

70432

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HASTANEDE YATAN ÇOCUKLAR VE AİLELERİNİN
KAYGI DÜZEYİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
İNCELENMESİ**

Dudu Melek ER

Hacettepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Programı İçin Öngördüğü
DOKTORA TEZİ
olarak hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Duyan MAĞDEN

ANKARA
1998

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma jürimiz tarafından Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Programında Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı : Prof.Dr.Duyan MAĞDEN



Hacettepe Üniversitesi

Üye : Doç.Dr.Sibel GÜNEYSU

Hacettepe Üniversitesi



Üye : Doç.Dr.Mübeccel GÖNEN

Hacettepe Üniversitesi



Üye : Doç.Dr.Berrin AKMAN

Hacettepe Üniversitesi



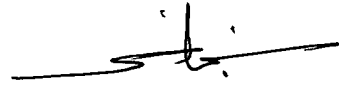
Üye : Doç.Dr.Neriman ARAL

Ankara Üniversitesi



ONAY :

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun kararıyla kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Sezgin İLGİ
Enstitü Müdürü

ÖZET

Araştırma, ülkemizde hastanede yatan çocuklar ve ailelerinin kaygı düzeylerini etkileyen etmenlerin saptanması amacı ile planlanmıştır.

Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi'nde 1 Ocak 1995-1 Ocak 1996 tarihleri arasında yatan 9-12 yaşları arasındaki 101 çocuk ve ailesi araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır. Aileye, Holroyd tarafından geliştirilen, Aile Kaygı Ölçeği uygulanarak, çocuk ve aile hakkındaki detaylı bilgiler aileden alınmıştır. Spielberg'in çocuklar için geliştirdiği, Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği'nde çocuklara uygulanmıştır.

Uygun istatistiksel yöntemler kullanılarak, veriler değerlendirilmiş ve şu sonuçlar bulunmuştur;

Annenin öğrenim düzeyi ile aile kaygı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuca varılmıştır. İlkokul mezunu annelerin ailelerinin kaygı ortalamaları, lise mezunu annelerin kaygı ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Annenin öğrenim düzeyinin çocuğun kaygı düzeyine bir etkisi olmadığı görülmektedir. Babanın öğrenim düzeyi ile ailenin kaygı düzeyi ve çocuğun kaygı düzeyi arasında anlamlı bir sonuç bulunmamıştır. Ailenin SED'i ile AKD arasında anlamlı bir sonuç bulunmamıştır. Alt SED'deki ailenin çocuğunun kaygı ortalaması, orta SED'deki ailenin çocuğunun kaygı ortalamasından daha yüksek bulunmuştur. Kız çocuğu olan ailelerin kaygı ortalamaları, erkek çocuğu olan ailelerin kaygı ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. ÇHKD ile çocuğun cinsiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Refakat durumu ile kaygı düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde, AKD ve ÇHKD istatistiksel olarak anlamlı sonuçlara varılmamıştır. Çocuğun hastaneye yatış sayısı ile AKD ve ÇHKD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. AKD ve ÇHKD ile babanın yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuca varılmamıştır. AKD ile annenin yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç belirlenmemiştir. ÇHKD ile annenin yaşı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmektedir. Genç yetişkin annelerin ailelerinin kaygı ortalamaları, yetişkin annelerin ailelerinin kaygı ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Çocuğun hastalığının kronik veya akut oluşu ve çocuğun yaşı ile AKD ve ÇHKD'leri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmamıştır.

Araştırmadan varılan sonuçlara göre, çocukları hastanede kaldığı dönemde ailelerin, bu durumdan olumsuz etkilendikleri görülmektedir. Hastanelerde ailelerin bu ihtiyaçlarının göz önünde bulundurularak, özel çalışmaların yapılması gerekmektedir. Hastanede yatan çocuklar ve aileleri konusunda araştırma yapacak kişilere, uzunlamasına çalışmalar planlamaları ve özel hastalıklar üzerinde yoğunlaşmaları önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hasta Çocuk, Hasta Çocuk Ailesi, Kaygı, Hasta Çocuk Kaygısı, Hasta Çocuğun Ailesinin Kaygısı.

ABSTRACT

This study was designed to investigate factors that influence the anxiety level of inpatient children and their families in Turkey.

101 inpatient children and their families participated in this study. Inpatient subjects were selected from Hacettepe University, İhsan Doğramacı Child Hospital. Questionnaire on Stress for families which was developed by Holroyd was given to the families to obtain detailed information about child and family. Inpatient children were given State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC), developed by Spilberger.

All data were analysed by using appropriate statistical techniques and the following results were obtained; a significant relationship between mothers' education level and families' anxiety level was found. Families with mothers who are graduated from elementary school, is more than families with mothers who are graduated from high school. But no relationship was found between mothers' education levels and children's anxiety levels. Fathers' education level has no significant effect on the families and children's anxiety level. When SES and families' anxiety level were analysed in detail, children who are from low SES were found as having more anxiety level than children from middle SES. When gender was concerned, anxiety level of the family was greater in the families of girls. But there is no significant relationship between inpatient children's anxiety level and gender. When relationship between roomed in and non-roomed in the hospital and anxiety levels was looked, no significant relationships between family's anxiety level and inpatient children's anxiety level were found. These variables also have no significant relationship with the number of hospitalization. When age variable was concerned, age of father has no significant effect on the anxiety level of the family and anxiety level of child. Although age of mother has no significant effect on the family's anxiety level, it has a significant effect on the inpatient children's anxiety level. Anxiety level of family is greater in young mother's families rather than adult mother's. No significant interaction was found between type of illness, child's age about the anxiety level of children and families.

These results imply that families of inpatient children's were negatively affected from the hospitalization on their children departments of Hospitals should make specific changes by taking into account the needs of families of inpatient children. Longitudinal designed and concentrating on specific illnesses is suggested for further studies.

Key Words: Inpatient child, family of inpatient child, Anxiety, Anxiety of inpatient child, Anxiety of families of inpatient child.

TEŞEKKÜR

Sayın Prof. Dr. Duyan MAĞDEN'e çalışmanın her aşamasında değerli bilgileri ile verdiği destekten dolayı, Sayın Doç. Dr. Füsun AKKÖK'e, ölçeklerin kullanılması konusundaki desteklerinden dolayı, Sayın Yrd. Doç Dr. İlker ETİKAN'a verilerin istatistiki değerlendirmesindeki yönlendirmelerinden dolayı, Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi'nde çalışan ve çalışma sırasında destek veren meslektaşlarıma ve diğer personele, araştırmaya katılan tüm ailelere ve çocuklara, ayrıca çalışmalarımın başlangıcından itibaren her aşamada daima yanımda olan aileme teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

	SAYFA
ÖZET	i
ABSTRACT	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	iv
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	vi
TERİMLER SÖZLÜĞÜ	vii
ÇİZELGELER DİZİNİ	viii
GİRİŞ	1
1.1. Çocuk ve Hastalık	9
1.1.1.Kronik Hastalık ve Çocuk	9
1.1.1.1.Kronik Hastalığın Çocuğun Gelişimi Üzerine Etkisi	10
1.1.1.2.Kronik Hastalığı Olan Çocuğun Psikolojik Durum	11
1.1.2. Akut Hastalık ve Çocuk	13
1.1.3. Çocuğun Hastane Ortamına Hazırlanması	14
1.2. Hasta Çocuğun Ailesi	16
1.2.1. Ebeveyn Tepkisine Yönelik Çalışmalar	17
1.2.1.1. Zamana Bağlı Model	18
1.2.1.2. Kronik Hüzün Modeli	19
1.2.1.3. Birleşik Bir Model	19
1.2.2. Anne-Baba Rollerindeki Farklar	21
1.2.3. Evliliğin Sağlığı	23
1.2.4. Aile Uyumunu Kolaylaştırıcı Etkenler	26

	SAYFA
1.3. Kronik Hastalığın Kardeşlere Etkisi	26
KONU İLE İLGİLİ ÇALIŞMALAR	28
ARAŞTIRMANIN AMACI	35
ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	38
3.1. Evren ve Örneklem	38
3.2. Veri Toplama Araçları	39
3.2.1. Aile Kaygı Ölçeği	39
3.2.2. Çocuk Kaygı Ölçeği	40
3.3. Veri Toplama İşlemleri	41
3.4. Verilerin Analizi	42
BULGULAR	43
TARTIŞMA	81
ARAŞTIRMANIN SONUÇLARI	96
ÖNERİLER	102
KAYNAKLAR	105
ÖZGEÇMİŞ	111
EKLER	
Ek 1. ÇOCUK VE AİLE BİLGİ FORMU	
Ek 2. AİLE KAYGI ÖLÇEĞİ	
Ek 3. ÇOCUK KAYGI ÖLÇEĞİ	

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

Ç.H.K.D.	Çocuğun Hastanedeki Kaygı Düzeyi
Ç.D.S.K.E.	Çocuklar için Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri
A.K.Ö.	Aile Kaygı Ölçeği
T.S.H.	Temel Sağlık Hizmetleri
D.B.T.	Difteri Boğmaca Tetanos
B.C.G.	Tüberküloz Aşısı (Basillus Carmenk Gerenc)
T.T.	Tüm Doz Tetanos
G.İ.	Gruplar İçi
G.A.	Gruplar Arası
S.E.S.	Soscio-Economic Status

TERİMLER SÖZLÜĞÜ

Aspirasyon: Çekerek dışarı almak veya boşaltmak.

Endemik: Belli bir bölgede salgın göstermeksizin sık görülen hastalık.

Epidemiyoloji: Salgın hastalıkları, bu hastalıkların yayılmasında rol oynayan faktörleri ve tedavilerini konu alan tıp dalı, salgın hastalıklar bilimi.

Eradike: Kökünden kazıma, kökünü kurutma, tamamen ortadan kaldırma.

Etiyoloji: Hastalık sebebi.

İnsidans: Oluş ve görülüş sıklığı, hastalığın görülüş oranı.

Intranazal: Burun içinde.

Oral: Ağızla ilgili.

Polio: Çocuk felci.

Rapel: Tekrar.

Sanitasyon: Sağlığa yararlı hale getirme, herhangi bir şeyi sağlığa zarar vermeyecek duruma getirme⁽¹⁾.

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge	Sayfa
4.1.Hastanede yatan çocukların cinsiyetlerine göre dağılımları	38
4.2.Hastanede yatan çocukların hastalıklarının türlerine göre dağılımları	39
4.3.Hastanede yatan çocukların anne-babalarının yaşlarına göre dağılımları	39
4.4.Hastanede yatan çocukların yaşlarına göre dağılımları	43,44
4.5.Hastanede yatan çocukların hastaneye yatış sayılarına göre dağılımları	45,46
4.6.Hastanede yatan çocukların annelerinin öğrenim düzeylerine göre dağılımları	47,48
4.7.Hastanede yatan çocukların babalarının öğrenim durumlarına göre dağılımları	49,50
4.8.Hastanede yatan çocukların ve ailelerinin kaygı düzeylerinin annenin öğrenim düzeyine göre değişimi	51
4.9.AKÖ alt basamaklarının, annenin öğrenim düzeyine göre değişimi	52
4.10.Hastanede yatan çocukların ve ailelerinin kaygı düzeylerinin babanın öğrenim düzeyine göre değişimi	54
4.11.AKÖ alt basamaklarının, babanın öğrenim düzeyine göre değişimi	55
4.12.Hastanede yatan çocukların ve ailelerinin kaygı düzeylerinin ailenin SED' una göre değişimi	57

4.13.AKÖ alt basamaklarının, ailenin SED'ine göre değişimi	58
4.14.Hastanede yatan çocukların ve ailelerinin kaygı düzeylerinin çocuğun cinsiyetine göre değişimi	60
4.15.AKÖ alt basamaklarının, çocuğun cinsiyetine göre değişimi	61
4.16.Hastanede yatan çocukların ve ailelerinin kaygı düzeylerinin refakatli olma durumuna göre değişimi	63
4.17.AKÖ alt basamaklarının, refakatli olma durumuna göre değişimi	64
4.18.Hastanede yatan çocukların ve ailelerinin kaygı düzeylerinin çocuğun hastanede yatış sayısına göre değişimi	66
4.19.AKÖ alt basamaklarının, çocuğun hastanede yatış sayısına göre değişimi	67
4.20.Hastanede yatan çocukların ve ailelerinin kaygı düzeylerinin babanın yaşına göre değişimi	69
4.21.AKÖ alt basamaklarının, babanın yaşına göre değişimi	70
4.22.Hastanede yatan çocukların ve ailelerinin kaygı düzeylerinin annenin yaşına göre değişimi	72
4.23.AKÖ alt basamaklarının, annenin yaşına göre değişimi	73
4.24.Hastanede yatan çocukların ve ailelerinin kaygı düzeylerinin çocuğun hastalığına göre değişimi	75

4.25.AKÖ alt basamaklarının, çocuğun hastalığına göre değişimi	76
4.26.Hastanede yatan çocukların ve ailelerinin kaygı düzeylerinin çocuğun yaşına göre değişimi	78
4.27.AKÖ alt basamaklarının, çocuğun yaşına göre değişimi	79



GİRİŞ

Tüm toplumlarda çocuklar, geleceğin yetişkini olarak özenle yetiştirilen, eğitilen ve mevcut olanaklar en üst düzeyde kullanılarak, tüm ihtiyaçları karşılanan değerli bireylerdir.

Annenin hamileliğinin anlaşılması ile birlikte, aileye yeni gelecek olan birey için hazırlıklar başlar. Tüm toplumlarda farklı alışkanlıklar olmakla birlikte, ortak olan nokta çocuğun sağlıklı doğması için anneye gösterilen özendir. Çocuk doğduğu andan itibaren ihtiyaçları her gün artacak ve değişecektir. Önceleri karnının doyurulması, altının temizlenmesi ve uyku ihtiyacı olan çocuk, zamanla sevgi, ilgi, oyun isteyecek, bu istekler ve ihtiyaçlar yaşı ile birlikte değişmeye ve artmaya devam edecektir.

Çocuğun büyümesi ile birlikte değişmeyen tek ihtiyacı, sağlık hizmetlerinden yararlanmaya olan gereksinimidir. Çocuk doğduğu andan itibaren sağlık hizmetlerinden düzenli olarak yararlanmalıdır. Fiziksel gelişim takibi, aşıların yapılması söz konusu olacaktır ki, burada temel sağlık hizmetlerinin önemi ortaya çıkmaktadır.

Temel sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin temelini oluşturduğu gibi, bir ülkede yaşayan insanların yaşamlarına verilen değeri belirleyen, en önemli göstergelerden birisidir.

Kazakistan'ın başkenti Alma-Ata'da 1978 yılında hemen hemen tüm ülkelerin ve ilgili uluslararası kuruluşların katılımı ile toplanan Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı'nda, çağımızın sağlık hizmetleri anlayışı şekillendirilerek, temel sağlık hizmetlerinin tanımı oluşturulmuştur. Tanıma göre: “ *Temel sağlık hizmetleri (TSH), bir toplumdaki birey ve ailelerinin geneli tarafından kabul edilecek yollardan, onların tam olarak katılımları ile, ülke ve toplumca karşılanabilir bir harcama karşılığında onlara götürülen esas sağlık hizmetleridir. TSH, ülkenin sağlık hizmetinin çekirdeğini oluşturur ve genel anlamdaki toplumsal ve ekonomik kalkınmanın vazgeçilmez bir parçasıdır. TSH, ulusal sağlık sisteminin, insanların yaşadığı ve çalıştığı*

yerlerin mümkün olduğu kadar yakınına götürülmüş, bireylerin, ailelerin ve toplumun ilk başvuru yeri olan, sağlık hizmetleri zincirinin birinci halkasını oluşturur”(2).

Temel sağlık hizmetleri görüşü, şu dört noktadan oluşmaktadır:

Sosyal Eşitlik: Sağlık hizmetleri doğuştan kazanılmış bir haktır. Bu hizmetler sadece onu alabilecek sosyal sınıflara değil, toplumdaki herkese ve en uzak yerleşim yerlerinde oturanlara da, sosyal adalet içinde götürülmelidir.

Öz Sorumluluk: Herkes kendi sağlığının değerini bilmeli ve kendinden sorumlu olmalıdır. Bunun için kişiler, eğitilmeli ve bilinçlendirilmelidir.

Sağlık Hizmetlerinin Boyutu: Sağlık hizmeti, sadece sağlık sektörü tarafından yürütülemeyecek kadar geniş boyutludur.

Uluslararası Dayanışma: Sağlık bir dünya ve insanlık sorunudur. Gelişmiş olan ülkeler, gelişmekte olan ülkelerin sağlık hizmetlerinin kalkınmasını desteklemek zorundadır(2).

Bir ülkede, temel sağlık hizmetleri kavramına uyulup uyulmadığını değerlendirebilmek için, o ülkedeki sağlık örgütlenmesinde bazı ilkelere uyulup uyulmadığına bakmak gerekir. Bu ilkeler şöyle sıralanmaktadır:

- Toplum, sağlık hizmetlerine katılmalıdır.
- Sağlık hizmetleri “ekip anlayışı” içinde verilmelidir.
- Halkın “ilk başvuruları” için yerler kurulmalıdır.
- Kademeli hasta sevki sistemi işletilmelidir.
- Koruma, tedavi, rehabilitasyon ve sağlığı geliştirici hizmetler hep birlikte, bir bütün olarak ele alınmalıdır.
- Hizmetler sürekli olmalıdır.
- Sağlık yönünden risk altında olanları belirlemek için evlere ve iş yerlerine kadar uzanan bir sistem oluşturulmalıdır.
- Hizmet modeli, kişilerin kendi sağlıklarından sorumlu olmalarını destekler biçimde olmalıdır.

- Hizmet modeli o ülkenin toplumuna ve diğer koşullarına uymalıdır(2).

Birinci basamak sağlık hizmetleri, temel sağlık hizmetlerinin en yaygın olarak bilinen yönüdür. Bu tanım koruyucu hizmetlerle evde ve ayaktan tedavi hizmetlerinin bir arada sunulduğu hizmet basamağını anlatır. Halkın ilk başvuru basamağıdır. Tanısı ve tedavisi bu basamakta yapılamayan hastalar ikinci basamağa (hastanelere) sevk edilir. Bu tanıma göre Türkiye’de birinci basamak temel sağlık hizmetlerinin verildiği başlıca yerler *sağlık ocakları*’dır.

Alma Ata’daki toplantıda, her ülkede yapılmasının gerekli olduğu belirtilen, dolayısı ile ülkemizde de yapılması zorunlu olan sekiz faaliyet şunlardır:

- Halkın sağlık eğitimi,
- Beslenme durumunun geliştirilmesi,
- Temiz su sağlanması ve sanitasyon,
- Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması,
- Endemik hastalıkların kontrolü,
- Sık görülen hastalıkların uygun tedavisi,
- Temel ilaçların sağlanması,
- Başlıca bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklama(2).

Bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklama işlemi, aşılama olarak bilinen ve çocukluk dönemi hastalıklarına karşı kullanılan bir yöntemdir ve olası komplikasyonları hiç oluşmadan önlenmesi durumu söz konusu olduğundan çok önemlidir.

Sağlık hizmetlerinin en önemli ve fayda-maliyet oranı en yüksek alanlarından biri, aşılama yoluyla enfeksiyon hastalıklarının önlenmesidir.

Tarihte aşının ilk olarak, M.Ö. 590 yılında Sung Hanedanlığında, çiçek hastalığından korunmak için bül materyalinin, intranazal verilmesiyle gerçekleştirildiği bilinmektedir.

Son yüzyılda kullanılan aşı programlarının başarıları arasında tam bir paralellik olmasa da bebek, çocuk ve erişkinlerde ölümcül olabilen bir çok

enfeksiyon hastalığının insidansında belirgin azalma meydana gelmiştir. Difteri, tetanos, çiçek ve poliomiyelit gibi tehlikeli hastalıklar, kitle aşılama programları, bebek ve çocukların rutin aşılanmaları sonucunda, ya tamamen eradike edilmiş ya da çok nadir görülen hastalıklar arasına girmiştir(3).

Dünya Sağlık Örgütü'nce önerilen çocukluk çağı aşılama takvimine göre, bir yaşın altında tüm çocukların bir doz BCG, üç doz DBT ve polio, bir doz da kızamık aşısı olmaları gerekmektedir. Ülkemizde aşılama çalışmaları 1950 yılında Sağlık Bakanlığı'nın BCG aşı kampanyası ile başlamıştır. DBT , oral polio ve son olarak da kızamık aşısı aşılama programına dahil edilmiştir.

Geliştirilmiş Bağışıklama Programı'na Türkiye 1981 yılında katılmış ve 1985 yılında başlayan aşılama kampanyası ile birlikte Geliştirilmiş Bağışıklama Programı çalışmaları, rutin temel sağlık hizmetleri içerisinde verilmeye başlanmıştır(3).

Ülkemizde halen çocuklara uygulanan aşı takvimi şöyledir:

- 8 haftalık : BCG aşısı ilk dozu
DBT aşısı ilk dozu
POLİO aşısı ilk dozu
- 12 haftalık : DBT aşısı ikinci doz
POLİO aşısı ikinci doz
- 16 haftalık : DBT aşısı üçüncü doz
POLİO aşısı üçüncü doz
- 36 haftalık : Kızamık aşısı
- 16-24 ay : POLİO rapel (4. doz)
DBT rapel (4. doz)
- İlkokul 1. Sınıf: POLİO rapel (5.doz), Kızamık
DT aşısı
BCG aşısı (2. doz)
- İlkokul 5. Sınıf: TT aşısı
BCG aşısı (3. doz)
- Lise 1. sınıf : TT aşısı

Lise 3. sınıf : BCG aşısı (4. doz)

Ülkemizde çocukların aşılanma durumlarına bakıldığında, 12-59 aylık çocukların yarısından fazlasının tam olarak aşılandığı(BCG, kızamık ve üç doz DBT ve polio aşıları),diğerlerinin tam olarak aşılanmadıkları, çok az bir kısmının hiç aşılanmadıkları görülmektedir(4).

Bölgelere göre, aşılama oranlarına bakıldığında, en düşük aşılama oranının Doğu Anadolu Bölgesi'nde olduğu, bunu kuzey ve orta Anadolu'nun takip ettiği saptanmıştır. Oranın en yüksek olduğu bölge ise Güney Anadolu bölgesidir(4).

Geleneksel tedavi yaklaşımında, hastalığın tedavisi, hastaya hizmet, belirli sorunlara ağırlık verilmesi, hekim ağırlıklı sağlık hizmeti, uzman hekim kullanımında ağırlık, pasif bir toplum ve sağlık sektörünün bireysel çalışmaları söz konusudur. Temel sağlık hizmetlerinin yaklaşımı ise, sağlığın korunup geliştirilmesi, hasta olsun olmasın herkese sürekli sağlık hizmeti, geniş boyutlu ve yaygın hizmet, sağlık hizmetlerinde hekimin ağırlığı değil ekip çalışması, toplumun hizmetlere katılması ve diğer sektörlerle işbirliğinin sağlanması şeklindedir(2).

Koruyucu hekimlik, hastalıkların oluşumunu önlemek anlamında oldukça önemli işlevi olan bir yaklaşımdır.

Aşılanmanın yanında, halkın eğitimi ile olası kazaların önlenmesi, kişinin kendi sağlığını koruması için bilinçlendirilmesi gibi önemli konularda hizmet veren koruyucu hekimlik çalışmaları, potansiyel hasta sayısını azaltmak gibi çok önemli bir görevi yerine getirmektedir.

Çocukluk kazaları sonucunda, uzun süreli tedavi görmek zorunda kalan çocuklar olabilmektedir. Koruyucu hekimlik, diğer sektörlerle birlikte çalışmalar yaparak bu aşamada olası kazaları önleme açısından da önemli bir görevi üstlenmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü tanımlamasına göre kaza; insan iradesi dışındaki bir güç nedeni ile ortaya çıkabilen bedensel ve ruhsal zedelenmeye yol

açabilen ivedi bir olaylardır ve kazalar; yanıklar, düşmeler, zehirlenmeler, hayvan ısırmaları, boğulmalar, trafik kazaları, tarım yaralanmaları, elektrik çarpmaları olarak sınıflandırılmaktadır (5).

Yanıklar ve düşmeler, en çok rastlanan kazalardandır. Her yaş grubundaki çocuğun yanığa maruz kalması mümkündür. Çocuklarda zehirlenmeler, genellikle bir yaştan sonra sıklıkla görülmekte, hayvan ısırmaları her yaşta olabilmekte, boğulmalar ve trafik kazaları bir yaşından itibaren daha sıklıkla görülmektedir. Tarım kazalarının ise en çok altı ila on beş yaşları arasında görüldüğü belirtilmektedir(5).

Gelişmekte olan ülkelerde nüfusun %40'ını çocukların oluşturduğu ve her beş ya da on çocuktan birisinin her yıl kazalar sebebi ile öldüğü vurgulanmaktadır(5).

Ülkemizde, 0-6 yaş grubundaki çocuklardan üçte birine yakınının önemli sayılabilecek kazaları en az bir kez geçirdikleri belirtilmektedir. En sık rastlanan kazalar düşme ve kesi, sonra sırası ile yanık, zehirlenme ve yabancı cisim aspirasyonu gelmektedir(6).

Kazaların meydana geldiği ailelerde, annenin öğrenim düzeyinin düşük oluşu, kaza görülme sıklığının eğitimle ters orantılı olduğunu göstermektedir(6). Temel sağlık hizmetlerindeki "halkın sağlık eğitimi" faaliyetinin önemi burada görülmektedir ki, bu eğitim faaliyetleri ile toplumun sağlık hizmetlerine katılması ilkesi de gerçekleşmiş olacaktır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde, Türkiye'de temel sağlık hizmetlerinin verildiği Sağlık Ocağı sayısı 1997 yılı itibarıyla 275'dir.

Türkiye'de 1996 yılı itibarı ile yataklı tedavi kurumu sayısına bakıldığında ise 1076 hastane olduğu görülmektedir. Yılda, Sağlık Bakanlığı Hastaneleri'nde 2.254.865 hasta, SSK hastanelerinde 1.062.659 hasta, Üniversite hastanelerinde 483.441 hasta, kamu hastanelerinde 46.993 hasta ve diğer 236.044 hasta yatarak tedavi görmektedir(7).

Çocuk hastalıkları hastanesi, ülkemizde on adettir. Bunların yedi adedi Sağlık Bakanlığına bağlıdır. Yataklı tedavi kurumlarındaki toplam yatak sayısı 155.819 dur. Bunlardan 1955'i çocuk sağlığı ve hastalıkları hastanelerine ait iken, hemen hemen tüm hastanelerde çocuk hastalıkları servisi veya çocuk hastalara ait yataklar bulunmaktadır. Yataklı tedavi kurumlarında genel olarak Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları servislerindeki yatak sayısı ise 12478 adettir. Bunlardan 6408 adedi Sağlık Bakanlığı'na ait hastanelerde 6070'i ise diğer kuruluşlarda (Üniversite hastaneleri, SSK) bulunmaktadır. Çocuk cerrahisine ait ise toplam 1249 adet yatak bulunmaktadır(7).

Bu durumda ülkemizdeki yataklı tedavi kurumlarında çocuklara ait toplam 13727 yatak bulunmaktadır. Hastaların ortalama hastanede kalma süreleri çocuk hastaneleri için 9.26 gün olduğuna göre, yılda hastanede yatan çocuk sayısı ortalama 541075 olmaktadır.

Sağlık Bakanlığı'na bağlı yataklı tedavi kurumlarında, hastanede yatan hasta çocukların medikal tedavi ve bakımları dışında onların psikolojik, sosyal, gelişimsel, eğitimsel vb. faaliyetleri ile ilgilenen personel sayısı, 1996 Yılı Yataklı Tedavi Kurumları İstatistiği'ne göre; Çocuk Gelişimi Uzmanı 8 adet, Sosyal Çalışmacı 148 adettir. Bu durumda Sağlık Bakanlığı'na bağlı Çocuk Hastanelerinde yatan 4869 hasta çocuğa bir çocuk gelişimcisi, her 263 çocuğa ise bir sosyal çalışmacı düşmektedir. Bu hesaplamalar yapılırken meslek gruplarının sadece hastanede yatan çocukların psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarına yönelik çalışmalar yaptıkları varsayılmıştır(7).

Devlet Planlama Teşkilatından alınan verilere göre, 1996 yılı Türkiye nüfusu, 63 milyon kişi civarındadır. Aynı yıl itibarı ile Emekli Sandığı,SSK, özel sandıklardan sağlık hizmeti alan kişi miktarı, nüfusun %67.1'ini oluşturmaktadır. Bu durumda ülkemizde yaklaşık yirmi milyon kişinin sağlık sigortası bulunmamaktadır(8).

Sağlık hizmetlerinin uzmanlık ve özel araç gereç gerektiren bir sektör olduğu bilinmektedir. Dolayısı ile oldukça pahalı bir hizmet sektörüdür. 1997 yılı hesaplamalarına göre doktor başına düşen hasta sayısının 876 olduğu

düşünüldüğünde, sağlık sigortası olmayan nüfusun, hastalandığında dahi doktora gitmesi güç iken, kontroller veya çocuğunun normal sağlık takibi için hastaneye gitmesi durumunun zorlukları görülmektedir(9).

Ülkemizde oldukça büyük bir popülasyonu etkileyen hastanede kalma durumunun, çocuğa ve ailesine olan etkisinin araştırılmasından elde edilecek sonuçlar, hastanede yatan çocuğa ve ailesine yönelik planlanan hizmetlerin yönlendirilmesinde, göz önünde bulundurulduğunda, yapılacak olan çalışmaların daha verimli olacağı düşünülmektedir.



1.1. Çocuk ve Hastalık

Çocukların, doğuştan hastalıklar, akut olarak ortaya çıkabilen hastalıklar, basit çocukluk hastalıkları, kazalar sebebi ile tedavi görmeleri gerekebilecektir.

1.1.1. Kronik Hastalık ve Çocuk

Kronik hastalık, normalden sapma veya bozukluk gösteren, kalıcı yetersizlik bırakan, geriye dönüşü olmayan, patolojik değişiklikler sonucu oluşan, hastanın rehabilitasyonu için özel eğitim gerektiren, uzun süre boyunca bakım, gözetim ve denetim gerektireceği beklenen durum olarak tanımlanmaktadır(10).

