocuğun cinsiyeti ve annenin operasyon deneyimi dışında her üç grubun tüm özelliklerinin benzer olduğu bulunmuştur.

Annelerin ve çocukların durumluk kaygı düzeylerinin birbirlerini kontrol ve kitapçık grubunda etkilemediği VCD grubunda ise ameliyattan 24 saat önce annelerin

ve çocukların durumluk kaygı puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır. (Tablo 2,3,4)

Annelerde sadece kitapçık grubunda zamana göre grup içi sürekli kaygı puan ortalaması arasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulunurken ($p<0.05$), çocuklarda her üç grupta da istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 6,8).

Kontrol grubundaki çocuklarda ve annelerde ameliyattan 24 saat önce durumluk kaygının yükseldiği ancak ameliyat sonrası dönemde azaldığı saptanmıştır

Çocukların durumluk kaygı puanı başlangıçta VCD grubunda en yüksek iken kitapçık grubunda en düşük bulunmuştur. Ameliyattan 24 saat önce kontrol grubunda çocukların kaygı puanları artarken VCD ve kitapçık grubunda düşmüştür (Tablo 9) .

VCD ve kitapçık ile verilen eğitim sonucu annelerin durumluk kaygı puan ortalamasında düşme sağlanmış ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.01$) (Tablo 12). Çalışma sonucunda çocuklarda VCD ile annelerde ise hem kitapçık hem de VCD yapılan eğitimin daha etkin olduğu tespit edilmiştir. Bulgular hipotez 1, 2 ve 3'ü desteklemektedir.

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar ve deneyimler ışığı altında konu ile ilgili olarak hemşireler ve araştırmacılar için şu önerilerde bulunulabilir;

- * Hastanelerin çoğunda bazen hiç yapılmamakla birlikte, bir kısmında plansız şekilde yapılan ameliyat öncesi eğitimin, sistemli planlı olarak hemşirelik uygulamalarının arasında yerini alması,
- * Eğitim yöntemi olarak etkileşim ve iletişim olanağı daha yüksek olan (göze ve kulağa hitap eden) eğitim tekniklerinin kullanılması,

- * Çocukların ve annelerin kaygı düzeylerini azaltmada oldukça etkili olduğu belirlenen planlı eğitimin çalışmanın yapıldığı hastanenin diğer kliniklerinde de uygulamaya geçirilmesi amacı ile girişimlerde bulunulması,
- * Değişik cerrahi hasta grupları ve daha büyük örneklem kullanılarak yeni araştırmaların yapılması,
- * Ameliyat öncesi eğitim programlarının yöneticiler tarafından desteklenmesi, eğitim programlarının geliştirilmesi, zenginleştirilmesi, mali yönden desteklenmesi
- * Hemşirelerin annelerde ve çocuklarda eğitim yöntemi olarak kitapçık ve VCD'yi kullanması, ellerindeki imkanlar dahilinde özellikle çocuklarda VCD ile yapılan eğitimi tercih etmesi
- * Destekleyici hemşirelik girişimleri ile annelerin ve çocukların kaygı düzeylerini azaltabilecekleri görüşünden hareketle hizmet içi eğitim programları ile hemşirelere bu konuların öğretilmesi ve öneminin kavratılması,
- * Hasta çocuğun ailesi ile birlikte bir bütün olarak ele alınması, ameliyat öncesi hazırlık ve eğitim aktivitelerine birlikte katılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Neyzi O. Ertuğrul, T. Mide ve Bağırsak Hastalıkları: Pediatri 2.Cilt. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 1993.
2. Kopur P, Caty MG. Glick PL. Pediatric hernias and hydroceles. Pediatric Clin. North Am. 1998; 45:773-789.
3. Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği Cilt-1. Ankara: Bizim Büro Basımevi Tesisleri, 1997.
4. Jackson DB, Sounders RB. Child Health Nursing, J.B. Lipincott Company, Newyork,1993.
5. Birol L. Sağlık Kavramı: Hemşirelik Süreci, 3.Baskı, Etki Matbaası, İzmir 1997;14-15.
6. Okyanus ÜH. Sağlık Psikolojisi. Ankara, 1996.
7. Cengiz G. Hastanın hastaneye yatışı ve hemşire. Türk Hemşireler Dergisi 1980; 1:44-47.
8. Bilir Ş, Dönmez BN. Çocuk ve Hastane. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Eğitim Bölümü. Ayyıldız Matbaası A.Ş., 1987.
9. Aksoy G. Ameliyat öncesi ve sonrası hasta bakımında psiko-sosyal faktörlerin rolü ve hemşirelik hizmetlerinin yeri. Hemşirelik Bülteni. 1983; 13: 31-35.
10. Gökdoğan F. Babadağ K. Endoskopi öncesi hastalarda oluşan anksiyete ye eğitim etkilerinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi. Hemşirelik Bülteni 1990; 4(18): 29-35.
11. Schwartz B. Client-Nurse interactions testing for its impact preoperative instruction. International Journal of Nursing Studies 1994; 31(1): 23-35.

