



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KALICI ŞANTI OLAN ÇOCUĞA SAHİP EBEVEYNLERİN
KAYGI VE UMUT DÜZEYİ İLE BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİ**

GAMZE BAYIR
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. ŞULE ECEVİT ALPAR

İSTANBUL-2019

I.TEZ ONAYI

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Programın seviyesi : Yüksek Lisans
Anabilim Dalı : Hemşirelik
Tez Sahibi : Gamze BAYIR
Tez Başlığı : Kaliteli Şanlı Olan Çocukta Sahip Ebeveynlerin Kaygı ve Umud Düzeyi ile Başa Çıkma Stratejileri
Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Sınav Tarihi : 01.07.2019

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)	Kurumu	İmza
Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR	Marmara Üniversitesi	
Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)		
Dr. Öğr. Üyesi Bilgi GÜLSEVEN KARABACAK	Marmara Üniversitesi	
Dr. Öğr. Üyesi Cemile SAVCI	Medeniyet Üniversitesi	

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun ...27.07.2019 tarih ve 86 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü V.


Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU

II. BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesinde aldığımı yine bu tezin çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Gamze BAYIR



III. TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimde ve tez çalışmamda bilgi ve tecrübesiyle yoluma ışık tutan, bilimsel ve manevi desteğini esirgemeyen değerli danışman hocam

Prof. Dr. Şule Ecevit Alpar' a,

Eğitim sürecim içerisinde mesleğim adına bana kazandırdıklarından ve bana olan inancından dolayı

Yrd. Doç. Dr. Bilgi Gülseven Karabacak'a

Yüksek lisans eğitimimde hemşirelik mesleğine profesyonel yaklaşmamı sağlayan, bilgi ve tecrübelerini benden esirgemeyen çok değerli hocam

Dr. Gülten Karahan Okuroğlu' na,

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Değerli Hocaları' ma,

Araştırmamı yaptığım ve birlikte çalışmaktan onur duyduğum

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi Nöroşirurji Kliniği ve Anestezi Reanimasyon Ünitesi'ndeki meslektaşlarıma,

İlgi, destek ve anlayışları için manevi desteğini her koşulda yanımda olan annem ***Ayşe***, babam ***Mehmet*** ve kardeşim ***Hüseyin Bayır' a,***

Bana değerli vakitlerini ayırarak araştırmaya katılan bireylere, sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Gamze BAYIR

İstanbul, 2019

V.KISALTMALAR LİSTESİ	v
VI.TABLolar LİSTESİ.....	vi
1. ÖZET.....	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER.....	7
4.1. Hidrosefali	7
4.1.1. Hidrosefalinin Tanımı.....	7
4.1.2. Hidrosefalinin Etiyolojisi.....	7
4.1.3.Hidrosefali İnsidansı.....	8
4.1.4. Hidrosefalinin Klinik Bulgu ve Belirtileri	8
4.1.5. Hidrosefalinin Tedavisi	9
4.2. Şant Cerrahisi.....	9
4.2.1. Ventriküloperitoneal Şant ve Tanımı	9
4.2.2. Ventriküloperitoneal Şant Komplikasyonları	10
4.2.3. Ventriküloperitoneal Şanta Diğer Alternatif Yollar	10
4.3. Şanlı Çocukta Hemşirelik Bakımı	10
4.4.Kaygı	11
4.4.1.Kaygının Tanımı	11
4.4.2.Kaygı ve Hemşirelik Bakımı	12
4.5. Umutsuzluk.....	13
4.5.1. Umutsuzluk Tanımı.....	13
4.5.2. Umutsuzluk ve Hemşirelik Bakımı.....	13
4.6. Başa Çıkma Stratejileri.....	14
4.6.1. Tanım.....	14
4.6.2. Başa Çıkma Stratejileri ve Hemşirelik Bakımı.....	14
5. GEREÇ VE YÖNTEM	15
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	15
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	15
5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	15

5.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri	15
5.3.2. Araştırmadan ıkartılma Kriterleri	16
5.4. Araştırmanın Soruları.....	16
5.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	16
5.6. Veri Toplama Araçları	16
5.6.1. şanlı ocuğa Bakım Veren Bireye Yönelik Veri Toplam Formu	16
5.6.2. şanlı ocuğa Yönelik Veri Toplam Formu.....	16
5.6.3. Spielberger'in Sürekli-Durumluk Kaygı Envanteri	17
5.6.4. Beck Umutsuzluk Ölçeği	18
5.6.5. Başa ıkma Stratejisi Ölçeği	18
5.7. Veri Toplama Yöntemi.....	19
5.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	19
5.9. Araştırmanın Etik Yönü	19
5.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	20
6. BULGULAR.....	21
7. TARTIşMA VE SONUÇ	52
8. KAYNAKLAR	63
9. EKLER.....	70
10.ÖZGEçMİş	87

IV. KISALTMALAR LİSTESİ

BOS	Beyin Omurilik Sıvısı
MRG	Manyetik Rezonans Görüntüleme
BBT	Bilgisayarlı Beyin Tomografi
KİBAS	Kafa İçi Basınç Artışı Sendromu
VP	Ventrikülo Peritoneal
BÇSÖ	Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği
US	Ultrasonografi
ETV	Endoskopik Üçüncü Ventrikülostomi
BUÖ	Beck Umutsuzluk Ölçeği
VA	Ventrikülo Atrial
STAI	State-Trait Anxiety Inventory

V. TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Ebeveynlerin Sosyo-Demografik Özellikleri.....	23
Tablo 2. Şanlı Çocuğa Ait Tanımlayıcı Özellikleri.....	25
Tablo 3. Ebeveynlerin Sürekli-Durumluk Kaygı ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları	26
Tablo 4. Ebeveynlerin Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları	27
Tablo 5. Ebeveynlerin Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları.....	27
Tablo 6. Ebeveynlerin Kaygı Düzeylerinin Algılanan Ekonomik Duruma Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	28
Tablo 7. Ebeveynlerin Kaygı Düzeylerinin Ameliyat Nedenine Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	28
Tablo 8. Ebeveynlerin Kaygı Düzeylerinin Şantın Değişim Sayısına Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	29
Tablo 9. Ebeveynlerin Kaygı Düzeylerinin Yaşa Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	29
Tablo 10. Ebeveynlerin Kaygı Düzeylerinin Çocuk Sayısına Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	30
Tablo 11. Ebeveynlerin Kaygı Düzeylerinin Çocuğun Yaşına Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	30
Tablo 12. Ebeveynlerin Kaygı Düzeylerinin Öğrenim Durumuna Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	31
Tablo 13. Ebeveynlerin Kaygı Düzeylerinin Şant Değişme Nedenine Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	32
Tablo 14. Ebeveynlerin Kaygı Düzeylerinin Şant Değişmeden Önce Fark Edilen Belirtiye Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	33

Tablo 15. Ebeveynlerin Kaygı Ek Hastalık Durumuna Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	33
Tablo 16. Ebeveynlerin Kaygı Düzeylerinin Evde Başka Bakım Verilen Kişi Durumuna Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	34
Tablo 17. Ebeveynlerin Kaygı Düzeylerinin Sosyal Güvenceye Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	34
Tablo 18. Ebeveynlerin Kaygı Düzeylerinin Yaşanılan Yere Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	34
Tablo 19. Ebeveynlerin Kaygı Düzeylerinin Şant Süresine Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	35
Tablo 20. Ebeveynlerin Umutsuzluk Düzeylerinin Yaşa Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	35
Tablo 21. Ebeveynlerin Umutsuzluk Düzeylerinin Çocuk Sayısı Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 22. Ebeveynlerin Umutsuzluk Düzeylerinin Öğrenim Durumuna Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	37
Tablo 23. Ebeveynlerin Umutsuzluk Düzeylerinin Algılanan Ekonomik Duruma Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	38
Tablo 24. Ebeveynlerin Umutsuzluk Düzeylerinin Ek Hastalık Durumuna Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	39
Tablo 25. Ebeveynlerin Umutsuzluk Düzeylerinin Evde Başka Bakım Verilen Kişi Durumuna Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	39
Tablo 26. Ebeveynlerin Umutsuzluk Düzeylerinin Sosyal Güvenceye Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 27. Ebeveynlerin Umutsuzluk Düzeylerinin Yakınlık Derecesine Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 28. Ebeveynlerin Umutsuzluk Düzeylerinin Yaşanılan Yere Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	42

Tablo 29. Ebeveynlerin Umutsuzluk Düzeylerinin Şant Süresine Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 30. Ebeveynlerin Başa Çıkma Stratejisinin Yaşa Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	43
Tablo 31. Ebeveynlerin Başa Çıkma Stratejisinin Öğrenim Durumuna Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	44
Tablo 32. Ebeveynlerin Başa Çıkma Stratejisinin Algılanan Ekonomik Duruma Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 33. Ebeveynlerin Başa Çıkma Stratejisinin Ek Hastalık Durumuna Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	46
Tablo 34. Ebeveynlerin Başa Çıkma Stratejisinin Evde Başka Bakım Verilen Kişi Durumuna Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	46
Tablo 35. Ebeveynlerin Başa Çıkma Stratejisinin Sosyal Güvenceye Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	47
Tablo 36. Ebeveynlerin Başa Çıkma Stratejisinin Yakınlık Derecesine Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	48
Tablo 37. Ebeveynlerin Başa Çıkma Stratejisinin Yaşanılan Yere Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	48
Tablo 38. Ebeveynlerin Başa Çıkma Stratejisinin Çocukla İlgilenen Başka Bir Kişinin Varlığı Durumuna Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	49
Tablo 39. Ebeveynlerin Başa Çıkma Stratejisinin Şant Süresine Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	50
Tablo 40. Ebeveynlerin Kaygı Envanteri, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Başa Çıkma Stratejileri Ölçekleri Arasındaki İlişki	51

1.ÖZET

Kalıcı Şantı Olan Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Kaygı ve Umut Düzeyi İle Başa Çıkma Stratejileri

Öğrencinin Adı: Gamze Bayır

Danışmanı: Prof. Dr. Şule Ecevit Alpar

Anabilim Dalı: Hemşirelik Anabilim Dalı

Amaç: Araştırma, çocuğunda kalıcı şant olan ebeveynlerin kaygı ve umut düzeylerinin belirlenmesi ve bu kaygı ile başa çıkma stratejilerinin değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, Haziran- Eylül 2015 tarihleri arasında İstanbul ilinde bir kamu hastanesinde araştırma kriterlerini sağlayan 70 birey ile gerçekleştirildi. Verilerin toplanmasında şanlı çocuğa bakım veren birey tanıtıcı özelliklerini içeren bilgi formu, şanlı çocuğa ait tanıtıcı bilgi formu, Sürekli-Durumluk Kaygı Envanteri, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Başa Çıkma Stratejisi Ölçeği kullanıldı. Veriler Mann-Whitney U Testi ve Kruskal- Wallis Varyans Analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: Şanlı çocukların %62,9' unun (n=44)'u 0-12 yaş aralığında olduğu tespit edildi. Çocukların çoğunluğunun (%81,4) hidrosefali nedeniyle şant ameliyatı olduğu, %35,7 (n=25)'inin sadece 1 kez şantının değiştiği, şant değişim nedeninin de çoğunlukla (%52,9) şantın tıkanması olduğu belirlendi. Ebeveynlerin yaş ortalamasının 30.77 ± 5.80 , %54,3 (n=38) ortaöğretim mezunu olduğu, %77,1 (n=54)' inin ekonomik durumunun orta olduğu belirlendi. Ebeveynlerin Sürekli-Durumluk Kaygı Envanteri toplam puanının 44.87 ± 4.97 , Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanının 10.08 ± 2.71 ve Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği toplam puanının $56,2 \pm 6.18$ olduğu belirlendi.

Sonuçlar: Ebeveynlerin kaygı düzeyi yükseldikçe umutsuzluk düzeyinin de artış gösterdiği, kaygı ve umutsuzluk düzeyi arttıkça başa çıkma düzeyinin azaldığı sonucuna varıldı.

Anahtar Sözcükler: Şant, Umutsuzluk, Stresle Başa Çıkma, Hemşirelik, Ebeveyn

2. ABSTRACT

Coping Strategies For Anxiety And Hope Level Of Parents Whom Have A Child With A Ventriculoperitoneal Shunt

Name of student: Gamze Bayır

Supervisor: Prof. Dr. Şule Ecevit Alpar

Department: Nursing

Aim: The research was made for determining anxiety and hope levels of parents whom have children with permanent shunt and to evaluate coping strategies for this concern.

Materials and Method: The research was performed with 70 individuals whom meet the criteria, between June – September 2015 in a public hospital in İstanbul. While obtaining the data; information forms for either the shunted child and the caregiver, Continuous-State Anxiety Inventory, Beck Hopelessness Scale, Coping Strategy Scale were used. For evaluating the data; Mann-Whitney U test and Kruskal-Wallis Variant Analysis were used. To perform the research; written consent was taken from scientific ethical committee, institution where research was performed and individuals taking part in the research voluntarily.

Findings: When we look at the age of shunted children; %62,9 (n=44) were 0-12 months. Most of the children had shunt operation for hydrocephalus (%81,4); %35.7 (n=25) had only 1 and the most common cause for shunt replacement was shunt occlusion (%52.9). Parents had average age of 30.77 ± 5.80 , educational background of secondary education %54.3 (n=38) and financial status of average %77.1 (n=54). Parents had Trait-State Anxiety Scale score of 44.87 ± 4.97 , Beck Hopeless Scale score of 10.08 ± 2.71 and Coping Strategy Scale score of 56.2 ± 6.18 .

Conclusion: It was found that parental anxiety level has a positive correlation with being in a hopelessness level also it was stated that when the anxiety and being in a hopelessness level a raise coping level decreases.

Key words: Shunt, Hopelessness, Coping With Stress, Nursing, Parents

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Hidrosefali; beyin omurilik sıvısının (BOS) oluşumu ve boşaltımı arasındaki dengenin bozulmasıyla karakterize, fazla miktarda BOS' un ventriküllerde birikmesi veya vücuttaki döngüsünde bir tıkanıklığa bağlı ventriküllerde genişleme ve kafa içi basıncının artması ile seyreden bir klinik tablo olarak tanımlanmaktadır (Özgen ve Ziyal, 2009). Hidrosefali; Yunanca' dan "hydro" yani "su", "cephalus" yani "baş" kelimeleriyle türeyen Hipokrat ve Galen den beri var olan patolojik bir durumdur (Cartwright ve Wallace, 2006).

Hidrosefali çoğu hastada hayat boyu süren bir sorun olması, tedavisinde karşılaşılan zorluklar ve artan komplikasyon oranları ile önemli bir klinik durum oluşturmaktadır (Cartwright ve Wallace, 2006).

Hidrosefali sadece bir patolojik sorun olmayıp, beraberinde birçok patolojik durum ile birlikte görülmektedir. Bundan dolayı hidrosefali obstrüktif-non obstrüktif (tıkanıklıkla karakterize olan ya da olmayan), komünike-non komünike (sirküler- sirküler olmayan), doğumsal-edinilmiş, sendromik-non sendromik (genetik faktörlere bağlı olan- olmayan) , normal basınçlı hidrosefali gibi çeşitli sınıflara ayrılır. Temel olarak genelde vakaların obstrüktif tipte olduğu saptanmıştır (Korfalı ve ark., 2010).

Hidrosefalinin çeşidi fazladır fakat tedavi yöntemleri aynıdır. Hidrosefalinin öncelik tedavi seçeneği olarak ventriküler ponksiyon yapılmaktadır. Geçmişte kullanılan tedavi seçeneklerinde vücuttaki sıvı hacmini azaltmak amacıyla kan alma, kafa içi basıncı azaltmak amaçlı bağırsak boşaltımı, serebro spinal sıvının cerrahi yöntemle boşaltılması, başın büyümesini önlemek amacıyla başı bağlamak, başı bitki ya da soğuk bir şey ile sarmak, lomber ponksiyon ve diüretik kullanımı da görülmektedir. 1800' lerin sonlarında cerrahi girişimler yapılmıştır. İlk şant subdural aralıkta ventriküle yerleştirilip boşaltım sağlanmıştır (Naderi ve Yüceer, 2005).

Hidrosefali tedavi yönteminde kullanılan şant tipleri fazla üretilen ya da emilimdeki bozulma nedeniyle biriken BOS' u serebral ventriküllerden peritoneal kaviteye ve sağ atriyuma aktarımını sağlayan sistemlerdir (Çelik ve Alhan, 2009).

Ventriküloperitoneal şant yöntemi günümüzde hidrosefalinin cerrahi tedavisinde sıklıkla kullanılmaktadır. Şant yerleştirilmesi ve değişimi işlemi nöroşirurji ameliyatlarının yaklaşık yarısını oluşturmaktadır (Korfalı ve ark., 2010). Ventriküloatriyal ve ventriküloplevral şant ya da endoskopik üçüncü ventrikülostomi diğer tedavi yöntemlerindedir (Cemil ve ark., 2008).

Hidrosefali birçok sebeple oluşmasına rağmen günümüzdeki olanaklarla tedavisi sınırlı bir hastalıktır. En sık kullanılan tedavi yöntemi intraventriküler şant cerrahisidir. Fakat şant cerrahisi de hidrosefali için geçici bir çözümdür çünkü hidrosefali ömür boyu devam eden bir durumdur (Korfalı ve ark., 2010). Şantın vücuda yerleşiminden itibaren ilk yılda %30-40 oranında komplikasyonlar oluşabilmekte ve her yıl %5-10 oranında artmaktadır. Bunlardan en önemlileri şant enfeksiyonu ve şant tıkanmasıdır (Baran, 2005).