Çocuğu etkileyen kronik hastalıkların bazıları genetik, bazıları çevreseldir ve çoğunun etiolojisi bilinmemektedir. Primer koruma; fetüsün genetik hastalıktan korunması veya çevresel etkilere korunması ile hastalığın başlangıcının önlenmesidir. Çoğu genetik hastalık için, primer korumanın tek yolu potansiyel etkileyenin önceden bilinmesidir. Sekonder koruma, organizmada gelişen hastalığın hızlanmasını önlemeye yöneliktir. Uterusta iken genetik hastalıkların tanınması, genetik hastalık riski altındaki çoğu ailenin, fetüslerin etkilenip etkilenmediğini anlamasına yardımcı olmuştur. Çoğu aile için bu noktada sekonder koruma, etkilenen fetüs için gebeliğin sonlanmasıdır. Genetik mühendisliğindeki son gelişmeler, sekonder korumaya yeni formlar getirmiştir. Genetik veya cerrahi müdahale ile hastalığın biyokimyasal veya anatomik elemanları eradike edilir.

Tersiyer koruma, hastalığın etkilerini sınırlamaya yöneliktir. Engelin azaltılması tersiyer korumaya girer. Çocuklardaki uzun süreli hastalıkların tedavisinde klinisyenin ne yapacağı tersiyer korumadır. Bu düzeyde koruma ve tedavi arasında önemli bir ayırım yapılmalıdır. Tedaviler sıklıkla hastalığın fizyolojik veya anatomik görünümünü düzenlemek için ne yapılabileceğine

yöneliktir. Örneğin; diyabette uygun kan şekeri düzeyinin sağlanması veya doğuştan kalça çıkığının cerrahi tedavisi tersiyer korumadır.

Kronik çocukluk hastalıkları çeşitlidir; doğuştan anomaliler, doğuştan kalp hastalıkları, epilepsi, kronik böbrek yetmezliği, kanserler, hemofili, diyabet, kistik fibrozis, astım gibi. Tıp biliminin ilerlemesi ve yeni yapılan çalışmalarla, çocukluk çağındaki kronik ve ölümcül hastalıklarda yaşam süreleri uzamaktadır. Yaşam süresinin uzaması ile birlikte hasta çocuk ve ailesi, hastalığın getirdiği psiko-sosyal etkilere daha uzun süre maruz kalmaktadırlar.

Hastaneye yatırılan çocukların hastalıklarına ve hastaneye karşı tepkileri genellikle olumsuz olmakla birlikte, farklı düzeyde tepkilerdir. Vernon et al., hastaneye yatırılan çocukların yaşadıkları deneyimleri etkileyen üç genel faktör üzerinde durmaktadırlar. Bu faktörler, çocuğun kişisel özellikleri, ebeveynin reaksiyonları ve hastaneye yatırılma koşullarıdır(11).

1.1.1.1.Kronik Hastalığın Çocuğun Gelişimi Üzerine Etkisi

Kronik hastalığın çocuğun gelişimine etkisinin düzeyi, hastalığın oluşum zamanına doğuştan veya sonradan kazanılmış olmasına, kalıtsal olup olmayışına, çocuğun yaşı gibi değişkenlere bağlıdır. Bu değişkenlerin önemi, çocukların büyümeleri ve hatta bebeklikte bile bir vücut imajı geliştirmeye başlamaları ile ilişkilidir. Beş aylık bebekler kendi vücutlarını, parmaklarını, baş parmaklarını, cinsel organlarını, yüzlerini keşfederler ve bulgularını birleştirerek vücut imajlarını geliştirirler. İki-üç yaşlarında çocukların “benim” diye tanımladıkları, kendi vücutları hakkında bir kavramları vardır. Bu keşiflerinde bir kolun ya da bacağın olmadığı veya başka anomalileri olduğu görülürse, bu anormalliği kendi benlik imajlarıyla birleştirirler. Daha sonra üç yaşından beş yaşına kadar, kendi vücutlarını diğer çocukların vücutlarıyla karşılaştırmaya başlarlar. İşte o zaman diğer çocuklardan farklı olduklarını fark ederler. Bir anormallikle büyüyen çocuklar

genel olarak, daha sonraki yıllarda bir anomali oluşan çocuklara göre daha uyumlu ve benlik imajını daha çok kabullenmiş görünümündedirler.

Kronik hastalığı ya da fiziksel bozukluğu olan çocuklar, benlik imajlarını kabul ettikten sonra, yaşlılarının kabulü ile baş etmek zorundadır. Küçük çocuklar oldukça uysaldırlar ve genellikle anomalilere rağmen, diğer çocuklarla ellerinden gelen en iyi şekilde oyun oynayacaklardır. Küçük çocuklar acımasız olsalar ve onlarla farklılıkları hakkında konuşsalar da, genel olarak çocuklar özellikle engelli çocuklar kendilerini kabul ediyorsa, diğerlerini kabul ederler. Bununla birlikte ebeveynler genellikle, engelli olan veya kronik hastalığı olan çocukların yanında olmalarından ötürü kaygılanırlar ve onları yaşlılarından korumaya çalışırlar.

Engelleri gözle görülür olan çocuklar, çoğunlukla “gizli” engelleri olan çocuklardan daha fazla ilgi ve destek görürler. Örneğin, eklem romatizması olmuş, eklemleri gözle görülür şekilde şişmiş ve hareket güçlüğü çeken bir çocuk ailesi, öğretmenleri arkadaşlarından olumlu destek görecektir. Diğer yandan, gençlik dönemi diyabeti olan ve engelli görünmeyen çocuk genellikle benzer bir desteği göremeyecektir.

Kronik hastalığı olan çocuklar için esas problem, doktorların ve ebeveynlerin onların bağımsızlık kazanmalarına müsaade etme güçlükleridir. Ebeveynler engelli çocuklarını aşırı koruma eğilimindedir ve doktorlar kısıtlılıkları vurgulayarak bu aşırı korumacılığa katkıda bulunabilmektedirler. Eğer doktor çocuğun yapabileceği ve yapamayacağı aktiviteleri liste haline getirirse, bu hem ebeveyn hem de çocuk için yardımcı ve yol gösterici olacaktır.

1.1.1.2. Kronik Hastalığı Olan Çocuklarda Psikolojik Durum

Çocukların hastalık karşısında gösterdikleri tepkiler, bazı etkenlere bağlıdır. Bu etkenler;

- Çocuğun gelişim düzeyi,
- Çocuğun uyum düzeyi ve yetenekleri,
- Anne-baba-çocuk ilişkisinin hastalık öncesindeki düzeyi,
- Hastalık öncesindeki aile içi denge,
- Hastalığın veya yaralanmanın derecesi, hasta organ, ağrı veya kaybın derecesi, tedavi şekli, hastalığın yarattığı kalıcı etki ve sınırlamalar,
- Hastalığın çocuk ve ailesi için taşıdığı anlam, hastalıkla ilgili düşünceler,
- Hastalığın, çocuğun toplumsal uyumuna, okul yaşantısına, alışkanlıklarına, kardeş ve arkadaşları ile ilişkilerine etkisi(12).

Uzun süreli hastalığı olan çocuklar, sağlam arkadaşlarına göre önemli davranışsal problemlere sahip olma açısından daha fazla risk altındadırlar. Davranışlar ve hastalık arasındaki ilişki yıllardır incelenmektedir. Çok az araştırmada duruma özgü davranışsal problemler olduğu iddia edilse de, uzun süreli hastalığın, çocuğun normal büyümesi ve davranışsal gelişimine etkili özel sorunlar yarattığı bilinmektedir.

Epidemiolojik zeminle ilgili pek çok çalışma, davranışsal sonuç riskinin, sağlam çocuk popülasyonuna göre yaklaşık iki kat fazla olduğunu gösterir. Tavormina et al., kronik hasta çocuklarda çok az psikopatoloji bulmuştur(13).

Okul, çocukların için birincil derecede önemli işidir. Bu nedenle, hasta çocuk için okuldan uzak kalmak, hastalığı ve hastanede kalması ile birlikte yeni bir sorunu da beraberinde getirir. Okul hizmetleri, çocukların uzun süre etkili fonksiyon göstermesinde en iyi habercidir. Bu nedenle hastanede yatan ve uzun süreli hastalığı olan çocuklar için, okul hizmetlerinin en üst düzeye çıkarılması amaç olmalıdır. Kronik hastalıklı çocuklar, sağlam arkadaşlarından daha çok devamsızlık yaparlar.

Kronik hastalıklı çocuklarda devamsızlık nedenleri çeşitlidir. Bazen hastalık veya tedavisi çocuğun dayanıklılığını etkiler, mobilizasyonuna engel olur. Bazen sağlık kontrolleri okul saatlerine denk gelir. Evle bağlantılı eğitim, çocuk iki veya daha fazla okul haftası kaybettiğinde yapılabilir. Uzun süreli

hastalığı olan çoğu çocukta bir okul döneminde sık sık devamsızlıklar olur. Evle bağlantılı eğitim yapılırsa da, bu haftada bir kaç saatle sınırlandırılmalıdır. Çoğu okul sisteminde çocuklara okul saatlerinde yardımcı olacak etkili prosedürler yoktur.

Çocukluk çağı kronik hastalıkları çeşitlidir. Juvenil artrit, immün yetmezlik sendromları, astım, orak hücreli anemi, hemofili, kistik fibrozis, konjenital kalp hastalığı gibi. Bu hastalıkların epidemiolojisi erişkin kronik hastalıklarından farklıdır. Çocuklar pek çok nadir rastlanan hastalıkla karşılaşırken, erişkinlerde hastalık sayısı sınırlıdır.

Çoğu uzun süreli hastalık hafif düzeydedir; saman nezlesi, hafif akne, astımın hafif formları gibi. Ciddi kronik hastalıkların arasından, sadece astım sık rastlanan bir hastalıktır.

1.1.2. Akut Hastalık ve Çocuk

Akut hastalıklar, çeşitli kazalar sonucunda ortaya çıkabilen, olayın ciddiyeti ve çocukta oluşabilecek fiziksel problemlerin derecesine göre tedavi süresi tam olarak belirlenemeyen durumları tanımlamaktadır. Bu durum, çocuğun bir trafik kazası sonucunda bacağındaki kırığın iyileşmesi süreci olabileceği gibi, çocuğun yanıcı madde içimine bağlı olarak oluşabilecek problemlerin uzun süre takibini de gerektirebilmektedir.

Akut hastalığı olan çocuğun evde bakımı her zaman uygun olamayacağı gibi güvenli de değildir. Çocuğun, hastanede yatması ve profesyonel kişiler kontrolünde tedavi alması gerekli olabilir. Eğer ev ortamı çocuğun bakımını yeterli derecede sağlayamaz ise, ciddi hastalıkları olmayan çocuklar da hastanede tedavi altına alınmalıdır. Böyle bir çocuk iyi bakım görse dahi, hastanede yatmanın çocuk için oluşturabileceği psikolojik olumsuzlukları unutmamak gereklidir. Özellikle dört ve yedi yaşları arasındaki

çocuklarda vücut imajı ile ilgili endişeler sebebi ile bazı operasyonlar mümkün olabildiğince ertelenmelidir.

Çocuğun, bilişsel düzeyine uygun biçimde tasarlanmış bilgiler, çocuğun daha etkin bir biçimde güveninin sağlanması ve tıbbi bakımı ile ilgili kaygılarının azalması açısından çok önemlidir.

1.1.3. Çocuğun Hastane Ortamına Hazırlanması

Çocuğun tıbbi tedaviye psikolojik olarak hazırlanmasındaki temel amaç, çocukta oluşabilecek aşırı endişeyi engellemek, işlemlerle başa çıkmak için çocuğu işbirliğine yönlendirme ve dolayısı ile fiziksel iyileşmenin çabuklaşmasını sağlamaktır.

Psikolojik hazırlık uygulamalarında en üst düzeyde başarı elde edilmesi için geçmişteki tıbbi deneyimleri bilmek, anne ve babanın desteğini sağlamak ve sorunlarla başa çıkabilmek için kullanacakları yöntemleri saptamak önemlidir. Tıbbi prosedüre genelde olumsuz yanıt verilmesi, geçmişte yaşanan tıbbi yaşantıların bıraktığı olumsuz deneyimler, çocuğun yedi yaşından küçük olması, ebeveynin cezalandırıcı veya bağımlılığı destekleyici tutumları, anne-babanın stresle başa çıkma yeteneklerinin yetersiz oluşu ve tıbbi ortama giren anne-babanın endişe seviyesinin yüksek olması, çocuğun tıbbi işlemlere olumsuz tepki vermesini etkileyen en önemli faktörlerdir.

Çocuğun hastaneye hazırlanmasında, bilgiye dayalı ve davranışsal yöntemler kullanılmaktadır. Bu yöntemler özel yetenek eğitime odaklanır. Bu nedenle daha önce tıbbi prosedürler yaşamamış çocuklar üzerinde, bilgi ve sorunla baş edebilme yöntemlerini içeren modelleme yöntemi tercih edilmelidir. Sadece bilgi edindirme, daha önce olumlu deneyimi olan çocuklar için olumlu sonuçlar yaratabilir. Böylece, yaşanan ilk olumlu deneyim yeniden yaşanabilir. Çocuğun daha önceki deneyimlerinde olumsuz yaşantılar

olmuşsa, ya da benzeri tıbbi prosedürlerle başa çıkma yeteneği, yeterli değilse başka yaklaşımlar kullanılmalıdır. Huzursuzluk seviyesi çok yüksek, doktorlardan ve sağlık personelinin şiddetle kaçarak işlemleri engellemeye çalışan çocuklar için “hassasiyetin azaltılması” metodu kullanılmalıdır. Bu metotla çocuk, asi tepkisini kontrol etmeyi öğrenebilir. Bunu sağlamak için hayal kurabilir ve bu sırada gevşeyerek işlem için işbirliği kurabilir.

Hastaneye yatacak olan veya tedavi olmak için aralıklarla da olsa hastaneye gelecek olan çocuklar kadar, sadece basit muayeneler için hastaneye gelen çocuklar da hastane ve sağlık konusunda bilgilendirilerek bu ortama alınmalıdırlar. Unutulmaması gereken nokta, korkulanlar, bilinmeyen veya yeterince bilinmeyen şeylerdir.

Çocuğun hastane konusunda bilgilendirilmesi durumunda dikkat edilmesi gereken en önemli husus, çocuk hakkında yeterince bilgi alınarak, bazı kriterlere dikkat edilmesidir. Çocuğun, olumsuz tepki vermesi muhtemel olan bazı önemli noktalar vardır.

Çocuğun tıbbi prosedürlere olumsuz tepki vermesi riskini etkileyen sebepler; 1) geçmişte sağlık konusunda yetersiz bilgilendirilme, 2) tekrar edilen tıbbi deneyimlerde, olumsuz yaşantılar, 3) çocuğun yedi yaşından küçük olması, 4) çocuğun sorunla baş etme yönteminin yetersiz oluşu, 5) ebeveynin cezalandırıcı veya bağımlılığı destekler yapıda olması, 6) ebeveynlerin kendi durumlarından dolayı strese girmeleri, 7) ebeveynin tıbbi ortama girmesine bağlı olarak yoğun endişe yaşamasıdır(14).

Çocuğa ait bu bilgiler edinildikten sonra, çocuğun yaşına, bilişsel düzeyine, sosyo-ekonomik düzeyine göre tedavi şekli dikkate alınarak, gerekli bilgilendirme yapılmalıdır. Çocuğu bilgilendirme şekli, daha önceki yaşantıları dikkate alınarak yapılmalıdır ki, daha evvel yaşanmış olumsuz bazı deneyimlerin tekrar edilme olasılığı en aza indirgensin.

Psikolojik hazırlamanın zamanlaması, çocuğun yaşı ile yakından ilgilidir. Küçük çocukların hastaneye veya tıbbi işlemlere hazırlanması söz

konusu olduğuunda, ne olayın çok öncesinde ne de olayın hemen öncesinde olmamalıdır. Çocuğun yeni öğrendiği bilgileri değerlendirebilmesi için yeterli zamanı olmalıdır.

Ebeveynin olaydaki katılımı, çocuğun bu hazırlık veya bilgilendirilme döneminde önemli bir faktördür. Bu süreçte en çok yardım alınabilecek kişiler, çocuğun içinde bulunduğu durumla başa çıkmasında destek olacak olan sakın ebeveynlerdir.

Unutulmamalıdır ki, çocuğun olumsuz bir dönemi olarak nitelendirilebilecek olan hastanede tedavi aldığı dönem, olumlu duygularla geçirilecek olursa, çocuğun ileride karşılaşacağı diğer problemlerle başa çıkma şansı daha da yükselecektir. Bu tip olumlu medikal deneyimler, çocuğun kendine olan güvenini arttırabilecek deneyimler de olabilmektedir. Bu nedenle hazırlık aşamasında aile ile işbirliği yapılması çok önemlidir.

Çocuğun hastalığına karşı tutumunda ailenin ne kadar önemli bir yer aldığı, anne-babanın yaklaşımı ve tavırlarının, çocuğun hastalığına karşı geliştireceği davranışları doğrudan etkilediği görülmektedir.

1.2. Hasta ocuğun Ailesi

Çocuğunun hasta olduğunu öğrenen aileler ve hasta olduğunu öğrenen çocukların değerlik koşullardan etkilenmelerine karşın, geçtikleri evreler aynıdır. İlk evre “şaşkınlık”tır; tanıyı öğrenen ocuk ve aile o zamana kadar hiç tanımadıkları fakat çok uzun bir süre birlikte yaşamalarını ve mücadele etmelerini gerektirecek bir durumla karşı karşıya kalmışlardır. Bu dönemde en sık kullanılan savunma mekanizması, “inkar”dır. ocuk ve aile tanının yanlış olduğunu ileri sürebileceği gibi, hastalığı ve ciddiyetini anlamamış gibi de davranabilecektir. Bu ilk evre hastalığın kabullenilmesi ve hastalığın tanınması aşamasıdır ve tedavisi ile birlikte hastalığın seyrini

önemli ölçüde etkileyecektir. İkinci evre “kızgınlık ve içleme” evresidir. Bu dönemde görülen kızgınlığın önemli bir kısmı tedavi ekibine yansıtılır. Bu evreyi kendini suçlu hissetme izler, “niçin ben?”, “niçin biz?” sorularının sorulduğu dönemdir. Hastalığı kendilerine verilmiş bir ceza olarak algılayabilirler. Hastalık, genetik geçişli ise, sorumluluk duygusu artar. Tüm bu dönemlerin sonunda “hastalığın kabulü” beklenir. Bu kabul, tedavinin etkinliğini ve sürekliliğini olumlu yönde etkileyecektir. Çocuk ve aile, bu evreleri yaşarken çeşitli sebeplerle evrelerden birinde kalabilir yada bir önceki evreye tekrar dönebilirler. Bu gibi durumlarda profesyonel yardıma ihtiyaç duyulur(15).

Kronik hastalığı olan çocukların ailelerinin göstermiş olduğu reaksiyonu tanımlayan bir terim olan “kronik hüznün”, 1960’lı yılların başında ortaya atılmış bir fikir olmakla birlikte son zamanlarda oldukça benimsenmiştir(16).

Tıbbi bir kronik problemi olan çocukla birlikte yaşamaya her ailenin vereceği tepki ve bu tepkinin şiddeti farklılık gösterir. Her ne kadar kronik hastalığı olan çocuğa sahip ailelerin, böyle bir sorunla karşı karşıya olmayan ailelerin yaşamadığı sıkıntılara meydan okuyup, zorluklara göğüs gerdikleri kabul edilse de uzmanlar ailenin duruma uyum sağlaması konusunda aynı fikre sahip değildirler.

Ebeveynin “kronik hüznün” durumuna karşı tepkileri konusunda farklı yaklaşımlar vardır:

1.2.1. Ebeveyn Tepkisine Yönelik Yaklaşımlar

Çocuğun özel durumuna ebeveynin tepkisini açıklayan iki temel yaklaşım olduğu görülür. Baskın olan görüş, ebeveyn tepkisinin zaman içinde ortaya çıkan bir adaptasyon olduğunu ileri süren “zamana bağlı model”dir. Bu

görüŖe göre, adaptasyon çocuğun özel durumunu kabullenmek demektir. Aynı derecede kabullenmeyi öngörmeyen ikinci yaklaşım ise “kronik hüüzün” yaklaşımıdır. Bu yaklaşım, ebeveynin tepkisinin, çocuğun durumuna uyumu olduğunu düşünür. Birbiri ile entegre bir model her iki görüşü de kapsayan yönleri ortaya koymaktadır.

1.2.1.1. Zamana Bağlı Model

Zihinsel engel, fiziksel engel, kronik hastalık gibi özel ihtiyaçları olan çocukların ebeveynlerinin tepkilerini açıklamaya yönelik geliştirilmiş modellerden birisi olan “zamana bağli model” yaklaşımının bir modeli Fortier ve Wanlass tarafından ortaya atılmıştır. Modeldeki aşamalar; şaşkınlık, inkar, keder, dikkati odaklama ve kapanıştır (17).

Şaşkınlık: Ebeveyn için krizin başlangıcıdır. Şaşkınlık, teşhis aşamasında ortaya çıkar. Olay ailenin olaylarla başa çıkma sınırını zorladığından endişe ve aile düzeninin bozulmasıyla sonuçlanır. Bu evre çok kısa sürer ve çocuğun problemine teşhis konulmasından kısa bir süre sonra ikinci evre başlar.

Inkar: İnkâr bir savunma mekanizması olarak ortaya çıkar. İnkâr davranışı ebeveynlerin gerçek teşhisin yanlış olduğu ümidiyle, ikinci bir yol arama ve dileklerin gerçekleşmesi hayali, savunma olarak adlandırılabilir. Ebeveynler inkar etme davranışı içine girerler çünkü, bu onlara durumun gerçekliği ile yüzleşmede zaman kazandıracaktır.

Keder: Kızgınlık, suçluluk ve hüüzün olarak dışa vurulur. Çocuğa konulan teşhis nedeniyle, başkalarını suçlama da söz konusu olabilir. Başa çıkma yöntemleri yeterince kavrandığında keder evresi sona erer.

Dışarıya Odaklanma: Ebeveynlerin durumlarına uygun başa çıkma yöntemlerini keşfettikleri evredir. Dışarıdan yardım kabul edebilir ve hayatlarını gerçekçi bir şekilde duruma uyarlayabilirler.

Kapanış: Son evredir. Bu evrede ebeveynler çocukların teşhisinin normal aile yaşantısını bozduğu ve bozmaya devam edeceği gerçeğini kabul eder. Aile, çocuğun aile hayatına uyum sağlaması için yöntemler geliştirir. Şaşkınlık evresi ile başlayan kriz tehlikesi sona ermiştir(17).

1.2.1.2. Kronik Hüzün Modeli

Çocuğun teşhisine ebeveynin tepkisini konu alan kronik hüzün modeli, farklı bir sonuç ortaya koymaktadır. Bu yaklaşımı savunanlar, ebeveynlerin kapanış evresine gelebildiklerine karşı çıkarlar. Olshansky, kronik hüznü trajik bir olaya verilen doğal bir tepki olarak tanımlar. Tanım ilk olarak zihinsel özürlü çocuğu olan ebeveynlerde görülen psikolojik reaksiyonu belirtmek için kullanılmıştır. Olshansky'e göre kronik hüzün, ebeveyn-çocuk etkileşimi sürecinde verilen duygusal bir cevaptır. Olshansky zamana bağlı modelin kapanış evresini benimseyen meslektaşlarına katılmaz. Kapanış, kabullenme demektir ki, bu da Olshansky'e göre ebeveynlerin hiçbir zaman başaramadıkları bir durumdur ve ebeveynlerin aslında hiçbir zaman etki evresinden kurtulamadıklarını öne sürer. Ebeveynler suçluluk duygularının üstesinden hiçbir zaman gelemeyenler, çocuklarını desteklemek için çaba gösterebilirler de bu çabalar kabullenme anlamına gelmez(18).

1.2.1.3. Birleşik Bir Model

Copley ve Bodensteiner, zamana bağlı modelin çerçevesi ve kronik hüzün fikrinin özelliklerini taşıyan bir model sunmuşlardır. Özürlü çocukların ailelerinin şaşkınlık, inkar ve keder evreleri etrafında dönen bir durum içine girdiklerini savunurlar. Bunu I. Evre olarak adlandırırlar. Bu evre aralıksız duygusal iniş çıkışların yaşandığı bir aşama (Roller-Coaster Ride) olarak tanımlanır. II. Evre dışarıya odaklanma ve kapanış ile karakterizedir. Bu devre ebeveynlerin çocuğun engelini ve uzun vadedeki sonuçlarını

kavramaya başladıkları evredir. Ebeveynler çocuğu olduğu gibi kabul ederler ve çocukla olan ilişkilerinde mutluluğu yakalarlar. Aile bir takım kriz dönemlerini yaşayabilir, ancak bunların sistemli şekilde çözümlerine imkan tanıyan yeterli başa çıkma stratejilerine sahiptirler(19).

Copley ve Bodensteiner, bazı ebeveynlerin I. Evreden hiçbir zaman çıkamadıklarını öne sürer. II. Evreye geçemeyişlerini, bu kayıplarının açıkça tanımlanmamış olmasına yorarlar. Örneğin, bir çocuğun kaybına üzülmekle, “ideal” çocuğun kaybı için üzülmek arasında fark vardır. Her iki evrede de duygusal kaos söz konusudur. Duygusal kargaşa, I. Evrede yoğunluğu açısından daha yıpratıcı iken, II. Evrede zamanla azalır; ancak hiçbir zaman kaybolmaz(19).

Ailenin ihtiyaçları, hastalığın ilk etkileri sırasında ve fiziksel semptomlar arttığında önemli ölçüde büyümektedir. İlk etkiler, teşhis öncesinde ortaya çıkabileceği gibi, ailenin bir şeylerin ters gittiğinin farkına varması ile de oluşabilir. İlk etkiyle oluşan huzursuzluklar, teşhis sonrasında da aylarca devam edebilir. Fiziksel semptomlardaki herhangi bir şiddetlenme veya ailedeki mevcut dengeyi bozarak ailenin ihtiyaçlarını arttıracaktır(20).

Aile destek yapısındaki değişiklikler, çocuğun ya da ebeveynin yokluğu sırasında ve kronik hastalığı bulunan çocuğun gelişimsel dönemleri esnasında ortaya çıkar. Çocuğun ailesinden ayrılmasını gerektiren durumlarda, aile çocuğun bakımını üstlenemeyeceğinden ebeveynde kaygıya sebep olabilir. Ebeveynin hastalanması, boşanma, hamilelik gibi durumlar ebeveyn yokluğuna örnek olabilir. Okula başlama ve ergenlik gibi dönemler de çocuğu aile kontrolü dışında bırakan diğer nedenlerdir. Bunlar, aile için kritik zamanlardır(17).

Yaşam destekleyici teknolojinin çoğalmasıyla, çocuklarda kronik hastalıklar artmaktadır. Buna rağmen, bugünkü sağlık kaygıları akut hastalıklar üzerinde yoğunlaşmıştır. Bu da kronik hastalığı olan çocuğun bakımının büyük ölçüde aileye düşmesine sebep olmaktadır.

1.2.2. Anne-Baba Rollerindeki Farklar

Hasta çocuğa sahip ailelerde bakım işleri daha çok anneye düşmekte, baba yardımcı bir rol üstlenmektedir. Normal ailelerde de rollerin dağılımı bu şekildedir ancak hasta veya özürlü çocuğu alan ailelerde bu durum daha belirgindir. Her iki ebeveynin de çalıştığı ailelerde annenin çalışmasının çocuk bakımı ve ev işleri gibi sorumluluklarının azalması veya ortadan kalkmasına yol açmadığı gözlenmektedir.

Sosyo-ekonomik gruplar arasındaki roller arasında da farklar mevcuttur. Orta sınıftaki anneler, bilgi edinmekle yükümlüdür ve genellikle çocuk ile aile ve aile ile doktorlar arasında aracı rolü üstlenirler. Düşük sosyo-ekonomik düzeydeki anneler daha fazla stres ve sorumluluk altındadırlar, bu da onların çocuğun durumuna daha toleranslı yaklaşımlarına neden olur. Bu aileler sorunla yüzleşmekten çok sorunla yaşamayı öğrenirler(21).

Annelerin babalara göre daha fazla stres yaşadıkları, bunun anne rolünün sorumluluğundan ve iş rolü sorumlulukları çatışmasından kaynaklandığı savunulmaktadır. Anne rolünde, annenin çocuğu ile özdeşleştiği ve çocuğu sadece bir birey olarak değil, kendisinin bir uzantısı olarak algıladığı vurgulanmaktadır. Annenin ve çocuğun duyguları arasında oldukça geçirgen bir sınır olduğu, çocuğun deneyimlerinin anne tarafından kendisininmiş gibi algılandığı vurgulanmaktadır. Çocuğun vücuduna müdahaleyi gerektiren tıbbi işlemler de anne tarafından oldukça stresli olarak algılanmaktadır(22).

Hastalığın yükünün ailede birincil olarak annenin omuzlarına yüklendiği bilinmekte, fakat babanın çocuğun uyumunu kolaylaştırıcı ve anneye yardımcı rolü göz ardı edilmektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda, ailelerin uyumlarında ve duygusal sorunlarında kullandıkları başa çıkma yöntemleri vurgulanmaktadır. Genel eğilim, hasta çocuğu ve ailesini bazı baskıları yaşayan normal insanlar gibi algılamaya çalışmaktır. Kronik hastalıklı çocukları en iyi anlama şeklinin onların “normal olmayan durumdaki normal çocuklar” olduklarını kabullenmek gerektiği vurgulanmaktadır.

Dolayısı ile aileleri de normal olmayan bir dönemi yaşayan aslında normal olan aileler olarak değerlendirmek gerekmektedir(23).

Kronik hastalığı olan çocuklarla ilgilenen sağlık personelinin aileye de önem vermeleri gerekmektedir. Kronik hasta çocuğun hastalığı boyunca ailede kronik hüznün devam etmesinin aile sağlığı kadar, çocuğun sağlığını da etkilediği kanıtlanmıştır. Ailenin imkanlarının tükenmesi durumunda, uzman sağlık personelinin devreye girmesi önemlidir.

Sağlık personelinin, ailenin hüznünlü durumunu anlaması ve ona göre yaklaşımda bulunması çok önemlidir. Ebeveynin hastalık durumuna karşı gösterdiği tepki bazen personel tarafından yanlış anlaşılabilir. Ebeveynin yaşadığı ağır suçluluk duygusu ve umutsuzluk sebebi ile çocuğuyla yeterince ilgilenmiyormuş veya gerçekçi davranmıyormuş gibi değerlendirilebilir. Bu umutsuzluk ve suçluluk duygusu, aileye çocuk hakkında verilen bilgilerin yeterince anlaşılabilmesine engel olmaktadır. Wilker uzman görevlilerin, özel durumda çocuğu olan ailelere karşı kırıci davrandıklarını vurgulamakta, teşhis anındaki kriz durumunda, uzman personelin aileye pek fazla önem vermediğini, çocuğun yaşamında oluşan diğer krizlerin göz ardı edildiğini belirtmektedir(24).