12. Joseph K. Client's perceptions of involuntary hospitalisation. *Journal of Psychosocial Nursing* 1994; 32(6): 28-32.
13. Ramsay MAE. A survey of preoperative fear. *Anesthesia*. 1972; 27(4): 397-401.
14. Baykara A, Güvenir T. Hastalık ve hastaneye yatışın çocuk üzerine etkisi. In Aysel Ekşi, ed. *Ben Hasta Değilim*. İzmir; Nobel Tıp Kitap Evleri, Tayf Ofset Savaş Ciltevi 1999; 374-378.
15. Gökalp PG. Yaygın anksiyete bozukluğu. *Anksiyete Bozuklukları*. Ankara Çizgi Tıp Yayınevi, 2000.
16. Çelik A, Özbey H. Çocuklarda ameliyatların psiko-sosyal etkileri. In Aysel Ekşi, ed. *Ben Hasta Değilim*. İzmir; Nobel Tıp Kitap Evleri, Tayf Ofset Savaş Ciltevi 1999; 379- 381.
17. Devin EC, Cook TD. A meta-analytic analysis of effects of psycho educational interventions on length of post surgical hospital stay. *Nursing Research* 1983; 32(5): 267-273.
18. Carr ECJ. Postoperative pain: Patients' expectations and experiences. *Journal of Advanced Nursing* 1990; 15: 80-100.
19. Cupples A. Effect of timing and reinforcement of preoperative education on knowledge and recovery of patients having CABG surgery. *Heart Lung* 1991; 20(6); 654-660.
20. Gillis C. A randomised clinical trial of nursing care for recovery from cardiac surgery. *Heart Lung* 1993; 22(2): 125-133.
21. Lukkarinen H. Quality of life in coronary artery disease. *Nursing Research*, 1998; 47(6): 337-342.

22. Salman P. Reduction of anxiety in surgical patients. *International J. Study*, 1993; 30(4): 285-288.
23. Bölükbaşı N. Ameliyat olacak hastaların hemşirelerden beklentileri. *Hemşirelik Bülteni* 1991; 20: 81-86.
24. Chartier L, Coutu-Nakulczyk G. Families in ICV: Their needs and anxiety level. *Intensive Care Nursing* 1989; 5: 11-18.
25. Davenport Y. The waiting period prior to cardiac surgery when complicated by sudden cancellation. *Intensive Critical Care Nursing* 1991; 7: 105-113.
26. Lindsay P, Sherrard H, Bickerton L. Educational and support needs of patients and their families awaiting cardiac surgery. *Heart Lung* 1997; 458-464.
27. Yıldız Z. Açık kalp ameliyatı olacak hastaların bilgi gereksinimine ilişkin bir çalışma. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 1994.
28. Lepczyk M. Timing of preoperative patient teaching. *Journal of Advanced Nursing* 1990; 15: 300-306.
29. Miner D. Preoperative Outpatient Education in the 1990; 21(12): 37-39.
30. Kavaklı A. Çocukluk Yaşlarında Büyüme ve Gelişme. İstanbul 1992; 82-88.
31. Yavuzer A. Çocuk Psikolojisi. İstanbul: Evrim Matbacılık Ltd. Şti. 1998, 29-216
32. Yörükoğlu A. Çocuk ruh sağlığı ve gelişimi. In Aysel Ekşi, ed. Ben Hasta Değilim. İzmir: Nobel Kitapevleri, Tayf Ofset Savaş Ciltevi 1999, 45-49.
33. Binbaşoğlu C. Gelişim Psikolojisi. Ankara: Kadioğlu Matbaası, 5.Basım 1990; 28-55.
34. Şahinkaya R. Çocuk Psikolojisi, Ankara: A.Ü. Basımevi 1965; 6-16.