Hidrosefalinin kronik bir hastalık oluşu ailelerin bu hastalıkla ilgili bir belirsizlik duygu durumu yaşamalarına neden olmaktadır. Özellikle ebeveynler çocuğun bakım ihtiyacını karşılayamama, sürecin uzun sürmesi ve karmaşık prosedürler yüzünden kaygı yaşayabilmektedir (Erbaş, 2012).

Kronik bir durum olan hidrosefali hasta bireyin yakınlarını birçok yönden etkilemektedir. Şant uygulaması sonrası hasta birey ve ailesi bazı zorluklarla karşı karşıya kalmaktadır. Hastalıkla baş etme sürecinde ilk belirlenen sıkıntılardan aile bireylerinin hastalığın seyri hakkındaki bilgi eksikliği ve buna bağlı hasta bireyin bakımında zorlanmaları; postoperatif bakımında operasyon bölgesine ilişkin problemlerle karşılaşmak, bireyin beslenmesi, boşaltımı ve özbakımında zorlanma, şanta bağlı gelişebilecek komplikasyonlar sebebiyle komplikasyon belirti ve bulgularını saptayamama, şant revizyonu ve hastanede yatış süresinin uzaması şeklindedir (Powers ve ark., 2006). Özellikle okul çağındaki çocuklarda karşılaşılan problemler değişiklik göstermektedir. Çocuklarda okula adapte olmakta ve arkadaş edinmekte zorlanma, hidrosefaliye eşlik eden ek hastalıklar nedeniyle bilişsel ve motor becerilerde gerileme, özel eğitim ihtiyacı, çocukta ve ebeveynlerinde sosyal çevreye uyum sağlayamama ve ebeveynlerin kronik bir hastalığının olması sebebiyle psikolojik sorunlar yaşamaları karşılaşılabilecek diğer problemlerdir (Keskin ve ark., 2010).

Coffey'in aktardığına göre "Clements ve arkadaşlarının çalışmalarında (1990)" ailelerin %71'i bu zamanın duygusal olarak stresli olduğunu belirtmişlerdir (Coffey, 2006). Bu stres çoğunlukla çocuğun kendi kendine bakımı ve çocuğun okul dönemiyle alakalıdır. Hidrosefalinin kronik hastalık olması sonucu çocuk büyüdükçe ebeveynlerin kaygıları da artış göstermektedir. Hidrosefali beraberindeki anomaliler nedeniyle; çocuklarda öğrenme ve dil gelişiminde gerileme, görme ve duyma problemleri, okuduğunu anlamada zorlanma, zihinsel becerilerde azalma, hafıza zayıflığı ve konuşmaya yönelik problemler, ince motor becerilerde bozulma ve hiperaktivite gibi problemler görülebilmektedir (Aring ve Anderson, 2006). Bu çocuklar öğrenme güçlükleri nedeniyle okul yaşamında endişeli olabilmekte, okul arkadaşları tarafından dışlanabilmekte, yaşlılarından geri kaldıkları için hırçın veya içine kapanık halde olabilmektedirler. Bunların dışında ebeveynler de çocukların bakımını yarımsız yapamayacağından okula göndermekte endişe duymaktadır (Bakar ve ark., 2007).

Hidrosefali, ebeveynler için bilinmezliklerin fazlasıyla karşılaşıldığı bir hastalıktır. Hastalığın komplikasyonlarının ne zaman görüleceği ve uygulanacak tıbbi müdahale ihtiyacı, çocuğun gelecekte yaşayacağı hayat ebeveynler için belirsizlik anlamına gelmektedir. Bu belirsizlik hissi ebeveynlerin anksiyetelerini arttırmakla birlikte çocuklarda sık görülen yeti yitimi ebeveynlerde mutsuzluk ve çaresizlik duygularını açığa çıkarmaktadır (Keskin ve ark., 2010).

Hastalığın kronik olması nedeniyle ebeveynlerin yaşamlarını, duygularını ve davranışlarını olumsuz yönde etkileyen bir hal alabilmektedir (Doğru ve Arslan, 2008). Ebeveynlerin, yaşadıkları bu olumsuzluklarla başa çıkabilmeleri, hastalık durumunu kabullenmeleri ve bu durumla hayatlarına devam edebilmeleri aile içindeki sosyal paylaşımları sürdürmeleri ile mümkündür. Bu doğrultuda ebeveynlere verilecek sosyal destek olumsuzluklarla baş etmede önemli rol oynamaktadır (Dönmez ve ark., 2000).

Ebeveynlerin yaşadığı kaygı ve anksiyetenin şiddeti, anne-babaların kullandığı baş etme şekillerine göre değişiklik göstermektedir. Folkman ve Lazarus' un kuramına göre, akut ve kronik hastalık gibi travmatik durumlarda, bireyin benliğiyle ilgili algısında stres yönetiminde değişkenlik yaşanmakta ve kişinin bu duruma adaptasyonu ve baş etmesi zorlaşmaktadır (Folkman ve Lazarus, 1985).

Bu araştırma; ocuğında kalıcı şantı olan ebeveynlerin kaygı ve umut düzeylerini belirlemek ve bu durumla başa çıkma stratejilerini değerlendirerek ailelere yönelik destek çalışmalarına katkıda bulunmak amacıyla planlandı.



4.GENEL BİLGİLER

4.1. Hidrosefali

4.1.1. Hidrosefalinin tanımı

Hidrosefali; beyin omirilik sıvısının beynin bazı odacıklarında miktarının artması kafa içi basıncın yükselmesine ve beynin zarar görmesine neden olabilecek bir hastalıktır (Mutluer, 2015).

Hidrosefali tek bir patolojik durum veya iyi tanımlanmış bir hastalık sürecinden çok, ortak özelliği BOS üretim ve emilimindeki dengesizlik sonucu ventriküllerin genişlemesine bağlı olarak kafa içi basıncın (KİB) artması ile belirti veren bir tablodur (Bilginer ve Çataltepe, 2010).

4.1.2. Hidrosefali etiyolojisi

Kliniklerde rutin olarak kullanılan Naidic tarafından öngörülen hidrosefaliyi Komünike Hidrosefali (Non-Obstrüktif Tip) ve Non-komünike Hidrosefali (Obstrüktif Tip) olarak ikiye ayırmıştır (Naidic, 1986).

Komünike hidrosefali; intrakranyal ve spinal BOS dolanım yollarında bir obstrüksiyon olmamasına rağmen BOS' un fazla salgınımı (koroid pleksus papillomu) ya da kortikal subaraknoid aralık, arakanoid villi düzeyindeki bir patolojik durum nedeniyle oluşan emilim bozukluğu kaynaklıdır. Bu durumda radyolojik görüntülemelerde tüm ventriküllerde genişleme varlığından söz edilir ve intrakranyal BOS basıncının direkt etkisiyle spinal subaraknoid mesafede de basınç yüksekliği mevcuttur. Menenjit, subaraknoid kanama (travmatik, cerrahi veya spontan) ve araknoidit en sık karşılaşılan sebeplerdendir. Konjenital olarak da leptomeningeal enflamasyon ve araknoid villusların yetersizliği bu duruma neden olabilmektedir (Yakar, 2007).

Non-komünike hidrosefalide ise; BOS dolanım yollarında bir tıkanma nedeniyle ventriküller arasında ya da intrakranyal ve spinal subaraknoid mesafe arasında bağlantı kesilmiştir. Aqueduct stenozu, foramen monro atrezisi, Chiari ve Dandy-Walker Malformasyonu, benign intrakranyal kistler ve kafa tabanı anomalileri konjenital olan patolojik durumlar arasında yer alır. Edinilmiş grupta; perinatal intraventriküler

kanama, travma/ subaraknoid kanama (SAK), tümör ve geçirilmiş enfeksiyonlar sayılabilir (Üçler, 2013).

Normal basınçlı hidrosefali; genişmiş serebral ventriküllerin karakteristik olarak gözleendiği ve BOS basıncının aralıklı olarak yükseldiği bir hidrosefali çeşididir. Normal basınçlı hidrosefali' nin teşhisi ise sadece 24 saat veya daha uzun zaman aralıkları takip eden ölçümlerle belirlenebilir. Zaman aralığı kısa tutulduğu takdirde yapılan ölçümler normal basınç değerlerini üretmemesinden dolayı bahsedilen zaman aralıkları kullanılmaktadır. Ventrikül duvarlarının elastisitesi, BOS' un artan viskozitesi gibi durumlar normal basınçlı hidrosefali' nin patogenezinde rol oynayabilir (Erbaş, 2012).

4.1.3. Hidrosefalinin insidansı

Hidrosefali, görülme sıklığı 1000 canlı doğumda 1-1,5 arasındadır (Bilginer ve Çataltepe, 2010). Hastalarda hayat boyu süren bir sorun olması, tedavide karşılaşılan sorunlar ve yüksek komplikasyon oranlarıyla önemli ölçüde klinik güçlük oluşturmaktadır. Bununla birlikte hidrosefali çoğu konjenital nörolojik hastalıklara eşlik eder ve edinilmiş birçok intrakraniyal patolojiler sonucu da gelişebilir (Erbaş, 2012).

4.1.4. Hidrosefalinin Klinik Bulgu ve Belirtileri

Prematürelerde; apne, bradikardi, hızlı baş büyümesi, gergin fontanel, kranial suturların ayrık olması, kusma, gözlerde batan güneş manzarası şeklinde kendini gösterebilir. Yenidoğan ve bebeklerde makrosefali, hızlı baş büyümesi, tiz sesli ağlama, gergin fontanel, fişkirir tarzda kusma, parinaud belirtisi, uyku halinde artış, iştah azalması ve gözlerde batan güneş manzarası ile belirti verebilir. Çocuklarda tariflenen baş ağrısı, bulantı-kusma, huzursuzluk, aşırı uyku hali, papil ödemi, gelişimde gecikme, parinaud sendromu (gözün yukarı hareketinin felce uğraması) belirtiler arasındadır. Erişkinlerde ise; baş ağrısı, bulantı-kusma, aşırı uyku hali, papil ödemi, nistagmus (çift görme), yürüme bozukluğu, inkontinans (idrar kaçırma), parinaud belirtisi, demans en sık görülen bulgulardır (Erbaş, 2012; Erdoğan, 2010).

Öykü, fizik ve nörolojik muayene bulguları yanında radyolojik muayene tanı koymakta gereklidir. Radyolojik tanıda Ultrasonografi (US), Bilgisayarlı Beyin Tomografisi (BBT) ve Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) sıklıkla kullanılır (Üçler, 2013).

4.1.5. Hidrosefalinin Tedavisi

Hidrocefali İ.Ö. 5.yüzyıldan beri bilinmekte olup ilk kez Hipokrat tarafından tarif edilmiştir (Boran, 2005). Hidrosefalinin tedavisi ile ilgili girişimler özellikle 19. yüzyılın ikinci yarısında hız kazanmıştır. İlk ventriküloperitoneal şant (VP) 1908 yılında Kausch tarafından uygulandıktan sonraki gün hasta yaşamını yitirmiştir (Karataş ve ark., 2013).

Hidrocefalinin tedavisi cerrahidir. Hidrosefalinin ventriküloperitoneal şant ile tedavisi yüksek revizyon oranına rağmen sık kullanılan bir cerrahi uygulamadır. Yapılan sık revizyonlara rağmen hidrocefali tedavisinde kullanılan ventriküloperitoneal şantın etkinliği yüksektir (Eroğlu ve ark., 2016).

4.2. Şant Cerrahisi

Şant; ingilizcede hat değiştirmek ya da yol değiştirmek manasında kullanılan bir kelimedir. Tıp terminolojisinde ise; herhangi bir vücut sıvısının (Kan, beyin-omurilik sıvısı vb.) dolaşım yolunu değiştirmek amacıyla tercih edilen cihazlara verilen genel isimdir. Bazı tıbbi branşların yanı sıra nöroşirürjide şant cerrahisi sık kullanılmaktadır. Şantlar, uzun yıllar boyunca hidrocefali tedavisinde kullanılmış olan ve halen kullanılmakta olan mekanik cihazlardır. İlk olarak 20. yüzyılda kullanımına başlanan şantlar önce ventrikülosisternal, ardından ventriküloatrial, ventriküloplevral ve ventriküloperitoneal olmak üzere pek çok çeşitte üretilmiş ve kullanılmıştır. Günümüzde en çok VP şant tercih edilmektedir (İzci, 2013).

4.2.1. Ventriküloperitoneal Şant ve Tanımı

Ventriküler sistemden BOS' un periton boşluğuna boşaltılmasını sağlayan bir sistemdir. Tek yönlü istenilen basınç seviyesinde tutacak şekilde genelde silikondan üretilen bir ucu ventrikülde olup cilt altı ileletilip periton boşluğuna BOS' un aktarılmasını sağlar. Hidrocefali tedavisinde en sık kullanılan VP şant sistemidir.

Basınç ayarlı valfler, akım ayarlı valfler, dışarıdan basınç ayarlayabilen magnetik valfler ve yer çekimine etkili valfler kullanılmaktadır (Hiçdönmez, 2015). 60-90 cm uzunluğunda bir katater peritona yerleştirilir, böylece dolaşım sağlanır. Günlük BOS üretim hızı 20 ml/h 'dir (Üçler, 2013; Drake, 2002).

4.2.2. VP Şant Komplasyonları

Hidrocefalinin tipi, bireyin yaşına göre VP, VA, Ventriküloplevral, lumboperitoneal işlem seçilir. VP şant her hidrocefali vakası için en sık kullanılan yöntemdir. VP şant kontrendikasyonu diğerlerine göre daha az ve komplikasyonlarının düzeltilmesi daha kolaydır. Buna rağmen yabancı cisim olan şantlarda postoperatif dönemde enfeksiyonlara sık rastlanır. İlk aylarda stafilococcus aureus ve stafilococcus epidermidis %20 ve %40 oranında görülebilir. İlk yılda %30-40 oranında şant disfonksiyonu görülür. Komplasyonlardan diğeri fazla boşalima bağıli ortaya çıkan subdural hematoma, pnömosefali, kranyosinostoz, slit ventrikül sendromudur (Üçler, 2013).

4.2.3. Ventriküloperitoneal Şanta Diğeri Alternatif Yollar

Endoskopik Üçüncü Ventrikülostomi (ETV) hidrocefali tedavisinde son yıllarda oldukça yaygın olarak uygulanan cerrahi bir yöntemdir. ETV' de amaç ventriküler sistem ve bazal sisternalar arasında BOS' un rutin ve serbest akımını sağlamaktır. Bu akım, üçüncü ventrikül tabanında mamiller cisimler ve infundibuler reses arasında yer alan tuber sinereumun açılması ile sağlanır. Üçüncü ventrikül tabanında oluşturulan bu açıklık sayesinde yan ventriküller ve üçüncü ventrikül içindeki BOS preprontin sisternaya doğru yönelir. ETV hidrocefali tedavisinde şanta göre daha doğal bir çözüm yoludur. Vücuda yabancı bir cismin yerleştirilmemesi ve şanta bağıli komplikasyonları ortadan kaldırması nedeniyle günümüz hidrocefali tedavisinde ilk seçenek haline gelmiştir. Bunların yanında ETV operasyonunun yapılabirliğı kişisel anatomiye bağıli değışir (Şengül ve ark., 2012).

4.3. Şanlı Çocukta Hemşirelik Bakımı

Şant cerrahisinde sıklıkla yerleştirilen şantın revizyonu nedeniyle ameliyat yapılmaktadır. Ameliyat sonrası takip ve çocuğun evde bakımı çok önemlidir. İzlem gerektiren durumlara yönelik planlanabilecek girişimler şöyledir:

- Kafa içi basınç artış bulguları sık aralıklarla takip edilmeli, bu belirti ve bulgular hakkında ebeveynler bilgilendirilmeli,
- Baş çevresi ölçümü hergün aynı yerden ölçümü yapılmalı,

- Kafa çevresi büyük bebekler başını kontrol edemeyeceğinden hep aynı pozisyonda yatmamalarına dikkat edilmeli,
- Şant tıkanıklığında görülen belirtiler ebeveynlere açıklanmalı,
- Aktif çocuklarda aileler kafa ve abdominal bölgeye gelebilecek darbeler konusunda uyarılmalı,
- Şanlı çocukların yaşlılarından farksız normal bir hayat yaşayabileceği ailelere anlatılmalı,
- Çocuklar konstipasyon yönünden gözlenmeli,
- Uygun beslenme programı sağlanmalı,
- Yüksek ateş, fişırır tarzda kusma, uyku hali, beslenme güçlüğü gibi enfeksiyon belirtileri hakkında ebeveynler bilgilendirilmeli,
- Şant rezervuarı sızıntı yönünden kontrol edilmeli, eğer geçici eksternal drenaj varsa drenaj seviyesi çocuğun pozisyonuna göre ayarlanmalı, saatte gelen miktarı değerlendirilmeli ve enfeksiyon açısından izlenmeli,
- Enfeksiyon riskine karşı önlemler alınmalı,
- Doktorun uygun gördüğü kontrol muayenesine gelmenin önemi hakkında bilgilendirilmeli,
- Taburculuk sonrası evde bakım ve danışmanlık hizmetleri yürütülmelidir (Palaz, 2009).