Sağlık personelinin özel durumu olan çocuğa ve ailesine yaklaşımlarında empati çok önemli bir ayrıntıdır. Hemşireler, genellikle aileyle en sık etkileşimde bulunan sağlık personeli grubudur. Ne kadar olumsuz olursa olsun verilen bilgiler doğru olmalıdır.

Kronik rahatsızlıkları olan hastaları tedavi eden hekimlerin, terapötik etkinliği sağlarken, aynı zamanda hastalığın istenmeyen psikiyatrik ve psiko-sosyal sonuçlarından da etkileneceklerini bilmeleri gerekmektedir. Bu sonuçlar veya yan etkiler, hastanın kendisini etkilediği kadar, aile üyelerini de etkilemektedir. Bu konuda hassas bir denge kurmak için hekimin aile içi ilişkileri son derece iyi kavraması gerekir.

Ebeveynlerin aynı durumdaki diğer ebeveynlerle ilişkide olmaları, onlara yardımcı olacaktır. Ortak duygu ve düşünceler paylaşılacak, ortak sorunlara birlikte çözümler bulunacak, geçmiş deneyimler paylaşarak duygusal rahatlama yoluna gidilecek, başarılı başa çıkma yöntemleri paylaşılacak ve dolayısı ile sosyal soyutlanma da en aza inecektir.

Kronik hastalığı olan çocuğun ailesinde, etkilenen fertlerin başında anne ve kardeşler gelmektedir. Hewet ve Matson, aileyi etkileyen faktörlerin başında hasta çocuğun yaşı, cinsiyeti, hastalığının tipi, tedavi edilebilirlik durumu konularının geldiğini ileri sürmüşlerdir(25,26).

Çocuğun hastalığı durumu söz konusu olduğunda, hastalığın teşhis ve tedavisi, hastalığın sonlanması veya hastalıkla birlikte yaşanması gerekli durumlarda anne ve babanın tutum ve davranışları ile, bu dönemde üstlendikleri yükler ve görevler arasındaki farklar da önemli bir ayrıntıdır. Annenin çocuğun hastalığının tüm yükünü taşıırken, babanın aileye, hasta çocuğa ve anneye uzak olması veya tam tersi durumlar söz konusu olabileceği gibi, sorun ve sorumlulukların paylaşımındaki dengesizlikler, yaşanan tüm olumsuz duygulara bir kat daha yük getirebilecektir.

Kronik hastalığı olan çocuğa sahip anne-babaların maruz kaldığı baskı evlilik işlevinde gerilime yol açabilmektedir.

1.2.3. Evliliğin Sağlığı

Tedavi sırasındaki işlemler, tedavinin amacı, tedavi sırasındaki ihtiyaçlar anne ve baba tarafından yanlış anlaşılabilir. Babalara oranla anneler, depresif belirtileri ve baskıyı daha çok açığa vurma eğilimi gösterir. Ancak evlilikteki uyum, çocuğun durumunun ciddiyetinin, annenin algıladığı şekilde algılanmasından etkilenir. Bu da anne ve babanın ilişkisini etkiler. Blotcky et al., çocuğun uyumunun anne babasının tepkilerinden etkilendiğini savunurlar(27).

Kronik hastalığı olan çocukların ailelerinin işleyişinde, hastalık durumunun olumsuz etkilerinin olduğu bilinmektedir. Aileler aşırı koruyucu veya kısıtlayıcı olabilirler, fikir ayrılıklarına düşebilir, karar vermede zorlanabilir, kötü ve katı davranış kalıplarını kullanıyor olabilirler. Ancak buna rağmen hasta çocuğu olan ailelerdeki boşanma oranı hasta çocuğu olmayan ailelerdeki boşanma oranından farklı değildir. Ailelerinde hasta çocuğa sahip olmaya bağlı olarak yaşanan olumsuz durumlara rağmen boşanma sıklığının genel popülasyondan daha çok olmadığı belirtilmektedir(28,29).

Hasta çocuğu ve ailesini anlama konusunda son yıllardaki genel eğilim, onları bazı baskıları yaşayan normal aileler gibi anlamaya çalışmak üzerinedir. Perrin ve MacLean'a göre kronik hastalıklı çocukları en iyi anlama şekli onları "normal olmayan durumdaki normal çocuklar" olarak görmektir(30,31).

Uzun süreli hastalıklar çocuklar ve ailelerinin fonksiyonlarını etkiler. Ebeveynlerin iş aktivitelerini ve performanslarını, ailenin ekonomik statüsünü, ailenin yapı ve fonksiyonunu, toplulukla ilişkilerini etkiler ve kardeşlerin psikolojik statüleri ile okul performanslarına yansır(31).

Özürlü çocuğa sahip olan ailelerde ekonomik problemler görülebildiği, pek çok anne-babanın artan düzeyde kaygı, depresyon, düşük benlik saygısı gösterdikleri, evlilik ilişkilerinde ve kişisel doyumda azalma olduğu ileri sürülmektedir(32,33).

Çocuğun kronik hastalığı, ebeveynlerin çalışma gücünü ve dolayısı ile ailenin ekonomik statüsünü etkiler. Hastalık, aileler için normalden çok daha fazla evde bulunmalarını ve çalışmasını gerektirdiğinden, aileye ek bir yük getirecektir. Ailede artan iş, hareket kısıtlaması olan çocuğun taşınması, hastalığa ait özel tedaviler (örneğin, kistik fibrozisli çocuğun solunum ile ilgili ev terapisi), gerekli servislere götürülmesi gibidir. Çoğu ailede, ebeveynlerin (primer olarak annenin) ev dışındaki işleri, sınırlandırılarak yapılır. Orta sınıf ailelerde, uzun süreli hastalığın varlığı, annenin çalışma olasılığını azaltır. Fakir ailelerde, özellikle tek ebeveynin çalıştığı ailelerde etki daha az görülür,

Çünkü annelerin bir iŖte alıŖma olasılığı, çocuğun hasta olup olmamasına bakmaksızın eŖittir.

Aileler, ocuklarındaki kronik hastalıkla. eŖitli Ŗekillerde baŖa çıkmaya alıŖırlar. Hastalık, çocuklarını nasıl yetiŖtireceklerini, boŖ zamanlarını nasıl geçireceklerini ve aile bireyleri ile iliŖkilerini etkileyebilir. Ailelerin çoğunun boŖ zamanı yoktur. ocuk bakıcısı bulmak, sağlam çocuklara bakıcı bulmaktan daha zordur, çünkü bakıcı daha yüksek ücret isteyebileceği gibi, hasta çocuğa bakmayı tercih etmeyebilecektir. Diğer aile bireyleri çocuğun bakımına isteksiz olabilirler. Bazı ailelerde artan gerginlik ailenin bölünmesine neden olabilir. Aileler, çoğu zaman hastalık nedeni ile boŖanma riski altında olsa da, çoğu aile ayrılıktan hastalığı sorumlu tutmaz. Klinisyenler, ocuğun hastalığının getirdiği gerginliğe karŖı duyarlı olmalı ve aileye karŖı yol gösterici bir rol üstlenmelidirler.

Ailelerin sıklıkla tartıŖtıęı konular; hastalığın maliyeti, anne-baba ve diğer aile bireyleri tarafından sağlanan günlük bakım masrafları, ek nlem ve tedavilerle ilgili problemler, çoğu durumda uzun süreli takibin tahmin edilememesi, çocuklarını etkileyen ağrı ve sıkıntı ile çoğu çocukluk ağı hastalığını ilgilendiren izolasyondur. Stein ve Jessop; maternal psikiyatrik semptomlar ile fonksiyonlar ve astım, meningomyelosele, hemoglobinozile multiple handikaplar arasında çok sayıda parametre incelemiŖlerdir.

Hastalığın bazı karakteristikleri veya çocuğun nasıl etkilendiği, psikolojik, geliŖimsel veya aile disfonksiyonu riskinin açıklanmasında rol oynar. Bunların bazıları: Hastalığın doğal öyküsü ve takibi önemlidir; hastalığın fatal olması, stabil görünmesi veya birkaç yılda çocuğun nasıl etkileneceği anlaŖılır. Hastalığın deęiŖik yaŖlarda baŖlaması, çocuğa farklı sorunlar getirir. Eksik organla doğan çocuklarda geliŖme ve uyum sorunları, kaza ile bir organını kaybeden ergenlik çağındaki çocuklardan daha farklıdır. Hastanın durumunun stabil olması veya sıkıntılı olması deęiŖik etki yapar. Hareket kısıtlılığının derecesi, normal entelektüel kapasite ve biliŖsel geliŖimdeki etkilenme derecesi önemli risk faktörleridir.

Hastanede iki ila altı yaşları arasında çocukları yatan ailelerin ihtiyaçlarını saptamak amacı ile araştırma yapan Gudrun, ailelerin ihtiyaçlarını; (a) doktor ve hemşirelerin olabildiğince dürüst olmaları ihtiyacı, (b) bilgilendirilme ihtiyacı, (c) diğer aile üyelerini bilgilendirme ihtiyacı, (d) personelin dürüstlüğüne güvenme ihtiyacı, (e) desteklenme ve rehberlik edilme ihtiyacı olarak saptamıştır(34).

1.2.4. Hastanede Yatan Çocuğu olan Ailelerin Uyumunu Kolaylaştırıcı Etkenler

Sosyal destek: Ailelerdeki sosyal destek, ailenin oluşabilecek çeşitli problemlerinin üstesinden gelmesinde önemli bir faktördür. Ailenin önemli bir düzeyde stres ile karşı karşıya kalması durumlarından birisi olan hasta bir çocuğa sahip olma durumunda sosyal destek önemli bir yer almaktadır. Sosyal desteğin yaşanan stresi, doğrudan iyileştirme etkisinin olabilirliği tartışma götürmemektedir. Cohen ve Wills, sosyal desteğin yoğun üzüntü durumlarındaki önemini vurgulamaktadırlar (35).

Erken yaşta meydana gelen kronik çocuk hastalığının aile üzerindeki etkilerinin kalıcı, endişe verici olduğu belirtilmektedir. Ayrıca ebeveynin hastalığı kabullenmesinin astımlı çocuğun tedavisini genel boyutlarıyla etkilemekte olduğu vurgulanmaktadır. Tıbbi müdahalelerin başarısız olduğu durumlarda, aile faktörünün gözden geçirilmesi önerilmektedir(36).

1.3. Kronik Hastalığın Kardeşlere Etkisi

Ailede özürlü ya da süregelen hastalığı olan bir bireyin varlığı, başta anne-baba olmak üzere diğer tüm bireylerin yaşamlarını, aile içindeki rollerini ve işlevlerini etkileyebilmektedir(37).

Kronik hastalığın kardeşler üzerindeki etkileri konusunda yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır. Ebeveynler gibi, kronik hastalığın varlığı

kardeşleri de etkiler. Kardeşler, anne-babalarının kardeşlerinin hastalığı ile ilgilenmeleri gerektiğini düşündüklerinden kendi isteklerinde kısıtlamalar yapmaları gerektiğini düşünürler. Hasta kardeşin sorumluluğunu alma, ailenin hasta kardeşe olan ilgisini kıskanma, ailenin hastalık sebebi ile evde daha az vakit geçirmesine bağlı olarak daha az ilgilenilme gibi problemleri olacaktır. Kardeşinin hastalığından veya fiziksel görünüşünden rahatsız olması, ona suçluluk duygusunu yaşatabilecektir. Kardeşlerin bu durumdan etkilenmelerinin, hastalığın türüne, cinsiyete, yaşa göre değişebileceği vurgulanmaktadır. Küçük kız kardeşler ve büyük ağabeyler, abla ve küçük erkek kardeşlerden daha iyi uyum sağlamaktadırlar. Ailenin kardeşleri, çocuğun hastalığı ve tedavisi konusunda bilgilendirmesi, bu konudaki uyumlarını olumlu yönde etkileyecektir. Kardeşler arasında hastalık sebebi ile yaşanan sorunları başka nedenlere bağlama eğilimi gözlenir(23,38,39).

Sağlıklı kardeşler sosyal açıdan yalıtılmış olabilirler ve ebeveynlerin kendileri ile daha az ilgilenmelerine gücenebilirler. Genel görüş evde hasta bir çocuğun bulunmasının, sağlıklı kardeşlerde uyum bozukluğu riskini arttırdığı şeklindedir(40).

Eiser, sağlıklı çocukların hasta kardeşlerini ne ölçüde etkilediği ve ne ölçüde etkilendiği konusunun henüz açıklığa kavuşmadığını belirtmektedir. Bunun nedeninin hasta olan çocuğun genel anlamı ile ailenin fonksiyonlarını karmaşık bir şekilde etkilemesi ve bunun kendi içinde sağlıklı çocuğu da etkilemesi olduğu düşünülmektedir(23).

Kardeşin hastalığı durumunda, diğer çocuklarda içe kapanıklık, huzursuzluk, uyum problemleri gözlenebilen başlıca tepkilerdir(41).

McHale ve Gamble, özürlü kardeşle geçirilen yaşantıların ve bu rolleri üstlenmelerinin normal kardeşlerin, yeterlilik, kendine güven, duyarlılık ve sorumluluk duygularının gelişmesine, insanlara karşı daha fazla anlayış ve kabul geliştirmelerine katkısı olabileceğini vurgulamaktadırlar(42).

KONU İLE İLGİLİ ÇALIŞMALAR

S. Robert (1990), kronik böbrek bozukluğu olan ve böbrek transplantasyonu olmuş, peritonel diyalizi olan veya diyalize giren, 6-18 yaşları arasında 56 çocuk, yaş, cinsiyet ve ırkları aynı kontrol grubu ile yapılan çalışmada çocuklara nöro-psikotik ölçümler yapmıştır. Böbrek hastası olan çocuklarda önemli oranda derecede sözel ve görsel algıda düşüklük saptanmış (43).

I. John (1987), Toronto Hastanesi'nde en az üç yıldır diyalize girmekte olan 198 hasta ile çalışmış, çeşitli nedenlerle elenenler olmuş ve 99'u ile araştırmayı tamamlanmış. Her hasta ile sadece bir kez görüşme yapılmış ve diyaliz hastalarında major depresyona daha sıklıkla rastlandığı sonuna varılmış. Hastanın tıbbi durumunun, kendine güven duygusunu, vücut postürünü ve sosyal fonksiyonlarını etkileyeceğinden psiko-dinamik dengeyi bozacağını, bunların stresin bizzat kaynağı olacağı gibi, hastanın mücadele yöntemlerini de tahrip ederek depresyona katkıda bulunduğu düşünülmektedir(44).

M. Kovacs (1985), insülin bağımlısı diyabetes mellituslu 8-13 yaşları arasında, yeni tanısı konmuş, mental retardasyonu olmayan 74 çocuk ile taburcu olduktan 2-3 hafta sonra hastanede kalmanın genel etkilerinden ziyade IDDM ile yaşamanın etkilerini incelemek için araştırma yapmıştır. Evliliğin ahenkli oluşu ve yüksek sosyo ekonomik koşulların varlığında çocuğun hastalığı kolaylıkla kabul etmesini arttıracak, düşük sosyo-ekonomik durum ve ailesel problemlerin olması çocuğun reaktif psikiatrik bir bozukluk geliştirmesi olasılığını arttıracaktır. Çocuğun ilk tepkisi ne olursa olsun psikolojik iyileşmenin yüksek oranda iyi bir prognozu vardır(45).

P. Donald (1984), altı ila on dört yaşları arasında olan 160 çocukla yaptığı çalışmada, üç aydan uzun süren ve öldürücü hastalığı olmayan çocukları araştırmasına dahil etmiştir. Yaş, sex, cinsiyet ve ırkları aynı olan 63 sağlıklı çocuk kontrol grubu olarak seçildi ve her iki grupta da psiko-sosyal uyum değerlendirildi. Uzunlamasına yapılan çalışmada çocuklar sekiz yıl ara

ile tekrar değerlendirilmiş ve sekiz yıl önceki kronik medikal problemlerin varlığı, çocuğun psiko-sosyal problemleri için risk yaratmadığı sonucuna varılmış. Ayrıca kronik hastalığın diğer aile üyelerinde stres yarattığı vurgulanmıştır(46).

Hastalığın adölesana etkisini araştıran Kellerman (1980) et al., 168 fiziksel hastalığı olan ve 349 sağlıklı olan çocukla (yaş ortalaması 14) yaptıkları çalışma sonucunda, sağlıklı çocuklar ile hasta çocuklar arasında kaygı açısından bir fark bulunamamışken benlik saygısında da sağlıklı ve hasta grup arasında fark gözlenmemiş fakat kız çocuklarda önemli derecede düşük benlik saygısı olduğu saptanmış, bu fark onkoloji ve romatoloji hastalarında daha belirgin bulunmuştur(47).

Merkens (1989), kronik hastalığı olan çocukların doktorları ile bir çalışma yapmıştır. Araştırmacı, 63 ciddi hastalığı veya ortopedik problemi olan hasta ile çalışmış ve doktorların hasta çocukların psiko-sosyal uyumla ilgili sorunlarından yeterince haberdar olmadıkları sonucuna varmıştır(48).

Nefrotik sendromun aileler üzerindeki etkilerini inceleyen Vance (1980) et al., nefrotik sendromlu çocukların anne-baba ve kardeşlerinin ciddi problemlere maruz kalma oranı, kontrol grubuna nispetle biraz yüksek bulunsa da, yine de beklendiği kadar aşırı bir fark olmadığını belirtmektedirler. Ciddi olarak nitelendirilen problemler ise önceden tahmin edildiği üzere, aileye yüklenen maddi külfet ve kardeşlerin sosyal ilişkilerindeki bozulma olarak saptanmış. Araştırmacı, nefrotik sendromlu çocuğu olan aileleri, 'etkilenmiş' değil 'etkilenme riski yüksek' aileler olarak nitelendirilmeleri gerektiğini vurgulamaktadır(49).

R. K. Mulhern (1989), kanser hastası olan 183 çocukla yaptığı bir araştırmada, on beş yaşın altındaki çocuklarla çalışmıştır. En çok görülen kronik problemler, yara, görme problemleri ve şişmanlıktır. Sosyal uyum ve davranış bozukluklarının hasta çocuklarda normal popülasyona oranla iki, üç kat fazla olduğu belirtilmektedir(50).

Robertson (1970) ve Van Der Schyff(1979)'in çalışmaları göstermiştir ki; hastanede yalnız bırakılan çocuklar, evlerine döndüklerinde oldukça büyük davranış problemleri sergilemektedirler. Robertson, hastanede kalan çocuklar arasında fark gözetmeksizin "ayrılma kaygısı"nı  safhada izlemektedir; başlangıçta itiraz, itirazları sonuçsuz kaldığında ümitsizlik ve sonuçta inkar, depresyon ve geri ekilme(51,52).

D.B. Clements(1990) diyabet, kistik fibrozis ve kanserli çocukların aileleri üzerinde yaptığı araştırmada, aile hayatında çalkantıların yaşandığı belirli dönemler tespit etmiştir(53).

Damrosch ve Perry (1989), Down Sendrom'lu çocukların ebeveynlerinin duruma uyum sağlama yöntemlerini araştırmışlardır. Araştırma, anne ve babanın duruma adaptasyonunun farklarını ortaya koymaktadır. Araştırmaya alınan on yedi anne-baba ile yapılan çalışma sonucunda, anne ve babaların çocuğun zr ile ilgili farklı uyum metodları geliştirdikleri ortaya çıkmıştır. Babalar uyum sağlama metodlarını zamana bağlı, anneler ise kronik hüzün olarak tanımlamışlardır(54).

Fraley (1986), prematüre çocuklu aileler üzerinde yaptığı araştırmasında, anne ve babaların deneyimleri arasındaki farklılıkları ortaya koymuştur. nemli bir gelişim noktasında, aynı yaştaki bir ocuk kendi çocuğunu geçtiğinde babaların umutlu, annelerin ise tam tersi bir tutum sergiledikleri belirtilmektedir. Araştırmacı, babanın belki de, diğer çocuğun başarısını, kendi çocuğu için bir umut olarak gördüğünü düşünmektedir(55).

Murphy (1982), çeşitli araştırma sonuçlarını incelemiş, kronik hastalığı olan çocukların ebeveynleri ile zihinsel zrl çocukların ebeveynleri arasında farklar olduğu sonucuna varmıştır. Her iki grupta da anneler, babalara oranla durumla başa çıkmada daha çok zorlanmış ve daha fazla depresif olmuşlardır. Zihinsel zrl çocukların annelerinde, kronik hastalığı olan çocukların annelerine oranla kritik ölçüde daha yüksek stres katsayıları tespit edilmiştir. Zihinsel zrl çocukların babalarında, kronik hastalığı olan çocukların babalarına oranla daha yüksek stres düzeyi, daha düşük kendini

beğenme puanı ve depresif duygularda artış gözlenmiştir. Her iki gruptaki babalar azalan bir yeterlilik duygusundan söz etmişlerdir(56).

Alexander, et al (1988), çocukları ile birlikte refakatli olarak hastanede kalan 50 ve refakatli olarak kalmayan 51 aile ile bir çalışma yapmışlardır. Çalışmada Spielberger'in kaygı ölçeğini kullanarak ailelerin kaygı durumlarını incelemişler ve ailelerin yüksek düzeyde kaygı yaşamalarını etkileyen faktörler; a) refakatli kalsın yada kalmasın, hastanede yatan çocuğu olan ebeveynlerin hepsi, b) hastanede kalma süresi arttıkça, özellikle refakatli kalmayan aileler, c) evde daha çok sayıda çocuğu olan, düşük eğitilmiş refakatçi kalmayan babalar, d) düşük eğitilmiş, düşük statüli işleri olan erkek çocuğu olan refakatçi kalmayan anneler, e) düşük eğitilmiş refakatçi kalmayan anneler, f) çocuğunun yanında refakatçi olarak kalmayan ebeveynler, olarak sıralamışlardır(57).

Riddle, et al., 1989 yılında yoğun bakım ünitesinde kalan 155 çocuğun anne ve babalarının kaygıları üzerine bir araştırma yapmışlardır. Annelerin babalara göre daha fazla stres yaşadıkları, bunun anne rolünün sorumluluğundan ve iş rolü sorumlulukları çatışmasından kaynaklandığı savunulmaktadır. Anne rolünde, annenin çocuğu ile özdeşleştiği ve çocuğu sadece bir birey olarak değil, kendisinin bir uzantısı olarak algıladığı vurgulanmaktadır. Annenin ve çocuğun duyguları arasında oldukça geçirgen bir sınır olduğu, çocuğun deneyimlerinin anne tarafından kendisininmiş gibi algılandığı vurgulanmaktadır(58).

Rasnake ve Linscheid 1989 yılında, üç-beş yaşlarında ve yedi-on yaşları arasındaki 48 hasta çocukla yaptıkları çalışmada, tıbbi muayeneye giden çocukların sergiledikleri huzursuz davranışların azalmasına yardımcı olabileceği varsayımı ile ailelerin küçük çocuklarının korkmuş olduklarını fark ettikleri durumlarda, onlara tıbbi müdahaleler hakkında daha az bilgi verdikleri yolunda bulguları bulunmaktadır(59).

Teichman et al. (1986), İsrail'de altı-on iki yaşları arasında hastanede yatan çocuk ve aileleri ile bir çalışma yapmışlar ve şu sonuçları almışlardır: 1)

sürekli kaygı ölçeğinden yüksek puan alan çocukların, düşük puanlı çocuklara göre daha yüksek durumluk kaygı puanı aldıkları, 2) hastaneye yatırılan çocukların annelerinin kaygılı görüldüğü durumlarda çocuklarında daha kaygılı oldukları, 3) hastanede tedavi gören çocukların gündüz kliniklerinde tedavi edilen çocuklara oranla daha yüksek kaygı puanı aldıkları, 4) kaygı düzeyi yüksek çocuklar, anneleri kaygılı olan çocuklar ve geleneksel hastanede yatan çocuklar, hastanede kaldıkları dönemde en yüksek kaygı düzeyi olan çocuklardır(60).

K.D. Carson (1991), bademcik ameliyatı olan, dört-on iki yaşları arasındaki 47 çocuklarla yaptığı çalışmanın sonucunda, hastaneye yatırılmadan önceki uyum sürecinin ameliyat sonrası adaptasyonun en ciddi göstergesi olduğu araştırmacılar tarafından ortaya koymuştur. Ayrıca kalıtsal endişe özellikleri, aşırı korumacılık, reddetme ve aşırı düşkünlük çocuğun adaptasyonunun zayıflamasına neden olduğunu belirtmektedir (61).

Fosson et al.(1990), beş-dokuz yaşlarında 50,hastanede yatan çocuk ve aileleri ile yaptıkları çalışmada; hastanede yatan çocuklar ve ailelerinin ilk dört günün ardından endişelerinin azaldığı ve çocuktaki endişenin ebeveyndeki endişeyle bağlantılı olduğu sonucuna varılmış, ailelere verilecek artırılmış klinik destek gerekli bulunmuştur(62).

Campbell et al. (1986), “stres idare programı” üzerine yaptıkları çalışmada, kalp kateterizasyon yapılacak 26 çocuk ve aileleri ile çalışmışlar, ebeveynlerin hastaneye yatma işlemlerini kolaylaştırmada ve çocuklarının hem hastanede hem de hastaneden taburcu olduktan sonra kateterizasyona karşı gösterdikleri tepkileri olumlu yönde etkilediği sonucuna varmışlardır. Anne- babalar ve çocukları, korku ve endişeleriyle nasıl başa çıkacaklarını öğrenme şansına sahiptirler ve ebeveynler kendilerini daha iyi hissettiklerinden çocuklar da, bu durumdan olumlu etkilenirler(63).

Hamlett et al. 1992 yılında altı-on dört yaşlar arasında kronik hastalığı olan 30 çocuğun annesi ile bir çalışma yapmışlardır. Kontrol grubu olarak da, aynı yaş ve cinsiyetteki 30 sağlıklı çocuğun annesini almışlardır. Kronik

hastalığı olan çocukların ailelerinde sosyal desteğin önemi bu çalışmada ortaya konmaktadır(64).

Baron et al. (1992), on-on beş yaşları arasındaki 34 astımlı çocukla yaptıkları araştırmada, astım hastalığının düzeyine bakılmaksızın, incelendiğinde yüksek endişe ve bağımlılık daha çok birbirine sıkı sıkıya bağlı ailelerin çocuklarında daha çok gözlemlendiği belirtilmiştir(65).

J.C. Baven (1990), anestezi uygulaması sırasında, iki-on yaşları arasındaki 134 çocukla yaptığı çalışmada, yanlarında anne ve babalarının bulunması durumunda verdikleri tepkileri değerlendirmiştir. İki grup oluşturulmuş ve bir grup anne ve babaları yanlarında iken anestezi uygulanması yapılmış, diğer grubun yanına anne ve babaları alınmamıştır. Araştırma sonucunda görülmüştür ki her zaman anne ve babanın çocukların yanında bulunmaları olumlu sonuçlar vermemiştir. Anestezi sırasında en çok hayal kırıklığına uğrayan çocuklar, anne-babaları aşırı derecede endişeli olan çocuklar olmuşlardır. Anne ve babanın ameliyat öncesinde duyduğu endişe, ameliyattan bir hafta sonra çocuğun davranış ve korkularına yansımaktadır. Anestezi sırasında çocuklarının yanlarında bulunan sakin anne-babalar, sonucu etkilememektedir ancak bunun ebeveynlerden bir kısmı için daha sonraları endişelenmelerini azaltacak etkisi olduğu vurgulanmaktadır(66).

Cleveland ve Miller (1977), zihinsel özürlü çocukların yetişkin yaştaki kardeşleriyle yaptıkları görüşmelerde kardeşlerin büyük bir kısmı, bu koşullarla etkili bir biçimde baş edebildiklerini, meslek seçimi, evlilik ve aile ile ilgili kararlarının, özürlü kardeşin varlığından etkilenmediğini belirtmişlerdir(67).

Ferrari (1984), gelişim geriliği olan ve diyabet hastası olan çocukların normal kardeşleri ile yaptığı çalışmada, hasta ve özürlü çocukların kardeşlerinin normallere göre daha fazla davranış ve psiko-sosyal uyum problemi göstermediklerini bulmuştur(68).

Breslau et al, kistik fibrozis, serebral palsy ve çok özürlü çocukların altı ila on sekiz yaşları arasındaki normal kardeşleri ile yaptıkları çalışma sonunda, okulda ve yaşitlarıyla olan ilişkilerinde saldırganlığı ölçen boyutlarda, özürlü çocukların kardeşlerinin daha fazla patolojiye işaret eden yüksek puanlar aldıklarını saptamışlardır(69).

Küçüker (1997), 13-15 yaşları arasındaki 32 özürlü çocuğun kardeşi ile yaptığı araştırmada, bilgi verici psikolojik danışmanlık programının, kardeşlerin özre ilişkin bilgi düzeyleri ve özürlü kardeşlerine yönelik tutumları üzerinde olumlu yönde etkili olduğu sonucunu vurgulamaktadır(70).

Er ve Mağden (1994), hastanede ilk kez yatan üç-dokuz yaşları arasındaki çocuklarla yaptıkları çalışmada, hastanede yatan çocukların büyük kısmında, hastane yaşantısı döneminde davranış değişikliği saptadıklarını belirtmişlerdir. Davranış değişikliklerinde, yaş, cinsiyet, SED, ailelerin çocuklarını hastaneye hazırlamaları ve çocuğun hastanede kalış süresinin önemli faktörler olduğunu belirtmektedirler(71).

ARAŞTIRMANIN AMACI

Ülkemizdeki sağlık hizmetleri, gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında, görülen sadece teknolojik eksiklikler değildir. Tıpta izlenen tüm yenilikler, teknikler ilgili uzmanlık alanları tarafından takip edilmekle birlikte, hastanın tedavisinde çok önemli olduğu yıllardır vurgulanan ve gelişmiş ülkelerde öncelik ve önemliliği tartışılmaz durumda olan hastaya “psikolojik destek” konusuna ülkemizde yeterince önem verilememektedir.

Hastanın psikolojik durumu, hastalığın seyrini önemli düzeyde etkilemektedir. Hastanın moralinin iyi olması, tedavi sırasında sağlık personeli ile işbirliği kurmasına neden olmakta, bu da hastalığın seyrini olumlu etkileyebilmektedir. Çocuk hastaların gelişimlerini tamamlamamış olmaları nedeni ile, hastanede kaldıkları süre içinde psikolojik olarak desteklenmelerinin çok daha önemli olduğu bilinmektedir.

Çocuk, hastaneye geldiğinde tanımadığı bir ortamda, tanımadığı kişilerle karşılaşacak, ailesi yanında olmayacak ve tıbbi işlemler uygulanırken, çeşitli zorluklarla tek başına mücadele etmek zorunda kalabilecektir. Bu prosedürü bilerek hastaneye yatan bir çocukla, hiç bilmeden hastanede bulunan çocuk arasında uyum, sağlık personeli ile ilişkiler ve tıbbi işlemlere karşı tepkileri konusunda farklılıklar olacaktır. Aynı durum hasta çocuğun ailesi için de geçerlidir.