35. Wolf S. Problem Çocuklar ve Tedavi. İstanbul: Say. Kitap Pazarlama, 1. Baskı, 1986; 15-239.
36. Magnusson B.O. A systematic approach. Pedodontics, Copenhagen 1981; 49-63.
37. Erdil F. Ameliyat öncesi hemşirelik bakımı. In Erdil F, Özhan Elbaş N ed. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği 2.Baskı. Ankara: 72 Tasarım-Ofset Ltd. Şti.,1997; 123-136.
38. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. İstanbul: Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayınları, 1992.
39. Şenocak ME. Çocuklarda karın duvarı hernileri. Türkiye Klinikleri. 1999;4;3 (çevrimiçi www.turkiye-klinikleri.com/periyodik_dergiler.asp?islem=sayi&sayi=187), 2003
40. Tanyel C. Çocuklarda inguinal herni ve hidrosel. Hacettepe Tıp Dergisi 2000; 31(1): 4-10.
41. Gökşen Y. Sökücü N. Çocuk Cerrahisi. In Değerli Ü, ed. Genel Cerrahi. İzmir; Nobel Tıp Kitapevi 4.Baskı, 1990; 243-299.
42. Jackson DB. Saunders RB. Child Health Nursing. JB. Lippincott Company, Newyork 1993.
43. Büyükpamukçu N, Şenocak ME, Aktuğ T. Çocuk Cerrahisi El Kitabı. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 4-8.
44. Foster- Hunsberger A. Family-Centred Nursing Care of Children. Toronto. W.B. Saunders Com; 1989.
45. Alak V. Hastaneye ameliyat olmak üzere gelen 7-14 yaş grubu çocukların korkuları ve hemşirelik uygulamaları. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi, İzmir 1992
46. Görak G, Erdoğan S, Savaşer S, Çakıroğlu S. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

- Hemşireliği, Açıköğretim Fakültesi Yayınları, No:265, ETAM A.Ş. Eskişehir, 1992.
47. Şenses ÖB. Çocuklarına batin ameliyatı endikasyonu konulan annelerin eğitiminin anksiyete üzerine etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 1997.
- 48- Baykara A, Günvenir T, Miral S. Hastalık ve Hastaneye Yatışın Çocuk Üzerine Etkisi. In Aysel Ekşi ed. Ben Hasta Değilim. İzmir: Nobel Tıp Kitap Evleri, Tayf Ofset Savaş Ciltevi 1999; 374-379.
49. Mash JB. Dickens M. Nursing Care of Children. F.A. Davis Company, Philadelphia 1973.
50. Turgay A. Çocukların hastalık, hastaneye yatış ve ameliyata karşı tepkileri. Türk Hemşireler Dergisi 1979; 3:5
51. Erdoğan S. Çocuk hemşireliğinde hürmanistik bakım. Hemşirelik Bülteni. 1991; 5(19): 65-70.
52. Özkan S. Psikiyatrik tıp. Konsültasyon Psikiyatrisi. Roche Yayınları, İstanbul 1993; 41-45.
53. Köknel Ö. Kaygının Doğuşu. 1. Anksiyete Sempozyum Kitabı, Nevşehir 1992; 165-90.
54. Smitherman C. Nursing Actions For Health Promotion, Anxiety. Philadelphia, F.A. Davis Company 1981; 189-200
55. Varcarolis EM. Foundation of psychiatric mental health nursing. W.B. Saunders Company, Philadelphia 1990; 171-173
56. Doğan O. Anksiyete Bozukluğu. Roche yayınları 57. Potter P et all. Fundamental of Nursing, Concepts, Process and Practice. Third Edition, St. Louis, Mosby Company, 1993; 904-925.