4.4. Kaygı

4.4.1. Kaygının tanımı

Kaygı, tehlikeli durumla başa çıkabilmek için ortaya çıkan insani bir duygu durumudur (Cüceloğlu, 2005). Freud'a göre kaygı, dış dünyadan algılanan olaylar sonucunda içgüdüsel olarak savunma mekanizmasıyla kişinin hissettiği suçluluk, utanma, vicdan azabı gibi duygular şeklinde ortaya çıkmıştır (Gedik, 2015). Bireylerin beklentileri ve yaşadıkları olayları algılama şekilleri kaygının nedenler olarak görülmüştür (Beck ve ark., 2011).

Bireyleri bilinmezlik konusunda çok basit bir bilgilendirmenin korkuyu dolayısıyla kaygıyı azaltmada yardımcı olabileceği belirtilmiştir (Karayağız ve ark., 2011).

1950' li yıllarda Spielberger kaygıyı ikiye ayırmıştır. Durumluk kaygı; iç ve dış etkenlerden oluşan tehdit içeren durumlara karşı oluşan kaygıdır. Tehdit içeren durum ortadan kalkınca bireyde kaygıya ilişkin belirtiler (huzursuzluk, karamsarlık, terleme,

kızarma, titreme vs.) de kaybolmaktadır. Sürekli kaygı; içten kaynaklanan, kişinin öz değerlerini tehdit edici olarak algılaması, doğrudan dış etken olmadan normal olan durumu bile tehlikeli algılayıp stresli yorumlamasına neden olan kaygı türüdür (Spielberger, 1966).

Durumluk kaygı, kişinin etkeni gerçekmiş gibi algılayıp o anda yaşadığı duygu durumu, tepkisi de denilebilir.

Sürekli kaygı, kişinin dış etkenlerden çok kendi iç etkenlerinin varlığıyla karamsarlığa kapıldığı, kolay incindiği hoşnutsuzluk duygusudur (Coşkun ve Akkaş, 2009).

Kaygı; belli bir seviyeye kadar bireye olumlu etki yaratacak psikolojik tepkilerdendir. Kaygı en temel insanı duygulardan olup, kişinin davranışları ve sosyal hayatı üzerinde etkisi büyüktür. Kaygı çocuktan ebeveyne geçebilir (Gürsoy, 2001).

4.4.2. Kaygı ve hemşirelik bakımı

Hemşirelik bakımında hemşireler bireyi gözlemlemeli, doğru bilgiler elde etmeli, bunları yorumlayarak hastaya uygun tanıyı koymalı, tanıta uygun girişimleri planlamalı ve etkili biçimde uygulamalıdır(Yavuz, 2004).

Bireylerin algılama ve tepki verme şekilleri farklı, bireye özgü olduğundan hemşirelik bakımı da bireye yönelik olarak planlanmalı ve bütüncül yaklaşılmalıdır (Gedik, 2015).

- Kaygı düzeyi belirlenmeli,
- Kaygısının nedenlerini tanınmasına fırsat verilmeli,
- Basit, anlaşılır ve kısa cümleler kurularak iletişim sağlanmalı,
- Kaygıyı azaltmak amacıyla bütün girişimler birlikte planlanmalı,
- Çevredeki fazla uyaranlar uzaklaştırılmalı,
- Yapılacak bütün işlemler açıklanmalı,
- Güvende olduğu hissettirilmeli,
- Kişinin güçlü yönlerini ve yeteneklerini kullanması için desteklenmeli,
- Kişide kaygı belirtilerini gösteren geçmiş deneyimleri ifade etmesine fırsat verilmeli,
- Kişi dikkate alınarak soru sormasına fırsat verilmeli,
- Kişinin dikkatini başka yöne çekme teknikleri uygulanmalı,

-Kaygı düzeyi belirlenmeli, gerekli olursa doktor istemiyle kaygıyı azaltıcı ilaçlar uygulanmalıdır (Erdemir, 2005).

4.5. Umutsuzluk

4.5.1. Umutsuzluk tanımı

Umutsuzluk; geleceğe dair beklentilerle yaşanan bir duygu durumu olarak tanımlanır. Bu duygu durumu; acı, başarısızlık gibi düşünceleri içermektedir. Umutsuzluk geleceğe yönelik motivasyon kaybına neden olabilmektedir (Beck, 1990).

Umutsuzluğun ortaya çıkma sebebi umudun bitmiş olmasıdır. Umut, insanın varoluş duygularından olan bazı olumsuz durumlara karşı oluşan bir güçtür. Umudun zıttı olan umutsuzluk ise kişinin yaşamını olumsuzluğa çevirmesinin yanında ruh sağlığını bozan bir duygu durumudur (Özdaş ve Olgun, 2015; Seber, 1993). NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) tarafından hemşirelik tanısı olarak kabul edilen umutsuzluk, kendi yararı için enerji sarf edemediği, çözümler bulamadığı durum ve karamsarlık olarak da tanımlanır. Umutsuzluk sonucunda bireylerde depresyon ve intihar gibi ruhsal problemler de ortaya çıkabilmektedir. Umutsuzluk; geleceğe ilişkin negatif beklenti ve olumsuz bakış açısı olarak tanımlamak da mümkündür (Bırol, 2000).

Bireyin kendi sorunlarına çözüm bulamaması, geçmişte yaşadıklarına duyduğu pişmanlık ile gelecekte de aynı şeyleri beklemesidir (Tercanlı ve Demir, 2012).

4.5.1. Umutsuzluk ve hemşirelik bakımı

Umut düzeyini artırmak için girişimler;

- Bireyin kendi görüşlerine saygı duyulmalı, önemsendiği hissettirilmeli,
- İşlemler hakkında bilgi gereksinimi olup olmadığı belirlenmeli,
- Soru sormasına fırsat verilmeli,
- Hasta mahremiyetine özen gösterilmeli,
- Birey güçlerini tanımlaması için cesaretlendirilmeli,
- Kontrol edebileceği yaşam alanlarını tanımlamaya yönelik planlar yapılmalıdır (Erdemir, 2005).

4.6. Başa çıkma stratejileri

4.7. Tanım

Baş çıkma 19. yy. sonlarına doğru ortaya atılmış bir kavram olup, olumsuz olan duyguları yönetip yaşamı sürdürmek için verimliliğe dönüştürme durumudur. Bireyin psikolojik sağlığını korumak için kişilik özellikleri ve inançları doğrultusunda çözüme yönelik gücüdür (Aktürk, 2012).

Baş çıkma hoş gitmeyen duyguların üstesinden gelmek için bastırma, kaçınma, problem çözme gibi savunma mekanizmasının kullanılması olarak değerlendirilmektedir (Görgü, 2006).

Kişi tehlike olarak algıladığı durumu inanç ve kişisel özellikleri çerçevesinde yönetmeye çalışır. Sonucunda başarısız olursa beden ve ruh sağlığı tehlikeye gireceğinden problem odaklı çözümler; amaç belirleme zamanı iyi değerlendirme ve sorun üzerinde olumlu düşünebilme stratejileri başa çıkmada etkili sayılabilir. Kaçınma, sosyal destek arama, kendini kontrol edememe başa çıkmada pasif stratejidir (Herdmann, 2000; Önder, 2018).

4.7.1. Başa çıkma stratejileri ve hemşirelik bakımı

- Bireyin anksiyete, korku, duyuşsal algısal değişim gibi anlamayı engelleyici sorunları belirlenmeli,
- Bireyin anlayabileceği araç ve yolları kullanarak eğitim verilmeli,
- Bilgi gereksinim düzeyi belirlenmeli,
- Bireylere duygularını ifade etme fırsatı verilmeli,
- Durumun farkında olması için gerçekçi bir bakış açısı sağlanmalı,
- Sağlık ekibi ve ailesi ile birlikte destek olunmalı,
- Ailenin zaman zaman içine kapanma isteğine saygı duyulmalı,
- Mümkünse vaka yöneten psikiyatri hemşirelerinden danışmanlık alınmalıdır (Erdemir, 2005).

5.GEREÇ YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, kalıcı şantı olan çocuğa sahip ebeveynlerin kaygı ve umut düzeylerinin belirlenmesi ve bu durumla başa çıkma stratejilerinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir çalışma olarak planlandı.

5.2. Araştırma Yeri ve Zamanı

Araştırma, İstanbul ilinde Anadolu yakasındaki bir hastanenin Nöroşirurji Kliniği'nde Haziran-Eylül 2015 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul'da bir eğitim ve araştırma hastanesinin Nöroşirurji Kliniği'nde hidrosefali nedeniyle şant takılmış hastaların ebeveynleri; örneklemi ise bu evren içinden araştırma kriterlerine uygun olup, araştırmaya katılmayı kabul edenler oluşturdu.

Evreni temsil edecek örneklem sayısı; bir yıl önce aynı tarihlerde aynı Nöroşirurji Kliniği'nde kalıcı şantı olan çocuğu olan ebeveynlerin sayısının 83 olduğu göz önüne alındığında %95 güven aralığı, %5 örnekleme hatası ve $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde 70 ebeveyn olarak hesaplandı.

5.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

Şant takılmış 0-18 yaş arası çocuğa sahip olma,
Sözel iletişim kurabilme,
Araştırmaya katılmaya gönüllü olması.

5.3.2. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

Araştırma sırasında araştırmaya katılmaktan vazgeçme.

5.4. Araştırma Soruları

S1: Kalıcı şant takılmış çocuğu olan ebeveynlerin kaygı düzeyleri nasıldır?

S2: Kalıcı şant takılmış çocuğu olan ebeveynlerin umut düzeyleri nasıldır?

S3: Kalıcı şantlı olan çocuğun ebeveynlerinin kaygı düzeyleri, umut düzeyleri ve başa çıkma stratejileri arasındaki ilişki nasıldır?

5.5. Araştırma Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Kaygı ve umutsuzluk düzeyi ve Başa Çıkma Stratejileri

Bağımsız Değişkenleri: Sosyo-demografik özellikler

5.6. Veri Toplama Araçları

5.6.1. Şantlı Çocuğa Bakım Veren Bireye Yönelik Veri Toplam Formu (Ek 1)

Araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulmuş 12 soruluk bir formdur. Sorular kalıcı şant uygulanan çocuklara sahip ebeveynlerin yaşayabileceği psikolojik, sosyoekonomik ve fiziksel güçlükleri etkilediği düşünülen hasta yakınının yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, mesleği, çocuk sayısı, aylık geliri ve sosyal güvencesine ilişkin sosyodemografik bilgileri edinmeye yöneliktir.

5.6.2. Şantlı Çocuğa Yönelik Veri Toplam Formu (Ek 2)

Araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilen bu form, şant uygulanan çocuğun yaşı, şant tipi, şant değişim sayısı, değiştirilme nedenleri, ek hastalığının varlığı ve şant komplikasyon bulgularının yer aldığı 8 sorudan oluşmaktadır.

5.6.3. Spielberger'in Sürekli-Durumluk Kaygı Envanteri (Ek 3)

Durumluk-süreklilik kaygı ölçeği (STAI) kısa ifadelerden oluşan bir öz değerlendirme anketidir. Spielberger tarafından geliştirilen bu ölçeğin Türkiye için geçerliliği ve güvenilirliği Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır. Öner ve Le Compte (1983) tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarıyla birlikte norm çalışmalarının da yapıldığı envanter; Durumluk Kaygı Ölçeği ve Sürekli Kaygı Ölçeği olmak üzere kaygının iki boyutunu ölçmektedir. Durumluk Kaygı Ölçeği, bireylerin belirli bir anda belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini, içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını betimleyen 20 madde, Sürekli Kaygı Ölçeği ise; bireyin genellikle kendisini nasıl hissetmesi gerektiğini betimleyen 20 madde olmak üzere ölçek toplamda 40 tane dördümlük likert tipi sorudan oluşur. Kuder- Richardson 20 formülünün genelleştirilmiş formu olan alpha korelasyonları ile saptanan güvenilirlik katsayıları çeşitli uygulamalarda; “Sürekli Kaygı Ölçeği” için 0,83 ile 0,87 arasında; “Durumluk Kaygı Ölçeği” için 0,94 ile 0,96 arasındadır. Bu veriler Türkçe ölçeklerin yüksek madde homojenliği ve iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir (Dereli, 2012; Kartopu, 2008). Ölçekte doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadeler vardır. Durumluk Kaygı Ölçeğinde 10 tane, Sürekli Kaygı ölçeğinde ise 7 tane tersine çevrilmiş ifade vardır. Olumlu duyguları betimleyen ters ifadeler puanlanırken bir puan değerinde olanlar dörde, dört puan değerinde olanlar ise bire dönüşür. Olumsuz duyguları betimleyen doğrudan ifadelerde dört puan değerindeki yanıtlar kaygının yüksekliğini gösterir. Tersine çevrilmiş ifadelerde ise dört puan değerindeki yanıtlar düşük, bir puan değerindeki yanıtlar yüksek kaygıyı gösterir. Her iki ölçekten elde edilebilecek toplam puan 20 ile 80 arasındadır. Büyük puan yüksek kaygı, küçük puan ise düşük kaygı göstergesidir. Çalışmalarda saptanan ortalama puan seviyesi ise 36 ile 41 arasında değişmektedir (Öner ve Le Compte, 1983).

5.6.4. Beck Umutsuzluk Ölçeği (Ek 4)

Beck, Lester ve Trexler tarafından geliştirilen ve kendini değerlendirme türünde olan ölçek 20 maddeden oluşmaktadır (Öner, 1997, Durak, 1994). Ölçek, “gelecek ile ilgili duygular”, “motivasyon kaybı” ve “gelecek ile ilgili beklentiler” olmak üzere üç faktörden oluşmakta ve bireyin geleceğe yönelik karamsarlık derecesi saptanmaya çalışılmaktadır. Maddelerin 11 tanesinde ‘evet’ seçeneği, 9 tanesinde ise ‘hayır’ seçeneği 1 puan alır. Ölçekten alınabilecek puan aralığı 0-20’dir. Alınan puanlar yüksek olduğunda bireydeki umutsuzluğun yüksek olduğu ifade etmektedir. 1., 6., 13., 15., 19., önermeler gelecek ile ilgili duyguları, 2., 3., 9., 11., 12., 16., 17., 20., önermeler motivasyon kaybını, 4., 7., 8., 14., 18., önermeler de gelecek ile ilgili beklentileri ifade etmektedir. Önermeler duygusal, motivasyonel ve bilişsel etmenlerden oluşmaktadır (Durak- Batıgün, 2008). Bu çalışmada ölçeğin cronbach’ s α katsayısının birinci faktör için 0.901, ikinci faktör için 0.844, üçüncü faktör için 0.803, ölçeğin geneli için ise 0.812 olarak saptanmıştır.

5.6.5. Başa Çıkma Stratejisi Ölçeği (Ek 5)

Amirkhan tarafından 1990 yılında geliştirilmiş, Aysan tarafından 1994 yılında Türkçeye uyarlama ve geçerlik, güvenirlik çalışması yapılmış bir kendini değerlendirme envanteridir. Problem Çözme, Sosyal Destek Arama ve Kaçınma olmak üzere 3 alt ölçekten oluşmaktadır. Alt ölçeklerde toplam 11’er madde bulunmakta ve alt ölçek toplam puanları 11 ile 33 arasındadır. Ölçekte 1-hiç, 2-biraz, 3-çok olmak üzere 3’lü Likert tipi bir değerlendirme vardır. Alt ölçek toplam puanlarının yüksek olması, tanımlanan niteliğin arttığına işaret etmektedir. Ölçeğin güvenirlik katsayısı 0.92, Sosyal Destek Arama alt ölçeği için 0.928, Problem Çözme alt boyutu için 0.894, Kaçınma alt boyutu için 0.839 olarak bulunmuştur.(Aysan, 1994). Bu çalışmada ölçeğin cronbach’ s α katsayısı problem çözme alt boyutu için 0.830 iken, sosyal destek

arama alt boyutu için 0.808, kaçınma alt boyutu için 0.874, ölçeğin geneli için ise 0.864 olduğu saptanmıştır.

5.7. Veri Toplama Yöntemi

Örnekleme kriterlerine uygun olan ebeveynler öncelikle araştırmanın amacı hakkında bilgilendirildi ve bilgilendirme sonrası yazılı onam alındı. Veriler araştırmacı tarafından her bir ebeveyn için ortalama 10 dakika süren, yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı.

5.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler tanımlayıcı istatistik yöntemler (sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma) ile değerlendirildi. İki sürekli değişken arasındaki ilişkiyi belirlemek için Spearman's korelasyon analizi kullanıldı. İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Kruskall Wallis H-Testi kullanıldı. Kruskall Wallis H testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı olarak Mann Whitney U testi kullanıldı. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, 0,05 anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

5.9. Araştırmanın Etik Yönü

- Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu'ndan etik uygunluk için izin alındı (Ek 8).
- Çalışmanın yapılacağı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İstanbul Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulu'ndan yazılı izin alındı (Ek 9).