Hastaneye yatan çocuk kadar aile de çocuğunun hastanede ve kendisinden uzakta bulunması konusunda rahatsızlıklar yaşayabilecek ve bu durum onlarda kaygı, üzüntü yaratabilecektir. Ailenin yaşayabileceği kaygı, iş ve aile hayatını, ailenin diğer fertleri ile olan ilişkileri değiştirebilecek, bazı durumlarda bu ilişkiler olumsuz yaşantılara dönüşebilecektir.

Gelişmiş ülkelerde, hastanede yatan çocuklar için hazırlanan özel programlara, çocuğun ailesi de dahil edilmektedir. Çocuğun o ailenin bir üyesi olduğu ve aileden ayrı düşünülmemeyeceği, ailenin de çocuktan ayrı

olamayacağı düşüncesiyle, hasta çocuk aileleri konusunda özel programlar ve yaklaşımlar gelişmiş ülkelerde uygulanmaktadır.

Ülkemizde, hastanede yatarak tedavi gören çocuklar konusunda son yıllarda yapılan çalışmalar sevindirici olmakla birlikte yeterli bulunmamaktadır. Hastanede yatan çocuğun ailesi konusunda da çalışmaların olması, mevcut tüm çalışmaların etkinliğini arttıracaktır.

Bu araştırma ülkemizde oldukça büyük bir popülasyonu ilgilendiren çocukların hastanede kalmaları durumunda, ailelerinin yaşadıkları kaygıyı etkileyen faktörleri incelemek ve ileride hastanelerde ailelere yönelik yapılacak çalışmalara önerilerde bulunmak amacı ile planlanmıştır.

Temel Problem: Hastanede yatmak, 9-12 yaşları arasındaki çocuklar ve ailelerinin kaygı düzeylerini etkilemekte midir?

Alt Problemler:

1. Annenin ve babanın öğrenim düzeyleri, ailenin kaygı düzeyini etkiler mi?
2. Sosyo-ekonomik düzey, ailenin kaygı düzeyini etkiler mi?
3. Çocuğun cinsiyeti, ailenin kaygı düzeyini etkiler mi?
4. Refakat durumu, ailenin kaygı düzeyini etkiler mi?
5. Çocuğun hastaneye yatış sayısı, ailenin kaygı düzeyini etkiler mi?
6. Annenin ve babanın yaşları, ailenin kaygı düzeyini etkiler mi?
7. Çocuğun hastalığının akut veya kronik oluşu, ailenin kaygı düzeyini etkiler mi?
8. Çocuğun yaşı, ailenin kaygı düzeyini etkiler mi?
9. Annenin ve babanın öğrenim düzeyleri, çocuğun kaygı düzeyini etkiler mi?
10. Sosyo-ekonomik düzey, çocuğun kaygı düzeyini etkiler mi?
11. Çocuğun cinsiyeti, çocuğun kaygı düzeyini etkiler mi?
12. Refakat durumu, çocuğun kaygı düzeyini etkiler mi?
13. Çocuğun hastaneye yatış sayısı, çocuğun kaygı düzeyini etkiler mi?
14. Annenin ve babanın yaşları, çocuğun kaygı düzeyini etkiler mi?

15.Çocuğun hastalığının akut veya kronik oluşu, çocuğun kaygı düzeyini etkiler mi?

16.Çocuğun yaşı, çocuğun kaygı düzeyini etkiler mi?



ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

3.1. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi'nde yatan 9-12 yaş çocukları ve çocukların aileleri oluşturmaktadır.

1.Ocak.1995 tarihi ile 1.Ocak.1996 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi'ne herhangi bir nedenle yatan, 9-12 yaşları arasındaki 101 çocuk ve ailesi örnekleme alınmıştır.

Çalışmaya alınan çocuklar ve ailelerinde, çalışmaya katılmaya isteklilik kriteri yanında, çocuğun kaygı ölçeğini anlayabilmesi açısından okula gidiyor olması ve zihinsel olarak yaşlıtlarına uygun olması kriter olarak belirlenmiştir.

Örneklem grubundaki çocukların cinsiyete göre dağılımları Çizelge 1'de, hastalıklarına göre dağılımları Çizelge 2'de, anne-babaların yaşlara göre dağılımları Çizelge 3'de ve çocukların yaşlara göre dağılımları Çizelge 4'de görülmektedir. Çizelge 5'de hastanede yatan çocukların, hastaneye yatış sayılarına göre dağılımları, Çizelge 6'da hastanede yatan çocukların, annelerinin eğitimlerine göre dağılımları ve Çizelge 7'de hastanede yatan çocukların, babalarının eğitimlerine göre dağılımları bulunmaktadır.

Hastanenin Beyin Cerrahi, Üroloji, Ortopedi, Pediatrik Cerrahi, Okul Dönemi Pediatri, Adölesan Dönemi Pediatri servislerinde yatan toplam 101 çocuk ve ailesi ile görüşülerek, araştırma hakkında bilgi verilmiş ve araştırmaya gönüllü olarak katılımları sağlanmıştır.

Çizelge 4.1: Hastanede yatan çocukların cinsiyetlerine göre dağılımları.

CINSİYET	SAYI	%
KIZ	48	47.52
ERKEK	53	52.48
TOPLAM	101	100.00

Çizelge 4.2: Hastanede yatan çocukların hastalıklarının türlerine göre dağılımları.

HASTALIK	ÇOCUK SAYISI	%
KRONİK	61	60.39
AKUT	40	39.61
TOPLAM	101	100.00

Çizelge 4.3: Hastanede yatan çocuğun, anne-babalarının yaşlarına göre dağılımları.

EBEVEYN YAŞI	ANNE		BABA	
	SAYI	%	SAYI	%
GENÇ YETİŞKİN (27-35)	67	66.33	24	23.76
YETİŞKİN (36+)	34	23.67	77	76.24
TOPLAM	101	100.00	101	100.00

3.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak, aile kaygı ölçeği, çocuk kaygı ölçeği ve bilgi formu kullanılmıştır.

3.2.1. Aile Kaygı Ölçeği

Holroyd tarafından geliştirilen ve Akkök tarafından Türkçe'ye uyarlanarak, geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılan Aile Kaygı Ölçeği 11 alt basamaktan oluşmaktadır(72,73).

Bu alt basamaklar, "Bağımlılık ve Kendini Yönetme", "Bilişsel Bozukluk", "Ailenin Yaşamına Getirdiği Sınırlıklar", "Ömür Boyu Bakım", "Aile İçi Uyumsuzluk", "Kişisel Ödül Eksikliği", "Sürekli Hastalık Kaygısı", "Fiziksel

Sınırlılıklar”, “Mali Kaygılar”, “Bir Kurumu Tercihi Etme”, “Aileye Getirdiği Zorluklar” basamaklarıdır.

Her alt basamak, altı önergeden oluşmakta ve önergelerde bulunan boşlukta çocuğun adının olduğu kabul edilerek, ailenin bu önergenin kendisi için doğru olup olmadığına karar vermesi ve uygun seçeneği işaretlemesi istenmektedir. Ailenin verdiği her “doğru” cevabı için “+1” puan, her “yanlış” cevabı için de “-1” puan verilerek ailenin aldığı puanlar bilgisayarda değerlendirilmiştir.

3.2.2. Çocuk Kaygı Ölçeği

Çocuk kaygı düzeyinin saptanması için Spielberger (1973) tarafından geliştirilen ve Özusta tarafından uyarlanarak, geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılan “Çocuklar için Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri” kullanılmıştır(74).

ÇDSKE Sürekli Kaygı Ölçeği, 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 seçeneklerinden “sık sık” seçeneğinin seçilmesi en yüksek 3 puanın, “hemen hemen hiç” seçeneğinin seçilmesi en düşük olan 1 puanın alınmasına yol açar. Sürekli kaygı ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 20, en yüksek puan 60’dır.

ÇDSKE Durumluk Kaygı Ölçeği’nde 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 kaygı ile ilişkili durumların değerlendirilmesini amaçlar. Maddelerin yarısı tedirginlik, telaş ve gerginliğin

olması, kalanları 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 ölçeğinden alınabilecek en yüksek puan 60, en düşük puan ise 20 dir. ÇDSKE öz bildiri formundadır ve bireysel ya da grup halinde uygulanabilir.

Uygulamada, Durumluk Kaygı Ölçeği, uyarlamayı yapan araştırmacının yönlendirmesi ile, testle ilgili veya test sırasında oluşacak tedirginlik ve heyecan gibi duygusal olaylara duyarlı olduğundan Sürekli Kaygı Ölçeği'nden, önce verilmiştir.

3.3. Veri Toplama İşlemleri

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket ve görüşme teknikleri kullanılmıştır.

Çocuk servise yattığında aile ile görüşülerek, araştırma hakkında bilgi verilmiş, araştırmaya katılmak konusunda karar kendilerine bırakılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden aileler araştırmaya dahil edilmiş ve araştırmanın örneklemini oluşturmuşlardır.

Çalışmaya alınan her çocuk ve ailesi için bir bilgi formu oluşturulmuştur. Bilgi formunda yer alan bilgiler çocuk hastaneye yatırıldığında anne ve/veya baba tarafından doldurulmuştur. Çocuğun, yaşı, cinsiyeti, öğrenim düzeyi, hastalığı, tedavi şekli, hastane deneyimleri- varsa- ,başka hastalığı olup olmadığı, anne-babanın; yaşları, eğitimleri, meslekleri, ailedeki çocuk sayısı bilgi formunun içeriğini oluşturmaktadır. Ek 1'de bilgi formu örneği sunulmaktadır.

Aileden bu bilgiler alındıktan sonra, aileye kaygı ölçeği uygulanmıştır. Aileler, kaygı ölçeğini kendileri doldurmuşlardır. Ancak okuma yazması

olmayan annelere, uygulamacı tarafından ölçek okunmuş ve cevapları işaretlenmiştir.

Çocuk kaygı ölçeği ise, çocuk hastaneye yattıktan bir gün sonra, uygulanmıştır.

3.4. Verilerin Analizi

Araştırmada kullanılan ölçeklerden elde edilen veriler analiz edilerek, uygun istatistiksel işlemler kullanılarak değerlendirilmeler yapılmıştır.

Aile ve çocuğa uygulanan kaygı ölçeklerinden alınan sonuçlar SPSS 7.0 istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Değerlendirmede, Tek Yönlü Varyans Analizi(One Way Anova), T-Testi(Independent Sample T-Test), (Tukey HSD) istatistiki yöntemleri kullanılmıştır(75).

Değişkenin basamağının üç ve dört olduğu durumlarda, ortalamalar arasındaki farklılığın tespit edilmesi için Varyans Analizi ile test edilmiş. Varyans analizinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu aşamalarda, hangi gruplar arasında anlamlı farklılıklar olduğunu bulmak için Tukey HSD uygulanmıştır.

Değişken basamak sayısının iki olduğu durumda ise, ortalamalar arasındaki fark T-Testi kullanılarak test edilmiştir.

BULGULAR

9 ila 12 yaşları arasında hastanede yatan çocuklar ve ailelerinin kaygı düzeylerini etkileyen faktörlerin saptanması amacı ile aileye ve çocuğa ayrı ayrı kaygı ölçekleri uygulanmıştır.

Bu ölçeklerden elde edilen sonuçlar uygun istatistiksel yöntemlerle değerlendirilerek elde edilen bulgular uygun tablolarla sunulmuştur.

Çizelge 4.4: Hastanede yatan çocukların, yaşlarına göre dağılımları.

KAYGI DÜZEYİ	ÇOCUĞUN YAŞI	n	$\bar{x}$	SS	SH
AİLENİN KAYGI DÜZEYİ	9	26	23.84	6.10	1.19
	10	25	25.60	6.18	1.23
	11	27	25.25	5.49	1.05
	12	23	24.43	5.17	1.07
	TOPLAM	101	24.79	5.72	0.56
ÇOCUĞUN HASTANEDEKİ KAYGI DÜZEYİ	9	26	34.07	5.26	1.03
	10	25	33.40	6.77	1.35
	11	27	33.70	8.25	1.58
	12	23	33.13	6.95	1.45
	TOPLAM	101	33.59	6.81	0.67

AKO ALT BASAMAKLARI	ÇOCUĞUN YAŞI	n	$\bar{x}$	SS	SH
BAĞIMLILIK VE KENDİNİ YÖNETME	9	26	2.07	1.57	0.30
	10	25	2.40	1.32	0.26
	11	27	2.22	1.42	0.27
	12	23	1.65	1.30	0.27
	TOPLAM	101	2.09	1.41	0.14
BİLİŞSEL BOZUKLUK	9	26	0.61	0.75	0.14
	10	25	0.76	1.20	0.24
	11	27	0.81	1.14	0.22
	12	23	0.30	0.55	0.11
	TOPLAM	101	0.63	0.96	0.009
AİLENİN YAŞAMINA GETİRDİĞİ SINIRLILIKLAR	9	26	1.61	1.76	0.34
	10	25	2.36	2.32	0.46
	11	27	1.81	1.81	0.35
	12	23	2.39	2.10	0.43
	TOPLAM	101	2.02	2.00	0.19
ÖMÜR BOYU BAKIM	9	26	2.57	1.79	0.35
	10	25	2.84	2.15	0.43
	11	27	2.48	1.67	0.32
	12	23	2.69	1.84	0.38
	TOPLAM	101	2.64	1.84	0.18
AİLE İÇİ UYUMSUZLUĞU	9	26	2.07	0.62	0.12
	10	25	2.04	0.67	0.13
	11	27	2.11	0.50	0.009
	12	23	2.08	0.59	0.12
	TOPLAM	101	2.07	0.59	0.005
KİŞİSEL ÖDÜL EKSİKLİĞİ	9	26	0.65	0.74	0.14
	10	25	0.68	0.74	0.14
	11	27	0.66	0.91	0.17
	12	23	0.60	0.94	0.19
	TOPLAM	101	0.65	0.82	0.008
SÜREKLİ HASTALIK KAYGISI	9	26	2.38	1.26	0.24
	10	25	2.80	0.95	0.19
	11	27	2.62	1.18	0.22
	12	23	2.95	1.06	0.22
	TOPLAM	101	2.68	1.13	0.11
FİZİKSEL SINIRLILIKLAR	9	26	3.50	0.76	0.14
	10	25	3.64	0.63	0.12
	11	27	3.85	0.53	0.10
	12	23	3.65	0.64	0.13
	TOPLAM	101	3.66	0.65	0.006
MALİ KAYGILAR	9	26	2.76	0.95	0.18
	10	25	2.80	1.08	0.21
	11	27	2.81	0.87	0.16
	12	23	2.73	1.00	0.21
	TOPLAM	101	2.78	0.96	0.009
BİR KURUMU TERCİH ETME	9	26	2.61	1.09	0.21
	10	25	2.76	0.92	0.18
	11	27	2.88	1.01	0.19
	12	23	2.86	0.75	0.15
	TOPLAM	101	2.78	0.95	0.009
AİLEYE GETİRECEĞİ ZORLUKLAR	9	26	2.96	1.18	0.23
	10	25	2.52	1.22	0.24
	11	27	2.96	0.93	0.18
	12	23	2.47	0.84	0.17
	TOPLAM	101	2.74	1.07	0.10

Çocukları 26'sı dokuz, 25'i on, 27'si on bir, 23'ü on iki yaşındadır.

Çizelge 4.5: Hastanede yatan çocukların, hastaneye yatış sayılarına göre dağılımları.

KAYGI ÖLÇEĞİ	HASTANEYE YATIŞ SAYISI	n	$\bar{x}$	SS	SH
AİLENİN KAYGI DÜZEYİ	1	46	24.15	5.69	0.83
	2	24	23.95	5.00	1.02
	3	14	24.35	4.43	1.18
	4+	17	28.05	6.90	1.67
	TOPLAM	101	24.79	5.72	0.56
ÇOCUĞUN HASTANEDEKİ KAYGI DÜZEYİ	1	46	33.71	7.31	1.07
	2	24	33.12	6.03	1.23
	3	14	35.00	6.79	1.81
	4+	17	32.76	6.85	1.66
	TOPLAM	101	33.59	6.81	0.67

AKO ALT BASAMAKLARI	HASTANEYE YATIS SAYISI	n	$\bar{x}$	SS	SH
BAĞIMLILIK VE KENDİNİ YÖNETME	1	46	1.91	1.24	0.18
	2	24	2.20	1.28	0.26
	3	14	2.14	1.29	0.34
	4+	17	2.41	2.06	0.50
	TOPLAM	101	2.09	1.41	0.14
BİLİŞSEL BOZUKLUK	1	46	0.73	1.16	0.17
	2	24	0.54	0.58	0.12
	3	14	0.28	0.61	0.16
	4+	17	0.76	1.03	0.25
	TOPLAM	101	0.63	0.96	0.009
AİLENİN YAŞAMINA GETİRDİĞİ SINIRLILIKLAR	1	46	1.86	1.95	0.28
	2	24	1.62	1.73	0.35
	3	14	1.64	1.73	0.46
	4+	17	3.29	2.33	0.56
	TOPLAM	101	2.02	2.00	0.19
ÖMÜR BOYU BAKIM	1	46	2.43	1.84	0.27
	2	24	2.25	2.00	0.40
	3	14	2.85	1.46	0.39
	4+	17	3.58	1.69	0.41
	TOPLAM	101	2.64	1.84	0.18
AİLE İÇİ UYUMSUZLUĞU	1	46	2.08	0.50	0.007
	2	24	2.04	0.69	0.14
	3	14	2.07	0.47	0.12
	4+	17	2.11	0.78	0.18
	TOPLAM	101	2.07	0.59	0.005
KİŞİSEL ÖDÜL EKSİKLİĞİ	1	46	0.52	0.78	0.11
	2	24	1.08	1.01	0.20
	3	14	0.57	0.64	0.17
	4+	17	0.47	0.62	0.15
	TOPLAM	101	0.65	0.82	0.008
SÜREKLİ HASTALIK KAYGISI	1	46	2.82	1.10	0.16
	2	24	2.25	1.11	0.22
	3	14	2.42	1.01	0.27
	4+	17	3.11	1.16	0.28
	TOPLAM	101	2.68	1.13	0.11
FİZİKSEL SINIRLILIKLAR	1	46	3.67	0.66	0.009
	2	24	3.50	0.72	0.14
	3	14	3.78	0.57	0.15
	4+	17	3.76	0.56	0.13
	TOPLAM	101	3.66	0.65	0.006
MALİ KAYGILAR	1	46	2.69	0.93	0.13
	2	24	2.95	1.04	0.21
	3	14	2.78	1.05	0.28
	4+	17	2.76	0.90	0.21
	TOPLAM	101	2.78	0.96	0.009
BİR KURUMU TERCİH ETME	1	46	2.78	0.96	0.14
	2	24	2.87	0.94	0.19
	3	14	2.71	1.13	0.30
	4+	17	2.70	0.77	0.18
	TOPLAM	101	2.78	0.95	0.009
AİLEYE GETİRECEĞİ ZORLUKLAR	1	46	2.58	1.18	0.17
	2	24	2.62	.092	0.18
	3	14	3.07	.091	0.24
	4+	17	3.05	1.02	0.24
	TOPLAM	101	2.74	1.07	0.10

Çocukların 46'sı hastaneye birinci kez, 24'ü ikinci kez, 14'ü üçüncü kez ve 17'si dört ve daha fazla kez yatmışlardır.

Çizelge 4.6: Hastanede yatan çocukların, annelerinin öğrenim durumlarına göre dağılımları.

KAYGI DÜZEYİ	ANNE EĞİTİMİ	n	$\bar{x}$	SS	SH
AİLENİN KAYGI DÜZEYİ	İLKOKUL	60	25.86	5.45	0.70
	ORTAOKUL	29	24.20	6.01	1.11
	LİSE	12	20.83	4.64	1.34
	TOPLAM	101	24.79	5.72	0.56
ÇOCUĞUN HASTANEDEKİ KAYGI DÜZEYİ	İLKOKUL	60	33.91	7.03	0.90
	ORTAOKUL	29	33.68	7.35	1.36
	LİSE	12	31.75	3.81	1.10
	TOPLAM	101	33.59	6.81	0.67

AKÖ ALT BASAMAKLARI	ANNE EGİTİMİ	n	$\bar{x}$	SS	SH
BAĞIMLILIK VE KENDİNİ YÖNETME	İLKOKUL	60	2.30	1.39	0.17
	ORTAOKUL	29	2.10	1.47	0.27
	LİSE	12	1.08	0.99	0.28
	TOPLAM	101	2.09	1.41	0.14
BİLİŞSEL BOZUKLUK	İLKOKUL	60	0.71	1.05	0.13
	ORTAOKUL	29	0.58	0.86	0.16
	LİSE	12	0.33	0.65	0.18
	TOPLAM	101	0.63	0.96	0.009
AİLENİN YAŞAMINA GETİRDİĞİ SINIRLILIKLAR	İLKOKUL	60	2.28	2.12	0.27
	ORTAOKUL	29	1.75	1.84	0.34
	LİSE	12	1.41	1.67	0.48
	TOPLAM	101	2.02	2.00	0.19
ÖMÜR BOYU BAKIM	İLKOKUL	60	3.06	1.70	0.22
	ORTAOKUL	29	2.34	1.96	0.36
	LİSE	12	1.25	1.48	0.42
	TOPLAM	101	2.64	1.84	0.18
AİLE İÇİ UYUMSUZLUĞU	İLKOKUL	60	2.03	0.58	0.007
	ORTAOKUL	29	2.17	0.71	0.13
	LİSE	12	2.08	0.28	0.008
	TOPLAM	101	2.07	0.59	0.005
KİŞİSEL ÖDÜL EKSİKLİĞİ	İLKOKUL	60	0.61	0.92	0.11
	ORTAOKUL	29	0.79	0.67	0.12
	LİSE	12	0.50	0.67	0.19
	TOPLAM	101	0.65	0.82	0.008
SÜREKLİ HASTALIK KAYGISI	İLKOKUL	60	2.95	1.09	0.14
	ORTAOKUL	29	2.37	1.11	0.20
	LİSE	12	2.08	0.99	0.28
	TOPLAM	101	2.68	1.13	0.11
FİZİKSEL SINIRLILIKLAR	İLKOKUL	60	3.66	0.70	0.009
	ORTAOKUL	29	3.65	0.61	0.11
	LİSE	12	3.66	0.49	0.14
	TOPLAM	101	3.66	0.65	0.006
MALİ KAYGILAR	İLKOKUL	60	2.80	0.98	0.12
	ORTAOKUL	29	2.75	1.02	0.19
	LİSE	12	2.75	0.75	0.21
	TOPLAM	101	2.78	0.96	0.009
BİR KURUMU TERCİH ETME	İLKOKUL	60	2.66	0.91	0.11
	ORTAOKUL	29	3.00	0.96	0.17
	LİSE	12	2.83	1.11	0.32
	TOPLAM	101	2.78	0.95	0.009
AİLEYE GETİRECEĞİ ZORLUKLAR	İLKOKUL	60	2.76	1.11	0.14
	ORTAOKUL	29	2.65	1.14	0.21
	LİSE	12	2.83	0.71	0.20
	TOPLAM	101	2.74	1.07	0.10

Annelerin 60'ı ilkokul, 29'u ortaokul, 12'si lise mezunudur.

Çizelge 4.7: Hastanede yatan çocukların, babalarının öğrenim durumlarına göre dağılımları.

KAYGI DÜZEYİ	BABA EĞİTİMİ	N	$\bar{x}$	SS	SH
AİLENİN KAYGI DÜZEYİ	İLKOKUL	27	26.07	5.46	1.05
	ORTAOKUL	11	25.72	6.52	1.96
	LİSE	36	25.25	5.44	0.90
	ÜNİVERSİTE	27	22.51	5.65	1.08
	TOPLAM	101	24.79	5.72	0.56
ÇOCUĞUN HASTANEDEKİ KAYGI DÜZEYİ	İLKOKUL	27	33.51	6.65	1.28
	ORTAOKUL	11	34.45	8.59	2.59
	LİSE	36	34.47	6.73	1.12
	ÜNİVERSİTE	27	32.14	6.41	1.23
	TOPLAM	101	33.59	6.81	0.67

AKO ALT BASAMAKLARI	BABA EĞİTİMİ	N	X	SS	SH
BAĞIMLILIK VE KENDİNİ YÖNETME	İLKOKUL	27	2.29	1.46	0.28
	ORTAOKUL	11	1.90	1.22	0.36
	LİSE	36	2.44	1.40	0.23
	ÜNİVERSİTE	27	1.51	1.34	0.25
	TOPLAM	101	2.09	1.41	0.14
BİLİŞSEL BOZUKLUK	İLKOKUL	27	0.92	1.10	0.21
	ORTAOKUL	11	0.90	1.04	0.31
	LİSE	36	0.47	0.65	0.10
	ÜNİVERSİTE	27	0.44	1.08	0.20
	TOPLAM	101	0.63	0.96	0.009
AİLENİN YAŞAMINA GETİRDİĞİ SINIRLILIKLAR	İLKOKUL	27	2.44	2.35	0.45
	ORTAOKUL	11	1.90	2.25	0.68
	LİSE	36	2.08	1.85	0.30
	ÜNİVERSİTE	27	1.59	1.71	0.33
	TOPLAM	101	2.02	2.00	0.19
ÖMÜR BOYU BAKIM	İLKOKUL	27	3.37	2.09	0.40
	ORTAOKUL	11	3.09	1.44	0.43
	LİSE	36	2.69	1.63	0.27
	ÜNİVERSİTE	27	1.66	1.64	0.31
	TOPLAM	101	2.64	1.84	0.18
AİLE İÇİ UYUMSUZLUĞU	İLKOKUL	27	1.88	0.42	0.008
	ORTAOKUL	11	2.45	0.93	0.28
	LİSE	36	2.22	0.59	0.009
	ÜNİVERSİTE	27	1.92	0.47	0.009
	TOPLAM	101	2.07	0.59	0.005
KİŞİSEL ÖDÜL EKSİKLİĞİ	İLKOKUL	27	0.33	0.73	0.14
	ORTAOKUL	11	0.54	1.03	0.31
	LİSE	36	0.77	0.83	0.13
	ÜNİVERSİTE	27	0.85	0.76	0.14
	TOPLAM	101	0.65	0.82	0.008
SÜREKLİ HASTALIK KAYGISI	İLKOKUL	27	3.14	0.90	0.17
	ORTAOKUL	11	2.81	1.25	0.37
	LİSE	36	2.55	1.25	0.20
	ÜNİVERSİTE	27	2.33	1.00	0.19
	TOPLAM	101	2.68	1.13	0.11
FİZİKSEL SINIRLILIKLAR	İLKOKUL	27	3.62	0.68	0.13
	ORTAOKUL	11	3.54	0.68	0.20
	LİSE	36	3.66	0.75	0.12
	ÜNİVERSİTE	27	3.74	0.44	0.008
	TOPLAM	101	3.66	0.65	0.006
MALİ KAYGILAR	İLKOKUL	27	2.92	1.07	0.20
	ORTAOKUL	11	3.00	1.00	0.30
	LİSE	36	2.75	0.87	0.14
	ÜNİVERSİTE	27	2.59	0.97	0.18
	TOPLAM	101	2.78	0.96	0.009
BİR KURUMU TERCİH ETME	İLKOKUL	27	2.48	0.80	0.15
	ORTAOKUL	11	3.00	0.77	0.23
	LİSE	36	2.66	0.95	0.15
	ÜNİVERSİTE	27	3.14	1.06	0.20
	TOPLAM	101	2.78	0.95	0.009
AİLEYE GETİRECEĞİ ZORLUKLAR	İLKOKUL	27	2.62	1.00	0.19
	ORTAOKUL	11	2.54	0.82	0.24
	LİSE	36	2.91	1.02	0.17
	ÜNİVERSİTE	27	2.70	1.29	0.24
	TOPLAM	101	2.74	1.07	0.10

Babaların 27'si ilkokul, 11'i ortaokul, 36'sı lise ve 27'si üniversite mezunudur.

Çizelge 4.8: Hastanede yatan çocuğun ve ailelerinin kaygı düzeylerinin annenin öğrenim düzeyine göre değişimi.

Kaygı Düzeyi	Anne Eğitimi	Sd	Kt	ko	F	p
AILE	G.A.	2	267.27	133.63	8.31	0.01**
	G.İ.	98	3005.35	30.66		
	TOPLAM	100	3272.62			
ÇOCUĞUN HASTANEDEKİ	G.A.	2	47.31	23.65	0.74	0.60*
	G.İ.	98	4597.04	46.90		
	TOPLAM	100	4644.35			

* $p > 0.05$ ise önemsiz.

** $p \leq 0.05$ ise önemli.

Çizelge 4.8’de annenin öğrenim düzeyi ile aile kaygı ölçeği ve çocuk kaygı ölçeğinin istatistiksel sonuçları görülmektedir.

Ailenin kaygı düzeyi ile annenin öğrenim düzeyi arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu görülmektedir ($p < 0.01$).

Çocuk kaygı ölçeğine bakıldığında ise anlamlı bir istatistiksel sonuç görülmemektedir ($p > 0.60$).

Çizelge 4.9.: Ailenin kaygı düzeyinin, annenin öğrenim düzeyine göre değişimi.

AKO	Ali Basamakları	Anne Eğitimi	Sd	kt	ko	F	p
	G.A.		2	14.80	7.40		
BAĞIMLILIK VE	G.İ.		98	186.20	1.90	6.29	0.02**
KENDİNİ YÖNETME	TOPLAM		100	201.01			
	G.A.		2	1.56	0.78		
BİLİŞSEL	G.İ.		98	91.88	0.93	1.59	0.43*
BOZUKLUK	TOPLAM		100	93.44			
	G.A.		2	10.50	5.25		
AİLENİN YAŞAMINA GETİRDİĞİ SINIRLILIKLAR	G.İ.		98	392.41	4.00	2.58	0.27*
	TOPLAM		100	402.91			
	G.A.		2	36.63	18.31		
ÖMÜR	G.İ.		98	304.53	3.10	11.60	0.004**
BOYU BAKIM	TOPLAM		100	341.16			
	G.A.		2	0.37	0.18		
AİLE	G.İ.		98	34.98	0.35	0.44	0.59*
İÇİ UYUMSUZLUĞU	TOPLAM		100	35.36			
	G.A.		2	0.92	0.46		
KİŞİSEL ÖDÜL	G.İ.		98	67.94	0.69	0.04	0.51*
EKSİKLİĞİ	TOPLAM		100	68.87			
	G.A.		2	11.26	5.63		
SÜREKLİ	G.İ.		98	116.59	1.19	9.20	0.01**
HASTALIK KAYGISI	TOPLAM		100	127.86			
	G.A.		2	0.027	0.014		
FİZİKSEL	G.İ.		98	42.55	0.43	0.001	0.99*
SINIRLILIKLAR	TOPLAM		100	42.55			
	G.A.		2	0.048	0.024		
MALİ	G.İ.		98	93.16	0.95	0.04	0.97*
KAYGILAR	TOPLAM		100	93.20			
	G.A.		2	2.20	1.10		
BİR KURUMU	G.İ.		98	89.00	0.90	1.27	0.30*
TERCİH ETME	TOPLAM		100	91.20			
	G.A.		2	0.35	0.17		
AİLEYE GETİRECEĞİ ZORLUKLAR	G.İ.		98	114.95	1.17	0.02	0.86*
	TOPLAM		100	115.30			

* $p > 0.05$ ise önemsiz.