58. Hickey PA, Rykersen S. Caring for parents of critically infants and children. Critical Care Nursing Clinics of North America. 1992; 4 :4
59. Breem-Haar B, Borne HW. Inadequacies of surgical patient education. Patient Education and Counselling 1996; 28: 31-44.
60. Abaan A, Argon G, Kocaman G ve ark. Hasta eğitimi. Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi El Kitabı. İstanbul: Vehbi Koç Yayınları, Birlik Ofset, No.15, 1996; 178-183.
61. Karasar N. Bilimsel Araştırma Yönetimi. Ankara: Sim Matbaası 1995.
62. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Biyoistatistik. Ankara: Şahin Matbaası 1997.
63. Aksakoğlu G. Sağlıkta Araştırma Teknikleri ve Analiz Yöntemleri. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi yayın komisyonu 2001.
64. Öner N. Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler, Bir Başvuru Kaynağı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, 80815 Bebek 1997; 365-373
65. Öner N, Le Compte A. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı 1.Baskı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları 1983; 333: 1-26.
66. Özusta Ş. Çocuklar için durumluk-sürekli kaygı envanteri uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması. Türk Psikoloji Dergisi 1995; 10(34): 32-44.
67. Akdur R, Sağlık Bilimlerinde Araştırma ve Tez Yapma Rehberi. Ankara 1997.
68. SPSS paket programı.
69. Fry ST. Advances in Nursing Ethics. Tercüme: Bağ B. Hemşirelik Uygulamalarında Etik, Çev. Erzurum: Bakanlar Matbaacılık Tic. San. Ltd. Şti. Erzurum 2000; 155-159.
70. Babadağ K. Hemşirelik araştırmalarında etik. Hemşirelik Bülteni 1995; 9(38): 1-11.
71. Potter PA, Perry AG. Basic Nursing.3th Edition, St. Louis, Mosby Year Book, 1995;

3-24.

72. Palazzo MO. Teaching in crisis patient and family education in critical care. Critical Care Nurse Clinical North America 2001; 13(1): 83-92.
73. Fact Sheet, Inguinal Hernia. April 24, 2003, (çevrimiçi <http://www.chw.edu.au/parents/factsheets/suinguin.htm>), 2004
74. Tekin E, Condon RE. Karın Duvarı Fıtıkları. In Sayek İ, ed. Temel Cerrahi. İzmir: Güneş Kitapevi Ltd.Şti.1993; 1089-1119.
75. Peretz B, Zadik D. Dental anxiety of parents in an Israeli Kibbutz Population. İnt. J. Ped. Dent. 1994; 4: 87-92.
76. Çelebioğlu A. Hiperbilirubinemi nedeni ile hastaneye yatırılan yenidoğanların annelerinin kaygı düzeyi, etkilenen faktörler ve bilgilendirmenin kaygıyı azaltmadaki rolü. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Erzurum 2002.
77. Corah NL. Development of a dental anxiety scale. J. Dent. Res. 1996; 48: 596.
78. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 6. Basım. Ankara: Hekimler Yayın Birliği 1995.
79. Velioğlu P, Pektekin Ç, Şanlı T. Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler. Eskişehir: Açık Öğretim Fakültesi Yayınları 1991.
80. Ergin A. Öğretim Teknolojisi İletişimi. Ankara: Tegem Yayınları 1995; 102.
81. Melamed BG, Siegel LJ. Reduction of anxiety in children facing hospitalisation and surgery by use of filmed modelling. J.Consult.Clin.Psych.1975; 43: 511-521.
82. Luck A, Pearson S, Maddrn G . Effects of video information on precolonoscopy anxiety and knowledge . The Lancet 1999; 354(11): 2032-2035.
83. Hermann KS, Kreuser H. A randomised prospective study on anxiety reduction by