- Araştırmanın yürütülmesinde aydınlatılmış onam, gizlilik ve gizliliğin korunması, özerklik, zarar vermeme/yarar sağlama ilkelerine uyuldu.
- Başa ıkma Stratejisi leği' ni uygulayabilmek için Prof. Dr. Ferda Aysan' dan elektronik ortamda izin alındı (Ek 11).
- Beck Umutsuzluk leği' ni uygulayabilmek için Prof. Dr. Ayşegül Durak Batıgün' den elektronik ortamda izin alındı (Ek 10).
- Ebeveynlere araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verildi (Ek 6).
- Araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerden yazılı onam alındı (Ek 7).

5.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Örneklem kriterlerine uyan vaka sayısının yetersiz olması, öz bildirim dayalı olması ve araştırmanın tek bir hastanede yapılması araştırmanın sınırlılıklarıdır.

6.BULGULAR

Çocuğunda kalıcı şant olan ebeveynlerin kaygı ve umut düzeylerinin belirlenmesi ve bu kaygı ile başa çıkma stratejilerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmada, elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar altında verildi;

6.1. Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Bulgular

6.2. Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeylerine İlişkin Bulgular

6.3. Umutsuzluk Düzeylerine İlişkin Bulgular

6.4. Başa Çıkma Stratejilerine İlişkin Bulgular

6.5. Tanımlayıcı Özelliklerin Kaygı ve Umutsuzluk Düzeylerinin Başa Çıkma Stratejileri ile İlişkisine Ait Bulgular

6.1. Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Bulgular

Tablo 1. Ebeveynlerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=70)

Sosyo-demografik Özellikler	n	%
Yaş		
25 Yaş Ve Altı	14	20,0
26-30 Yaş	22	31,4
31-35 Yaş	22	31,4
36 yaş ve üzeri	12	17,1
Medeni Durum		
Evli	69	98,6
Bekar	1	1,4
Eğitim Durumu		
Ortaöğretim	38	54,3
Lise	25	35,7
Üniversite	7	10,0
Meslek/İş		
Çalışmıyor	60	85,7
Öğretmen	1	1,4
Sağlık Çalışanı	2	2,9
Serbest Meslek	7	10,0
Sosyal Güvence		
Var	68	97,1
Yok	2	2,9
Algılanan Ekonomik Durum		
İyi	10	14,3
Orta	54	77,1
Kötü	6	8,6
Çocuk İçin Ek Harcama Tutarı(Aylık)		
500 TL Altı	43	61,4
500 TL ve Üstü	27	38,6
Yaşanılan Yer		
İstanbul	40	57,1
İl Dışı	30	42,9
Yakınlık Derecesi		
Annesi	63	90,0
Babası	7	10,0
Çocuk Sayısı		
1	29	41,4
2	32	45,7
3 ve üzeri	9	12,9
Evde Başka Bakım Verilen Kişi Durumu		
Evet	35	50,0
Hayır	35	50,0
Çocukla İlgilenen Başka Kişi Durumu		
Evet	35	50,0
Hayır	35	50,0

Tablo 1’de ebeveynlerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; %62,8’inin (n=44) 26-35 yaşları arasında, %98,6’sının (n=69) evli, %54,3’ünün (n=38) ortaöğretim mezunu olduğu belirlendi.

Ebeveynlerin tamamına yakınının (%97,1) sosyal güvencesinin olduğu, %77,1’inin (n=54) orta gelir düzeyine sahip olduğu, %61,4’ünün (n=43) çocuk için 500 TL (aylık) ek harcamada bulunduğu, %57,1’inin (n=40) İstanbul’da yaşadığı bulundu.

Çalışmaya katılan ebeveynlerin çoğunluğunu (%90,0) annelerin oluşturduğu, %45,7’sinin (n=32) iki çocuklu olduğu, yarısının (n=35) evde ayrıca bakımını üstlendiği kişilerin olduğu ve çocuğun bakımına katılan başka kişilerin de olduğu saptandı.

Tablo 2. Şanlı Çocuğa Ait Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (N=70)

Özellikler	n	%
Çocuğun Yaşı		
0-12 Ay	44	62,9
12-24 Ay	13	18,6
24 Ay Ve üzeri	13	18,6
Ameliyat Nedeni		
Hidrosefali	57	81,4
Beyin Tümörü	8	11,4
Dandy Walker	5	7,1
Şant Süresi		
0-12 Ay	59	84,3
12 Ay üzeri	11	15,7
Şant Tipi		
Ventrikulo-atrilyal	1	1,4
Ventrikuloperitoneal	69	98,6
Kaç Kez Şant Değiştiği		
Değişiklik Yok	5	7,1
1	25	35,7
2	22	31,4
3 Ve üzeri	18	25,7
Şant Değişme Nedeni		
Değişiklik Yok	5	7,1
Enfeksiyon	21	30,0
Sant Tıkanıklığı	37	52,9
Şantboyununkısa kalması	5	7,1
Pompa fazlala boşalttığı için	2	2,9
Şant Değişmeden Önceki Belirtiler		
Değişiklik Yok	5	7,1
Bulantı-kusma	36	51,4
Belirti Yok	11	15,7
Huzursuzluk	6	8,6
Halsizlik-uyku Hali	12	17,1
Ek Hastalık Durumu		
Evet	14	20,0
Hayır	56	80,0

Tablo 2 incelendiğinde şanlı çocukların 62,9'u (n=44) 0-12 aylık, %81,4'ü (n=57) hidrosefaliden dolayı ameliyat olmuş, %84,3'ünün (n=59) 0-12 aydır şantının olduğu, %98,6'sı (n=69) ventrikulo-peritoneal şanlı, %35,7'sinin (n=25) şantının 1 kere revize edildiği, %52,9'unun (n=37) şant değişme nedeninin şant tıkanıklığı, %51,4'ünün (n=36) şant değişmeden önceki belirtisi bulantı-kusma, %80,0'inin (n=56) ek hastalığı olmadığı belirlendi.

6.2. Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeylerine İlişkin Bulgular

Tablo 3. Ebeveynlerin Sürekli-Durumluk Kaygı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları (N=70)

Alt Boyutlar	Ort	Ss	Min.	Max.
Durumluk Kaygı	39,357	4,277	33,000	55,000
Sürekli Kaygı	44,586	4,956	35,000	58,000

Tablo 3'te ebeveynlerin kaygı puan ortalamaları incelendiğinde; durumluk kaygı ortalaması (39,357±4,277); sürekli kaygı ortalaması (44,586±4,956) olarak saptandı.

6.3. Umutsuzluk Düzeylerine İlişkin Bulgular

Tablo 4. Ebeveynlerin Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları (N=70)

Alt Boyutlar	Ort	Ss	Min.	Max.
Duygusal	4,100	0,903	1,000	5,000
Motivasyonel	2,586	1,790	1,000	7,000
Bilişsel	2,057	1,658	0,000	5,000
Umutsuzluk Toplam	10,086	2,717	6,000	16,000

Tablo 4'te ebeveynlerin BUÖ' den aldığı ortalama puanlar incelendiğinde; en yüksek puanı duygusal alt boyutundan (4,100±0,903), en düşük puanı bilişsel alt boyutundan (2,057±1,658) aldıkları görüldü. Ebeveynlerin ölçekten en düşük 6, en yüksek 16, ortalama 10,086 puan aldıkları görüldü.

6.4. Başa Çıkma Stratejilerine İlişkin Bulgular

Tablo 5. Ebeveynlerin Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları (N=70)

Alt Boyutlar	Ort	Ss	Min.	Max.
Problem Çözme	17,500	2,376	13,000	24,000
Sosyal Destek Arama	20,543	2,012	15,000	25,000
Kaçınma	18,214	3,749	12,000	28,000
Başa Çıkma Stratejisi Toplam	56,257	6,185	48,000	71,000

Tablo 5'te ebeveynlerin BÇSÖ' den aldığı ortalama puanlar incelendiğinde; en yüksek puanı 'sosyal destek arama' alt boyutundan (20,543±2,012), en düşük puanı 'problem çözme' alt boyutundan (17,500±2,376) aldıkları görüldü. Ebeveynlerin ölçekten en düşük 48, en yüksek 71, ortalama (56,257±6,185) puan aldığı belirlendi.

Ebeveynlerin umutsuzluk düzeyi artarken başa çıkma stratejisi düzeyinin azaldığı saptandı ($\beta=-0,804$). Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanı ile Başa Çıkma Stratejisi toplam puanını arasında negatif yönde ilişki vardır.

6.5. Tanımlayıcı Özelliklerin Kaygı ve Umut Düzeyleri, Başetme Stratejileri ile İlişkilerine Ait Bulgular

Tablo 6. Ebeveynlerin Kaygı Düzeylerinin Algılanan Ekonomik Duruma Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=70)

Alt Boyutlar	Gruplar	n	Ort	Ss	KW*	p
Durumluk	İyi	10	39,000	5,228	3,410	0,182
	Orta	54	39,130	3,929		
	Kötü	6	42,000	5,514		
Sürekli Kaygı	İyi	10	43,700	7,103	0,779	0,677
	Orta	54	44,815	4,593		
	Kötü	6	44,000	4,690		

*Kruskall Wallis H-Test

Tablo 6'de görüldüğü gibi ebeveynlerin durumluk kaygı, sürekli kaygı alt boyutlarının puanları ortalamalarının algılanan ekonomik durum değişkeni açısından anlamlı bir farklılık göstermediği belirlendi($p>0,05$).

Tablo 7. Ebeveynlerin Kaygı Düzeylerinin Ameliyat Nedenine Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=70)

Alt Boyutlar	Gruplar	N	Ort	Ss	KW*	p
Durumluk Kaygı	Hidrocefali	57	39,649	4,549	1,255	0,534
	Beyin Tümörü	8	38,500	2,507		
	Dandy Walker	5	37,400	2,702		
Sürekli Kaygı	Hidrocefali	57	44,930	5,257	2,403	0,301
	Beyin Tümörü	8	43,625	2,066		
	Dandy Walker	5	42,200	4,324		

*Kruskall Wallis H

Tablo 7 incelendiğinde ebeveynlerin durumluk kaygı, sürekli kaygı puanları ortalamalarının ameliyat nedeni değişkeni açısından anlamlı bir farklılık göstermediği saptandı ($p>0,05$).

Tablo 8. Ebeveynlerin Kaygı Düzeylerinin Şantın Değişim Sayısına Göre Karşılaştırılması (N=70)

Alt Boyutlar	Gruplar	n	Ort	Ss	KW	p
Durumluk Kaygı	Değişiklik	5	36,000	2,739	5,848	0,119
	Yok					
	1	25	39,400	4,813		
	2	22	40,182	4,305		
	3 Ve üzeri	18	39,222	3,557		
Sürekli Kaygı	Değişiklik	5	40,600	5,595	6,855	0,077
	Yok					
	1	25	45,160	5,344		
	2	22	43,409	3,065		
	3 Ve üzeri	18	46,333	5,499		

Tablo 8’de ebeveynlerin durumluk kaygı, sürekli kaygı puanları ortalamaları ile şantın değişim sayısı arasında anlamlı bir farklılık görülmediği belirlendi ($p>0,05$).

Tablo 9. Ebeveynlerin Kaygı Düzeylerinin Yaşa Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=70)

Alt Boyutlar	Gruplar	n	Ort	Ss	KW	p	Fark
Durumluk Kaygı	25 Yaş ve Altı	14	40,500	5,958	8,817	0,032	1 > 3
	26-30 Yaş	22	39,409	3,514			2 > 3
	31-35 Yaş	22	37,773	3,715			4 > 3
	36 Yaş ve üzeri	12	40,833	3,713			
Sürekli Kaygı	25 Yaş ve Altı	14	46,857	6,125	4,798	0,187	
	26-30 Yaş	22	43,773	3,250			
	31-35 Yaş	22	43,455	4,877			
	36 Yaş ve üzeri	12	45,500	5,729			

Tablo 9’ da durumluk kaygı puanları ortalamalarının yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu(KW=8,817; p=0,032<0,05). Buna göre; yaşı 26-30 yaş olanların durumluk kaygı puanları (39,409±3,514), yaşı 31-35 yaş olanların durumluk kaygı puanlarından (37,773±3,715) yüksek bulundu. Yaşı 36 yaş ve üzeri olanların durumluk kaygı puanları (40,833±3,713), yaşı 31-35 yaş olanların durumluk kaygı puanlarından (37,773±3,715) yüksek bulundu.

Ebeveynlerin sürekli kaygı alt boyutu puanları ortalamalarının yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık göstermediği belirlendi(p>0,05).

Tablo 10. Ebeveynlerin Kaygı Düzeylerinin Çocuk Sayısına Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=70)

Alt boyutlar	Gruplar	n	Ort	Ss	KW*	p
Durumluk Kaygı	1	29	38,517	3,888	3,218	0,200
	2	32	39,906	4,518		
	3 Ve üzeri	9	40,111	4,622		
Sürekli Kaygı	1	29	43,724	3,999	0,550	0,760
	2	32	44,906	4,908		
	3 Ve üzeri	9	46,222	7,513		

*Kruskal Wallis H

Tablo 10’da ebeveynlerin durumluk kaygı, sürekli kaygı alt boyutları ortalamalarının çocuk sayısına göre anlamlı bir farklılık göstermediği bulundu (p>0,05).

Tablo 11. Ebeveynlerin Kaygı Düzeylerinin Çocuğun Yaşına Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Gruplar	n	Ort	Ss	KW	p
Durumluk Kaygı	0-12 Ay	44	39,296	4,316		
	12-24 Ay	13	39,923	4,974	0,156	0,925
	24 Ay Ve üzeri	13	39,000	3,629		
Sürekli Kaygı	0-12 Ay	44	44,068	4,546		
	12-24 Ay	13	46,308	6,197	0,992	0,609
	24 Ay Ve üzeri	13	44,615	4,959		

Tablo 11’de ebeveynlerin durumluk kaygı, sürekli kaygı puanları ortalamalarının çocuğun yaşı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık göstermediği bulundu($p>0,05$).

Tablo 12. Ebeveynlerin Kaygı Düzeylerinin Öğrenim Durumuna Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=70)

Alt Boyutlar	Gruplar	n	Ort	Ss	KW	p	Fark
Durumluk Kaygı	Ortaöğretim	38	39,921	4,528	7,963	0,019	1 > 3
	Lise	25	39,400	3,841			2 > 3
	Üniversite	7	36,143	3,288			
Sürekli Kaygı	Ortaöğretim	38	45,211	5,089	8,215	0,016	1 > 3
	Lise	25	44,800	4,690			2 > 3
	Üniversite	7	40,429	3,457			

Tablo 12’de ebeveynlerin durumluk kaygı puanları ortalamalarının öğrenim durumu açısından farkı anlamlı bulundu($KW=7,963$; $p=0,019<0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulandı. Buna göre; öğrenim durumu ortaöğretim olanların durumluk kaygı puanları ($39,921\pm4,528$), öğrenim durumu üniversite olanların durumluk kaygı puanlarından ($36,143\pm3,288$) yüksek olduğu saptandı. Öğrenim durumu lise olanların durumluk kaygı puanları ($39,400\pm3,841$), öğrenim durumu üniversite olanların durumluk kaygı puanlarından ($36,143\pm3,288$) yüksek olduğu görüldü. Sürekli kaygı puanları ortalamalarının öğrenim durumu açısından farkı anlamlı bulundu($KW=8,215$; $p=0,016<0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulandı. Buna göre;

öğrenim durumu ortaöğretim olanların sürekli kaygı puanları (45,211±5,089), öğrenim durumu üniversite olanların sürekli kaygı puanlarından (40,429±3,457) yüksek olduğu tespit edildi. Öğrenim durumu lise olanların sürekli kaygı puanları (44,800±4,690), öğrenim durumu üniversite olanların sürekli kaygı puanlarından (40,429±3,457) yüksek olduğu görüldü. Öğrenim düzeyi arttıkça durumluk kaygı ve sürekli kaygı puan ortalamalarının azaldığı görüldü.

Tablo 13. Ebeveynlerin Kaygı Düzeylerinin Şant Değişme Nedenine Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Gruplar	n	Ort	Ss	KW	p	Fark
Durumluk Kaygı	İlk Takılan Şant	5	36,000	2,739	10,604	0,031	2 > 1 3 > 1
	Enfeksiyon	21	40,810	4,771			
	Şant Tıkanıklığı	37	39,162	3,912			
	Şant Boyu Kısa Kalması	5	39,400	4,980			
	Pompa Fazla Boşalttığı İçin	2	36,000	1,414			
Sürekli Kaygı	İlk Takılan Şant	5	40,600	5,595	4,660	0,324	
	Enfeksiyon	21	46,286	6,174			
	Şant Tıkanıklığı	37	44,514	3,934			
	Şant Boyu Kısa Kalması	5	42,800	4,494			
	Pompa Fazla Boşalttığı İçin	2	42,500	2,121			

Tablo 13'te ebeveynlerin durumluk kaygı puanları ortalamalarının şant değişme nedeni değişkeni açısından farkı anlamlı olduğu görüldü(KW=10,604; p=0,031<0,05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulandı. Buna göre; şant değişme nedeni enfeksiyon olanların durumluk kaygı puanları (40,810±4,771), şant değişme nedeni bir kere takılmış değişimi henüz gerçekleşmemiş olanların durumluk kaygı puanlarından (36,000±2,739) yüksek olduğu saptandı. Şant değişme nedeni şant tıkanıklığı olanların durumluk kaygı puanları (39,162±3,912), şant değişme nedeni bir kere takılmış değişimi henüz gerçekleşmemiş olanların durumluk kaygı puanlarından (36,000±2,739) yüksek olduğu tespit edildi.