** $p \leq 0.05$ ise önemli.

Çizelge 4.9’de, hastanede yatan çocukların annelerinin öğrenim düzeylerine göre aile kaygı ölçeği alt basamaklarındaki kaygı düzeyleri görülmektedir.

“Bağımlılık ve kendini yönetme” ($p<0.02$), “ömür boyu bakım” ($p<0.004$), “sürekli hastalık kaygısı” ($p<0.01$) basamaklarında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmektedir.

“Bilişsel bozukluk” ($p>0.43$), “aile yaşamına getirdiği sınırlılıklar” ($p>0.27$), “aile içi uyumsuzluğu” ($p>0.59$), “kişisel ödül eksikliği” ($p>0.51$), “fiziksel sınırlılıklar” ($p>0.99$), “mali kaygılar” ($p>0.97$), “bir kurumu tercih etme” ($p>0.30$) ve “aileye getireceği zorluklar” ($p>0.86$) basamaklarında, hastanede yatan çocuğun annesinin öğrenim düzeyi, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Çizelge 4.10.: Hastanede yatan çocuğun ve ailelerinin kaygı düzeylerinin babanın öğrenim düzeyine göre değişimi.

Kaygı Düzeyi	Baba Eğitimi	Sd	kt	ko	F	p
AİLE	G.A.	3	201.10	67.03	4.76	0.10*
	G.İ.	97	3071.52	31.66		
	KAYGI DÜZEYİ TOPLAM	100	3272.63			
ÇOCUĞUN	G.A.	3	92.50	30.83	0.31	0.58*
	G.İ.	97	4551.84	46.92		
	KAYGI DÜZEYİ TOPLAM	100	4644.35			

* $p > 0.05$ ise önemsiz.

** $p \leq 0.05$ ise önemli.

Çizelge 4.10'da, babanın öğrenim düzeyi ile ailenin kaygı düzeyi ve çocuğun kaygı düzeyi bulunmaktadır.

Aile kaygı düzeyi ($p > 0.10$) ve çocuk kaygı düzeyleri ($p > 0.58$) sonuçlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar görülmemektedir.

Çizelge 4.11.: Ailenin kaygı düzeyinin, babanın öğrenim düzeyine göre değişimi.

Aile Kaygı Ölçeğinin Alt Basamakları	Baba Eğitimi	Sd	kt	ko	F	p
G.A.		3	14.84	4.94		
BAĞIMLILIK VE	G.İ.	97	186.16	1.91	2.32	0.05**
KENDİNİ YÖNETME	TOPLAM	100	201.01			
G.A.		3	5.04	1.68		
BİLİŞSEL	G.İ.	97	88.40	0.91	4.76	0.14*
BOZUKLUK	TOPLAM	100	93.44			
G.A.		3	10.06	3.35		
AİLENİN YAŞAMINA GETİRDİĞİ SINIRLILIKLAR	G.İ.	97	392.84	4.05	2.02	0.48*
	TOPLAM	100	402.91			
G.A.		3	42.32	14.10		
ÖMÜR	G.İ.	97	298.84	3.08	12.26	0.005**
BOYU BAKIM	TOPLAM	100	341.16			
G.A.		3	3.89	1.29		
AİLE	G.İ.	97	31.46	0.32	0.09	0.01**
İÇİ UYUMSUZLUĞU	TOPLAM	100	35.36			
G.A.		3	4.51	1.50		
KİŞİSEL ÖDÜL	G.İ.	97	64.35	0.66	0.15	0.08*
EKSİKLİĞİ	TOPLAM	100	68.87			
G.A.		3	9.92	3.31		
SÜREKLİ	G.İ.	97	117.93	1.21	8.11	0.04**
HASTALIK KAYGISI	TOPLAM	100	127.86			
G.A.		3	0.34	0.11		
FİZİKSEL	G.İ.	97	42.20	0.43	0.47	0.85*
SINIRLILIKLAR	TOPLAM	100	42.55			
G.A.		3	2.08	0.69		
MALİ	G.İ.	97	91.12	0.93	1.88	0.53*
KAYGILAR	TOPLAM	100	93.20			
G.A.		3	7.06	2.35		
BİR KURUMU	G.İ.	97	84.14	0.86	4.92	0.04**
TERCİH ETME	TOPLAM	100	91.20			
G.A.		3	1.90	0.63		
AİLEYE GETİRECEĞİ ZORLUKLAR	G.İ.	97	113.40	1.16	0.33	0.65*
	TOPLAM	100	115.30			

* $p > 0.05$ ise önemsiz.

** $p \leq 0.05$ ise önemli.

Çizelge 4.11’de babanın öğrenim düzeyi ile aile kaygı ölçeğinin alt basamakları arasındaki ilişki görülmektedir.

“Bağımlılık ve kendini yönetme” ($p<0.05$), “ömür boyu bakım” ($p<0.005$), “aile içi uyumsuzluğu” ($p<0.01$), “sürekli hastalık kaygısı” ($p<0.04$), ve “bir kurumu tercih etme ” ($p<0.04$) basamaklarında istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar görülmektedir.

“Bilişsel bozukluk” ($p>0.14$), “aile yaşamına getirdiği sınırlılıklar” ($p>0.48$), “kişisel ödül eksikliği” ($p>0.08$), “fiziksel sınırlılıklar” ($p>0.85$), “mali kaygılar” ($p>0.53$), ve “aileye getireceği zorluklar” ($p>0.65$) basamaklarında, hastanede yatan çocuğun babasının öğrenim düzeyi, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.



Çizelge 4.12.: Hastanede yatan çocuğun ve ailesinin kaygı düzeylerinin, SED'ine göre değişimi.

Kaygı Düzeyi	SED	n	$\bar{X}$	SS	SH	t	p
AİLENİN KAYGI DÜZEYİ	ALT	38	25.71	6.44	1.04	1.25	0.21*
	ORTA	63	24.23	5.21	0.65		
ÇOCUĞUN HASTANEDEKİ KAYGI DÜZEYİ	ALT	38	35.39	7.73	1.25	2.09	0.03**
	ORTA	63	32.50	6.00	0.75		

* $p > 0.05$ ise önemsiz

** $p \leq 0.05$ ise önemli

Çizelge 4.12'de ailenin SED'i ile AKD ve ÇHKD arasındaki ilişki görülmektedir.

AKD ($p > 0.21$) ile ailenin SED'i arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmamaktadır.

ÇHKD ile ailenin SED'i arasında ise ($p < 0.03$) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Alt SED'deki ailenin çocuğunun kaygı ortalaması ($\bar{x} = 35,39$), orta SED'deki ailenin çocuğunun kaygı ortalamasından ($\bar{x} = 32.50$) daha yüksek bulunmuştur.

Çizelge 4.13.: Ailenin kaygı düzeyinin, SED'e göre değişimi.

Aile Kaygı Ölçeğinin Alt Basamakları	SED	n	$\bar{X}$	SS	SH	t	p
BAĞIMLILIK VE KENDİNİ YÖNETME	ALT	38	2.34	1.64	0.26	1.34	0.18*
	ORTA	63	1.95	1.24	0.15		
BİLİŞSEL BOZUKLUK	ALT	38	0.92	1.02	0.16	2.37	0.02**
	ORTA	63	0.46	0.89	0.11		
AİLENİN YAŞAMINA GETİRDİĞİ SINIRLILIKLAR	ALT	38	2.26	2.18	0.35	0.90	0.36*
	ORTA	63	1.88	1.89	0.23		
ÖMÜR BOYU BAKIM	ALT	38	3.02	1.99	0.32	1.63	0.10*
	ORTA	63	2.41	1.72	0.21		
AİLE İÇİ UYUMSUZLUĞU	ALT	38	2.10	0.64	0.10	0.34	0.73*
	ORTA	63	2.06	0.56	0.071		
KİŞİSEL ÖDÜL EKSİKLİĞİ	ALT	38	0.55	0.82	0.13	-0.94	0.34*
	ORTA	63	0.71	0.83	0.10		
SÜREKLİ HASTALIK KAYGISI	ALT	38	3.02	0.99	0.16	2.42	0.01**
	ORTA	63	2.47	1.16	0.14		
FİZİKSEL SINIRLILIKLAR	ALT	38	3.68	0.66	0.10	0.24	0.80*
	ORTA	63	3.65	0.65	0.082		
MALİ KAYGILAR	ALT	38	2.68	1.01	0.16	-0.79	0.43*
	ORTA	63	2.84	0.93	0.11		
BİR KURUMU TERCİH ETME	ALT	38	2.60	1.02	0.16	-1.45	0.14*
	ORTA	63	2.88	0.90	0.11		
AİLEYE GETİRECEĞİ ZORLUKLAR	ALT	38	2.50	1.15	0.18	-1.78	0.07*
	ORTA	63	2.88	1.00	0.12		

* $p > 0.05$ ise önemsiz

** $p \leq 0.05$ ise önemli

Çizelge 4.13'de ailenin SED'i ile aile kaygı ölçeği alt basamakları arasındaki ilişki görülmektedir.

"Bilişsel bozukluk" ($p < 0.02$) ve "sürekli hastalık kaygısı" ($p < 0.01$) basamaklarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

“Bilişsel bozukluk” aşamasında, alt SED'deki ailelerin kaygı ortalamaları ($\bar{x}=0.92$), orta SED'deki ailelerin kaygı ortalamalarından ($\bar{x}=0.46$) daha yüksek bulunmuş, “sürekli hastalık kaygısı” aşamasında ise yine alt SED'deki ailelerin kaygı ortalamaları ($\bar{x}=3.02$), orta SED'deki ailelerin kaygı ortalamalarından ($\bar{x}=2.47$) daha yüksek bulunmuştur.

“Bağımlılık ve kendini yönetme” ($p>0.18$), “aile yaşamına getirdiği sınırlılıklar”($p>0.36$), “ömür boyu bakım” ($p>0.10$), “aile içi uyumsuzluğu” ($p>0.73$), “kişisel ödül eksikliği” ($p>0.34$), “fiziksel sınırlılıklar” ($p>0.80$), “mali kaygılar” ($p>0.43$), “bir kurumu tercih etme” ($p>0.14$) ve “aileye getireceği zorluklar” ($p>0.07$) basamaklarında, hastanede yatan çocuğun annesinin SED'yle, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.



Çizelge 4.14.: Hastanede yatan çocuğun ve ailesinin kaygı düzeylerinin, çocuğun cinsiyetine göre değişimi.

Kaygı Düzeyi	Cinsiyet	n	$\bar{X}$	SS	SH	t	p
AİLENİN KAYGI DÜZEYİ	KIZ	48	26.20	5.34	0.77	2.42	0.01**
	ERKEK	53	23.50	5.79	0.79		
ÇOCUĞUN HASTANEDEKİ KAYGI DÜZEYİ	KIZ	48	33.58	7.23	1.04	-.015	0.98*
	ERKEK	53	33.60	6.48	0.89		

* $p > 0.05$ ise önemsiz

** $p \leq 0.05$ ise önemli

Çizelge 4.14'de, AKD ($p < 0.01$) ile çocuğun cinsiyeti arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş, kız çocuğu olan ailelerin kaygı ortalamaları ($\bar{x} = 26.20$), erkek çocuğu olan ailelerin kaygı ortalamalarından ($\bar{x} = 23.50$) daha yüksek bulunmuştur.

ÇHKD ile çocuğun cinsiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir ($p > 0.98$).

Çizelge 4.15.: Ailenin kaygı düzeyinin, çocuğun cinsiyetine göre değişimi.

Aile Kaygı Ölçeğinin Alt Basamakları	Cinsiyet	n	$\bar{X}$	SS	SH	t	p
BAGIMLILIK VE KENDİNİ YÖNETME	KIZ	48	2.27	1.12	0.16	1.16	0.24*
	ERKEK	53	1.94	1.63	0.22		
BİLİŞSEL BOZUKLUK	KIZ	48	0.72	1.06	0.15	0.94	0.34*
	ERKEK	53	0.54	0.86	0.11		
AİLENİN YAŞAMINA GETİRDİĞİ SINIRLILIKLAR	KIZ	48	2.16	1.98	0.28	0.65	0.51*
	ERKEK	53	1.90	2.04	0.28		
ÖMÜR BOYU BAKIM	KIZ	48	3.22	1.75	0.25	3.16	0.002**
	ERKEK	53	2.11	1.78	0.24		
AİLE İÇİ UYUMSUZLUĞU	KIZ	48	1.97	0.48	0.07	-1.62	0.10*
	ERKEK	53	2.16	0.67	0.092		
KİŞİSEL ÖDÜL EKSİKLİĞİ	KIZ	48	0.54	0.82	0.11	-1.29	0.19*
	ERKEK	53	0.75	0.82	0.11		
SÜREKLİ HASTALIK KAYGISI	KIZ	48	2.81	1.10	0.15	1.09	0.27*
	ERKEK	53	2.56	1.15	0.15		
FİZİKSEL SINIRLILIKLAR	KIZ	48	3.70	0.61	0.089	0.65	0.51*
	ERKEK	53	3.62	0.68	0.094		
MALİ KAYGILAR	KIZ	48	2.91	0.91	0.13	1.33	0.18*
	ERKEK	53	2.66	0.99	0.13		
BİR KURUMU TERCİH ETME	KIZ	48	2.87	0.95	0.13	0.92	0.35*
	ERKEK	53	2.69	0.95	0.13		
AİLEYE GETİRECEĞİ ZORLUKLAR	KIZ	48	2.97	1.02	0.14	2.14	0.03**
	ERKEK	53	2.52	1.08	0.14		

* $p > 0.05$ ise önemsiz

** $p \leq 0.05$ ise önemli

Çizelge 4.15’de, hastanede yatan çocuğun cinsiyeti ile AKÖ alt basamakları ilişkisi görülmektedir. “Ömür boyu bakım” ($p < 0.002$) aşamasında kız çocukların ailelerinin kaygı ortalaması ($\bar{x} = 3.22$), erkek çocukların ailelerinin kaygı ortalamasından ($\bar{x} = 2.11$) daha yüksek bulunmuştur.

“Aileye getireceği zorluklar”(p<0.03) aşamasında kız çocuklarının ailelerinin kaygı ortalaması ($\bar{x}$ =2.97), erkek çocukların ailelerinin kaygı ortalaması ($\bar{x}$ =2.52)ndan daha yüksek bulunmuştur.

“Bağımlılık ve kendini yönetme” (p>0.24), “bilişsel bozukluk” (p>0.34), “aile yaşamına getirdiği sınırlılıklar” (p>0.51), “aile içi uyumsuzluğu” (p>0.10), “kişisel ödül eksikliği” (p>0.19), “sürekli hastalık kaygısı” (p>0.27), “fiziksel sınırlılıklar”(p>0.51), “mali kaygılar”(p>0.18) ve “bir kurumu tercih etme” (p>0.35) basamaklarında, hastanede yatan çocuğun cinsiyeti istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.



Çizelge 4.16.: Hastanede yatan çocukların ve ailelerinin kaygı düzeylerinin, refakatli olmasına göre değişimi.

Kaygı Düzeyi	Refakat	n	$\bar{X}$	SS	SH	t	p
AİLENİN KAYGI DÜZEYİ	VAR	24	24.00	5.71	1.16	-0.77	0.44*
	YOK	77	25.03	5.73	0.65		
ÇOCUĞUN HASTANEDEKİ KAYGI DÜZEYİ	VAR	24	32.29	7.33	1.49	-1.07	0.28*
	YOK	77	34.00	6.64	0.75		

* $p > 0.05$ ise önemsiz

** $p \leq 0.05$ ise önemli

Çizelge 4.16'de ailenin ve çocuğun hastanedeki kaygı düzeyleri görülmektedir.

Refakat durumu ile kaygı düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde, AKD ($p > 0.44$) ve ÇHKD ($p > 0.28$) istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Çizelge 4.17.: Ailenin kaygı düzeyinin, refakatli olma durumuna göre değişimi.

Aile Kaygı Ölçeğinin Alt Basamakları	Refakat	n	$\bar{X}$	SS	SH	t	p
BAĞIMLILIK VE KENDİNİ YÖNETME	VAR	24	1.66	1.09	0.22	-1.72	0.08*
	YOK	77	2.23	1.48	0.16		
BİLİŞSEL BOZUKLUK	VAR	24	.54	1.17	0.24	-0.53	0.59*
	YOK	77	.66	.89	0.10		
AİLENİN YAŞAMINA GETİRDİĞİ SINIRLILIKLAR	VAR	24	1.95	1.78	0.36	-0.19	0.84*
	YOK	77	2.05	2.08	0.23		
ÖMÜR BOYU BAKIM	VAR	24	2.54	1.86	0.38	-0.30	0.75*
	YOK	77	2.67	1.85	0.21		
AİLE İÇİ UYUMSUZLUĞU	VAR	24	1.95	.46	0.095	-1.14	0.25*
	YOK	77	2.11	.62	0.072		
KİŞİSEL ÖDÜL EKSİKLİĞİ	VAR	24	.87	.85	0.17	1.50	0.13*
	YOK	77	.58	.81	0.93		
SÜREKLİ HASTALIK KAYGISI	VAR	24	2.79	.93	0.19	0.53	0.59*
	YOK	77	2.64	1.18	0.13		
FİZİKSEL SINIRLILIKLAR	VAR	24	3.62	.64	0.13	-0.32	0.74*
	YOK	77	3.67	.65	0.075		
MALİ KAYGILAR	VAR	24	2.75	.94	0.19	-0.18	0.85*
	YOK	77	2.79	.97	0.11		
BİR KURUMU TERCİH ETME	VAR	24	2.95	1.04	0.21	1.03	0.03**
	YOK	77	2.72	.92	0.10		
AİLEYE GETİRECEĞİ ZORLUKLAR	VAR	24	2.33	1.37	0.28	-2.17	0.03**
	YOK	77	2.87	.93	0.10		

* $p > 0.05$ ise önemsiz

** $p \leq 0.05$ ise önemli

Çizelge 4.17'da çocuğun hastanede yattığı sırada çocukla birlikte anne, baba veya bir başkasının refakatli kalma durumu ile ailenin kaygı düzeyi arasındaki ilişki görülmektedir.

Aile kaygı ölçeğinin alt basamaklarında, "bir kurumu tercih etme" aşamasında refakatli olan çocuğun ailesinin kaygı ortalaması ($\bar{x}=2.95$)

istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek ($p<0.03$), “aileye getireceği zorluklar” aşamasında refakatli kalmayan çocuğun ailesinin kaygı ortalaması ($\bar{x}=2.87$) daha yüksektir ($p<0.03$).

“Bağımlılık ve kendini yönetme” ($p>0.08$), “bilişsel bozukluk” ($p>0.59$), “aile yaşamına getirdiği sınırlılıklar” ($p>0.84$), “ömür boyu bakım” ($p>0.75$), “aile içi uyumsuzluğu” (0.25), “kişisel ödül eksikliği” ($p>0.13$), “sürekli hastalık kaygısı” ($p>0.59$), “fiziksel sınırlılıklar” ($p>0.74$) ve “mali kaygılar” ($p>0.85$) basamaklarında refakatli kalma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.



Çizelge 4.18.: Hastanede yatan çocukların ve ailelerinin kaygı düzeylerinin çocuğun hastaneye yatış sayısına göre değişimi.

Kaygı Düzeyi	Çocuğun Hastaneye Yatış Sayısı	Sd	kt	ko	F	p
AİLE	G.A.	3	219.58	73.19	4.48	0.08*
	G.İ.	97	3053.04	31.47		
	TOPLAM	100	3272.63			
ÇOCUĞUN	G.A.	3	45.34	15.11	0.03	0.81*
	G.İ.	97	4599.01	47.41		
	TOPLAM	100	4644.35			

* $p > 0.05$ ise önemsiz.

** $p \leq 0.05$ ise önemli.

Çizelge 4.18'de ailenin ve çocuğun hastanedeki kaygı düzeyleri görülmektedir.

Çocuğun hastaneye yatış sayısı ile kaygı düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde, AKD ($p > 0.08$) ve ÇHKD ($p > 0.81$) istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Çizelge 4.19.: Ailenin Kaygı Düzeyi'nin, çocuğun hastaneye yatış sayısına göre değişimi.

AKÖ	Çocuğun Hastaneye Yatış Sayısı	Sd	kt	ko	F	p
BAĞIMLILIK VE KENDİNİ YÖNETME	G.A. G.İ. TOPLAM	3 97 100	3.56 197.44 201.01	1.18 2.03	1.50	0.62*
BİLİŞSEL BOZUKLUK	G.A. G.İ. TOPLAM	3 97 100	2.70 90.74 93.44	0.90 0.93	0.23	0.41*
AİLENİN YAŞAMINA GETİRDİĞİ SINIRLILIKLAR	G.A. G.İ. TOPLAM	3 97 100	34.08 368.82 402.91	11.36 3.80	3.96	0.03**
ÖMÜR BOYU BAKIM	G.A. G.İ. TOPLAM	3 97 100	21.53 319.63 341.16	7.17 3.2	4.47	0.09*
AİLE İÇİ UYUMSUZLUĞU	G.A. G.İ. TOPLAM	3 97 100	0.063 35.30 35.36	0.021 0.36	0.01	0.98*
KİŞİSEL ÖDÜL EKSİKLİĞİ	G.A. G.İ. TOPLAM	3 97 100	5.89 62.97 68.87	1.96 0.64	0.02	0.03**
SÜREKLİ HASTALIK KAYGISI	G.A. G.İ. TOPLAM	3 97 100	9.55 118.30 127.86	3.18 1.22	0.13	0.056*
FİZİKSEL SINIRLILIKLAR	G.A. G.İ. TOPLAM	3 97 100	1.03 41.52 42.55	0.34 0.42	0.39	0.49*
MALİ KAYGILAR	G.A. G.İ. TOPLAM	3 97 100	1.09 92.11 93.20	0.36 0.95	0.09	0.76*
BİR KURUMU TERCİH ETME	G.A. G.İ. TOPLAM	3 97 100	0.37 90.83 91.20	0.12 0.93	0.10	0.94*
AİLEYE GETİRECEĞİ ZORLUKLAR	G.A. G.İ. TOPLAM	3 97 100	4.66 110.64 115.30	1.55 1.14	0.30	0.25*

* $p > 0.05$ ise önemsiz.

** $p \leq 0.05$ ise önemli.

Çizelge 4.19’da çocuğun hastaneye yatış sayısı ile AKÖ’nin alt basamakları arasındaki ilişki görülmektedir.

“Ailenin yaşamına getirdiği sınırlılıklar” da, çocuğun hastaneye yatış sayısı anlamlı bulunmuştur ($p < 0.03$). Tukey HSD ile yapılan değerlendirme sonucunda hastaneye iki kez yatan çocuklar ($\bar{x}=1.62$) ile dört ve daha fazla kez hastaneye yatan çocukların ($\bar{x}=3.24$) ailelerinin bu düzeydeki kaygıları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Hastaneye dört ve daha fazla kez yatan hastaların ailelerin “ailenin yaşamına getirdiği sınırlılıklar” basamağında ki kaygıları iki kez yatan hastalara göre daha yüksektir.

“Kişisel ödül eksikliği” basamağı ile, çocuğun hastaneye yatış sayısı arasında anlamlı bir ilişki gözlenmektedir ($p < 0.03$). Hastaneye ilk kez yatan çocuklar ($x=0.52$) ile ikinci kez yatan çocukların ($x=1.08$) ailelerinin kaygıları arasında anlamlı bir fark gözlenmektedir. Hastaneye ikinci kez yatan çocukların ailelerinin “kişisel ödül eksikliği” aşamasındaki kaygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur.

“Bağımlılık ve kendini yönetme”($p > 0.62$), “bilişsel bozukluk”($p > 0.41$), “ömür boyu bakım”($p > 0.09$), “aile içi uyumsuzluğu”($p > 0.98$), “sürekli hastalık kaygısı”($p > 0.056$), “fiziksel sınırlılıklar”($p > 0.49$), “mali kaygılar”($p > 0.76$), “bir kurumu tercih etme”($p > 0.94$) ve “aileye getireceği zorluklar”($p > 0.25$) basamaklarında anlamlı fark bulunmamıştır.

Çizelge 4.20.: Hastanede yatan çocukların ve ailelerinin kaygı düzeylerinin, babanın yaşına göre değişimi.

Kaygı Düzeyi	Baba Yaşı	n	$\bar{X}$	SS	SH	t	p
AİLENİN KAYGI DÜZEYİ	29-35	24	26.41	6.35	1.29	1.60	0.11*
	36+	77	24.28	5.45	0.62		
ÇOCUĞUN HASTANEDEKİ KAYGI DÜZEYİ	29-35	24	34.41	6.80	1.38	0.67	0.50*
	36+	77	33.33	6.84	0.77		

* $p > 0.05$ ise önemsiz

** $p \leq 0.05$ ise önemli

Çizelge 4.20'de babanın yaşı ile AKD ve ÇHKD görülmektedir.

AKD ile babanın yaşı arasında ($p > 0.11$) istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç belirlenmemiştir.

ÇHKD ile babanın yaşı arasında ($p > 0.50$) da istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir.

Çizelge 4.21.: Ailenin kaygı düzeyinin, babanın yaşına göre değişimi.

Aile Kaygı Ölçeğinin Alt Basamakları	Baba Yaşı	n	$\bar{X}$	SS	SH	t	p
BAĞIMLILIK VE KENDİNİ YÖNETME	29-35	24	2.45	1.53	0.31	1.42	0.15*
	36+	77	1.98	1.37	0.15		
BİLİŞSEL BOZUKLUK	29-35	27	1.16	1.43	0.29	3.23	0.002**
	36+	77	0.46	.69	0.0809		
AİLENİN YAŞAMINA GETİRDİĞİ SINIRLILIKLAR	29-35	24	2.37	2.06	0.42	0.96	0.33*
	36+	77	1.92	1.99	0.22		
ÖMÜR BOYU BAKIM	29-35	24	2.79	1.84	0.37	0.44	0.65*
	36+	77	2.59	1.85	0.21		
AİLE İÇİ UYUMSUZLUĞU	29-35	24	2.29	0.62	0.12	2.03	0.04**
	36+	77	2.01	0.57	0.065		
KİŞİSEL ÖDÜL EKSİKLİĞİ	29-35	24	0.75	0.79	0.16	0.65	0.51*
	36+	77	0.62	0.84	0.096		
SÜREKLİ HASTALIK KAYGISI	29-35	24	2.79	1.28	0.26	0.53	0.59*
	36+	77	2.64	1.08	0.12		
FİZİKSEL SINIRLILIKLAR	29-35	24	3.50	0.78	0.15	-1.41	0.16*
	36+	77	3.71	0.60	0.068		
MALİ KAYGILAR	29-35	24	2.70	0.90	0.18	-0.42	0.67*
	36+	77	2.80	0.98	0.11		
BİR KURUMU TERCİH ETME	29-35	24	2.54	0.88	0.18	-1.42	0.15*
	36+	77	2.85	0.96	0.11		
AİLEYE GETİRECEĞİ ZORLUKLAR	29-35	24	3.04	1.04	0.21	1.57	0.11*
	36+	77	2.64	1.07	0.12		

* $p > 0.05$ ise önemsiz

** $p \leq 0.05$ ise önemli

Çizelge 4.21’de babanın yaşı ile AKÖ alt basamakları arasındaki ilişki görülmektedir.

“Bilişsel bozukluk” ($p < 0.002$), “aile içi uyumsuzluğu” ($p < 0.04$) basamaklarında istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar bulunmuştur. “Bilişsel bozukluk” aşamasında 29-35 yaş grubundaki babaların bulunduğu ailelerin kaygı ortalamaları ($\bar{x} = 1.16$), 36 ve üzeri yaş grubundaki babaların

bulunduğu ailelerin kaygı ortalamalarından ($\bar{x} = 0.41$) daha yüksek bulunmuş, “aile içi uyumsuzluğu” aşamasında ise yine, 29-35 yaş grubundaki babaların bulunduğu ailelerin kaygı ortalamaları ($\bar{x} = 2.29$), 36 ve üzeri yaş grubundaki babaların bulunduğu ailelerin kaygı ortalamalarından ($\bar{x} = 2.01$) daha yüksek bulunmuş.

“Bağımlılık ve kendini yönetme” ($p > 0.15$), “aile yaşamına getirdiği sınırlılıklar” ($p > 0.33$), “ömür boyu bakım” ($p > 0.65$), “kişisel ödöl eksikliği” ($p > 0.99$), “kişisel ödöl eksikliği” ($p > 0.51$), “sürekli hastalık kaygısı” ($p > 0.59$), “fiziksel sınırlılıklar” ($p > 0.16$), “mali kaygılar” ($p > 0.67$), “bir kurumu tercih etme” ($p > 0.15$) ve “aileye getireceği zorluklar” ($p > 0.11$) basamaklarında, hastanede yatan çocuğun babasının yaşı, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Çizelge 4.22.: Hastanede yatan çocukların ve ailelerinin kaygı düzeylerinin, annenin yaşına göre değişimi.

Kaygı Düzeyi	Anne Yaşı	n	$\bar{X}$	SS	SH	t	P
AİLENİN KAYGI DÜZEYİ	27-35	67	25.38	25.38	0.74	1.47	0.14*
	36+	34	23.61	23.61	0.79		
ÇOCUĞUN HASTANEDEKİ KAYGI DÜZEYİ	27-35	67	34.85	34.85	0.87	2.68	0.009**
	36+	34	31.11	31.11	0.93		

* $p > 0.05$ ise önemsiz

** $p \leq 0.05$ ise önemli

Çizelge 4.22'de annenin yaşı ile AKD ve ÇHKD görülmektedir.

AKD ile annenin yaşı arasında ($p > 0.14$) istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç belirlenmemiştir.