- preparatory disclosure with and without video film show about a planned heart catheterization. *European Heart Journal* 1989; 10: 753-757.
84. Kain Z, Mayes L, O'Connor T. Preoperative anxiety in children. *Arch Pediatric Adolescent Med.* 1996; 150: 1238-1245.
85. Bevan JC, Johnston C, Haig MJ. Preoperative parental anxiety predicts behavioral and emotional responses to induction of anesthesia in children. *Can J Anesth* 1990; 37:177-82.
86. Karl HW, Pauza KJ, Heyneman N, Tinker DE. Preanesthetic preparation of pediatric outpatients: the role of a videotape for parents. *J Clin Anesth* 1990;2:172-7
87. Pektekin Ç. Hastaneye kabulde hastaların anksiyetelerinin ölçülüp değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kürsüsü. Doktora Tezi, İstanbul 1981.
88. Tourigny J. Preparation for surgery. *Can Nurse* 1990; 86(3): 35-37.
89. Dolgun E, Yavuz M, Ertürk S. Çocuk cerrahi yoğun bakımda çocukları yatan annelerin durumluk-sürekli kaygı düzeylerinin belirlenmesi. *Hemşirelik Forumu Dergisi* 2002; 5(2): 27-31.
90. Ceylan S, Açıkel CH, Kılıç S, Kır T, Hasde M. Genç erişkin erkeklerin AIDS konusunda eğitimleri. *Sağlık ve Toplum* 2002; 12(2): 36-42
91. Erdoğan S, Savaşer S. Çocuğu ameliyat olan annelerin bilgilendirme durumu. *Uluslararası Cerrahi Kongresi 88 Cerrahi Hemşireliği Seksiyonu Konuşmaları ve Bildirileri Kitabı*, Hilal Matbaası .İstanbul 1990: 104-110.
92. Robinson PJ, Kabayashi K. Development and evaluation of presurgical preparation program. *J. Paediatric Psychological* 1991; 16(2): 193-212.
93. Mecker BJ. Preoperative teaching ; easing the patient's anxiety. *Today's or*

Nurse. 1989; 11(8): 14-18.

94. Şenses ÖM. Çocukların batin ameliyatı endikasyonu konulan annelerin eğitiminin anksiyete üzerine etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 1997.



TANITICI BİLGİLER ANKET FORMU

1- Çocuğun Yaşı

2- Cinsiyeti () kız () erkek

3- Çocuğun daha önce hastane deneyimi var mı?

() evet () hayır

4- Çocuğun daha önce operasyon deneyimi var mı?

() evet () hayır

5- Cevap evet ise kaçınıcı deneyim?

() 1 () 2 () 3 () 4 ve üzeri

6- Çocuğun yaşadığı yer

() Erzurum dışı () Erzurum merkez

7- Annenin yaşı

() 15-24 () 25-34 () 35-49 () 50 ve üzeri

8- Annenin eğitimi

() Okuryazar değil () Okuryazar () İlkokul () Ortaokul

() Lise () Üniversite

9- Annenin çalışma durumu

() Çalışıyor () Çalışmıyor

10- Sosyal güvence durumu

() Bağkur () Emekli ()SSK () Yeşilkart

() Yok () Diğerleri

11- Annenin daha önce hastane deneyimi var mı?

() evet () hayır

12- Annenin daha önce operasyon deneyimi var mı?

() evet () hayır

Ek-1

TANITICI BİLGİLER ANKET FORMU**1- Çocuğun Yaşı****2- Cinsiyeti** () kız () erkek**3- Çocuğun daha önce hastane deneyimi var mı?**

() evet () hayır

4- Çocuğun daha önce operasyon deneyimi var mı?

() evet () hayır

5- Cevap evet ise kaçınıcı deneyim?