Ebeveynlerin sürekli kaygı puanları ortalamalarının şant değişme nedeni açısından farkı anlamlı olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Tablo 14. Ebeveynlerin Kaygı Düzeylerinin Şant Değişmeden Önce Fark Edilen Belirtiye Göre Ortalamaları

Alt Boyutlar	Gruplar	n	Ort	Ss	KW	p
Durumluk Kaygı	Değişiklik Yok	5	36,000	2,739	8,039	0,090
	Bulantı-kusma	36	39,750	4,232		
	Belirti Yok	11	41,636	5,921		
	Huzursuzluk	6	37,333	1,366		
	Halsizlik-Uyku hali	12	38,500	2,908		
Sürekli Kaygı	Değişiklik Yok	5	40,600	5,595	3,834	0,429
	Bulantı-kusma	36	45,000	4,641		
	Belirti Yok	11	44,273	6,373		
	Huzursuzluk	6	45,333	3,327		
	Halsizlik-Uyku hali	12	44,917	4,889		

Tablo 14 incelendiğinde durumluk kaygı, sürekli kaygı puanları ortalamalarının şant değişmeden önce fark edilen belirti değişkeni açısından anlamlı bir farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Tablo 15. Ebeveynlerin Kaygı Düzeylerinin Ek Hastalık Durumuna Göre Ortalamaları

Alt boyutlar	Gruplar	n	Ort	Ss	MW	p
Durumluk Kaygı	Var	14	38,786	3,142	380,500	0,865
	Yok	56	39,500	4,529		
Sürekli Kaygı	Var	14	46,500	5,932	338,000	0,425
	Yok	56	44,107	4,619		

Tablo 15'te ebeveynlerin durumluk kaygı, sürekli kaygı puanları ortalamalarının ek hastalık durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Tablo 16. Ebeveynlerin Kaygı Düzeylerinin Evde Başka Bakım Verilen Kişi Durumuna Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Gruplar	n	Ort	Ss	MW	p
Durumluk Kaygı	Evet	35	39,457	3,175	480,000	0,116
	Hayır	35	39,257	5,198		
Sürekli Kaygı	Evet	35	45,914	4,985	461,000	0,073
	Hayır	35	43,257	4,623		

Tablo 16’da ebeveynlerin durumluk kaygı, sürekli kaygı puanları ortalamalarının evde başka bakım verilen kişi durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermediği saptandı ($p>0,05$).

Tablo 17. Ebeveynlerin Kaygı Düzeylerinin Sosyal Güvenceye Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Gruplar	n	Ort	Ss	MW	p
Durumluk Kaygı	Var	68	39,250	4,119	61,500	0,817
	Yok	2	43,000	9,899		
Sürekli Kaygı	Var	68	44,368	4,747	21,000	0,096
	Yok	2	52,000	8,485		

Tablo 17’de ebeveynlerin durumluk kaygı, sürekli kaygı puanları ortalamalarının sosyal güvence değişkenine göre anlamlı fark göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Tablo 18. Ebeveynlerin Kaygı Düzeylerinin Yaşanılan Yere Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Gruplar	n	Ort	Ss	MW	p
Durumluk Kaygı	İstanbul	40	39,125	4,421	505,500	0,258
	İl Dışı	30	39,667	4,130		
Sürekli Kaygı	İstanbul	40	44,150	5,077	487,000	0,177
	İl Dışı	30	45,167	4,814		

Tablo 18’de ebeveynlerin durumluk kaygı, sürekli kaygı puanları ortalamalarının yaşanılan yer değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği saptandı ($p>0,05$).

Tablo 19. Ebeveynlerin Kaygı Düzeylerinin Şant Süresine Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Grup	n	Ort	Ss	MW	p
Durumluk Kaygı	0-12 Ay	59	39,373	4,185	284,500	0,515
	12 Ay üzeri	11	39,273	4,962		
Sürekli Kaygı	0-12 Ay	59	44,441	4,580	294,500	0,626
	12 Ay üzeri	11	45,364	6,860		

Tablo 19’da görüldüğü gibi ebeveynlerin durumluk kaygı, sürekli kaygı puanları ortalamalarının şant süresi değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildi ($p>0,05$).

Tablo 20. Ebeveynlerin Umutsuzluk Düzeylerinin Yaşa Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Grup	n	Ort	Ss	KW	p
Duygusal	25 Yaş Ve Altı	14	3,929	0,997	1,065	0,786
	26-30 Yaş	22	4,182	0,958		
	31-35 Yaş	22	4,136	0,710		
	36 Yaş Ve üzeri	12	4,083	1,084		
Motivasyonel	25 Yaş Ve Altı	14	2,643	1,737	0,752	0,861
	26-30 Yaş	22	2,727	1,723		
	31-35 Yaş	22	2,364	1,814		
	36 Yaş Ve üzeri	12	2,667	2,103		
Bilişsel	25 Yaş Ve Altı	14	2,357	1,692	2,174	0,537
	26-30 Yaş	22	2,273	1,549		
	31-35 Yaş	22	1,909	1,743		
	36 Yaş Ve üzeri	12	1,583	1,730		
Umutsuzluk Toplam	25 Yaş Ve Altı	14	10,286	2,701	1,494	0,684
	26-30 Yaş	22	10,500	2,405		
	31-35 Yaş	22	9,773	2,689		
	36 Yaş Ve üzeri	12	9,667	3,473		

Tablo 20’de araştırmaya katılan ebeveynlerin duygusal, motivasyonel, bilişsel, umutsuzluk toplam puan ortalamalarının yaş değişkeni açısından ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 21. Ebeveynlerin Umutsuzluk Düzeylerinin Çocuk Sayısına Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Grup	n	Ort	Ss	KW	p
Duygusal	1	29	4,069	0,842		
	2	32	4,000	0,984	3,742	0,154
	3 ve üzeri	9	4,556	0,726		
Motivasyonel	1	29	2,862	1,706		
	2	32	2,438	1,813	1,958	0,376
	3 Ve üzeri	9	2,222	2,048		
Bilişsel	1	29	2,276	1,667		
	2	32	1,938	1,703	0,953	0,621
	3 Ve üzeri	9	1,778	1,563		
Umutsuzluk Toplam	1	29	10,517	2,721		
	2	32	9,656	2,707	1,463	0,481
	3 Ve üzeri	9	10,222	2,819		

Tablo 21’de araştırmaya katılan ebeveynlerin duygusal, motivasyonel, bilişsel, umutsuzluk toplam puanları ortalamalarının çocuk sayısı değişkenine göre grup ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği bulundu ($p>0.05$).

Tablo 22. Ebeveynlerin Umutsuzluk Düzeylerinin Öğrenim Durumuna Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Grup	n	Ort	Ss	KW	p
Duygusal	Ortaöğretim	38	3,974	0,944		
	Lise	25	4,160	0,850	3,933	0,140
	Üniversite	7	4,571	0,787		
Motivasyonel	Ortaöğretim	38	3,026	1,938		
	Lise	25	2,040	1,457	4,789	0,091
	Üniversite	7	2,143	1,574		
Bilişsel	Ortaöğretim	38	2,290	1,738		
	Lise	25	1,640	1,630	2,535	0,281
	Üniversite	7	2,286	1,113		
Umutsuzluk Toplam	Ortaöğretim	38	10,553	2,901		
	Lise	25	9,240	2,554	3,592	0,166
	Üniversite	7	10,571	1,512		

Tablo 22’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan ebeveynlerin duygusal, motivasyonel, bilişsel, umutsuzluk toplam puanları ortalamalarının öğrenim durumu değişkenine göre; grup ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği bulundu ($p>0.05$).

Tablo 23. Ebeveynlerin Umutsuzluk Düzeylerinin Algılanan Ekonomik Duruma Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Grup	n	Ort	Ss	KW	p
Duygusal	İyi	10	4,600	0,516		
	Orta	54	4,037	0,846	4,666	0,097
	Kötü	6	3,833	1,602		
Motivasyonel	İyi	10	1,500	1,080		
	Orta	54	2,759	1,801	4,929	0,085
	Kötü	6	2,833	2,229		
Bilişsel	İyi	10	1,400	1,265		
	Orta	54	2,167	1,713	1,648	0,439
	Kötü	6	2,167	1,722		
Umutsuzluk Toplam	İyi	10	8,900	1,912		
	Orta	54	10,278	2,791	2,724	0,256
	Kötü	6	10,333	3,077		

Tablo 23’te ebeveynlerin duygusal, motivasyonel, bilişsel, umutsuzluk toplam puanları ortalamalarının algılanan ekonomik durum değişkenine göre grup ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği bulundu ($p>0.05$).

Tablo 24. Ebeveynlerin Umutsuzluk Düzeylerinin Ek Hastalık Durumuna Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Grup	n	Ort	Ss	MW	p
Duygusal	Evet	14	4,214	1,188	314,000	0,205
	Hayır	56	4,071	0,828		
Motivasyonel	Evet	14	2,357	2,098	346,000	0,473
	Hayır	56	2,643	1,721		
Bilişsel	Evet	14	1,500	1,160	305,000	0,193
	Hayır	56	2,196	1,742		
Umutsuzluk Toplam	Evet	14	9,714	2,730	334,500	0,393
	Hayır	56	10,179	2,731		

Tablo 24'te ebeveynlerin duygusal, motivasyonel, bilişsel, umutsuzluk toplam puanları ortalamalarının ek hastalık durumu değişkenine göre grup ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği bulundu ($p>0,05$).

Tablo 25. Ebeveynlerin Umutsuzluk Düzeylerinin Evde Başka Bakım Verilen Kişi Durumuna Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Grup	n	Ort	Ss	MW	p
Duygusal	Evet	35	3,971	0,923	505,000	0,162
	Hayır	35	4,229	0,877		
Motivasyonel	Evet	35	2,600	1,928	610,500	0,980
	Hayır	35	2,571	1,668		
Bilişsel	Evet	35	1,629	1,664	424,500	0,024
	Hayır	35	2,486	1,560		
Umutsuzluk Toplam	Evet	35	9,571	3,118	502,500	0,191
	Hayır	35	10,600	2,172		

Tablo 25 incelendiğinde ebeveynlerin bilişsel puanları ortalamalarının evde başka bakım verilen kişi durumu değişkenine grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel

açıdan anlamlı bulundu ($p=0,024<0,05$). Evde başka bakım verilen kişi olanların bilişsel puanları ($x=1,629$), olmayanların bilişsel puanlarından ($x=2,486$) düşük bulundu.

Ebeveynlerin duygusal, motivasyonel, umutsuzluk toplam puanları ortalamalarının evde başka bakım verilen kişi durumu değişkenine göre grup ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği bulundu ($p>0,05$).

Tablo 26. Ebeveynlerin Umutsuzluk Düzeylerinin Sosyal Güvenceye Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Grup	n	Ort	Ss	MW	p
Duygusal	Var	68	4,103	0,900	63,000	0,845
	Yok	2	4,000	1,414		
Motivasyonel	Var	68	2,559	1,757	54,500	0,613
	Yok	2	3,500	3,536		
Bilişsel	Var	68	2,088	1,664	42,500	0,360
	Yok	2	1,000	1,414		
Umutsuzluk Toplam	Var	68	10,088	2,736	65,000	0,915
	Yok	2	10,000	2,828		

Tablo 26’da görüldüğü gibi ebeveynlerin duygusal, motivasyonel, bilişsel, umutsuzluk toplam puanları ortalamalarının sosyal güvence değişkenine göre grup ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği bulundu ($p>0,05$).

Tablo 27. Ebeveynlerin Umutsuzluk Düzeylerinin Yakınlık Derecesine Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Grup	n	Ort	Ss	MW	p
Duygusal	Annesi	63	4,032	0,915	116,000	0,024
	Babası	7	4,714	0,488		
Motivasyonel	Annesi	63	2,746	1,814	110,500	0,022
	Babası	7	1,143	0,378		
Bilişsel	Annesi	63	2,095	1,729	199,000	0,668
	Babası	7	1,714	0,756		
Umutsuzluk Toplam	Annesi	63	10,159	2,835	173,000	0,347
	Babası	7	9,429	1,134		

Tablo 27’de ebeveynlerin duygusal puanları ortalamalarının yakınlık derecesi değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p=0,024<0,05$). Annenin duygusal puanları ($x=4,032$), babanın duygusal puanlarından ($x=4,714$) düşük bulundu.

Ebeveynlerin motivasyonel puanları ortalamalarının yakınlık derecesi değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p=0,022<0,05$). Annenin motivasyonel puanları ($x=2,746$), babanın motivasyonel puanlarından ($x=1,143$) yüksek bulundu.

Ebeveynlerin bilişsel, umutsuzluk toplam puanları ortalamalarının yakınlık derecesi değişkenine göre grup ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği bulundu ($p>0,05$).

Tablo 28. Ebeveynlerin Umutsuzluk Düzeylerinin Yaşanılan Yere Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Grup	n	Ort	Ss	MW	p
Duygusal	İstanbul	40	4,225	0,660	550,000	0,511
	İl Dışı	30	3,933	1,143		
Motivasyonel	İstanbul	40	2,550	1,797	591,000	0,910
	İl Dışı	30	2,633	1,810		
Bilişsel	İstanbul	40	1,900	1,582	527,000	0,377
	İl Dışı	30	2,267	1,760		
Umutsuzluk Toplam	İstanbul	40	10,075	2,777	583,500	0,843
	İl Dışı	30	10,100	2,683		

Tablo 28’de ebeveynlerin duygusal, motivasyonel, bilişsel, umutsuzluk toplam puanları ortalamalarının yaşanılan yer değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği bulundu ($p>0,05$).

Tablo 29. Ebeveynlerin Umutsuzluk Düzeylerinin Şant Süresine Göre Ortalamaları

	Grup	n	Ort	Ss	MW	p
Duygusal	0-12 Ay	59	4,017	0,919	208,000	0,037
	12 Ay üzeri	11	4,546	0,688		
Motivasyonel	0-12 Ay	59	2,593	1,858	316,500	0,891
	12 Ay üzeri	11	2,546	1,440		
Bilişsel	0-12 Ay	59	1,983	1,707	266,000	0,336
	12 Ay üzeri	11	2,455	1,368		
Umutsuzluk Toplam	0-12 Ay	59	9,915	2,854	261,000	0,300
	12 Ay üzeri	11	11,000	1,612		

Tablo 29’da ebeveynlerin duygusal puanları ortalamalarının şant süresi değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($p=0,037<0,05$). 0-12 Ay olanların duygusal puanları ($x=4,017$), 12 ay üzeri olanların duygusal puanlarından ($x=4,546$) düşük bulundu.

Ebeveynlerin motivasyonel, bilişsel, umutsuzluk toplam puanları ortalamalarının şant süresi değişkenine göre grup ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği bulundu ($p>0,05$).

Tablo 30. Ebeveynlerin Başa Çıkma Stratejisinin Yaşa Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Grup	n	Ort	Ss	KW	p
Problem Çözme	25 Yaş Ve Altı	14	17,286	2,367	4,584	0,205
	26-30 Yaş	22	17,955	2,171		
	31-35 Yaş	22	16,955	2,803		
	36 Yaş Ve üzeri	12	17,917	1,881		
Sosyal Destek Arama	25 Yaş Ve Altı	14	20,143	2,248	3,257	0,354
	26-30 Yaş	22	20,546	2,176		
	31-35 Yaş	22	21,091	1,925		
	36 Yaş Ve üzeri	12	20,000	1,477		
Kaçınma	25 Yaş Ve Altı	14	18,071	4,463	0,490	0,921
	26-30 Yaş	22	18,227	4,035		
	31-35 Yaş	22	17,773	3,308		
	36 Yaş Ve üzeri	12	19,167	3,353		
Baş Çıkma Stratejisi Toplam	25 Yaş Ve Altı	14	55,500	7,440	1,110	0,775
	26-30 Yaş	22	56,727	6,235		
	31-35 Yaş	22	55,818	6,261		
	36 Yaş Ve üzeri	12	57,083	4,814		

Tablo 30'da ebeveynlerin problem çözme, sosyal destek arama, kaçınma, başa çıkma stratejisi toplam puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre grup ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği bulundu ($p>0.05$).

Tablo 31. Ebeveynlerin Başa Çıkma Stratejisinin Öğrenim Durumuna Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Grup	n	Ort	Ss	KW	p
Problem Çözme	Ortaöğretim	38	17,763	2,665		
	Lise	25	17,560	1,938	5,877	0,053
	Üniversite	7	15,857	1,574		
Sosyal Destek Arama	Ortaöğretim	38	20,421	2,035		
	Lise	25	20,800	1,803	0,677	0,713
	Üniversite	7	20,286	2,752		
Kaçınma	Ortaöğretim	38	17,632	3,830		
	Lise	25	18,920	3,796	1,858	0,395
	Üniversite	7	18,857	2,968		
Baş Çıkma Stratejisi Toplam	Ortaöğretim	38	55,816	6,584		
	Lise	25	57,280	5,962	0,835	0,659
	Üniversite	7	55,000	4,796		

Tablo 31’de görüldüğü gibi ebeveynlerin problem çözme puan ortalamalarının öğrenim durumu değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ($p=0,053<0,05$).