ÇHKD ile annenin yaşı arasında ($p < 0.009$) ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmektedir. 27-35 yaş grubundaki annelerin ailelerinin kaygı ortalamaları ($\bar{x} = 34.85$), 36 ve yukarısı yaştaki annelerin ailelerinin kaygı ortalamalarından ($\bar{x} = 31.11$) daha yüksek bulunmuştur.

Çizelge 4.23.: Ailenin kaygı düzeyinin, annenin yaşına göre değişimi.

Aile Kaygı Ölçeğinin Alt Basamakları	Anne Yaşı	n	$\bar{X}$	SS	SH	t	P
BAĞIMLILIK VE KENDİNİ YÖNETME	27-35	67	2.28	1.54	0.18	1.85	0.66*
	36+	34	1.73	1.05	0.18		
BİLİŞSEL BOZUKLUK	27-35	67	0.73	0.73	0.13	1.43	0.15*
	36+	34	0.44	0.44	0.12		
AİLENİN YAŞAMINA GETİRDİĞİ SINIRLILIKLAR	27-35	67	2.07	2.07	0.25	0.31	0.75*
	36+	34	1.94	1.94	0.31		
ÖMÜR BOYU BAKIM	27-35	67	2.83	2.83	0.22	1.47	0.14*
	36+	34	2.26	2.26	0.31		
AİLE İÇİ UYUMSUZLUĞU	27-35	67	2.13	2.13	0.079	1.31	0.19*
	36+	34	1.97	1.97	0.079		
KİŞİSEL ÖDÜL EKSİKLİĞİ	27-35	67	0.73	0.73	0.10	1.32	0.18*
	36+	34	0.50	0.50	0.12		
SÜREKLİ HASTALIK KAYGISI	27-35	67	2.73	2.73	0.14	0.39	0.55*
	36+	34	2.58	2.58	0.18		
FİZİKSEL SINIRLILIKLAR	27-35	67	3.59	3.59	0.085	-1.44	0.15*
	36+	34	3.79	3.79	0.092		
MALİ KAYGILAR	27-35	67	2.83	2.83	0.11	0.78	0.43*
	36+	34	2.67	2.67	0.17		
BİR KURUMU TERCİH ETME	27-35	67	2.68	2.68	0.11	-1.42	0.15*
	36+	34	2.97	2.97	0.16		
AİLEYE GETİRECEĞİ ZORLUKLAR	27-35	67	2.74	2.74	0.11	0.04	0.96*
	36+	34	2.73	2.73	0.21		

* $p > 0.05$ ise önemsiz

** $p \leq 0.05$ ise önemli

Çizelge 4.23'de annenin yaşı ile AKÖ alt basamakları arasındaki ilişki görülmektedir.

“Bağımlılık ve kendini yönetme”(p>0.66), “bilişsel bozukluk” (p>0.15), “aile yaşamına getirdiği sınırlılıklar” (p>0.75), “ömür boyu bakım” (p>0.14), “aile içi uyumsuzluğu” (p>0.19), “kişisel ödül eksikliği” (p>0.18), “sürekli hastalık kaygısı” (p>0.55), “fiziksel sınırlılıklar” (p>0.15), “mali kaygılar”

($p>0.43$), “bir kurumu tercih etme” ($p>0.15$) ve “aileye getireceği zorluklar” ($p>0.96$) basamaklarında, hastanede yatan çocuğun annesinin yaşı, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.



Çizelge 4.24.: Hastanede yatan çocuğun ve ailesinin kaygı düzeylerinin, çocuğun hastalığına göre değişimi.

Kaygı Düzeyi	Hastalık	n	$\bar{X}$	SS	SH	t	p
AİLENİN KAYGI DÜZEYİ	KRONİK	61	25.42	5.84	0.74	1.38	0.17*
	AKUT	40	23.82	5.45	0.86		
ÇOCUĞUN HASTANEDEKİ KAYGI DÜZEYİ	KRONİK	61	33.96	6.85	0.87	0.67	0.50*
	AKUT	40	33.02	6.79	1.07		

* $p > 0.05$ ise önemsiz

** $p \leq 0.05$ ise önemli

Çizelge 4.24'de çocuğun hastalığının kronik veya akut oluşu ile AKD ve ÇHKD arasındaki ilişki görülmektedir.

AKD ($p > 0.17$) ve ÇHKD ($p > 0.50$)leri ile çocuğun hastalığının kronik veya akut oluşu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmamıştır.

Çizelge 4.25.: Ailenin kaygı düzeyinin, çocuğun hastalığına göre değişimi.

Aile Kaygı Ölçeğinin Alt Basamakları Hastalık		n	$\bar{X}$	SS	SH	t	p
BAĞIMLILIK VE KENDİNİ YÖNETME	KRONİK	61	2.34	1.47	0.18	2.18	0.03**
	AKUT	40	1.72	1.26	0.19		
BİLİŞSEL BOZUKLUK	KRONİK	61	0.63	0.94	0.12	0.07	0.94*
	AKUT	40	0.62	1.00	0.15		
AİLENİN YAŞAMINA GETİRDİĞİ SINIRLILIKLAR	KRONİK	61	2.08	1.95	0.24	0.32	0.74*
	AKUT	40	1.95	2.11	0.33		
ÖMÜR BOYU BAKIM	KRONİK	61	2.80	1.78	0.22	1.07	0.28*
	AKUT	40	2.40	1.93	0.30		
AİLE İÇİ UYUMSUZLUĞU	KRONİK	61	2.09	0.65	0.083	0.39	0.69*
	AKUT	40	2.05	0.50	0.080		
KİŞİSEL ÖDÜL EKSİKLİĞİ	KRONİK	61	0.72	0.85	0.11	1.01	0.31*
	AKUT	40	0.55	0.78	0.12		
SÜREKLİ HASTALIK KAYGISI	KRONİK	61	2.68	1.08	0.13	0.05	0.95*
	AKUT	40	2.67	1.20	0.19		
FİZİKSEL SINIRLILIKLAR	KRONİK	61	3.73	0.60	0.077	1.42	0.15*
	AKUT	40	3.55	0.71	0.11		
MALİ KAYGILAR	KRONİK	61	2.75	0.99	0.12	-0.35	0.72*
	AKUT	40	2.82	0.93	0.14		
BİR KURUMU TERCİH ETME	KRONİK	61	2.78	0.96	0.12	0.06	0.95*
	AKUT	40	2.77	0.94	0.14		
AİLEYE GETİRECEĞİ ZORLUKLAR	KRONİK	61	2.77	1.05	0.13	0.32	0.74*
	AKUT	40	2.70	1.11	0.17		

* $p > 0.05$ ise önemsiz

** $p \leq 0.05$ ise önemli

Çizelge 4.25’de çocuğun hastalığının kronik veya akut oluşu ile AKÖ’nin alt basamakları arasındaki ilişki görülmektedir. “Bağımlılık ve kendini yönetme” aşamasında ($p < 0.03$), istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç görülmektedir.

Kronik hastalığı olan çocukların ailelerinin “bağımlılık ve kendini yönetme” aşamasındaki kaygı ortalamaları ($\bar{x} = 2.34$), akut hastalığı olan

çocukların ailelerinin kaygı ortalamalarından ($\bar{x}=1.72$) daha yüksek bulunmuştur.

“Bilişsel bozukluk”(p>0.94), “aile yaşamına getirdiği sınırlılıklar” (p>0.74), “ömür boyu bakım” (p>0.28), “aile içi uyumsuzluğu” (p>0.69), “kişisel ödül eksikliği” (p>0.31), “sürekli hastalık kaygısı” (0.95), “fiziksel sınırlılıklar” (p>0.15), “mali kaygılar” (p>0.72), “bir kurumu tercih etme” (p>0.95) ve “aileye getireceği zorluklar” (p>0.74) basamaklarında, hastanede yatan çocuğun hastalığı, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.



Çizelge 4.26.: Hastanede yatan çocukların ve ailelerinin kaygı düzeylerinin çocuğun yaşına göre değişimi.

Kaygı Düzeyi	Çocuğun Yaşı	Sd	kt	ko	F	p
AİLE KAYGI DÜZEYİ	G.A.	3	48.41	16.13	0.10	0.69*
	G.İ.	97	3224.22	33.23		
	TOPLAM	100	3272.63			
ÇOCUĞUN HASTANEDEKİ KAYGI DÜZEYİ	G.A.	3	12.27	4.09	0.16	0.96*
	G.İ.	97	4632.08	47.75		
	TOPLAM	100	4644.35			

* $p > 0.05$ ise önemsiz.

** $p \leq 0.05$ ise önemli.

Çizelge 4.26'da çocuğun yaşı ile AKD ve ÇHKD arasındaki ilişki görülmektedir.

AKD ($p > 0.69$) ve ÇHKD ($p > 0.96$) ile çocuğun yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmamıştır.

Çizelge 4.27.: Ailenin Kaygı Düzeyi'nin, çocuğun yaşına göre değişimi.

Aile Kaygı Ölçeğinin Alt Ölçekleri	Çocuğun Yaşı	Sd	kt	ko	F	p
BAĞIMLILIK VE KENDİNİ YÖNETME	G.A.	3	7.28	2.42	1.12	0.30*
	G.İ.	97	193.73	1.99		
	TOPLAM	100	201.01			
BİLİŞSEL BOZUKLUK	G.A.	3	3.78	1.26	0.84	0.25*
	G.İ.	97	89.65	0.92		
	TOPLAM	100	93.65			
AİLENİN YAŞAMINA GETİRDİĞİ SINIRLILIKLAR	G.A.	3	11.44	3.81	0.93	0.42*
	G.İ.	97	391.46	4.03		
	TOPLAM	100	402.91			
ÖMÜR BOYU BAKIM	G.A.	3	1.85	0.16	0.00	0.91*
	G.İ.	97	339.31	3.49		
	TOPLAM	100	341.16			
AİLE İÇİ UYUMSUZLUĞU	G.A.	3	0.067	0.022	0.03	0.98*
	G.İ.	97	35.29	0.36		
	TOPLAM	100	35.36			
KİŞİSEL ÖDÜL EKSİKLİĞİ	G.A.	3	0.068	0.023	0.03	0.99*
	G.İ.	97	68.80	0.70		
	TOPLAM	100	68.87			
SÜREKLİ HASTALIK KAYGISI	G.A.	3	4.45	1.48	2.27	0.32*
	G.İ.	97	123.40	1.27		
	TOPLAM	100	127.86			
FİZİKSEL SINIRLILIKLAR	G.A.	3	1.67	0.55	1.50	0.27*
	G.İ.	97	40.88	0.42		
	TOPLAM	100	42.55			
MALİ KAYGILAR	G.A.	3	0.084	0.028	0.005	0.99*
	G.İ.	97	93.12	0.96		
	TOPLAM	100	93.20			
BİR KURUMU TERCİH ETME	G.A.	3	1.21	0.40	1.10	0.72*
	G.İ.	97	89.98	0.92		
	TOPLAM	100	91.20			
AİLEYE GETİRECEĞİ ZORLUKLAR	G.A.	3	5.40	1.80	1.05	0.19*
	G.İ.	97	109.90	1.13		
	TOPLAM	100	115.30			

* $p > 0.05$ ise önemsiz.

** $p \leq 0.05$ ise önemli.

Çizelge 27’de aile kaygı ölçeğinin alt basamaklarının, çocuğun yaşına göre değişimleri bulunmaktadır.

“Bağımlılık ve kendini yönetme”(p>0.30), “bilişsel bozukluk” (p>0.25), “aile yaşamına getirdiği sınırlılıklar” (p>0.42), “ömür boyu bakım” (p>0.91), “aile içi uyumsuzluğu” (p>0.98), “kişisel ödül eksikliği” (p>0.99), “sürekli hastalık kaygısı” (p>0.32), “fiziksel sınırlılıklar” (p>0.27), “mali kaygılar” (p>0.99), “bir kurumu tercih etme” (p>0.72) ve “aileye getireceği zorluklar” (p>0.19) basamaklarında, hastanede yatan çocuğun yaşı, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.



TARTIŞMA

Çalışma, hastanede yatan çocukların ve ailelerinin kaygı düzeylerini etkileyen faktörlerin incelenmesi amacı ile yapılmıştır. Örneklem, 9-12 yaşları arasındaki 101 çocuk ve aileleri alınmıştır. Çocuklardan 61' i kronik hastalıkları nedeniyle, 40' ı ise akut bir sebeple hastaneye yatmışlardır. Aile kaygı ölçeği ve çocuk kaygı ölçeklerinden elde edilen veriler değerlendirilmiştir.

Deneklerin araştırmaya dahil edilmesinde, öncelikle ailenin izni istenmiş ve ailelerin hepsi araştırmaya kendi istekleri ile katılmış, araştırma konusunda açıklama yapıldıktan sonra araştırmaya katılmayı reddeden aile olmamıştır. Ailelerin bu konudaki işbirliklerinin, ebeveynlerin endişe ve ihtiyaçlarının sağlık personeli tarafından bilinmesi ve anlaşılabilme isteklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çizelge 4.1'de hastanede yatan çocukların cinsiyetlerine göre dağılımı görülmektedir. Hastanede yatan çocukların %47.52'sini kızlar, %52.48'ini erkekler oluşturmaktadır.

Çizelge 4.2'de hastanede yatan çocukların hastalıklarına göre dağılımları görülmektedir. Kronik hastalığı nedeniyle hastanede bulunan çocukların oranı % 60.39, akut hastalığı sebebi ile hastanede yatan çocukların oranı ile % 39.61'dir.

Çizelge 4.3'de hastanede yatan çocukların anne ve babalarının yaşlarına göre dağılımları bulunmaktadır. Annelerin % 66.33'ü genç yetişkin, %23.67'si yetişkin, babaların %23.76'sı genç yetişkin, %76.24'ü ise yetişkindir.

Çizelge 4.4'de hastanede yatan çocukların yaşlarına göre aile kaygı ölçeği ve çocuk kaygı ölçeği ortalamaları, standart sapma ve standart hataları bulunmaktadır. Çocukların 26'sı dokuz, 25'i on, 27'si on bir ve 23'ü on iki yaşlarındadırlar. Hastanede yatan çocukların yaşlarına göre aile kaygı ölçeği

ve çocuk kaygı ölçeğinin yorumları Çizelge 4.26 ve Çizelge 4.27’de yapılmıştır.

Çizelge 4.5’de hastanede yatan çocukların hastanede yatış sayılarına göre aile kaygı ölçeği ve çocuk kaygı ölçeği ortalamaları, standart sapma ve standart hataları bulunmaktadır. Hastaneye ilk kez yatan 46 çocuk, ikinci kez yatan 24 çocuk, üçüncü kez yatan 14 çocuk, dört ve daha fazla kez yatan 17 çocuk bulunmaktadır. Hastanede yatan çocukların, hastanede yatış sayılarına göre aile kaygı ölçeği ve çocuk kaygı ölçeğinin yorumları Çizelge 4.18 ve Çizelge 4.19’de yapılmıştır.

Çizelge 4.6’da, hastaneye yatan çocukların annelerinin öğrenim durumlarına göre aile kaygı ölçeği ve çocuk kaygı ölçeği ortalamaları, standart sapma ve standart hataları bulunmaktadır. Annelerin 60’ı ilkokul, 29’u ortaokul ve 12’si lise mezunlardır. Hastanede yatan çocukların, annelerinin öğrenim durumlarına göre aile kaygı ölçeği ve çocuk kaygı ölçeğinin yorumları Çizelge 4.8 ve Çizelge 4.9’de yapılmıştır.

Çizelge 4.7’de hastanede yatan çocukların babalarının öğrenim durumlarına göre aile kaygı ölçeği ve çocuk kaygı ölçeği ortalamaları, standart sapma ve standart hataları bulunmaktadır. Babaların 27’si ilkokul, 11’i ortaokul, 36’sı lise ve 27’si üniversite mezunudur. Hastanede yatan çocukların, babalarının öğrenim durumlarına göre aile kaygı ölçeği ve çocuk kaygı ölçeğinin yorumları Çizelge 4.10 ve Çizelge 4.11’de yapılmıştır.

Çizelge 4.8’de AKÖ ve ÇKÖ’nin annenin öğrenim düzeyi ile olan ilişkisinin sonuçları görülmektedir. “Aile Kaygı Ölçeği”ne bakıldığında annenin öğrenim durumunun anlamlı düzeyde farklı olduğu bulunmuştur($p<0.01$). Çizelge 4.6’da, ilkokul mezunu annelerin ailelerinin kaygı ortalamalarının ($\bar{X}=25.86$), lise mezunu annelerin ailelerinin kaygı ortalamalarından ($\bar{X}=20.83$) daha yüksek olduğu görülmektedir. Çocuk kaygı düzeyinin, annenin öğrenim düzeyi ile olan ilişkisine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır($p>0.60$). Annenin öğrenim düzeyinin çocuğun kaygı düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi

olmadığı görülmekle birlikte Çizelge 4.6'da, çocukların kaygı ortalamalarına bakıldığında annenin öğrenim düzeyi arttıkça çocuğun kaygı ölçeğinden aldığı puanın azaldığı görülmekte, sonuçların istatistiksel olarak anlamlı bulunmamasının nedeninin denek sayıları arasındaki fark olduğu düşünülmektedir.

Çizelge 4.9'da, annenin öğrenimi ile AKÖ alt basamakları arasındaki ilişki görülmektedir. Çizelge 4.9 incelendiğinde, AKÖ alt basamaklarından, "bağımlılık ve kendini yönetme" ($p<0.02$), "ömür boyu bakım" ($p<0.004$), "sürekli hastalık kaygısı" ($p<0.01$) basamaklarında, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmuştur. "Bağımlılık ve kendini yönetme" alt ölçeğinde ilkokul mezunu annelerin ailelerinin kaygı düzeyinin aritmetik ortalamalarının ($\bar{X}=2.30$), lise mezunu annelerin ailelerinin kaygı ortalamalarından ($\bar{X}=1.08$) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu ilkokul mezunu annelerin ailelerinin "bağımlılık ve kendini yönetme" konusunda çocukları için daha endişeli olduklarını göstermektedir. "Ömür boyu bakım" basamağında ilkokul mezunu annelerin ailelerinin kaygı ortalamaları ($\bar{x}=3.06$), lise mezunu annelerin ailelerinin kaygı ortalamalarından ($\bar{x}=1.25$) daha yüksek olarak bulunmuştur. "Sürekli hastalık kaygısı" alt ölçeğinde de yine ilkokul mezunu annelerin ailelerinin kaygı ortalamaları ($\bar{X}=2.95$), lise mezunu annelerin ailelerinin kaygı ortalamalarından ($\bar{X}=2.08$) daha yüksek bulunmuştur(Çizelge 4.6). Sonuçlara bakıldığında, ilkokul mezunu olan annelerin ailelerinin, çocuklarının hasta olmaları durumunda, lise mezunu olan annelerin ailelerine göre daha kaygılı oldukları görülmektedir. Lise mezunu annelerin sağlık personeli ile kurdukları iyi ilişkiler ve olumlu diyaloglar sayesinde çocukları ile ilgili bilgileri daha sağlıklı olarak alabildikleri, çocuklarının hastalıkları konusunda bilgi edindikleri ve bunları değerlendirerek davranışlarını düzenledikleri dolayısı ile, çocuklarının hastalıkları konusunda daha bilgili oldukları için tedavi aşamalarını ve olası problemleri bildikleri ve hazırlıklı oldukları için kaygı düzeylerinin düşük olduğu düşünülmektedir.

Çizelge 4.10'da, babanın öğrenim düzeyi ile aile kaygı ölçeği ve çocuk kaygı ölçeği arasındaki ilişkiler bulunmaktadır. Ailenin kaygı düzeyi ile

babanın öğrenim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.10$). İstatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmamasına rağmen, babaların öğrenim düzeylerine göre ailelerin kaygı ortalamalarına bakıldığında (Çizelge 4.7.) öğrenim düzeyi yükseldikçe kaygı düzeyinde bir düşüş olduğu görülmektedir. Baysal, araştırmasında da, babanın öğrenim düzeyi arttıkça ailenin depresyon ölçeğinden aldığı puanlarda düşme olduğunu bulunmuştur(76).

Çizelge 4.10'a bakıldığında, çocuğun hastanedeki kaygı düzeyi ile babanın öğrenim düzeyi arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç gözlenmemektedir ($p>0.58$). Babanın öğrenim düzeyinin çocuğun kaygı düzeyini etkilemediği sonucuna varılmıştır.

Çizelge 4.11'de babanın öğrenim düzeyi ile aile kaygı ölçeği alt basamakları arasındaki ilişki görülmektedir. Aile kaygı ölçeğinin alt basamakları ile babanın öğrenim düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde; "bağımlılık ve kendini yönetme" ($p < 0.05$), "ömür boyu bakım" ($p < 0.05$), "aile içi uyumsuzluğu" ($p < 0.01$), "sürekli hastalık kaygısı" ($p < 0.04$), "bir kurumu tercih etme" ($p < 0.04$) basamaklarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklar bulunmuştur.

"Bağımlılık ve kendini yönetme" basamağında, lise mezunu babaların ailelerinin kaygı ortalamalarının ($\bar{x}=2.44$), üniversite mezunu babaların kaygı ortalamalarından ($\bar{x}=2.09$) daha yüksek olduğu bulunmuştur. "Ömür boyu bakım" basamağında, ilkokul mezunu babaların ailelerinin kaygı ortalamaları ($\bar{x}=3.37$), üniversite mezunu babalardan ($\bar{x}=1.66$) daha yüksek olarak bulunmuştur. "Aile içi uyumsuzluğu" basamağında, ilkokul mezunu babaların ailelerinin kaygı ortalamaları ($\bar{x}=1.88$), ortaokul mezunlarının ailelerinin kaygı ortalamalarından ($\bar{x}=2.45$) daha düşüktür. "Sürekli hastalık kaygısı" aşamasında üniversite mezunu babaların ailelerinin kaygı ortalamaları ($\bar{x}=2.33$), ilkokul mezunu babaların ailelerinin kaygı ortalamalarına ($\bar{x}=3.14$) göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. "Bir kurumu tercih etme" basamağında ise, ilkokul mezunu babaların ailelerinin

kaygı ortalamaları($\bar{x}$ =2.48), üniversite mezunlarından($\bar{x}$ =3.14) daha düşük bulunmuştur(Çizelge 4.7.).

Çizelge 4.11 incelendiğinde, babaların öğrenim düzeyi yükseldikçe çocuklarının hastalığı durumunda duydukları kaygı düzeyinde bir azalma olduğu görülmektedir. “Aile içi uyumsuzluğu” ve “bir kurumu tercih etme” basamaklarında bu durum tam tersine dönüşmekte, yani öğrenim düzeyi arttıkça kaygı düzeyi de artmaktadır. Bu durumun öğrenim düzeyi düşük olan babaların ailelerinin kaderci yaklaşımlarından kaynaklanarak, bir kurumu tercih etmek gibi olası sonuçları kabullendikleri ancak ömür boyu bakım, bağımlılık ve kendini yönetme ve sürekli hastalık kaygılarında ekonomik ve sosyal desteği sağlamada yaşadıkları zorluklar sebebi ile kaygı düzeylerinin yüksek olduğu düşünülmektedir.

Yine Çizelge 4.11’de bakıldığında, “bilişsel bozukluk”, “ailenin yaşamına getireceği sınırlılıklar”, “kişisel ödül eksikliği”, “fiziksel sınırlılıklar”, “mali kaygılar”, “aileye getireceği zorluklar” basamaklarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenememiştir.

Öğrenim düzeyi düşük olan ebeveynlerin, hastane ortamının güçlüğü, çocuğun teşhisindeki belirsizlikler, tedavideki aşamalar nedeni ile kendilerini baskı altında hissetmeleri muhtemeldir. Öğrenim düzeyi düşük ebeveynler, kaygılarını azaltmak için kullanabilecekleri başa çıkma mekanizmaları konusunda bilgisiz olabilecekleri düşünülmektedir. Alexander,D. et al, araştırmalarında vardıkları sonuç, düşük öğrenimli ailelerin kaygı düzeylerinin yüksek olduğu şeklindedir(49).

Çizelge 4.12’de ailenin SED’i ile AKÖ ve ÇKÖ sonuçları arasındaki ilişki incelenmektedir. Ailenin kaygı ölçeğinden aldığı puan istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır($t=1.25$, $p>0.21$). Bununla birlikte, orta SED’deki ailelerin kaygı ortalamalarının($\bar{x}$ =24.23), alt SED’deki ailelerin kaygı ortalamalarından ($\bar{x}$ =25.71) daha düşük olduğu görülmektedir. Ailelerin ekonomik kaygıları nedeni ile çocuklarının hastanede yattıkları dönemde kaygılarının daha yüksek olduğu, dolayısı ile alt SED’deki ailelerin kaygı

ortalamlarının yüksek olduğu , denek sayıları arasındaki fark nedeni ile istatistiksel olarak anlamlı bir sonuca varılmadığı düşünülmektedir.

Çizelge 4.12’de, çocuğun hastanedeki kaygı düzeyi, ailenin sosyo-ekonomik durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur($t=2.09$, $p<0.03$). Alt sosyo-ekonomik düzeydeki ailelerin çocuklarının kaygı ortalamaları ($\bar{x}=35.39$), orta sosyo-ekonomik düzeydeki ailelerin çocuklarının kaygıları ortalamalarından ($\bar{x}=32.5$) daha yüksek olduğu görülmektedir. Kovacs, insülin bağımlısı diyabetes mellituslu çocuklarla yaptığı çalışma sonucunda; alt sosyo-ekonomik düzeydeki ailelerin çocuklarının psikiyatrik bir bozukluk geliştirme olasılığının arttırabildiğini belirtmektedir(45). Alexander, D. et al, araştırma sonuçlarına göre, yüksek derecedeki kaygıların, düşük sosyal statüdeki ebeveynlerce yaşanabileceğini göstermektedir. Yazar, gruplar arasındaki farklar ne kadar çok ise, bu gruplar arasındaki sempati, acıma ve etkileşimin a kadar az olacağı görüşünü savunmakta ve burada düşük sosyal statüdeki ebeveynlerin kendileri ve orta sınıfa ait sağlıkçılar arasındaki sosyal farkın sonucu olarak kaygı yaşamalarının olası olduğunu vurgulamaktadır(57). Daha yüksek sosyal statüdeki ebeveynler, sağlık personeli ile etkili iletişim kurabilir, dolayısı ile sorunlarına ve sorunlarına daha kolay cevap bulabileceğinden kaygı düzeyi daha düşük olacaktır.

Ailenin sosyo-ekonomik düzeyi ve AKÖ alt basamakları arasındaki ilişki Çizelge 4.13’de görülmektedir. Aile kaygı ölçeğinin alt basamaklarından olan “bilişsel bozukluk” ($t=2.37$, $p < 0.02$) ve sürekli hastalık kaygısı”(t=2.42, $p<0.01$)nda istatistiksel olarak anlamlı bir farklar bulunmuştur. Her iki alt ölçekte de, alt sosyo-ekonomik düzeydeki ailelerin kaygı düzeyi ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Vance et al, nefrotik sendromun aileler üzerindeki etkisini incelemiş, ailelerin ciddi problemlere maruz kaldıklarını belirterek aileye yüklenen maddi külfetlerin öneminden bahsetmiştir(49). Ailelerin sağlık sigortalarının olması, tek başına ailenin hastalık durumundaki maddi giderleri karşılamada yeterli olamamaktadır. Farklı bir şehirden gelme ve dolayısı ile konaklama ve

beslenme problemleri, tedavide kullanılan bazı ilaç veya malzemelerin sağlık güvencesi kapsamında olmaması, sağlık güvencesinin ilaç veya malzemeleri karşılamaması durumunda, aile maddi bir takım problemlerle karşı karşıya kalabilmekte, bu da ailenin çocuğun hastalığı ile birlikte maddi sebeplerle de kaygı yaşamasına sebep olmaktadır. Çocuğun sürekli hasta olması kaygısı, bu gibi maddi sorunların zamanla içinden çıkılmaz hale gelmesine sebep olabilmekte, dolayısı ile ailenin kaygısının bu sebeplerle yüksek olduğu düşünülmektedir.

Yine Çizelge 4.13'de, AKÖ alt basamakları olan, "bağımlılık ve kendini yönetme", "ailenin yaşamına getirdiği sınırlılıklar", "ömür boyu bakım", "aile içi uyumsuzluğu", "kişisel ödül eksikliği", "fiziksel sınırlılıklar", "mali kaygılar", "bir kurumu tercih etme", "aileye getireceği zorluklar" basamaklarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir.

Çizelge 4.14'de, aile kaygı ölçeğinin ve çocuk kaygı ölçeğinin çocuğun cinsiyeti ile olan ilişkisi görülmektedir. Ailelerin kaygı düzeylerinin, çocuğun cinsiyeti ile ilişkisinin, istatistiksel olarak anlamlı ($t=2.42$, $p<0.01$) olduğu görülmektedir. Kız çocuğu olan ailelerin kaygı ortalamaları ($\bar{x}=26.20$) ile erkek çocuğu olan ailelerin kaygı ortalamaları ($\bar{x}=23.50$) arasındaki fark bize ailelerin kız çocuklarının hastalanmaları konusunda daha fazla kaygılı olduklarını göstermektedir.

Çizelge 4.14'de, çocuğun hastanedeki kaygı düzeyi ile cinsiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmektedir ($t=-0.15$, $p>0.98$). Bu bulgu bize, çocukların hastalandıkları dönemlerde yaşadıkları kaygının, cinsiyete göre bir farklılık göstermediği sonucunu vermektedir.

Çizelge 4.15'de, çocuğun cinsiyeti ile ailenin kaygı ölçeğinin alt basamakları arasındaki ilişkiye bakıldığında, "ömür boyu bakım" ($t=3.16$, $p<0.002$) ve "aileye getireceği zorluklar" ($t=2.14$, $p<0.03$) ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur. Her iki ölçekte de ailelerin kız çocukları ile ilgili kaygı ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Ailelerin, kız

çocukları ile ilgili kaygı düzeylerinin yüksek olmasının, kız çocukları için yaşadıkları gelecek kaygısından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yine Çizelge 4.15 incelendiğinde, AKÖ'nin alt basamakları olan "bağımlılık ve kendini yönetme", "bilişsel bozukluk", "ailenin yaşamına getirdiği sınırlılıklar", "aile içi uyumsuzluğu", "kişisel ödül eksikliği", "sürekli hastalık kaygısı", "fiziksel sınırlılıklar", "mali kaygılar", "bir kurumu tercih etme" basamaklarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmektedir.