() 1 () 2 () 3 () 4 ve üzeri

6- Çocuğun yaşadığı yer

() Erzurum dışı () Erzurum merkez

7- Annenin yaşı

() 15-24 () 25-34 () 35-49 () 50 ve üzeri

8- Annenin eğitimi

() Okuryazar değil () Okuryazar () İlkokul () Ortaokul

() Lise () Üniversite

9- Annenin çalışma durumu

() Çalışıyor () Çalışmıyor

10- Sosyal güvence durumu

() Bağkur () Emekli () SSK () Yeşilkart

() Yok () Diğerleri

11- Annenin daha önce hastane deneyimi var mı?

() evet () hayır

12- Annenin daha önce operasyon deneyimi var mı?

() evet () hayır

EK-2

DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım fadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuduktan sonra **şu anda** kendinizi nasıl hissettiğinizi tek bir akamı daire içine alarak belirtiniz.

	<u>Hemen hiç</u>	<u>Biraz</u>	<u>Oldukça</u>	<u>Tamamen</u>
1-Kendimi sakin hissediyorum	1	2	3	4
2-Kendimi güvende hissediyorum	1	2	3	4
3-Huzursuzum	1	2	3	4
4_Pişmanlık duygusu içindeyim	1	2	3	4
5-Kendimi rahat hissediyorum	1	2	3	4
6-İçimde bir sıkıntı hissediyorum	1	2	3	4
7-İleride olabilecek kötü olayları düşünerek üzüliyorum	1	2	3	4
8-Kendimi dinlenmiş hissediyorum	1	2	3	4
9-Kendimi kaygılı hissediyorum	1	2	3	4
10-Kendimi rahat içinde hissediyorum	1	2	3	4
11-Kendime güvenim olduğumu hissediyorum	1	2	3	4
12-kendimi sinirli hissediyorum	1	2	3	4
13-İçimde bir huzursuzluk var	1	2	3	4
14-Çok gergin olduğumu hissediyorum	1	2	3	4
15-Sükunet içindeyim	1	2	3	4
16-Halimden memnunum	1	2	3	4
17-Endişe içindeyim	1	2	3	4
18-Kendimi fazlasıyla heyecanlı ve şaşkın hissediyorum	1	2	3	4
19-Kendimi neşeli hissediyorum	1	2	3	4
20-Keyfim yerinde	1	2	3	4

EK -3

REKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

NERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler ilmiştir. Her ifadeyi okuduktan sonra genel olarak kendinizi nasıl hissettiğinizi tek bir rakamı re içine alarak belirtiniz.

	Hiçbirzaman	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
Keyfim yerinde	1	2	3	4
Çabuk yoruluyorum	1	2	3	4
Olur olmaz hallere ağlayacak gibi olurum	1	2	3	4
Diğerleri kadar mutlu olmayı isterdim	1	2	3	4
Çabuk karar verdiğim için fırsatları kaçıırım	1	2	3	4
Kendimi dinç hissedirim	1	2	3	4
Şakin, kendime hakim ve soğuk kanlıyım	1	2	3	4
Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	1	2	3	4
Gerçekten çok önemli olmayan endişelerim var	1	2	3	4
-Mutluyum	1	2	3	4
-Her şeyi kötü tarafından alırım	1	2	3	4
-Kendime güvenim yok	1	2	3	4
-Kendimi güvende hissedirim	1	2	3	4
-Kendimi hüznü (kederli) hissedirim	1	2	3	4
-Sıkıntı ve güçlük veren durumlardan kaçırım	1	2	3	4
-Hayatımdan memnunum	1	2	3	4
-Aklımdan bazı önemsiz düşünceler geçer ve beni rahatsız eder	1	2	3	4
-Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki unutamam	1	2	3	4
-Tutarlı insanım	1	2	3	4
-Son zamanlarda beni düşündüren konular yüzünden gerginlik ve huzursuzluk içindeyim	1	2	3	4

2 - 4 Durumluk kaygı ölçeği

" NASIL HİSSEDİYORUM" ANKETİ

Kızların ve erkeklerin kendilerini anlattıkları bazı cümleler aşağıda verilmiştir. Her cümleyi dikkatle okuyun ve şu anda nasıl hissettiğinize karar verin. Daha sonra sizi en doğru anlatan ifadenin önündeki parantezler arasını (X) işareti koyun. Yanlış veya doğru cevap diye bir şey yok. Herhangi bir cümle üzerinde fazla zaman geçirmeyin. Tüm bu anda bu dakikada nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan ifadeyi seçmeyi unutmayın.