Ebeveynlerin sosyal destek arama, kaçınma, başa çıkma stratejisi toplam puanları ortalamalarının öğrenim durumu değişkenine göre grup ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği bulundu ($p>0,05$).

Tablo 32. Ebeveynlerin Başa Çıkma Stratejisinin Algılanan Ekonomik Duruma Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Grup	n	Ort	Ss	KW	p
Problem Çözme	İyi	10	17,100	3,071		
	Orta	54	17,444	2,212	1,480	0,477
	Kötü	6	18,667	2,658		
Sosyal Destek Arama	İyi	10	19,600	2,633		
	Orta	54	20,704	1,860	1,990	0,370
	Kötü	6	20,667	2,160		
Kaçınma	İyi	10	19,800	3,458		
	Orta	54	17,630	3,651	6,396	0,055
	Kötü	6	20,833	3,764		
Baş Çıkma Stratejisi	İyi	10	56,500	6,364		
Toplam	Orta	54	55,778	6,055	3,698	0,157
	Kötü	6	60,167	6,735		

Tablo 32’de ebeveynlerin kaçınma puanları ortalamalarının algılanan ekonomik durum değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu(KW=6,396; p=0,041<0.05).

Ebeveynlerin problem çözme, sosyal destek arama, başa çıkma stratejisi toplam puanları ortalamalarının algılanan ekonomik durum değişkenine göre grup ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği bulundu (p>0.05).

Tablo 33. Ebeveynlerin Başa Çıkma Stratejisinin Ek Hastalık Durumuna Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Grup	n	Ort	Ss	MW	p
Problem Çözme	Evet	14	17,214	2,007	373,000	0,775
	Hayır	56	17,571	2,471		
Sosyal Destek Arama	Evet	14	21,071	1,685	306,500	0,201
	Hayır	56	20,411	2,078		
Kaçınma	Evet	14	19,357	3,713	307,500	0,206
	Hayır	56	17,929	3,736		
Baş Çıkma Stratejisi	Evet	14	57,643	6,767	340,000	0,439
Toplam	Hayır	56	55,911	6,046		

Tablo 33'te ebeveynlerin problem çözme, sosyal destek arama, kaçınma, başa çıkma stratejisi toplam puanları ortalamalarının ek hastalık durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği bulundu ($p>0,05$).

Tablo 34. Ebeveynlerin Başa Çıkma Stratejisinin Evde Başka Bakım Verilen Kişi Durumuna Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Grup	n	Ort	Ss	MW	p
Problem Çözme	Evet	35	17,000	1,799	524,000	0,286
	Hayır	35	18,000	2,776		
Sosyal Destek Arama	Evet	35	20,486	1,579	583,000	0,724
	Hayır	35	20,600	2,391		
Kaçınma	Evet	35	17,657	3,472	482,500	0,119
	Hayır	35	18,771	3,979		
Baş Çıkma Stratejisi Toplam	Evet	35	55,143	5,689	479,000	0,112
	Hayır	35	57,371	6,535		

Tablo 34’de görüldüğü gibi ebeveynlerin problem çözme, sosyal destek arama, kaçınma, başa çıkma stratejisi toplam puanları ortalamalarının evde başka bakım verilen kişi durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği bulundu ($p>0,05$).

Tablo 35. Ebeveynlerin Başa Çıkma Stratejisinin Sosyal Güvenceye Göre Ortalamalarının Karşılaştırılmasının Karşılaştırılması

		N	Ort	Ss	MW	p
Problem Çözme	Var	68	17,471	2,209	67,500	0,986
	Yok	2	18,500	7,778		
Sosyal Destek Arama	Var	68	20,456	1,958	14,000	0,053
	Yok	2	23,500	2,121		
Kaçınma	Var	68	18,235	3,794	66,000	0,943
	Yok	2	17,500	2,121		
Başa Çıkma Stratejisi Toplam	Var	68	56,162	6,076	51,500	0,556
	Yok	2	59,500	12,021		

Tablo 35 incelendiğinde ebeveynlerin sosyal destek arama puan ortalamalarının sosyal güvence varolup olmama durumu değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu($p=0,053<0.05$).

Ebeveynlerin problem çözme, kaçınma, başa çıkma stratejisi toplam puanları ortalamalarının sosyal güvence değişkenine göre grup karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği bulundu ($p>0,05$).

Tablo 36. Ebeveynlerin Başa Çıkma Stratejisinin Yakınlık Derecesine Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Grup	n	Ort	Ss	MW	p
Problem Çözme	Annesi	63	17,667	2,383	133,000	0,079
	Babası	7	16,000	1,826		
Sosyal Destek Arama	Annesi	63	20,524	2,055	195,500	0,618
	Babası	7	20,714	1,704		
Kaçınma	Annesi	63	17,794	3,570	79,500	0,005
	Babası	7	22,000	3,367		
Baş Çıkma Stratejisi Toplam	Annesi	63	55,984	6,205	156,000	0,201
	Babası	7	58,714	5,851		

Tablo 36’da ebeveynlerin kaçınma puanları ortalamalarının yakınlık derecesi değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($p=0,005<0,05$). Annelerin kaçınma puanları ($x=17,794$), babaların kaçınma puanlarından ($x=22,000$) düşük bulundu. Ebeveynlerin problem çözme, sosyal destek arama, başa çıkma stratejisi toplam puanları ortalamalarının yakınlık derecesi değişkenine göre grup ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği bulundu ($p>0,05$).

Tablo 37. Ebeveynlerin Başa Çıkma Stratejisinin Yaşanılan Yere Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Grup	n	Ort	Ss	MW	p
Problem Çözme	İstanbul	40	17,525	2,298	564,500	0,666
	İl Dışı	30	17,467	2,515		
Sosyal Destek Arama	İstanbul	40	20,775	1,968	538,000	0,454
	İl Dışı	30	20,233	2,063		
Kaçınma	İstanbul	40	18,400	3,848	564,500	0,667
	İl Dışı	30	17,967	3,662		
Baş Çıkma Stratejisi Toplam	İstanbul	40	56,700	6,219	536,000	0,442
	İl Dışı	30	55,667	6,194		

Tablo 37’de ebeveynlerin problem çözme, sosyal destek arama, kaçınma, başa çıkma stratejisi toplam puanları ortalamalarının yaşanılan yer değişkenine göre grup ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği bulundu ($p>0,05$).

Tablo 38. Ebeveynlerin Başa Çıkma Stratejisinin Çocukla İlgilenen Bir Kişinin Varlığı Durumuna Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Grup	n	Ort	Ss	MW	p
Problem Çözme	Evet	35	17,629	2,533	557,500	0,507
	Hayır	35	17,371	2,237		
Sosyal Destek Arama	Evet	35	20,543	2,254	606,500	0,943
	Hayır	35	20,543	1,771		
Kaçınma	Evet	35	19,571	3,220	356,500	0,002
	Hayır	35	16,857	3,790		
Başa Çıkma Stratejisi Toplam	Evet	35	57,743	6,256	431,500	0,031
	Hayır	35	54,771	5,826		

Tablo 38’de ebeveynlerin kaçınma puanları ortalamalarının çocukla ilgilenen başka bir kişinin varlığı durumu değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p=0,002<0,05$). Çocukla ilgilenen başka bir kişi olanların kaçınma puanları ($x=19,571$), çocukla ilgilenen başka kişi olmayanların kaçınma puanlarından ($x=16,857$) yüksek bulundu.

Ebeveynlerin başa çıkma stratejisi toplam puanları ortalamalarının çocukla ilgilenen başka kişi durumu değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p=0,031<0,05$). Çocukla ilgilenen başka bir kişi olanların başa çıkma stratejisi toplam puanları ($x=57,743$), olmayanlardan ($x=54,771$) yüksek bulundu.

Ebeveynlerin problem çözme, sosyal destek arama puanları ortalamalarının çocukla ilgilenen başka kişi durumu değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermediği bulundu ($p>0,05$).

Tablo 39. Ebeveynlerin Başa Çıkma Stratejisinin Şant Süresine Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Grup	n	Ort	Ss	MW	p
Problem Çözme	0-12 ay	59	17,644	2,362	255,500	0,253
	12 ay üzeri	11	16,727	2,412		
Sosyal Destek Arama	0-12 ay	59	20,475	1,906	273,500	0,402
	12 ay üzeri	11	20,909	2,587		
Kaçınma	0-12 Ay	59	18,102	3,840	280,000	0,464
	12 ay üzeri	11	18,818	3,311		
Baş Çıkma Stratejisi Toplam	0-12 ay	59	56,220	6,120	319,500	0,935
	12 ay üzeri	11	56,455	6,832		

Tablo 39’da ebeveynlerin problem çözme, sosyal destek arama, kaçınma, başa çıkma stratejisi toplam puanları ortalamalarının şant süresi değişkenine göre grup ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği bulundu ($p>0,05$).

Tablo 40. Ebeveynlerin Kaygı Envanteri, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Başa Çıkma Stratejileri Ölçekleri Arasındaki İlişki (N=70)

		Durumluk Kaygı	Sürekli Kaygı	Duygusal	Motivasyonel	Bilişsel	Umutsuzluk Toplam	Problem Çözme	Sosyal Destek Arama	Kaçınma	Baş Çıkma Stratejisi Toplam
Durumluk Kaygı	r	1,000									
	p	0,000									
Sürekli Kaygı	r	0,342**	1,000								
	p	0,004	0,000								
Duygusal	r	0,001	-0,160	1,000							
	p	0,992	0,185	0,000							
Motivasyonel	r	-0,224	0,256*	-0,464**	1,000						
	p	0,062	0,033	0,000	0,000						
Bilişsel	r	-0,320**	0,078	-0,204	0,671**	1,000					
	p	0,007	0,519	0,091	0,000	0,000					
Umutsuzluk Toplam	r	-0,345**	0,112	-0,142	0,856**	0,875**	1,000				
	p	0,003	0,357	0,242	0,000	0,000	0,000				
Problem Çözme	r	0,194	-0,005	-0,165	-0,042	-0,259*	-0,322**	1,000			
	p	0,108	0,968	0,173	0,727	0,030	0,007	0,000			
Sosyal Destek Arama	r	-0,036	-0,106	0,161	-0,227	-0,327**	-0,297*	0,258*	1,000		
	p	0,768	0,383	0,183	0,059	0,006	0,012	0,031	0,000		
Kaçınma	r	0,084	-0,365**	0,224	-0,442**	-0,317**	-0,455**	0,389**	0,418**	1,000	
	p	0,491	0,002	0,063	0,000	0,008	0,000	0,001	0,000	0,000	
Baş Çıkma Stratejisi Toplam	r	0,204	-0,224	0,147	-0,329**	-0,426**	-0,485**	0,705**	0,645**	0,840**	1,000
	p	0,090	0,062	0,223	0,005	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Spearman's Korelasyon Analiz

Tablo 40 incelendiğinde ebeveynlerin sürekli kaygı ve durumluk kaygı alt boyutları arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu($r=0,342$; $p=0,004<0,05$).

Motivasyonel ve sürekli kaygı alt boyutları arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu($r=0,256$; $p=0,033<0,05$).

Motivasyonel ve duygusal alt boyutları arasında zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulundu($r=-0,464$; $p=0,000<0,05$).

Bilişsel ve durumluk kaygı alt boyutları arasında zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulundu($r=-0,32$; $p=0,007<0,05$).

Bilişsel ve motivasyonel alt boyutları arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu($r=0,671$; $p=0,000<0,05$).

Umutsuzluk toplam ve durumluk kaygı alt boyutu arasında zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulundu($r=-0,345$; $p=0,003<0,05$).

Umutsuzluk toplam ve motivasyonel alt boyutu arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu($r=0,856$; $p=0,000<0,05$).

Umutsuzluk toplam ve bilişsel alt boyutu arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu($r=0,875$; $p=0,000<0,05$).

Problem çözme ve bilişsel alt boyutları arasında zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulundu($r=-0,259$; $p=0,030<0,05$).

Problem çözme alt boyutu ve umutsuzluk toplam arasında zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulundu($r=-0,322$; $p=0,007<0,05$).

Sosyal destek arama ve bilişsel alt boyutları arasında zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulundu($r=-0,327$; $p=0,006<0,05$).

Sosyal destek arama alt boyutu ve umutsuzluk toplam arasında zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulundu($r=-0,297$; $p=0,012<0,05$).

Sosyal destek arama ve problem çözüme alt boyutları arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu($r=0,258$; $p=0,031<0,05$).

Kaçınma ve sürekli kaygı alt boyutları arasında zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulundu($r=-0,365$; $p=0,002<0,05$).

Kaçınma ve motivasyonel alt boyutları arasında zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulundu($r=-0,442$; $p=0,000<0,05$).

Kaçınma ve bilişsel alt boyutları arasında zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulundu($r=-0,317$; $p=0,008<0,05$).

Kaçınma alt boyutu ve umutsuzluk toplam arasında zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulundu($r=-0,455$; $p=0,000<0,05$).

Kaçınma ve problem çözüme alt boyutları arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu($r=0,389$; $p=0,001<0,05$).

Kaçınma ve sosyal destek arama alt boyutları arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu($r=0,418$; $p=0,000<0,05$).

Başa çıkma stratejisi ölçeği toplamı ve motivasyonel alt boyutu arasında zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulundu($r=-0,329$; $p=0,005<0,05$).

Başa çıkma stratejisi toplam ve bilişsel alt boyutu arasında zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulundu($r=-0,426$; $p=0,000<0,05$).

Başa çıkma stratejisi toplam ve umutsuzluk toplam arasında zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulundu($r=-0,485$; $p=0,000<0,05$).

Başa çıkma stratejisi toplam ve problem çözüme alt boyutu arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu($r=0,705$; $p=0,000<0,05$).

Başa çıkma stratejisi toplam ve sosyal destek arama alt boyutu arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu($r=0,645$; $p=0,000<0,05$).

Başı çıkma stratejisi toplam ve kaçınma alt boyutu arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu($r=0.84$; $p=0,000<0,05$). Diğer değişkenler karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği bulundu ($p>0,05$).



7. TARTIŞMA VE SONUÇ

Çocuğunda kalıcı şant olan ebeveynlerin kaygı ve umut düzeylerinin belirlenmesi ve bu kaygı ile başa çıkma stratejilerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmada elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar altında toplanarak tartışıldı:

7.2. Kalıcı Şant Takılmış Çocuğu Olan Ebeveynlerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

7.3. Kalıcı Şant Takılmış Çocuğu Olan Ebeveynlerin Umut Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

7.4. Kalıcı Şant Takılmış Çocuğu Olan Ebeveynlerin Başa Çıkma Stratejilerine İlişkin Bulguların Tartışılması

7.5. Kalıcı Şant Takılmış Çocuğu Olan Ebeveynlerin Kaygı ve Umut Düzeyleri ile Başa Çıkma Stratejilerine İlişkin Bulguların Tartışılması

7.1. Kalıcı Şant Takılmış Çocuğu Olan Ebeveynlerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

‘Kalıcı şant takılmış çocuğu olan ebeveynlerin kaygı düzeyleri nasıldır?’ şeklinde belirlenen araştırma sorusuna göre elde edilen bulgulara bakıldığında ebeveynlerin yaşı 26-30 yaş olanların durumluk kaygı puanları ($39,409 \pm 3,514$), yaşı 31-35 yaş olanların durumluk kaygı puanlarından ($37,773 \pm 3,715$) anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Yaşı 36 yaş ve üzeri olanların durumluk kaygı puanları ($40,833 \pm 3,713$), yaşı 31-35 yaş olanların durumluk kaygı puanlarından ($37,773 \pm 3,715$) anlamlı düzeyde yüksek ($p=0,032 < 0,05$) bulundu. Araştırmaya katılan ebeveynlerin sürekli kaygı puan ortalamalarının yaş değişkeni açısından anlamlı düzeyde bir fark bulunmadı (Tablo 9). Farkın bu gruplar arasındaki ortalamalardan ve durumluk kaygının belli dönemler üzerine etkisi olması ve kişisel algıdan kaynaklandığı düşünülmektedir. Aydoğan ve Akıncı’ nın (1999) özürülü çocuğa sahip anne babaların umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesi adlı çalışmasında

anne ve babaların yaşı açısından durumluk kaygı ve sürekli kaygı puan ortalamaları açısından fark olmadığı bulunmuştur. Bu bulgular araştırma bulgusuyla uyumlu değildir.

Çelebioğlu ve Polat'ın (2008) hiperbilirubinemi nedeniyle hastaneye yatırılan yenidoğan annelerinin kaygı düzeyi, etkileyen faktörler ve bilgilendirmenin kaygıyı azaltmadaki rolü ile ilgili yaptığı çalışmada deney ve kontrol grubunda yer alan 15-34 yaş grubu 40 annenin yaş değişkenine göre kaygı puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemsiz olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$). Bu sonuç çalışmamızla uyumlu değildir. Farklılık mevcut araştırmanın hidrosefalili çocuğu olan ebeveynlerde (anne/baba) yapılmış olmasından ve hidrosefali ile hiperbilirubinemi seyir süreçlerinin aynı olmamasından kaynaklanabilir.