Çizelge 4.16'da AKÖ ve ÇKÖ puanlarının refakatli olma durumu ile ilişkisi görülmektedir. Aile kaygı ölçeği($t=-0.77$, $p>0.44$) ve çocuk kaygı ölçeklerinin($t=-1.07$, $p>0.28$) sonuçlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar bulunmamıştır. Çocukla birlikte hastanede refakatli olarak birisinin bulunmasının, çocuğun kaygısı üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi görülmemekle birlikte, refakatçi bir ebeveyni ile hastanede kalan çocukların ($\bar{x}=32.29$), diğer çocuklara ($\bar{x}=34.00$) göre kaygı ortalamalarının daha düşük olduğu görülmektedir. Ebeveynlerden birisinin çocukla birlikte kalmasının, çocuğun kendini güvende hissetmesine yol açtığı ve bu nedenle çocuğun kaygı düzeyinin düşük olduğu düşünülmektedir. Teichman et al., yaptıkları araştırmanın sonucuna göre annenin çocuğunun yanında kalması durumunda çocuğun kaygı düzeyinin yükseldiği yolundadır; bunun sebebinin annenin kaygı düzeyinin çocuğu etkilenmesi olduğu düşünülmektedir(60).

Çizelge 4.17'de, çocuğun hastanede yattığı süre içinde beraberinde refakatçi olarak bir yakınının bulunmasının ailenin kaygı ölçeği alt basamaklarındaki etkileri görülmektedir. AKÖ alt basamaklarından, "bir kurumu tercih etme" ($t=1.03$, $p<0.03$) ve "aileye getireceği zorluklar" ($t=-2.17$, $p<0.03$) basamaklarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmektedir. Refakatli olarak çocuğunun yanında bir kişinin kalması durumunda "bir kurumu tercih etme" ölçeğinde kaygı ortalaması ($\bar{x}=2.95$), refakatli olmama durumundaki kaygı ortalamasına($\bar{x}=2.72$) göre daha yüksek bulunmaktadır. Ailenin çocuğunun yanında kalması ile birlikte, fiziksel olarak

evinde yaşadığı şartlardan uzak olduğunun farkına varması ve çocuğu ile birlikte yabancı bir ortamda kalma zorunluluğunun getirdiği güçlükleri yaşaması, herhangi bir özel kurumda çocuğunun yatılı olarak özel bakım alması konusundaki kaygısını arttırmaktadır. Refakatli kalmayan aile ise fiziksel olarak bu şartların yeterince farkında olamayacağı için bu konudaki kaygılarının daha düşük olduğu düşünülmektedir, Alexander,D. et al.'da 1988 yılında yaptıkları araştırmanın sonuçlarına bakıldığında, refakatçi kalmayan grupta anne ve babaların, refakatli kalan gruba göre daha yüksek kaygı puanına sahip oldukları görülmektedir(57). Refakatli kalmayan ailelerin kaygılarının çocukları ile kalamadıkları için mi, yoksa refakatçi kalamamaları nedeni ile mi kaygılı olduklarının tartışmaya açık olduğu belirtilmekte, refakatçi olarak kalmayan ailelerin yaşadıkları belirsizliklerin, hastane ortamının karmaşasına maruz kalmalarının kaygıyı arttırdığı düşüncesi desteklenmektedir. Refakatçi olarak kalmayan ailelerin hoşça vakit geçirdikleri düşüncesinin aksine, bu ailelerin, refakatli olarak kalan ailelere göre daha fazla kaygılı olduklarının bilincinde olunması gerektiği düşünülmektedir, ancak kaygının sebebinin tam olarak belirlenememesi, refakat konusunun, detaylı olarak araştırılmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Çizelge 4.17'de görülmektedir ki, AKÖ'nin "aileye getireceği zorluklar" basamağında, refakatli ailenin kaygı ortalaması ($\bar{x}=2.33$), refakatli olmayan çocuğun ailesinin kaygı ortalamasından ($\bar{x}=2.87$) daha düşüktür. Çocuğun tedavisi sırasında hastanede yanında aileden birisinin bulunması diğer aile fertlerinin duygusal olarak olumlu hissetmelerine neden olacak, bu durumda aile fertlerinin normal yaşamlarını daha az olumsuz etkileyeceği düşünülmektedir.

Ayrıca yine Çizelge 4.17'ye bakıldığında, AKÖ'nin ölçeğinin alt basamakları olan "bağımlılık ve kendini yönetme", "bilişsel bozukluk", "ailenin yaşamına getirdiği sınırlılıklar", "ömür boyu bakım", "aile içi uyumsuzluğu", "kişisel ödül eksikliği", "sürekli hastalık kaygısı", "fiziksel sınırlılıklar", "mali kaygılar" basamaklarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir.

Çizelge 4.18'e bakıldığında, ailenin kaygı düzeyi ($p>0.08$) ile çocuğun hastanedeki kaygı düzeyinin ($p>0.81$), çocuğun hastanede yatış sayısı ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmektedir. Bununla birlikte Çizelge 4.5'de ailenin kaygı ortalamasına bakıldığında, çocuğu dört ve daha fazla kez hastaneye yatmış aileler kaygı ortalaması ($\bar{x}=28.05$) en yüksek olan gruptur, daha sonra sıra ile, hastaneye üçüncü kez yatan çocukların aileleri ($\bar{x}=24.35$), hastaneye birinci kez yatan çocukların aileleri ($\bar{x}=24.15$) ve hastaneye ikinci kez yatan çocukların aileleri ($\bar{x}=23.95$) gelmektedir. Çocuğun ilk kez hastanede yatışı , ani olması sebebi ile kaygının ailede yüksek çıktığı düşünülmektedir. Hastanede ikinci kez yatış ailenin hastaneyi tanınması ve ilk yatışta yapılan tedavinin ikinci yatışta tamamlanması olarak algılandığı için kaygı ortalamasının düşük olduğu, fakat çocuğun üçüncü kez ve daha fazla kez hastanede yatmasının hastalığın ve tedavinin uzaması ihtimalini ortaya çıkarabileceği için kaygı düzeyinin yükseldiği düşünülmektedir. Hastaneye üç ve daha fazla kez yatan çocukların ailelerinin kaygı düzeylerinin giderek yükselmesinin, çocuklarının tedavisi konusundaki umutlarının yitimi olduğu düşünülmektedir.

Çizelge 4.18'de, çocuğun hastaneye yatış sayısı ile hastanedeki kaygı düzeyi arasındaki ilişkiye bakıldığında ($p > 0.81$) istatistiksel olarak bir anlamlılık gözlenmemektedir. Bu durum hastaneye yatış sayısı ne olursa olsun bunun çocuğun kaygı düzeyi üzerinde bir etkisi olmadığını düşündürmektedir.

Çizelge 4.19'da, çocuğun hastaneye yatış sayısı ile aile kaygı ölçeğinin alt basamakları arasındaki ilişki görülmektedir. "Ailenin yaşamına getireceği sınırlılıklar" ($p<0.03$), "kişisel ödül eksikliği" ($p<0.03$) basamaklarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Çizelge 4.5'de, "ailenin yaşamına getirdiği sınırlılıklar" basamağında, hastaneye ikinci kez yatmış ve dört ve daha fazla kez yatmış çocukların kaygı ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Hastaneye ikinci kez yatan çocukların ailelerinin kaygı ortalamalarının ($\bar{x} =1.62$), hastaneye dört

ve daha fazla kez yatan çocukların ailelerinin kaygı ortalamalarından ($\bar{x}=3.29$) daha düşük olduğu görülmektedir. Çocuğun hastaneye sık sık yatması ailenin yaşamını etkileyecek önemli bir faktördür. Çocuğun hastanede yatması ile birlikte, aile zamanının büyük bir bölümünü hastanede yatan çocuk için harcamak zorunda kalacağından, aile hayatındaki bazı aktiviteler aksayacaktır. Çalışan ebeveyn çalışma hayatında aksamalarla karşılaşacak, işveren veya amiri ile problemler yaşayabilecektir. Aile içinde diğer çocuklara ayrılan zaman azalabilecek, hatta ilgi geçici de olsa bir süre hasta olan çocuğa yöneltileceği için, diğer aile bireylerine ayrılacak olan zaman azalacaktır. Çocuğun tedavi edildiği kurumun ikamet edilen yerde olmaması durumunda kardeşler bir süre ebeveyninden uzak kalacak, bu uzaklık beraberinde sosyal desteğin azalması ile birlikte maddi problemleri de beraberinde getirebilecektir. Tüm bu etkenler ailenin yaşamını olumsuz yönde etkileyecek, çocuğun hastaneye yatış sayısı arttıkça bu sınırlılıklar tekrar edecek ve artarak yaşanabilecektir. Bu durumun ailenin kaygı düzeyini etkilemesinin kaçınılmaz olduğu düşünülmektedir.

Hastaneye ilk kez yatan çocuğun ailesinin kaygı düzeyinin, birden fazla kez hastanede yatmış çocukların ailelerine göre daha düşük olması beklenebilir. Ancak hastaneye ilk kez yatış, genellikle akut bir sebeple, ailenin hazırlıksız olarak hastalık durumu ile karşı karşıya kaldığı bir durumdur. Aile normal hayatını sürdürürken, beklenmedik bir kaza, hastalık sebebi ile çocuğunun hastalık durumu ve hastane ile karşılaşır. Bu ani karşılaşmanın, ailenin kaygı düzeyini arttırdığı düşünülmektedir.

Çizelge 4.20'ye bakıldığında, aile kaygı düzeyi ($t=1.60$, $p>0.11$) ile çocuğun hastanedeki kaygı düzeyinde ($t=0.67$, $p>0.50$) baba yaşının istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç oluşturmadığı görülmektedir.

Baba yaşı ile AKÖ alt basamakları arasındaki ilişki, Çizelge 4.21'de görülmektedir. Aile kaygı ölçeğinin alt basamaklarından ikisinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. "Bilişsel bozukluk" basamağında, genç yetişkin babaların ailelerinin kaygı ortalaması ($\bar{x}=1.16$), yetişkin babaların

ailelerinin kaygı ortalamalarından ($\bar{x} = 0.46$) daha yüksek bulunmuştur ($t=3.23$, $p<0.002$). “Aile içi uyumsuzluğu” basamağında da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=2.03$, $p<0.04$). Genç yetişkin babaların ailelerinin kaygı düzeyi ortalamaları ($\bar{x}=2.29$), yetişkin baba grubunun ailelerinin kaygı düzeyi ortalamalarından ($\bar{x}=2.01$) daha yüksek bulunmuştur. Yetişkin babaların ailelerinin çocuklarının hastalıkları durumunda, kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Baysal’ın araştırmasında baba yaşı yükseldikçe ailenin depresyon ölçeğinden aldığı puanında arttığı yolundaki bulgular, araştırma sonuçları ile doğru orantılı bulunmamıştır(76).

Çizelge 4.21’e bakıldığında, AKÖ’nin diğer alt basamakları olan; “bağımlılık ve kendini yönetme”, “ailenin yaşamına getirdiği sınırlılıklar”, “ömür boyu bakım”, “kişisel ödül eksikliği”, “sürekli hastalık kaygısı”, “fiziksel sınırlılıklar”, “mali kaygılar”, “bir kurumu tercih etme” ve “aileye getireceği zorluklar” basamaklarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Çizelge 4.22’ye bakıldığında, AKÖ ile annenin yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuca varılmadığı görülmektedir ($t=1.47$, $p>0.14$).

Çizelge 4.22’de ÇKÖ’i ortalamaları ile annenin yaşı arasındaki ilişki görülmektedir. Çocuğun kaygısı üzerinde anne yaşının istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğu ($t=2.68$, $p<0.009$) saptanmıştır. Çocukların kaygı düzeyleri ortalamalarına bakıldığında genç yetişkin gruptaki annelerin çocuklarının kaygı düzeyleri ($\bar{x}=34.85$) yetişkin gruptaki annelerin çocuklarının kaygı düzeylerinden ($\bar{x}=31.11$) daha yüksektir. Bunun nedeninin, genç annelerin hasta çocuklarının ilk çocukları olması olasılığı, çocuk yetiştirme konusundaki deneyimsizlikleri nedeni ile çocuklarına olumsuz duygularını yansıtmaları olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte genç ailelerin tek çocuk tercih etmeleri ve onlara gösterdikleri ihtimamın fazla olması sebebi ile de çocukların kaygısının yüksek bulunduğu düşünülmektedir.

Çizelge 4.22'de AKÖ ortalamaları ile annenin yaşı arasındaki ilişki görülmektedir($t=1.47$, $p>0.14$). Bu annenin yaşı ile hastanede yatan çocuğu için duyduğu kaygı arasında bir ilişki olmadığını göstermektedir. Baysal'ın araştırmasında da anne yaşı ile psikiyatrik semptomlar arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır(76).

Çizelge 4.23'de, hastanede yatan çocuğun annesinin yaşı ile AKÖ alt basamakları arasındaki ilişkisi görülmektedir. Genç yetişkin anneler ile yetişkin annelerin ailelerinin AKÖ alt basamaklarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Çizelge 4.24'de, AKÖ ve ÇKÖ ile çocuğun hastalığının kronik veya akut olma durumu arasındaki ilişki görülmektedir. AKÖ($t=1.38$, $p>0.17$) ile ÇKÖ($t=0.67$, $p>0.50$) nin sonuçları istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Hastanede yatan çocuğun hastalığının akut veya kronik oluşunun, ailenin ve çocuğun kaygı düzeylerini etkileyici bir faktör olmadığı sonucuna varılmıştır.

Çizelge 4.25'de, çocuğun hastalığının kronik veya akut olması durumunun AKÖ alt basamaklarındaki etkisi görülmektedir. "Bağımlılık ve kendini yönetme" alt ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı ($t=2.18$, $p<0.03$) bir fark gözlenmektedir. Kronik hastalığı olan çocukların ailelerinin kaygı ortalamaları ($\bar{x}=2.34$), akut hastalığı olan çocukların ailelerinin kaygı düzeylerine ($\bar{x}=1.72$) göre daha yüksek bulunmuştur. Kronik hastalığı olan çocukların durumları gereği daha uzun süre (bu süre ömürleri boyunca olabilir) tedavi almaları, tedavilerinin bir kısmının evde devam etmesi, hastalıkları gereği fiziksel ve duygusal olarak sınırlılıklar yaşamaları söz konusu olabileceğinden, ailelerine ve yakın çevrelerine bağımlı yaşamaları gerekebilecektir. Dolayısı ile kronik hastalığı olan çocukların ailelerinin çocuklarının bağımlılıkları konusundaki kaygıları, yüksek bulunmaktadır. Donald ve Orr, 6-14 yaşları arasında ölümcül hastalığı olan çocuklarla yaptıkları çalışma sonucunda kronik hastalığı olan çocukların ailelerinin bu durumdan dolayı baskı altında olduklarını vurgulamaktadırlar(46).

Aile kaygı ölçeğinin alt basamakları olan “bilişsel bozukluk”, “ailenin yaşamına getirdiği sınırlılıklar”, “ömür boyu bakım”, “aile içi uyumsuzluğu”, “kişisel ödül eksikliği”, “sürekli hastalık kaygısı”, “fiziksel sınırlılıklar”, “mali kaygılar”, “bir kurumu tercih etme”, “aileye getireceği zorluklar” basamaklarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı yine Çizelge 4.25’de görülmektedir.

Çizelge 4.26’da, AKÖ ile çocuğun yaşı arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı ($t=0.10$, $p>0.69$) saptanmıştır. Araştırmaya alınan çocukların yaşlarının, birbirlerine çok yakın olması sebebi ile ailelerin kaygı düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir sonuca varılamadığı düşünülmektedir.

Çizelge 4.26’da, çocuğun hastanedeki kaygı düzeyi ile yaşı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmadığı ($t=0.16$, $p>0.96$) görülmektedir. Bu sonucun da, yine yaşların birbirine çok yakın olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Yapılan çalışmalar ortaya koymuştur ki küçük yaş grubundaki çocuklar, büyük yaştakilere göre hastane ortamının olumsuzluklarından daha çok etkilenmektedirler(77).

Çizelge 4.27’de, hastanede yatan çocuğun yaşı ile AKÖ’nin alt basamakları arasındaki ilişki görülmektedir. Alt basamaklarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte, alt basamaklarda yaşlara göre ailenin kaygı ortalamaları için Çizelge 4.4’e bakıldığında, on iki yaş grubu çocukların ailelerinin kaygı ortalamalarının diğer yaş gruplarına göre daha düşük olduğu görülmektedir. Bunun sebebinin ailelerin çocukların yaşı büyüdükçe hastanede yalnız kalmaları durumunda kendilerine yetebileceklerini düşünüyor olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Hastanede yatan çocuğun yaşı ile AKÖ alt basamakları arasındaki ilişki incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. İstatistiksel olarak anlamlı bir sonuç çıkmamakla birlikte kaygı ortalamalarına bakıldığında; bağımlılık ve kendini yönetme, bilişsel bozukluk, kişisel ödül eksikliği, mali kaygılar, aileye

getireceği zorluklar basamaklarında on iki yaş grubu çocukların ailelerinin kaygı puanlarının, diğer yaşlara göre daha düşük olduğu gör÷lmektedir.



ARAŞTIRMA SONUÇLARI

Hastanede yatan, dokuz, on, on bir ve on iki yaşlarındaki çocuklar ve ailelerinin kaygı düzeylerinin saptanması amacı ile Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi'nde 1 Ocak 1995 ile 1 Ocak 1996 tarihleri arasında yatan çocuklar ve aileleri araştırmaya dahil edilmiştir. Aile Kaygı Ölçeği ve Çocuk Kaygı Ölçekleri uygulanarak alınan veriler değerlendirilmiş ve aşağıdaki sonuçlar saptanmıştır.

Annenin öğrenim düzeyi ile aile kaygı ölçeği arasındaki ilişkiye bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir sonuca varılmıştır($p<0.01$). İlkokul mezunu annelerin ailelerinin kaygı ortalamaları($\bar{x}=25.86$), lise mezunu annelerin kaygı ortalamalarından($\bar{x}=20.83$) daha yüksek bulunmuştur. Annenin Öğrenim düzeyinin çocuğun kaygı düzeyine bir etkisi olmadığı($p>0.60$) görülmektedir.

Hastanede yatan çocukların annelerinin öğrenim düzeylerine göre AKÖ alt basamaklarından, "bağımlılık ve kendini yönetme" ($p<0.02$), "ömür boyu bakım" ($p<0.004$), "sürekli hastalık kaygısı" ($p<0.01$) basamaklarında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmektedir. "Bilişsel bozukluk" ($p>0.43$), "aile yaşamına getirdiği sınırlılıklar" ($p>0.27$), "aile içi uyumsuzluğu" ($p>0.59$), "kişisel ödül eksikliği" ($p>0.51$), "fiziksel sınırlılıklar" ($p>0.99$), "mali kaygılar" ($p>0.97$), "bir kurumu tercih etme" ($p>0.30$) ve "aileye getireceği zorluklar" ($p>0.86$) basamaklarında, hastanede yatan çocuğun annesinin öğrenim düzeyi, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Babanın öğrenim düzeyi ile ailenin kaygı düzeyi($p>0.10$) ve çocuğun kaygı düzeyi($p>0.58$) arasında anlamlı bir sonuç bulunmamıştır.

Babanın öğrenim düzeyi ile aile kaygı ölçeğinin alt basamakları arasındaki ilişki incelendiğinde, "bağımlılık ve kendini yönetme" ($p<0.05$), "ömür boyu bakım" ($p<0.005$), "aile içi uyumsuzluğu" ($p<0.01$), "sürekli hastalık kaygısı" ($p<0.04$), ve "bir kurumu tercih etme " ($p<0.04$)

basamaklarında istatistiksel olarak anlamlı sonuçlara varılmıştır. “Bilişsel bozukluk” ($p>0.14$), “aile yaşamına getirdiği sınırlılıklar” ($p>0.48$), “kişisel ödül eksikliği” ($p>0.08$), “fiziksel sınırlılıklar” ($p>0.85$), “mali kaygılar” ($p>0.53$), ve “aileye getireceği zorluklar” ($p>0.65$) basamaklarında, hastanede yatan çocuğun babasının öğrenim düzeyi, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Ailenin SED’i ile AKD ($p>0.21$) arasında anlamlı bir sonuç bulunmamıştır. Ailenin SED’u ile ÇHKD ($p<0.03$) arasında anlamlı bir sonuca varılmıştır. Alt SED’deki ailenin çocuğunun kaygı ortalaması ($\bar{x}=35,39$), orta SED’deki ailenin çocuğunun kaygı ortalamasından ($\bar{x}=32.50$) daha yüksek bulunmuştur.

Ailenin SED’i ile aile kaygı ölçeği alt basamaklarından, “bilişsel bozukluk” ($p<0.02$) ve “sürekli hastalık kaygısı” ($p<0.01$) basamaklarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. “Bilişsel bozukluk” aşamasında, alt SED’deki ailelerin kaygı ortalamaları ($\bar{x}=0.92$), orta SED’deki ailelerin kaygı ortalamalarından ($\bar{x}=0.46$) daha yüksek bulunmuş, “sürekli hastalık kaygısı” aşamasında ise yine alt SED’deki ailelerin kaygı ortalamaları ($\bar{x}=3.02$), orta SED’deki ailelerin kaygı ortalamalarından ($\bar{x}=2.47$) daha yüksek bulunmuştur. “Bağımlılık ve kendini yönetme” ($p>0.18$), “aile yaşamına getirdiği sınırlılıklar” ($p>0.36$), “ömür boyu bakım” ($p>0.10$), “aile içi uyumsuzluğu” ($p>0.73$), “kişisel ödül eksikliği” ($p>0.34$), “fiziksel sınırlılıklar” ($p>0.80$), “mali kaygılar” ($p>0.43$), “bir kurumu tercih etme” ($p>0.14$) ve “aileye getireceği zorluklar” ($p>0.07$) basamaklarında, hastanede yatan çocuğun annesinin SED’yle, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Çocuğun cinsiyeti ile AKD ($p<0.01$) arasında anlamlı bir sonuca varılmıştır. Kız çocuğu olan ailelerin kaygı ortalamaları ($\bar{x}=26.20$), erkek çocuğu olan ailelerin kaygı ortalamalarından ($\bar{x}=23.50$) daha yüksek bulunmuştur. ÇHKD ile çocuğun cinsiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.98$). Ailelerin kaygı düzeyini, çocuğun cinsiyetinin etkilediği sonucuna varılmıştır. Hastanede yatan çocuğu kız olan ailelerinin

kaygı düzeylerinin , erkek çocuk ailelerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastanede yatan çocuğun cinsiyeti ile AKÖ alt basamakları ilişkisinde, “ömür boyu bakım” ($p<0.002$) aşamasında kız çocukların ailelerinin kaygı ortalamasının ($\bar{x}=3.22$), erkek çocukların ailelerinin kaygı ortalaması ($\bar{x}=2.11$)ndan daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

“Aileye getireceği zorluklar”($p<0.03$) aşamasında kız çocuklarının ailelerinin kaygı ortalaması ($\bar{x}=2.97$), erkek çocukların ailelerinin kaygı ortalaması ($\bar{x}=2.52$)ndan daha yüksek bulunmuştur. “Bağımlılık ve kendini yönetme”, “bilişsel bozukluk”, “aile yaşamına getirdiği sınırlılıklar”, “aile içi uyumsuzluğu”, kişisel ödül eksikliği”, “sürekli hastalık kaygısı”, “fiziksel sınırlılıklar”, “mali kaygılar” ve “bir kurumu tercih etme” basamaklarında, hastanede yatan çocuğun cinsiyeti ile istatistiksel olarak anlamlı sonuçlara varılmamıştır.

Refakat durumu ile kaygı düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde, AKD ($p>0.44$) ve ÇHKD (0.28) istatistiksel olarak anlamlı sonuçlara varılmamıştır.

Çocuğun hastanede yattığı sırada çocukla birlikte anne, baba veya bir başkasının refakatli kalma durumu ile ailenin kaygı düzeyi alt basamakları arasındaki ilişkiye bakıldığında, “bir kurumu tercih etme” aşamasında refakatli olan çocuğun ailesinin kaygı ortalaması ($\bar{x}=2.95$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek ($p<0.03$), “aileye getireceği zorluklar” aşamasında refakatli kalmayan çocuğun ailesinin kaygı ortalaması ($\bar{x}=2.87$)nın daha yüksek($p<0.03$) olduğu sonucuna varılmıştır. “Bağımlılık ve kendini yönetme”, “bilişsel bozukluk”. Aile yaşamına getirdiği sınırlılıklar”, “ömür boyu bakım”, “aile içi uyumsuzluğu”, kişisel ödül eksikliği”, “sürekli hastalık kaygısı”, “fiziksel sınırlılıklar” ve “mali kaygılar” basamaklarında refakatli kalma durumu istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmamıştır.

Çocuğun hastaneye yatış sayısı ile AKD ($p>0.08$) ve ÇHKD (0.81) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Çocuğun hastaneye yatış sayısı ile AKÖ'nin alt basamakları arasındaki ilişkide, "ailenin yaşamına getirdiği sınırlılıklar" da, çocuğun hastaneye yatış sayısı anlamlı bulunmuştur ($p < 0.03$). Hastaneye iki kez yatan çocuklar ($\bar{x}=1.62$) ile dört ve daha fazla kez hastaneye yatan çocukların ($\bar{x}=3.24$) ailelerinin bu düzeydeki kaygıları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Hastaneye dört ve daha fazla kez yatan hastaların ailelerin "ailenin yaşamına getirdiği sınırlılıklar" basamağında ki kaygıları iki kez yatan hastalara göre daha yüksektir. "Kişisel ödül eksikliği" basamağı ile, çocuğun hastaneye yatış sayısı arasında anlamlı bir ilişki gözlenmektedir ($p < 0.03$). Hastaneye ilk kez yatan çocuklar ($x=0.52$) ile ikinci kez yatan çocuklar ($x=1.08$)ın ailelerinin kaygıları arasında anlamlı bir fark gözlenmektedir. Hastaneye ikinci kez yatan çocukların ailelerinin "kişisel ödül eksikliği" aşamasındaki kaygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmıştır.

"Bağımlılık ve kendini yönetme", "bilişsel bozukluk", "ömür boyu bakım", "aile içi uyumsuzluğu", "sürekli hastalık kaygısı", "fiziksel sınırlılıklar" "mali kaygılar", "bir kurumu tercih etme" ve "aileye getireceği zorluklar" basamaklarında, çocuğun hastaneye yatış sayısı ile anlamlı bir sonuç bulunmamıştır.

AKD ile babanın yaşı arasında ($p > 0.11$) istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç belirlenmemiştir. ÇHKD ile babanın yaşı arasında ($p > 0.50$) da istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir.

AKÖ alt basamakları incelendiğinde, "bilişsel bozukluk" ($p < 0.002$), "aile içi uyumsuzluğu" ($p < 0.04$) basamaklarında baba yaşı ile istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar bulunmuştur. "Bilişsel bozukluk" aşamasında 29-35 yaş grubundaki babaların bulunduğu ailelerin kaygı ortalamaları ($\bar{x}=1.16$), 36 ve üzeri yaş grubundaki babaların bulunduğu ailelerin kaygı ortalamalarından ($\bar{x}=0.41$) daha yüksek bulunmuş, "aile içi uyumsuzluğu" aşamasında ise yine, 29-35 yaş grubundaki babaların bulunduğu ailelerin kaygı ortalamaları ($\bar{x}=2.29$), 36 ve üzeri yaş grubundaki babaların bulunduğu ailelerin kaygı ortalamalarından ($\bar{x}=2.01$) daha yüksek bulunmuş.

AKD ile annenin yaşı arasında ($p>0.14$) istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç belirlenmemiştir.

ÇHKD ile annenin yaşı arasında ($p<0.009$) ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmektedir. 27-35 yaş grubundaki annelerin ailelerinin kaygı ortalamaları ($\bar{x}=34.85$), 36 ve yukarısı yaştaki annelerin ailelerinin kaygı ortalamalarından ($\bar{x}=31.11$) daha yüksek bulunmuştur.

Annenin yaşı ile AKÖ alt basamakları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmamaktadır.

Çocuğun hastalığının kronik veya akut oluşu ile AKD ($p>0.17$) ve ÇHKD ($p>0.50$)leri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmamıştır.

Çocuğun hastalığının kronik veya akut oluşu ile AKÖ'nin alt basamakları arasındaki ilişkide, "bağımlılık ve kendini yönetme" aşamasında ($p<0.03$), istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç görülmektedir. Kronik hastalığı olan çocukların ailelerinin "bağımlılık ve kendini yönetme" aşamasındaki kaygı ortalamaları ($\bar{x}=2.34$), akut hastalığı olan çocukların ailelerinin kaygı ortalamalarından ($\bar{x}=1.72$) daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastanede yatan çocuğun hastalığının akut veya kronik oluşu ile, AKÖ alt basamaklarından, "bilişsel bozukluk", "aile yaşamına getirdiği sınırlılıklar", "aile içi uyumsuzluğu", "kişisel ödül eksikliği", "sürekli hastalık kaygısı", "fiziksel sınırlılıklar", "mali kaygılar" ve "bir kurumu tercih etme", "aileye getireceği zorluklar" basamaklarında, anlamlı sonuca varılmamıştır.

AKD ($p>0.69$) ve ÇHKD ($p>0.96$) ile çocuğun yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmamıştır.

Aile kaygı ölçeğinin alt basamaklarının, çocuğun yaşına göre değişimlerine bakıldığında, "bağımlılık ve kendini yönetme" ($p>0.30$), "bilişsel bozukluk" ($p>0.25$), "aile yaşamına getirdiği sınırlılıklar" ($p>0.42$), "ömür boyu bakım" ($p>0.91$), "aile içi uyumsuzluğu" ($p>0.98$), "kişisel ödül eksikliği"

($p>0.99$), "sürekli hastalık kaygısı" ($p>0.32$), "fiziksel sınırlılıklar" ($p>0.27$), "mali kaygılar" ($p>0.99$), "bir kurumu tercih etme" ($p>0.72$) ve "aileye getireceği zorluklar" ($p>0.19$) basamaklarında, istatistiksel olarak anlamlı bir sonuca varılmamıştır.

Araştırma sonuçlarına bakıldığında, hastanede kalmaya bağlı olarak hastanede yatan çocukların ve ailelerinin kaygı düzeylerini etkileyen faktörlerin, çocuğun cinsiyeti, hastaneye yatış sayısı, annenin yaşı ve eğitimi, babanın yaşı ve eğitimi, refakat ve SED olduğu görülmektedir.