1. Kendimi ()çok sakin hissediyorum ()sakin hissediyorum ()sakin hissetmiyorum
2. Kendimi ()çok öfkeli hissediyorum ()öfkeli hissediyorum ()öfkeli hissetmiyorum
3. Kendimi ()çok huzurlu hissediyorum ()huzurlu hissediyorum ()huzurlu hissetmiyorum
4. Kendimi ()çok sinirli hissediyorum ()sinirli hissediyorum ()sinirli hissetmiyorum
5. Kendimi ()çok huzursuz hissediyorum ()huzursuz hissediyorum ()huzursuz hissetmiyorum
6. Kendimi ()çok dinlenmiş hissediyorum ()dinlenmiş hissediyorum ()dinlenmiş hissetmiyorum
7. Kendimi ()çok ürkmüş hissediyorum ()ürkmüş hissediyorum ()ürkmüş hissetmiyorum
8. Kendimi ()çok rahatlamış hissediyorum ()rahatlamış hissediyorum ()rahatlamış hissetmiyorum
9. Kendimi ()çok endişeli hissediyorum ()endişeli hissediyorum ()endişeli hissetmiyorum
10. Kendimi ()çok hoşnut hissediyorum ()hoşnut hissediyorum ()hoşnut hissetmiyorum
11. Kendimi ()çok korkmuş hissediyorum ()korkmuş hissediyorum ()korkmuş hissetmiyorum
12. Kendimi ()çok mutlu hissediyorum ()mutlu hissediyorum ()mutlu hissetmiyorum
13. Kendimden ()çok eminim ()eminim ()emin değilim
14. Kendimi ()çok iyi hissediyorum ()iyi hissediyorum ()iyi hissetmiyorum
15. Kendimi ()çok başım deritte hissediyorum ()başım deritte hissediyorum
()başım deritte hissetmiyorum
16. Bir şeylerin beni ()çok rahatsız ettiğini hissediyorum ()rahatsız ettiğini hissediyorum
()rahatsız ettiğini hissetmiyorum
17. Kendimi ()çok keyifli hissediyorum ()keyifli hissediyorum ()keyifli hissetmiyorum
18. Kendimi ()çok dehşete kapılmış hissediyorum ()dehşete kapılmış hissediyorum
()dehşete kapılmış hissetmiyorum
19. Kafamda ()her şeyi çok karmaşık hissediyorum ()her şeyi karmaşık hissediyorum
()her şeyi karmaşık hissetmiyorum
20. Kendim()çok neşeli hissediyorum ()neşeli hissediyorum ()neşeli hissetmiyorum

"NASIL HİSSEDİYORUM" ANKETİ

Kızların ve erkeklerin kendilerini anlatırları bazı cümleler verilmiştir. Her cümleyi okuyun ve hangisi sizin için en doğru olduğuna karar verin. "hemen hemen hiç" mi, "bazen" mi yoksa "sık sık" mı? daha sonra sizi en doğru anlatan ifadenin önündeki parantezler arasına (X) işareti koyun. Yanlış veya doğru cevap diye bir şey yok. Herhangi bir cümle üzerinde fazla zaman geçirmeyin. Genellikle nasıl hissettiğinizi anlatan ifadeyi seçmeyi unutmayın.