Seltzer ve ark. 'ın (1993) çalışmasında down sendromlu çocuğa sahip annelerin genç annelere oranla daha huzurlu oldukları, bu durumun çocuğun özü ile ilgili bilinmeyenlerden kaynaklandığı vurgulanmıştır.

Çelen'in (2013) prematüre bebeği olan anne ve babaların kaygı düzeyleri ve ilişkili faktörler adlı çalışmasında annelerin %40,2'si, babaların ise %47,4'ü 25-31 yaş grubunda olduğu, annelerin yaş durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Aktürk'ün (2012) çalışmasında anne ve babaların yaş ortalaması (38.00 ± 9.1) olup en düşük 18, en yüksek 65 yaşındaki ebeveynlerin yaşları arttıkça durumluk ve süreklilik kaygı puanlarının arttığı gözlenmiştir. Annelerin sürekli kaygı ortalaması (46.39 ± 9.6), babaların (42.54 ± 9.8) olup arasında önemli bir saptanmamıştır ($p=0.001$). Annelerin durumluk kaygı ortalaması (39.25 ± 6.8), babaların (38.16 ± 6.6) olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t=0.510$, $p=0.185$).

Yapılan bu çalışmada ebeveynlerin öğrenim düzeyi arttıkça durumluk kaygı ve sürekli kaygı puan ortalamalarının azaldığı görüldü ($p=0,019<0,05$, Tablo 12). Arslan ve Doğru (2008) engelli çocuğu olan annelerin sürekli kaygı düzeyi ile durumluk kaygı düzeylerini incelediği çalışmasında annenin yaşı açısından durumluk ve sürekli kaygı

puan ortalamalarının anlamlı bir farkının olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Bu bulgu mevcut çalışma bulgularıyla uyumlu değildir, ebeveynlerin çocuklarının hastalık durumu ile ilgili olumsuz deneyimlerinden kaynaklanabilir.

Flury ve arkadaşlarının (2001) febril nöbet ve ebeveyn kaygısı adlı çalışmasında ebeveynlerin %69'unda eğitim düzeyi düşük olan ebeveynlerin eğitim düzeyi yüksek olanlara göre daha kaygılı olduğu saptanmıştır.

Fazlıoğlu'nun (2008) epilepsisi olan çocukların aile işlevleri, anne-babalarındaki kaygı ve başa çıkma tutumlarını incelediği çalışmada epilepsili çocuğu olan ilköğretim mezunu ebeveynlerin kaygı düzeyleri aynı eğitim düzeyine sahip sağlıklı ebeveynlerden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,001$). . Literatürde benzer bir çalışma olarak Çengelci'nin (2009) down sendromu ve otizm tanısı almış çocukların annelerinin yaşadığı kaygı, umutsuzluk ve tükenmişlik düzeyleri arasında fark olup olmadığını incelediği çalışmada eğitim düzeyi düştükçe annelerin kaygı düzeyi artmaktadır. Bilgi eksikliğinin ebeveynlerin kaygı düzeyini artırdığı düşünüldüğünde ilköğretim mezunu ebeveynler arasında hastalığa bağlı böyle bir farkın gözlenmesi muhtemel olduğu düşünülmekte, eğitim düzeyinin yanı sıra hastalık hakkında bilgi düzeyinin önemli olduğu düşünülebilir. Bu sonucun bizim çalışmamızla uygun olmamasının nedeninin bilgi eksikliğinden kaynaklı anksiyete olduğu düşünülebilir.

Çelen'in (2013) çalışmasında annelerin öğrenim durumu ile durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). İlkokul mezunu babaların sürekli kaygı puan ortalamalarının lise mezunu babalara göre yüksek olduğu ($p=0,003$), ancak durumluk kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,088$). Aktürk'ün (2012) çalışmasında annelerin eğitim durumu ile durumluk kaygı ve sürekli kaygıyı etkilemediği saptanmıştır (Durumluk Kaygı $p=0,351$, Süreklilik Kaygı $p=0,070$), babaların eğitim seviyesine göre durumluk kaygı puan ortalamalarının anlamlı olmadığı saptanmışken ($p=0,091$), babaların eğitim seviyesi arttıkça süreklilik kaygı puan ortalamalarının azaldığı görülmüştür ($p=0,001$). Araştırma

bulgusu Aktürk'ün ve Çelen'in çalışma bulgusuyla babaların eğitim durumu değişkeni açısından benzerlik göstermektedir.

Ebeveynlerin durumluk kaygı puanları ortalamalarının şant değişme nedeni değişkeni açısından farkı anlamlı olduğu görüldü (Tablo 13) ($p=0,031<0,05$). Şant değişme nedeni enfeksiyon olanların durumluk kaygı puanları ($40,810\pm4,771$), şant değişim yapılmayanların durumluk kaygı puanlarından ($36,000\pm2,739$) yüksek olduğu saptandı. Şant değişme nedeni şant tıkanıklığı olanların durumluk kaygı puanları ($39,162\pm3,912$), şant değişimi yapılmayanların durumluk kaygı puanlarından ($36,000\pm2,739$) yüksek olduğu tespit edildi. Literatüre bakıldığında benzer çalışma bulunmamakla birlikte Erbaş'ın (2012) çalışmasında şant değişimi yapılmış olan ($n=44$) hidrosefalili çocuğun şant değişme nedeni şant tıkanıklığı (%50.0), enfeksiyon (%36,4) olan ailelerin yaşadıkları güçlüklerde artış görülmüştür. Herhangi bir nedenle değişen ebeveynlerin durumluk kaygı puanlarının çocuğunun şantı değişmeyen ebeveynlerden fazla olması beklenen bir bulgudur.

Coşkun ve Akkaş'ın (2009) engelli çocuğu olan annelerin sürekli kaygı düzeyleri ile sosyal destek algıları arasındaki ilişki konulu çalışmasında engelli çocuğa sahip olan annelerin kaygı düzeylerinin ailelerin sosyal güvencelerinin olup olmamasına göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir. Coşkun ve Akkaş'ın (2009) çalışmasında ilköğretim düzeyindeki annelerin orta ve yükseköğretim grubunda olan annelerden; ortaöğretim grubundaki annelerinde yükseköğretim grubunda olan annelerden daha yüksek düzeyde sürekli kaygıya sahip oldukları görülmüştür. Bu çalışmada sosyal güvencenin varlığı ile kaygı düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 17) ($p>0,05$). Kaygı düzeylerinin sosyal güvence varlığına göre daha az olması beklenen bir durumken tutarlılık göstermemektedir, araştırmaya alınan olguların %97'sinin sosyal güvencesinin olmasından dolayı farkın anlamlı olmadığı düşünüldü.

Yıldırım ve ark.'ın (2006) zihin ve işitme engelli çocuğa sahip ailelerin kaygı düzeyleri ile yaşam kaliteleri arasında ilişkiyi inceledikleri çalışmada zihin engelli

çocuğa sahip ebeveynlerin eğitim seviyesi yükseldikçe kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu, yaşam kalitesinin ise daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

7.2. Kalıcı Şant Takılmış Çocuğu Olan Ebeveynlerin Umut Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

‘Kalıcı şant takılmış çocuğu olan ebeveynlerin umut düzeyleri nasıldır?’ şeklinde belirlenen araştırma sorusuna göre elde edilen bulgulara bakıldığında ebeveynlerin evde başka bakım verilen başka kişi olanların bilişsel alt boyutu puanları ($x=1,629$), olmayanlardan ($x=2,486$) düşük bulundu (Tablo 25) ($p=0,024<0,05$). Kalıcı şant takılmış çocuğu olan ebeveynlerin umut düzeylerinin evde bakım verilmesi gereken başka bir kişi daha olması durumunda azalması; üzerlerinde hissedebilecekleri maddi ve manevi baskıdan kaynaklanmış olabilir.

Yapılan bu çalışmada ebeveynlerin duygusal ve motivasyonel alt boyutu ortalamaları ile yakınlık derecesi değişkeni arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p=0,024<0,05$; $p=0,022<0,05$). Annenin duygusal alt boyut puanları ($x=4,032$), babanın duygusal alt boyut puanlarından ($x=4,714$) düşük bulunurken, annenin motivasyonel puanları ($x=2,746$), babanın motivasyonel puanlarından ($x=1,143$) yüksek bulundu (Tablo 27). Yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde, Akandere (2009) tarafından yapılan çalışmada özürü çocuğa sahip olan anne-babaların umutsuzluk ve yaşam doyum düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmaya 300 ebeveyn katılmıştır. Annelerin Beck Umutsuzluk Ölçeği alt boyutları puanları ile babaların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Bu sonuç çalışma bulgularıyla uyumlu değildir. Çalışma bulgularıyla uyumlu olmamasının hiçbir zaman umudunun kırılmasına izin vermeyen ebeveynlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Ebeveynlerin Beck Umutsuzluk Ölçeği duygusal alt boyutu puan ortalamalarının düşüklüğü şant süresi değişkenine göre anlamlı bulunurken ($p=0,037<0,05$), 0-12 ay şant takılı çocuğu olan ebeveynlerin duygusal alt boyut puanlarının ($x=4,017$), 12 ay üzeri olanların puanlarından ($x=4,546$) düşük bulundu (Tablo 29). Literatürde benzer

çalışmaya rastlanmadığından bulgunun katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Benzer bir çalışma olarak Erbaş' ın (2012) hidrosefalili çocuklarda şanlı olma süresi minimum 1 maksimum 174 ay ile ortalama $47.07 \pm 35,6$ ay tespit edilen ebeveynlerin yaşadığı güçlüklerden bahsedilmektedir.

Yapılan bu çalışmada yaş değişkeninin ebeveynlerin umutsuzluk düzeyini etkilemediği görüldü (Tablo 20; $p > 0,05$). Literatüre bakıldığında benzer olarak Özyazıcıoğlu ve Tüfekçi'nin (2009) çalışmasında annelerin yaşı arttıkça umutsuzluk düzeyleri ve durumluk kaygı düzeylerinin arttığı tespit edilmiştir ($p > 0,05$). Akandere ve ark.'ın (2009) yaptığı çalışmada zihinsel ve fiziksel engelli çocuğa sahip 51 yaş ve üzeri annelerin gelecekle ilgili beklenti puanları 20-35 yaş olan annelerin puanından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Yine aynı şekilde 51 yaş ve üzeri olan babaların gelecekle ilgili duygu ve beklenti puanları, umut ve motivasyon kaybına ilişkin değerler incelendiğinde yaşı 51 yaş ve üzeri olan babaların 20-35, 36-50 olan babaların puanlarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Rimmerman ve Duvdevany'in (1995) çalışmasında benzer olarak yaş ilerledikçe annelerin daha umutsuz olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). Bu açıdan sözü edilen çalışma bulgusu araştırma bulgumuzla uyumlu değildir. Farklıklar; ebeveynlerin farkındalığı, eğitim imkanlarına sahip olma, gelişmişlik, kültürel özellikler gibi faktörlerden kaynaklanabilir.

7.3. Kalıcı Şant Takılmış Çocuğu Olan Ebeveynlerin Başa Çıkma Stratejilerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Ebeveynlerin Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği kaçınma alt boyutu ortalamaları ile algılanan ekonomik durum orta olanların arasındaki fark anlamlı bulundu ($p < 0,05$) (Tablo 32). Aktürk'ün (2012) çalışmasında ekonomik imkanları arttıkça ebeveynlerin problem çözme ve sosyal destek puanlarının da arttığı gözlemlendi. Ekonomik durumla kaçınma alt boyutu arasında önemli bir fark saptanmadı ($p = 0.780 > 0,05$). Ancak ekonomik durumu kötü olan ebeveynlerin kaçınma stratejisinin daha ileri düzeyde olduğu bulunmuştur. Bu bulgunun ekonomik durumun iyi olması ile birlikte çocuğun bakım ve tedavisinde kendilerine yardımcı olabilecek sosyal destek imkânlarından yararlanmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Aktürk'ün (2012) incelediği çalışmasında ebeveynlerin cinsiyeti ile başa çıkma stratejilerinin alt boyutlarına bakıldığında; engelli çocuğun annelerinin sosyal destek arama ve kaçınma başa çıkma stratejilerini babalardan daha fazla kullandığı bulunmuştur ($p<0,05$). Bu çalışmada ise ebeveynlerin Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği alt boyutlarından kaçınmanın yakınlık derecesi değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p=0,005<0,05$). Annelerin kaçınma alt boyut puanları babaların puan ortalamalarına göre düşük bulundu (Tablo 36). Bu açıdan sözü edilen çalışma bulgusu araştırma bulgumuzla farklı olmasının toplumumuzda babaların aile içinde maddi sorumlulukları üstlenmesi ve bakımı için maddi kaynakları temin etmede primer sorumlu kılınmaları onların işsiz olması durumunda daha çok kaygı yaşamalarına dolayısıyla başa çıkma durumlarında yetersizliğe neden olabilir.

Bu çalışmada ebeveynlerin kaçınma alt boyutu ve başa çıkma stratejileri puan ortalamalarının çocukla ilgilenen başka bir kişinin varlığı durumu olanların kaçınma puanlarının olmayanların kaçınma puanlarından yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 38). Literatüre bakıldığında Çelebioğlu ve Polat (2008) ve Holditch ve Milles'in (2000) çocukları hastaneye yatırılan ebeveynlerle ilgili yaptıkları çalışmalarda çocukla ilgilenen başka bir kişinin var olması örneğin hemşire tarafından sağlanan desteğin kaygı ve stresi azalttığına dair bulgulara rastlanmaktadır, tek başına başa çıkmakta zorlandıkları ifade etmektedirler. Bu açıdan sözü edilen çalışma bulgusu araştırma bulgumuzla uyumlu değildir. Bu farklılığın sağlık ekibinin annelere hastanede buldukları süre içerisinde gereksinimleri doğrultusunda bilgi ve destek sağlanmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

7.4. Kalıcı Şant Takılmış Çocuğu Olan Ebeveynlerin Kaygı ve Umut Düzeyleri ile Başa Çıkma Stratejilerine İlişkin Bulguların Tartışılması

‘Kalıcı şantlı olan çocuğun ebeveynlerinin kaygı düzeyleri, umut düzeyleri ve başa çıkma stratejileri arasındaki ilişki nasıldır?’ şeklinde belirlenen araştırma sorusuna göre elde edilen bulgulara bakıldığında ebeveynlerin sürekli kaygı alt boyutu ve umutsuzluk toplam düzeyinin başa çıkma stratejileri toplam düzeyini azalttığı bulundu (Tablo 40) ($p<0,05$). Umutsuzluk düzeyi arttıkça ebeveynlerin problem çözme düzeyini azalttığı sonucuna varıldı. Ebeveynlerin durumluk kaygı düzeyi kaçınma düzeyini arttırırken, sürekli kaygı düzeyini azalttığı bulundu. Ancak bilişsel düzey arttıkça problem çözme düzeyleri de azalmaktadır

Kazak ve Marvin’in (1984), engelli ve normal gelişim gösteren çocuğa sahip 100 ailenin stres düzeylerini ve sosyal destek ağlarını incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada engelli çocuğu olan ailelerin normal çocuğa sahip ailelere oranla daha çok stres ve kaygı belirtileri gösterdikleri ve stres düzeyleri yüksek çıkan bu ailelerin stresle başa çıkma stratejileri konusunda daha başarılı oldukları da gözlemlenmiştir.

Karakaş’ın (2016) çalışmasında kekeme çocuğu olan ebeveynlerin durumluk kaygılarının olmayanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür, bunun yanında sürekli kaygı puanları ile başa çıkma stratejileri bakımından kekeme çocuğa sahip olan ve olmayan ebeveynler arasında anlamlı farklılık görülmezken ($p>0,05$), problem çözme stratejilerini kullanabilen kekeme çocuğa sahip aileler sürekli kaygıları daha az olmakta, durumluk kaygı ölçeği puanları ile ilişkili değildir. Hem kekeme çocuğu olan ebeveynlerin hem de kekeme çocuğu olmayan ebeveynlerin sosyal destek arama puanları ile kaygı envanteri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). Bu bulgu çalışma bulgumuzla uyumlu değildir. Literatür bulgusuyla farklı olma sebebinin anne babaların kekemeliği önemli bir engel olarak görmediklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Aktürk’ün (2012) incelemiş olduğu engelli çocuğun engel türü ile kaçınma alt boyutu arasındaki ilişki incelendiğinde bedensel ve zihinsel engele sahip çocukları olan kaygı düzeyi yüksek olan ebeveynlerin kaçınma stratejisini daha çok kullandıkları sonucuna varılmıştır. Yapılan bu çalışma bulgularıyla uyum göstermemesinin

ebeveynlerin yaşadıkları yoğun kaygılarla başa çıkmaları için yeteri kadar destek alamadıklarından ve gerektiği zamanlarda psikolojik destek almaya yönlendirilmeyi kabul etmemelerine bağlı olduğu düşünülmektedir.