ÖNERİLER

- Refakatli olarak çocuklarının yanında kalamayan ailelerin daha fazla kaygı yaşadıkları bilindiğinden, bu aileler ve hasta çocuklarına ziyaret saatleri konusunda daha esnek davranılmalı ve sağlık personeli bu ailelerle ilişkilerinde kaygı düzeylerinin yüksek olabilme riskini düşünerek yaklaşmalıdır.
- Çocuğunun yanında refakatli olarak kalmak istemeyen ailelerle karşılaşıldığı durumlarda, çocuğun hastanede yattığı dönemde, çocuk-ebeveyn ayrılığının potansiyel problemlerinden aile haberdar edilerek, refakatli kalınması sağlanmalıdır.
- Özellikle 0-3 yaş döneminde, anne yoksunluğu ve uyaran eksikliğine bağlı olarak çocuklarda geçici de olsa öğrenme güçlükleri oluşabileceğinden, çocukların yanlarında refakatli olarak anne veya babasının kalması sağlanmalıdır.
- Çocuğun hastanede kaldığı süre içinde ailesinin kaygı düzeyinden olumsuz etkilendiği düşünüldüğünde, çocuğun kaygı düzeyinin azaltıcı çalışmalar yanında ailenin de kaygı düzeyini azaltıcı çalışmalar ve özel destek programları yapılmalıdır.
- Ebeveynler, engelli çocuklarını aşırı koruma eğilimindedirler. Hastanede yatan veya hasta çocuğu olan ailelerde bu durum daha belirgindir ve doktorların çocuğun kısıtlılıklarını vurgulamaları bu korumacılığın artmasına sebep olmaktadır. Eğer doktor çocuğun yapabileceği ve yapamayacağı aktiviteleri listeler ve iletirse, bu hem ebeveyn hem de çocuk için yardımcı ve yol gösterici olacaktır.
- Çocukların hastanede yattıkları dönemde kaygılarını azaltmak, hastaneye yatma ve tıbbi müdahaleler ile ilgili uzun süreli olumsuz etki potansiyelini düşürmek üzere hastanelerin hazırlayıcı eğitimler vermeleri gerekmektedir. Bu eğitim programları hazırlanır ve uygulanırken,

çocukların tıbbi yaşantıları, çocuğun yaşına bağlı gelişim düzeyi, ailenin sosyo-ekonomik düzeyi, çocuğun tıbbi yaşantıları ve hastalığı göz önünde bulundurulmalıdır.

- Hastanede yatmaya bağlı olarak hasta çocuk ve ailelerinde oluşması muhtemel olumsuz davranışların en aza indirilmesi için çocukların hastanede yattıkları süreyi en aza indirmek, hatta uygun olduğu durumlarda çocukların kliniğe gelip tedavilerini ve tetkiklerini yaptırarak,geceyi evlerinde geçirmeleri sağlanmalıdır.
- Çocuğun sağlık durumundan, tedavisinin aşamasından ve hastalığın genel seyrinden haberdar olmak ebeveynlerin en önemli haklarıdır. Bu tür bilgiler sayesinde, ebeveynlerin çocuğun içinde bulunduğu durumu anlamaları mümkün olacak, sorunlarla karşılaştıklarında bunlarla başa çıkma yetenekleri gelişecek ve böylece ebeveynlerin endişe ve stresleri azalacaktır. Bunu sağlamak için sağlık personeli ailenin bilgi almak istediği durumlarda mümkün olduğunca ailenin anlayabileceği düzeyde açıklamalar yapmalıdırlar.
- Hastanelerde konunun uzmanları tarafından, hasta çocuk ve ailelerinin gereksinimleri ve onlara yaklaşımlar konusunda tüm personele devamlılığı sağlanmış eğitim programları uygulanmalı ve bu konuda tüm personel denetlenmelidir.
- Hastanelerde, hasta çocuklara ve ailelerine psikolojik destek, sosyal yönlendirme, özel programlar uygulayacak uzman personel istihdam edilerek, işlevsellikleri en üst düzeyde tutulacak şekilde çalışma olanakları sağlanmalı, öncelikli görevleri olan hastaya hizmet felsefesi tüm personelde yaygınlaştırılmalıdır.
- Ailelere ve çocuklara hastalıkları ve hastaneleri tanıtıcı broşür ve kitapçıklar hazırlanmalı ve bunlar uygun zamanda onlara ulaştırılmalıdır.
- Her bireyin bir gün hastanede yatma ihtimalinden yola çıkılarak, ailelere ve çocuklara bilgi verebilecek düzeyde kısa filmler, kitaplar, posterler ve

broşürlerle ulaşarak olası ani durumlar için, potansiyel hasta ve ailesi bilgilendirilmelidir.

- Hasta çocuk konusunda ülkemizde oldukça sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu konuda yapılan araştırmalar, uzmanlık alanlarına göre ayrılarak yapılmalı ve daha geniş örneklem grupları ile çalışılmalıdır.
- Hasta çocuk konusunda yapılan araştırmalar daha çok tanılama ve mevcut durumun tespiti amacı ile planlanmaktadır. Yapılacak olan araştırmalar, uzunlamasına hasta takipleri ve uygulama yöntemlerine yönelik olarak planlanmalı ve bunlara olanak sağlanmalıdır.



KAYNAKLAR

1. Kocatürk, U.: Açıklamalı Tıp Terimleri Sözlüğü, İkinci Baskı, Sevinç Matbaası, Ankara,1984.
2. Bertan, M., Güler, Ç.: *Halk Sağlığı(Temel Bilgiler)*, sayfa 377-378, Ankara,1995.
3. Ersoy F.: Aşılamamanın İmmünolojik İlkeleri, *Katkı Pediatri Dergisi*, Cilt 15 Sayı 1-2,sayfa 1-9,1994.
4. Sağlık Bakanlığı(Türkiye), Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Macro Inc. 1994. *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993*. Ankara, Türkiye.
5. Helen .M., Wallace, MD. , M.P.H., Kanti Giri, M.B.B.S., D.G.O., F.I.C.S., F.R.C.O.G.: *Health care of women and children in developing countries*, Third Party Publishing Co. California, 1990.
6. Çilingiroğlu. N., Özcebe. H.: Sincan 2 numaralı Sağlık Ocağı Bölgesi'nde hanelerin çocuk ev kazaları açısından değerlendirilmesi. *1. Ulusal Çevre Hekimliği Kongresi*, H.Ü. Halk Sağlığı ABD. ANKARA, 1997.
7. Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1966,T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yayın no.588, Aydoğdu Ofset, Ankara,1997.
8. Ekonomik ve Sosyal Sektörlerdeki Gelişmeler. *Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı(1996-2000)* 1997 Yılı Programı Destek Çalışmaları. T.C. Başbakanlık D.P.T. yayınları,1997.
9. Ekonomik ve Sosyal Göstergeler(1950-1988). T.C. Başbakanlık D.P.T. yayınları, 1997.
10. Grant Murry: *Handbook of Community Health* 4th ed. Philadelphia, 1987, p.42.
11. Vernon, D.T.A., Foley, J. M. , Sipowicz, R. R. , & Schulman, J. L. : *The Psychological Responses of Children to Hospitalization and Illness*. Springfield, IL: Thomas, 1965.
12. Prug, D., Eckhardt,O.L.: Children's Reactions to Illness Hospitalization and Surgery. *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (2.nd ed.), vol.2, pp.2100-2107, Waverly Press, Inc. Baltimore, U.S.A., 1975.
13. Tavormina, J.B., et al: Chronically ill children: A psychologically and emotionally deviant population? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 4,99-110,1976.

14. Melamed, B.G., Ridley-Johnson, R.: Psychological Preparation of families for Hospitalization. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, April, Vol.9, No.2, pp. 96-102, 1988.
15. Baysal B.: Kronik Hastalıklar ve Hastaneye Yatış: Çocuk, Aile ve Tedavi Ekibi, *Katkı*, cilt: 17, sayı: 5, Eylül-Ekim, sayfa: 912-918, 1996.
16. Roni, L.C: Chronic Sorrow: Adaptation Patterns of Parents With Chronically Ill Children. *Pediatric Nursing*, Sep.-Oct., Vol.17, No.5, 461-466, 1991.
17. Fortier. L.M., & Wanlass, R.L.: Family crisis following the diagnosis of a handicapped child. *Family Relations*, 33, 13-24, 1984.
18. Olshansky, S.: Chronic sorrow: A response to having a mentally defective child. *Social Casework*, 43, 190-193, 1962.
19. Copley, M.F., & Bodensteiner, J.B.: Chronic sorrow in families of disabled children. *Journal of Child Neurology*, 2, 67-70, 1987.
20. Clements, D.B., Copeland, L.G. & Loftus, M.: Critical for families with a chronically ill child. *Pediatric Nursing*, 16, 157-161, 1990.
21. Steele, S.: Health promotion of the child with a long-term illness. Norwalk, CT: Appleton-Century Crofts, 1983.
22. Riddle, I.I., et al: Stressor in The Pediatric Intensive Care Unit as Perceived By Mothers and Fathers. *Maternal Child Nursing Journal*, vol.18, no.3, 1989.
23. Eiser, C.: Psychological Effects of Chronic Disease. *J. Child Psychol. Psychiat.* Vol.31, No.1, pp. 85-98, 1990.
24. Wikler, L.: Chronic stress of families of mentally retarded children. *Family Relations*, 30, 281-288, 1981.
25. Hewet S., Newson J, Newson E: *A Family and the Handicapped Children*, Aldine Publishing Co, pp. 194-207, 1970.
26. Mattson A, Gross S: Social and behavioral studies on hemophiliac children and their families. *J Pediatr.* 68:952, 1966.
27. Blotcky, A. D., et al.: Family influences on hopelessness among children early in the cancer experience. *Journal of Pediatric Psychology*, 10, 479-494, 1985.
28. Perrin J.M, MacLean Jr. W.E.: Children with chronic illnesses: the prevention of dysfunction. *Ped. Clin. North Am*, 35, 1325-1337, 1988.

29. Sabbeth, B. F., Leventhal, J. M.: Marital adjustment to chronic childhood illness: a critique of the literature. *Pediatrics*, 73, 762-768, 1984.
30. Kazak, A. E.: Families of chronically ill children: a system and social-ecological model of adaptation and challenge. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 13, 171-182, 1989.
31. Perrin, J. M., & MacLean Jr, W. E.: Children with chronic illness: the prevention of dysfunction. *Pediatric Clinics of North America* Vol.35, No.6, December, 1325-1336, 1988.
32. Breslua, N., Prabucki, K.: Siblings of disabled children. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1040-1046, 1987.
33. Zetlin, S., Williams, G.G., Rosenblatt, W.P.: The coping with stress model: A counseling approach for families with handicapped child. *Journal of Counseling and Development*, 65, 443-446, 1987.
34. Gudrun Cristjansdottir, RN, BS, Msc: A Study of the Needs of Parents of Hospitalized 2- to 6-Year-Old Children, *Iss.Comp. Ped. Nurs.*, 14; 49-64, 1991.
35. Cohen, S. & Wills, T.: Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357, 1985.
36. Baron, C., Veilleux, P. & Lamarre, A.: A Family of the Asthmatic Child. *Can.J. Psychiatry*, Vol.37, Feb., pp 12-16, 1992
37. Singer, G.H., Irvin, L.K., Hawkins, N.: Stress management training for parents of children with several handicaps. *Mental Retardation*, 26(5), 269-277, 1988.
38. Haggerty RJ: Chronic disease in children. *Pediatr Clin North Am* 31(1): 19-153, 1984.
39. Tew BJ, Payne H, Lavrence KM: Must a family with a handicapped child be a handicapped family? *Dev. Med. Child. Neurol.* (Suppl): 95, 1974.
40. Drotar, D., & Crawford, P.: Psychological adaptation of siblings of chronically ill children: research and practice implications. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 6, 355-362, 1985.
41. Çavuşoğlu, H.: Çocuk Sağlığı Hemşireliği, Cilt 1, 1.Baskı, Hürbilek Matbaacılık, Ankara, 1993.
42. McHale, S.M., Gamble, W.C.: Sibling relationships of children with disabled and nondisabled brothers and sisters. *Developmental Psychology*, 25(3), 421-429, 1989.

43. Robert S, et al. A longitudinal study of the cognitive function of children with renal failure. *Pediatr. Nephrol.* 4: 11-15,1990.
44. John I. et al: The diagnosis of major depression in renal dialysis patients *Psychosomatic Medicine* 49:482-492,1987.
45. Kovacs, M. Ph.D., et al: Initial coping responses and psychosocial characteristics of children with insulin-dependent diabetes mellitus, *The Journal of Pediatrics*, 106:5 May, 827-834, 1985.
46. Donald P. Orr, M.D., et al: Psychosocial implications of chronic illness in adolescence. *The Journal of Pediatrics*, 104; 152-157, 1984.
47. Jonathan Kellerman, Ph.D., et al: psychological effects of illness in adolescence. I. Anxiety, self-esteem, and perception of control. *The Journal of Pediatrics* Vol.97, No.1, pp. 126-131, 1980.
48. Merkens M.J., et al: The Awareness of Primary Physicians of the Psychosocial Adjustment of Children with a Chronic Illness. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 10(1) Feb.,1989
49. Vance, J.C., et al,: Effects of Nephritic Syndrome on the Family: A Controlled Study. *Pediatrics* Vol. 65 No: 5, May, 1980.
50. Mulhern R.K., et al: Social Competence and Behavioral Adjustment of Children Who Are Long-Term Survivors of Cancer. *Pediatrics*, Vol.83 No.1 January pp.18-25, 1989.
51. Robertson, J.: *Young Children in Hospital*. Tavistock, London. 1970
52. Van Der Schyff, G.: The role of parents during their child's hospitalization. *Australian Nurses Journal*, 8(11), 57-61,1979.
53. Clements, D.B., Copeland, L.G. & Loftus, M.: Critical for families with a chronically ill children. *Pediatric Nursing*, 16, 157-161,1990.
54. Damrosch, S.P., & Perry, L.A.: Self-reported adjustment, chronic sorrow and coping of parents of children with Down syndrome. *Nursing Research*, 38, 25-30, 1989.
55. Fraley, A.M.: Chronic sorrow in parents of premature children. *Children's Health Care*, 15, 114-118, 1986.
56. Murphy, M.: The family with a handicapped child: A review of literature. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 3, 73-81,1982.
57. Alexander, D., et al: Anxiety Levels of Rooming-In and Non-Rooming-In Parents of Young Hospitalized Children. *Maternal Child Nursing Journal*, 17. 79-99, 1988.

58. Riddle, I.I., et al: Stressor in the Pediatric Intensive Care Unit as Perceived by Mothers and Fathers. *Maternal Child Nursing Journal*, vol.18, no.3, 1989.
59. Rasnake, L.K., Linscheid, T.R.: Anxiety Reduction in Children Receiving Medical Care: Developmental Considerations. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, vol.10, No.4, August, 1989.
60. Teichman, Y., Rafeal, B.M., & Lerman, M.: Anxiety reaction of hospitalized children. *British Journal of Medical Psychology*, 59, 375-382, 1986.
61. Carson, K.D., Council, R.J., Gravley, E.J.: Temperament and Family Characteristics as Predictors of Children's Reactions to Hospitalization. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, Vol.12, No.3, June 1991.
62. Fosson, A.F., Martin, J., Haley, J.: Anxiety among Hospitalized Latency-Age Children. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, Vol.11, No.6, December 1990.
63. Campbell, L., et al: Stress Management Training For Parents and Their Children Undergoing Cardiac Catheterization. *Amer.J. Orthopsychiatry*. 56(2), April 1986.
64. Hamlett, K.W., Pellegrini, D.S., Katz, K.S.: Childhood Chronic Illness as a Family Stressor. *Journal of Pediatric Psychology*, Vol.17, No.1, pp.33-47, 1992.
65. Baron, C., Veilleux, P. & Lamarre, A.: A Family of the Asthmatic Child. *Can.J. Psychiatry*, Vol.37, Feb., pp. 12-16, 1992.
66. Baven, J.C., et al: Preoperative parental anxiety predicts behavioral and emotional responses to induction of anesthesia in children. *Can. J. Anaesth.*, 37,2, pp 177-182, 1990.
67. Cleveland, D.W., Miller, N.: Attitudes and life commitments of older siblings of mentally retarded adults: An exploratory study. *Mental Retardation*, 15(3), 38-41, 1977.
68. Ferrari, M.: Chronic illness: Psychosocial effects on siblings. Chronically ill boys. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 25(3), 459-476, 1984.
69. Breslua, N., Weitzman, M., Messenger, K.: Psychological functioning of siblings of disabled children. *Pediatrics*, 67(3), 344-353, 1979.
70. Küçüker, S.: Bilgi verici psikolojik danışmanlık programının zihinsel özürli çocukların kardeşlerinin özürle ilgili bilgi düzeylerine ve özürli kardeşlerine yönelik tutumlarına etkisi., A.Ü: Sosyal Bilimler Enstitüsü Özel Eğitim Ana Bilim Dalı Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 1997.

71. Er, M.D., Mağden, D.: Hastaneye ilk kez yatan üç-dokuz yaş arasındaki çocuklarda görülen davranış değişiklikleri. *Sağlık Dergisi*, Cilt.66, Sayı. 1-2, 11-18,1994.
72. Holroyd, J.: *Questionnaire on Resources and Stress*, for Family with Chronically Ill or Handicapped Members. Clinical Psychology Publishing co., Inc. Brandon,VT,U.S.A., 1987
73. Akkök,F.: Özürlü bir çocuğa sahip anne babaların kaygı ve endişe düzeyini ölçme aracının güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Psikoloji Dergisi*, 23(7).26-39,1989.
74. Özusta,H. Ş.: Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Uyarlama Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*,10(34)32-44,1995.
75. Sümbüloğlu, K., Sümbüloğlu, V.: *Biyoistatistik*, 4. Baskı. Özdemir Yayıncılık, Ankara,1993.
76. Baysal, B.Z.: Kronik Hastalıkların Çocuk ve Aile Üzerindeki Psikososyal Etkileri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 4:(4), 1993.
77. Visintainer, M.A., Wolfer, J.A.: Psychological Preparation for Surgical Pediatric Patients: The Effects on Children's and Parents' Stress Responses and Adjustment, *Pediatrics*, 58:187, 1975.

ÖZGEÇMİŞ

17 Ekim 1966 tarihinde doğan Dudu Melek Er, ilk öğrenimini Ankara Fevzi Atlıoğlu İlkokulu'nda, orta öğrenimini Ayrancı Lisesi'nde ve Lise Öğrenimini Özel Yenişehir Koleji'nde tamamlamıştır. 1984 Yılında Hacettepe Üniversitesi Ev Ekonomisi Y.O. Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Bölümü'nü kazanmış ve 1988 yılında aynı bölümden mezun olmuştur.

1988 yılı güz döneminde, H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Bölümü Yüksek Lisans programına başlamıştır. "Hastanede İlk Kez Yatan Üç-Dokuz Yaş Çocuklarında Görülen davranış Değişiklikleri" konulu, yüksek lisans tezini hazırlamış ve 1991 yılında bu programı tamamlayarak Bilim Uzmanlığı unvanını almıştır.

Yüksek Lisansı tamamladığı yıl, Özel Öğrenci olarak ders almaya hak kazanmış fakat, devam etmemiştir. 1992 yılı bahar döneminde, H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Bölümü Doktora Programı sınavını kazanarak, programa başlamış ve 4 Mayıs 1994 tarihinde Doktora Yeterlilik sınavını başarı ile tamamlamıştır.

Roma'da 1993 yılı Ekim ayında yapılan, III. Uluslararası Hastane Okulları Kongresi'ne "*Behavior Changes Observed in Children Between the Ages of 3-9 Admitted to Hospital for the First Time in Their Lives*" isimli posterini ile katılmıştır. Dudu Melek Er, Ankara'da 1995 yılında yapılan, II. Ulusal Özel Eğitim Kongresi'nde "*H.Ü. Hastane İlkokulu Çalışmaları*" konulu bildirisini sunmuş ve "*Çocukların Hastaneye Yatmadan Önce Tedavileri Konusunda Bilgilendirilme Durumları*" konulu posterini ile de katılmıştır. Bursa'da yapılan III. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi'nde "*Çocuk, Hastalık ve Umut*" konulu araştırması sunulmuştur. "*Hastanede yatan ve kronik hastalığı olan çocukların hastaneye uyumlarını sağlamak ve muhtemel olumsuz davranışların oluşumunu engellemek amacı ile verilen sağlık hizmetleri*" konulu sunumunu 1996 yılında Ankara'da yapılan Özel Eğitim Kongresi'nde yapmıştır.

Er, 1988 yılı Kasım ayında H.Ü. İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi'nde çalışmaya başlamış ve ortopedi, üroloji, onkoloji, pediatri, adölesan ve pediatrik cerrahi hastaları ile çalışmış, hastane Sosyal Hizmet biriminde görev yapmıştır. Hasta çocuk konusunda çeşitli proje ve çalışmaları bulunmakta olan Er, 16 Ocak 1998 tarihinde hastanedeki görevinden ayrılmış ve halen Başbakanlık Özürölüler İdaresi Başkanlığı'nda görevini sürdürmektedir.



EK 1: BİLGİ FORMU

ÇOCUK VE AİLE BİLGİ FORMU

ÇOCUĞUN ADI-SOYADI:

ANKET CEVAPLAYAN: ANNE()

CİNSİYETİ:

BABA()

DOĞUM TARİHİ:

TARİH:

ÖĞRENİM DÜZEYİ:

SERVİS:

HASTALIĞI:

TEDAVİ ŞEKLİ: OPERASYON()

İLAÇ()

SOSYAL GÜVENCE: VAR()..... YOK()

DAHA ÖNCE

HASTANEDE YATTI MI?:

YATIŞ SAYISI:

BAŞKA BİR HASTALIĞI

/ENGEL VAR MI? :

DAHA ÖNCEK TEDAVİLERİ:

AİLE HAKKINDAKİ BİLGİLER

ANNE

BABA

MEDENİ DURUMU

.....

YAŞI

.....

ÖĞRENİM DÜZEYİ

.....

İŞ

.....

AİLENİN YAPISI: ÇEKİRDEK() GENİŞ() PARÇALANMIŞ()

AİLEDEKİ ÇOCUK SAYISI, YAŞLARI, EĞİTİM DURUMLARI:

EK 2: AİLE KAYGI ÖLÇEĞİ

AİLE DUYGU VE DÜŞÜNCELERİNİ ANLAMA ÖLÇEĞİ

Bu ölçek sizin ailenizin bir ferdine ilişkin duygularınız ve düşüncelerinizle ilgilidir. Maddelerdeki boşluklarda ailenizin hastanede yatan ferдинin isminin yazılı olduğunu düşünün ve lütfen içten ve gerçek duygularınızı, düşüncelerinizi ifade etmeye çalışın. Eğer bir madde sizin durumunuza göre doğru veya çoğu zaman doğru ise "D" harfinin altına rastlayan aralığı işaretleyin. Maddenin cevabı sizin için yanlış veya genel olarak doğru değilse "Y" harfinin altına rastlayan aralığı işaretleyin. Bazı maddeler, sizin çocuğunuz için uygun gözükme de bütün maddeleri cevaplamaya çalışın.

İLGİNİZ İÇİN ÇOK TEŞEKKÜR EDERİM.

I.BAĞIMLILIK VE KENDİSİNİ YÖNETMESİ

D Y

- 1-....., başkalarının kendisine gerçekte ihtiyaç duyduğundan daha fazla yardım etmesini ister.....().....()
- 2-Eğer ile birlikte yaşamak daha hoş olsaydı, ona bakmak daha kolay olurdu.....().....()
- 3-.....ile birlikte yaşamak kolaydır.....().....()
- 4-.....kendi kendisine yapabileceği işleri yapmaz.....().....()
- 5-.....'i oyalamak(hoşça vakit geçirtmek) kolaydır.....().....()
- 6-....., insan çileden çıkarır.....().....()

II.BİLİŞSEL BOZUKLUK

- 1-....., eğer evin veya bahçenin dışına çıkarsa başına bir iş gelebilir.....().....()
- 2-.....'i birkaç saat evin içinde yalnız bırakabilirim.....().....()
- 3-....., evimizin adresinin bilir.....().....()
- 4-....., kim olduğunun farkındadır.....().....()
- 5-....., yakın çevrede (mahallede) rahatlıkla dolaşabilir.....().....()
- 6-....., kendisi hakkında bilgi verebilir.....().....()

III.AİLENİN YAŞAMINA GETİRDİĞ SINIRLILIKLAR

- 1-Ailemizin bütün üyeleri,..... için bazı şeylerden vazgeçmek zorunda kalmıştır.().....()
- 2-.....'a bakmak için gereken sürekli ilgi yüzünden ailemizde başka bir kişinin gelişimi sınırlanmaktadır.().....()
- 3-.....'ye bakabilmek için yapmayı çok istediğim bazı şeylerden vazgeçmek zorunda kalmışımıdır.....().....()
- 4-.....'ye bakmak, ailemiz için maddi bir yük olmaktadır.....().....()

- 5-.....`ye evde sürekli olarak bakmak zorunda olan kişi, dışarıda bir işte çalışma imkanından yoksun kalmaktadır.....().....()
- 6-..... olmasaydı, ev dışındaki işlerimiz daha kolaylaşabilirdi.....().....()

IV.ÖMÜR BOYU BAKIM

- 1-.....`ye bakamayacak duruma geldiğimde ona ne olacak diye kaygılanırım.....().....()
- 2-.....`nin hayatını kazanmak için yapabileceği işler sınırlıdır.....().....()
- 3-....., bir özel eğitim okuluna/merkezine veya bir okulun özel alt sınıfına gidiyor.....().....()
- 4-Beni en çok kaygılandıran,`nin gelecekte yalnız başına kaldığı zaman hayatın nasıl kazanacağıdır.....().....()
- 5-Yaşlandığı zaman,..... başına neler geleceği konusunda kaygılıyım.....().....()
- 6-.....`nin hep böyle kalacağı fikri beni endişelendiriyor.....().....()

V.AİLE İÇİ UYUMSUZLUĞU

- 1-Ailemizde herkes birbirinin yaptıklarını takdir eder.....().....()
- 2-Ailemizde önemli konularda ortak karar alınır.....().....()
- 3-Ailemizde herkes,.....`yi kabul etmiştir.....().....()
- 4-Ailemizde kızgınlık ve küskünlük duyguları yoğundur.....().....()
- 5-Ailemde herkes benim sorunlarımı anlayışla karşılar.....().....()
- 6-Ailemin üyeleri, kişisel sorunlarını açıkça tartışabilirler.....().....()

VI.KİŞİSEL ÖDÜL EKSİKLİĞİ

- 1-Bizimki gibi sorunu olmayan ailelere göre küçük şeylerden mutlu olmayı daha çok bilebiliyoruz.....().....()
- 2-.....`den artık bir kişi olarak daha çok zevk alıyoruz.....().....()
- 3-.....`ye bakmak hayatımız zenginleştirdi.....().....()
- 4-.....`ye bakmak insana değerli olduğu duygusunu veriyor.....().....()
- 5-.....`nin böyle olması, benim kişiler arası ilişkilerimde daha anlayışlı olmama sebep oldu.....().....()
- 6-.....`ye bakmak, başkaları tarafından takdir edildikçe mutlu oluyorum.....().....()

VII.SÜREKLİ HASTALIK KAYGISI

- 1-.....`nin sağlığı için çok fazla endişeleniyorum.....().....()
- 2-.....`ye bakmak, zaman geçtikçe daha çok vakit alacak.....().....()
- 3-.....`nin fazla yaşayamayacağını fark ettiğimde endişe duyuyorum.....().....()
- 4-..... artık bizim aramızda olmadığına ailemizin bu duruma nasıl alışacağı konusunda endişeliyim.....().....()
- 5-..... gelecekte kendisine daha iyi bakabilecektir.....().....()
- 6-..... `i iyileşemeyecek.....().....()

VIII.FİZİKSEL SINIRLILIKLAR

- 1-..... kendi kendine yemek yiyebilir.....().....()
- 2-..... özür nedeniyle özel araçlar kullanır.....().....()
- 3-Evimizde tekerlekli sandalye ve yürüteç kullanılır.....().....()
- 4-.....`nin bir yürütücüye yada tekerlekli sandalyeye ihtiyacı vardır.....().....()
- 5-..... yardımsız yürüyebilir.....().....()
- 6-..... özel araç ve gereç kullanıldığı için onu dışarı çıkarmak zor oluyor.....().....()

IX.MAL KAYGILAR

- 1-.....`nin ihtiyaç duyduğu bakım/tedavi için gerekli olan parayı ödeyebiliriz.....().....()
- 2-Maddi yardıma ihtiyacımız var.....().....()
- 3-Aile gelirimiz ortalamanın üstündedir.....().....()
- 4-Ailemiz yatırım ve tasarruf yapıyor.....().....()
- 5-Kendi evimiz var veya almak üzereyiz.....().....()
- 6-Zar zor geçiniyoruz.....().....()

X.BİR KURUM BAKIMINI TERCİH ETME

- 1-Doktor,.....`i ayda en az bir kez görür.....().....()
- 2-Ailemin.....`yi evde bırakıp tatile gitmesini istemem.....().....()
- 3-.....`ye evde bakabilmemize imkan yok.....().....()
- 4-Dışarı çıktığımda`yi de beraber götürürüz.....().....()
- 5-..... başka bir yerde yaşarsa alıştığı ilgiyi sevgiyi ve bakımı bulamayacağından korkuyorum.....().....()
- 6-.....`nin evimde olması başka bir yerde olmasından daha iyidir.....().....()

XI.AİLEYE GETİRECEĞİ ZORLUKLAR

- 1-Ailemizin tüm üyeleri..... ile aynı derecede ilgilenir.....().....()
- 2-Doktor,.....`yi yılda en az bir kez görür.....().....()
- 3-Bazen evden uzaklaşmak ihtiyacını duyarım.....().....()
- 4-.....`nin bakımının büyük bir kısmı bana düşer.....().....()
- 5-Benim için rahatlamak çok kolaydır.....().....()
- 6-Kendimi nadiren karamsar hissederim.....().....()

EK 3: ÇOCUK KAYGI ÖLÇEĞİ

"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 iyi anlatan ifadenin önündeki parantezler arasına (X) işareti koyun. Yanlı veya doğru cevap diye bir şey yok. Herhangi bir cümle üzerinde fazla zaman geçirmeyin. Tam 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 dertte hissediyorum
()başım dertte hissediyorum
()başım dertte 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 karmakarışık hissediyorum
()her şeyi karmakarışık hissediyorum
()hiçbir şeyi karmakarışık hissetmiyorum
- 20.Kendimi ()çok neşeli hissediyorum
()neşeli hissediyorum
()neşeli hissetmiyorum

NASIL HİSSEDİYORUM?" ANKETİ

Kızların ve erkeklerin kendilerini anlattıkları bazı cümleler aşağıda verilmiştir. Her cümleyi okuyun ve hangisinin sizin için en doğru olduğuna karar verin. "hemen hemen" mi, "bazen" mi yoksa "sık sık" mi? Daha sonra sizi en doğru anlatan ifade önündeki parantezler arasına (X) işareti koyun. Yanlı veya doğru cevap diye bir şey yoktur. 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 engelleyemeyeceği 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 hissederim.....()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 titrer.....()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