1. Yanlış yapacağım diye endişelenirim.....() hemen hemen hiç ()bazen () sık sık
2. Ağlayacak gibi olurum.....() hemen hemen hiç ()bazen () sık sık
3. Kendimi mutsuz hissederim.....() hemen hemen hiç ()bazen () sık sık
4. Karar vermekte güçlük çekerim..() hemen hemen hiç ()bazen () sık sık
5. Sorunlarımla yüz yüze gelmek bana zor gelir.....() hemen hemen hiç ()bazen () sık sık
6. Çok fazla endişelenirim.....() hemen hemen hiç ()bazen () sık sık
7. Evde sinirlerim bozulur.....() hemen hemen hiç ()bazen () sık sık
8. Utangacım.....() hemen hemen hiç ()bazen () sık sık
9. Sıkıntılıyım.....() hemen hemen hiç ()bazen () sık sık
10. Aklımdan engelleyemediğim önemsiz düşünceler geçer ve beni rahatsız eder.....() hemen hemen hiç ()bazen () sık sık
11. Okul beni endişelendirir.....() hemen hemen hiç ()bazen () sık sık
12. Ne yapacağıma karar vermekte zorluk çekerim.....() hemen hemen hiç ()bazen () sık sık
13. Kalbimin hızlı hızlı çarptığını farkederim.....() hemen hemen hiç ()bazen () sık sık
14. Nedenini bilmediğim korkularım var.....() hemen hemen hiç ()bazen () sık sık
15. Annem-babam için endişelenirim.() hemen hemen hiç ()bazen () sık sık
16. Ellerim terler.....() hemen hemen hiç ()bazen () sık sık
17. Kötü bir şeyler olacak diye endişelenirim.....() hemen hemen hiç ()bazen () sık sık
18. Geceleri uykuya dalmakta güçlük çekerim.....() hemen hemen hiç ()bazen () sık sık
19. Karnımda bir rahatsızlık hissederim.....() hemen hemen hiç ()bazen () sık sık
20. Başkalarının benim hakkımda ne düşündükleri beni endişelendirir....() hemen hemen hiç ()bazen () sık sık

T.C
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Personel Daire Başkanlığı
ERZURUM

İsim : Mısmarlı

İl : B.30.2 ATA.0.70.71.00/04-6293

İş : Anket İzni

01.11.2001 * 15213

HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Yüksekokulunuz öğretim elemanlarından Arş.Gör.Nezihe KARABULUT'un Üniversitemiz Seyman Demirel Tıp Merkezi Yakutiye Aziziye Araştırma Hastahanesi'nde anket çalışmasını masının uygun görüldüğüne dair Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkez Müdürlüğü'nden alınan, 10.2001 tarih ve 5712 sayılı yazı ile ekinin fotokopisi ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.


Prof.Dr.Nihat AKBULUT
Rektör Yardımcısı

I.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
Süleyman Demirel Tıp Merkezi
SAĞLIK-ARAŞTIRMA ve UYGULAMA
MERKEZ MÜDÜRLÜĞÜ

B.30.2.ATA.0.1H.02.03/5712
Anket izni.

Erzurum 30.10.2001

REKTÖRLÜK MAKAMINA

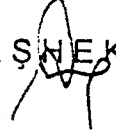
İ L G İ : 07.06.2001 tarih ve 3025-8059 sayılı yazınız.

Hastanemiz Çocuk Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığının Arş.Görv. Nezihe KARABULUT'un anket izni ile ilgili 26.10.2001 tarih ve sayılı yazısı ektedir.

Bilgilerinize arz ederim.

Doç.Dr.Akın AKTAŞ

B A Ş H E K İ M



EK: 8



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK - ARAŞTIRMA ve UYGULAMA
MERKEZ MÜDÜRLÜĞÜ

11 :B.30.2.ATA.IH.01.00.11/126

Erzurum 26.10.2001

nu :Anket izni

ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İLGİ:07.06.2001 tarih ve1818 Sayılı yazınıza,

Kliniğimizde anket yapmak isteyen Arş.Gör.Nezihe Karabulutun Kliniğimizi
anket yapmasında bir sakınca yoktur.
Bilgilerinize arz olunur.

Doç.Dr.A. Bedii Salman
Çocuk Cerrahi A.B.D
Başkanı