Manuel'in (2003) serebral palsi" li çocuğu olan 270 anne ile incelediği çalışmada annelerin % 30" nun depresif durum içinde olduklarını, engelin fonksiyonel durumunun depresyonu tahmin etmekte etkilemediği sonucunu bulmuştur. Ancak annelerin algıladıkları sosyal desteğin, çocuğun fonksiyonel durumu ve annenin depresyonu dolayısıyla umutsuzluğu arasındaki ilişkiyi hafiflettiği bulunmuştur. Yapılan bu araştırma sonucunda sosyal destek arama arttıkça umutsuzluk düzeyinin de azaldığı bulundu (Tablo 40, $p<0,05$). Bu bulgu yapılan çalışma bulgusuyla uyumludur. Bazı anne- babalar bu duruma daha kolay bir adaptasyon süreci geçirerek ruh sağlığı daha az zedelenirken bazılarının ise engelli çocukları ile yaşadıkları problemlerle daha güç başa çıkabildikleri, çocuğun bakım yükünün ebeveynlere ağır gelmesinden ve gelecek hakkında daha karamsar olduklarından kaynaklandığı düşünülebilir.

Şengül ve Baykan'ın (2013) çalışmasında zihinsel engelli çocukların annelerinde depresyon anksiyete ve stresle başa çıkma tutumları özrün derecesinin stresi yordayan önemli bir etken olduğunu bulmuşlardır ($p<0,05$). Eğitilebilir çocuk yerine özürlü çocuğa sahip olmanın stresi artıran bir faktör olduğunu bulmuşlardır. Aileler stresli uzun süre olarak yaşadıkları bu sorunla baş etmede yetersiz kaldıkları için çeşitli duygusal ve davranışsal sorunlar yaşayabilmektedir. Bilal ve Dağ'ın (2005) eğitilebilir düzeydeki zihinsel engelli 83 çocuğun ebeveynleri ve fiziksel ya da zihinsel yetersizliği olmayan 91 çocuğun ebeveynleri ile incelediği çalışmada, engelli çocuğa sahip annelerin sağlıklı çocuğa sahip annelere göre bilişsel-duyuşsal stres belirtilerini daha fazla yaşadıkları buna karşın stresle başa çıkma açısından ise anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Yapılan bu çalışmada bilişsel düzeyi artan ebeveynlerin problem çözme düzeylerinde azalma olduğu saptanmıştır. Bu bulgu yapılan çalışma bulgusuyla uyumlu değildir. Özel gereksinimli çocuğa sahip ebeveynlerin çocuk bakımına bağlı sorun ve umutsuzluğu daha yoğun yaşamalarına rağmen anne ve babaların başa çıkmakta zorlanmalarında bireysel stres ve umutsuzluğun yer aldığı görülmektedir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar şöyle özetlenebilir;

- Ebeveynlerin demografik özelliklerden ebeveynin ve çocuğun yaşının sürekli kaygı düzeyini etkilemediği belirlendi.
- Çocuktaki şant değişme durumunun ebeveynlerin durumluk kaygı durumunu anlamlı düzeyde arttırdığı saptandı. Şant değişme nedeni enfeksiyon olanların durumluk kaygı puanları, şant değişme nedeni değişiklik yok olanların durumluk kaygı puanlarından yüksek olduğu saptandı.
- Ebeveynlerin umutsuzluk düzeyi artarken başa çıkma stratejisi düzeyinin azaldığı görüldü.
- Çocukla ilgilenen başka bir kişi olanların başa çıkma stratejileri olmayanlara oranla yüksek düzeyde anlamlı bulundu..
- Ebeveynlerin durumluk kaygı, sürekli kaygılarını algılanan ekonomik durum etkilemediği görüldü.
- Ebeveynlerin kaygılarının çocuk sayısı ile anlamlı bir ilişkisi olmadığı saptandı.
- Durumluk kaygı, sürekli kaygı ile kaçınmanın zayıf derecede etkilediği görüldü. Ebeveynlerin durumluk kaygı düzeyi kaçınma duygusunu arttırırken sürekli kaygı düzeyinin kaçınma düzeyini azalttığı bulundu..
- Umutsuzluk toplam puanı ile motivasyonel ve bilişsel alt boyutları arasında yüksek derecede pozitif anlamlı bir ilişki bulundu.
- Ebeveynlerin başa çıkma stratejisinin problem çözme ve kaçınma alt boyutu arasında yüksek derecede pozitif anlamlı bulundu.
- Ebeveynlerin durumluk kaygı düzeyinin başa çıkma stratejileri düzeyini etkilemediği, ancak sürekli kaygının başa çıkma stratejilerini negatif yönde yani azalttığı görüldü.
- Beck Umutsuzluk Ölçeği'nin duygusal, motivasyonel, bilişsel alt boyutlar ile problem çözme becerileri kıyaslandığında anlamlı düzeyde fakat zayıf olduğu bulundu. Ebeveynlerin duygusal ve bilişsel düzeyi problem çözme düzeyini azaltırken, motivasyonel düzeyi problem çözme düzeyini etkilemediği saptandı.

Bu sonuçlar doğrultusunda öneriler;

-Kalıcı şantı olan çocuğa sahip ebeveynlerin kaygı düzeylerinin yüksek olması şant sürecinin uzun olması ve bu seyir süreci hakkında yeterli bilgiye sahip olunamadığından ebeveynlerin kalıcı şant hakkında bilgi düzeylerinin artırılması,

-Danışman hemşirelerin ebeveynlerin sorunları hakkında bütüncül yaklaşarak bireysel özelliklerin de göz önünde bulundurularak olumlu ve kabul edici yaklaşımların sağlanması,

-Hastalık ve süreci hakkında yeterli bilgiye sahip ebeveynler için problem çözme becerilerinin geliştirilmesi konusunda desteklenmesi,

-Ebeveynlerin yoğun kaygı ve umutsuzlukla başa çıkmaları için desteklenmesi ve gerekirse psikolojik destek almaya yönlendirilmesi önerilebilir.

8. KAYNAKLAR

1. Akandere M, Acar M, Baştuğ G. Zihinsel Engelli ocuğa Sahip Anne ve Babaların Yaşam Doyumu Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2009;(22): 23-32.
2. Akıncı Aydoğan A, Özürlü ocuğu Sahip Olan Anne Babaların Umutsuzluk Düzeylerinin Belirlenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü 1999;Ankara.
3. Aktürk Ü. Engelli ocuğu Olan Anne-Babaların Kaygı Düzeyi ve Başa ıkma Stratejilerinin Değerlendirilmesi. İ. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, Malatya (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Rukuye Aylaz).
4. Aring E, Andersson S. et al. Vision İn Children With Hydrocephalus Developmental Medicine Child Neurology 2006;(48): 836–841.
5. Aysan, F. Başa ıkma Stratejileri Ölçeğinin Türkçe Formunun Oluşturulması. Ege Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1994;3(1),113-120.
6. Bakar Erdoğan E, Bakar B, Akalan N. Hidrosefali Tanısı İle İzlener Operedilmiş Bir Grup Hastanın Zeka Profili. Türk Nöroşirurji Dergisi 2007; 17(3): 193-200.
7. Beck A T, Emery G, Greenberg R L. Çeviren: Öztürk V. Anksiyete Bozuklukları Ve Fobiler: Bilişsel Bir Bakış Açısı. 2. Baskı. Litera Yayıncılık, İstanbul; 2011.
8. Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Steer R. Relationship Between Hopelessness and Ultimate Suicide: A Replication With Psychiatric Outpatients. American Journal Of Psychiatry 1990;142 (2): 190-195.
9. Bilal E, Dağ İ. Eğitilebilir Zihinsel Engelli Olan ve Olmayan ocukların Annelerinde Stres, Stresle Başa ıkma ve Kontrol Odağının Karşılaştırılması. ocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 2005 12(2); s:56-68.
10. Bilginer B, Çataltepe O. Hidrosefali: Sınıflama, Patofizyoloji ve Tedavisi. Kofralı E, Zileli M(editörler). Temel Nöroşirurji Dergisi Yayınları, 1. Basım, Ankara;2010, s: 1899-1910.
11. Birol L. Hemşirelik Süreci. 4. Baskı. İzmir: Bozkaya Matbacılık; 2000.

12. Boran BO, Kızılçay G, Bozbuğa M. Ventriculoperitoneal Shunt Dysfunction. Türk Nöroşirürji Dergisi 2005;15 (2): 148-151.
13. Cartwright C,Wallace D.C. editors. Nursing Care of the Pediatric Neurosurgery Patient. 1st ed. Springer, New York 2007; s:29-65.
14. Cemil B, Tun K, Gürçay GA, Polat Ö, Kaptanoğlu E. Ventrikülo-Atrial fiyant Malpozisyonu: Olgu Sunumu. Türk Nöroşirürji Dergisi 2008;18(2): 151-154.
15. Coffey JS. Parenting a child with chronic illness: a metasyntesis. Pediatric nursing. 2006; 32(1): 51.
16. Coşkun Y, Akkaş G. Engelli Çocuğu Olan Annelerin Sürekli Kaygı Düzeyleri İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki. Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi 2009; 10 (1): 213-227.
17. Cüceloğlu D. İnsan Davranışları Ve Psikolojinin Temek Kavramları. İstanbul: Remzi Kitapevi; 2005.
18. Çelebioğlu A, Polat, S. Hiperbilirubinemi Nedeniyle Hastaneye Yatırılan Yenidoğanların Annelerinin Kaygı Düzeyi, Etkileyen Faktörler Ve Bilgilendirmenin Kaygıyı Azaltmadaki Rolü. Journal Of Anatolia Nursing And Health Sciences 2008; 11 (2): 47-54.
19. Çelen R. Prematüre Bebeği Olan Anne Ve Babaların Kaygı Düzeyleri Ve İlişkili Faktörler. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi,2013,Konya (Danışman: Doç. Dr. Fatma Taş Arslan).
20. Çelik Ü, Alhan E. Serebrospinal Sıvı Şant Enfeksiyonları ve Tedavisi. Çocuk Enfeksiyon Dergisi.2009; (3)1: 19-24.
21. Çengelci B. Otizm ve Down Sendromlu Çocuğa Sahip Annelerin Kaygı, Umutsuzluk ve Tükenmişlik Duygularının Karşılaştırılması. Ege Eğitim Dergisi 2009;10 (2):1-22.
22. Dereli E. Zihinsel Yetersizliği Olan ve Olmayan Okul Öncesi Dönem Çocukların Anne-Babalarının Benlik Saygısı, Kaygı Düzeyleri ve Anne-Baba Tutumlarının Bazı Değişkenler Açısından Karşılaştırılması. International Journal of Social Science. 2012; 5 (5): 475-491.

23. Doğru Yıldırım SS, Arslan E. Engelli Çocuğu Olan Annelerin Sürekli Kaygı Düzeyi İle Durumluk Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2008; (19): 543-553.
24. Dönmez N, Bayhan P, Artan İ. Engelli Çocuğa Sahip Ailelerin Beklentileri ve Endişe Duydukları Konuların İncelenmesi. Sosyal Hizmetler Dergisi 2000;(11):16-24.
25. Drake JM, Saint-Rose C. The Shunt Book Çeviren: Çelik SE. Şant Kitabı. 1. Basım, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd.Şti., İstanbul; 2002, s:3-7
26. Erbaş A. Şantlı Olan Hidrosefalili Çocuklara Sahip Ailelerin Yaşadıkları Güçlükler. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi 2012, Ankara (Danışman: Doç.Dr. Hülya Bulut).
27. Erdemir F. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 2005.
28. Erdoğan Bakar E, Taner Y, Bakar B. Hidrosefali Tanısı Konan Çocuklarda Nöropsikolojik Değerlendirme: Literatürün Gözden Geçirilmesi. Anatolian Journal of Psychiatry 2010; 11(1): 68-75.
29. Eroğlu A, Eseoğlu M, Yalçın E, Atabey C. Hidrosefali Tanısı İle Ventriküloperitoneal Şant Takılan 47 Olguda Şanta Bağlı Gelişen Komplikasyonların Değerlendirilmesi. Türk Nöroşirurji Dergisi 2016;26 (1): 36-39.
30. Fazlıoğlu K. Epilepsisi Olan Çocukların Aile İşlevleri, Anne, Babalarındaki Kaygı ve Başa Çıkma Tutumları. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008, Trabzon (Danışman:Yard. Doç.Dr. Çiçek Hocoğlu).
31. Flury T, Aebi C, Donati F, Febrile Seizures and Parental Anxiety: does information help swiss med wkly 2001;131:556-560
32. Folkman S, Lazarus RS. If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. Journal of Personality and Social Psychology 1985; (48): 150-170.
33. Gedik A. Nöroşirurji Hastalarında Ameliyat Öncesi Ve Sonrası Kaygı Düzeyinin Belirlenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Nevin Kanan).

34. Görgü, U.E. Bir Başa Çıkma Mekanizması Ya Da Ruh Sağlığı Koruyucu Bir Yaklaşım Olarak Sosyal Destek, Psikolojik Danışmanlık Ve Rehberlik Dergisi 2006;2(12): 38-45
35. Gürsoy A A. Ameliyat Öncesi Kaygı Düzeyleri ve Kaygıya Neden Olabilecek Etmenlerin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, 2001, Ankara (Danışman:Prof. Dr. H Çavuşoğlu).
36. Herdmann TH, Craft-Rosenbaerg M, Clasification o the Nanda/Ndec Relatonship Nuring Diagnosis 2000;11: 32-33.
37. Holditch-Davis P, Miles MS, Mothers' stories about their experiences in the neonatal intensive care unit. Neonatal Network 2000 19(3): 13-21
38. İzci Y. Şant Fizyolojisi. Türk Nöroşirürji Dergisi 2013; 23(2):195-201.
39. Karakaş A, Kekemelik Tanısı Alan Çocukların Ebeveynlerinin Yaşadığı Kaygı Düzeyleri ile Başa Çıkma Stratejileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Turgut Özal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi,2016, Ankara (Danışman: Yard. Doç.Dr. Mesut Kaya).
40. Karataş M. A, Dağtekin A, Avcı E, Bağdatoğlu C. Şant Disfonksiyonları. Türk Nöroşirürji Dergisi 2013; 23 (2): 202-207.
41. Karayağız F, Altuntaş M, Güçlü Y A, Yılmaz T T, Öngel K. Cerrahi Servisinde Yatan Hastalarda Görülen Anksiyete Dağılımı. Smyrna Tıp Dergisi 2011; 22-26.
42. Kartopu S. Kaygının Kader Algıları İle İlişkisi. Gümüşhane Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi 2013;2(3): 238-260.
43. Kazak Anne E, Marvin Robert S, Differences, Difficulties and Adaptation: Stress and Social Networks in Families with a Handicapped Child. National Council on Family Relations 1984; 33(1): 67- 77.
44. Keskin G, Bilge A, Engin E, Dülgerler Ş. Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Anne-Babaların Kaygı, Anne-Baba Tutumları ve Başa Çıkma Stratejileri Açısından Değerlendirilmesi. Anatolian Journal of Psychiatry 2010; 11(1):30-37.
45. Korfalı E, Ziyal İ, Zileli M, Ünlü A, editörler. Temel Nöroşirürji. Türk Nöroşirürji Derneği Yayınları, Ankara; 2010.

46. Manuel J, Stress and Adaptation Ğn Mothers of Children with Cerabral Palsy. Journal of Pediatric Psychology, 2003;28(3):197-201.
47. Mutluer S. Definition of Hydrocephalus and CSF Circulation. Türkiye Klinikleri Journal Neurosurg-Special Topics; 2015;5(1):4-6.
48. Naderi S, Yüceer N, Türkiye’de Hidrosefalinin Kısa Geçmişı Üzerine. Türk Nöroşirürji Dergisi 2005; 15(1): 96-99.
49. Naidic TP. Radiographic classification and gross morphologic feature of hydrocephalus. Oxford: blackwell scientific, 1986:505-539.
50. Önder A., Kavurma C., Çelmeli G., Sürer Adanır A., Özatalay E. Assessment Of Psychopathology, Quality Of Life And Parental Behaviours Of Children And Adolescents With Obesity 2018; 8(1): 51-58
51. Öner N, Le Compte A. Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri El Kitabı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Matbaası; 1983.
52. Özdamar K, Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi. Kaan Kitabevi, Eskişehir; 2004.
53. Özdaş T, Olgun N. Kemik İliğı Nakli Planlanan Hastaların Umutsuzluk Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 2015;2(1): 12-21.
54. Özgen T, Ziyal İ. Acil Nörosirürji. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara; 2009.
55. Özyazıcıoğlu N, Güdücü Tüfekçi F. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebekleri Bakım Alan Ebeveynlerin Kaygı Ve Umutsuzluk Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009;12 (4): 66-73.
56. Palaz C, Şant Ameliyatı Geçiren Çocuk Hastalar İçin Hemşire İzlem Formu Geliştirilmesi ve Bakıma Etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, İzmir (Danışman: Doç. Dr. Meryem Yavuz).
57. Powers CJ, George T, Fuchs HE. Constipation as a reversible cause of ventriculoperitoneal shunt failure: Report of two cases. Journal of Neurosurgery: Pediatrics, 2006;105(3): 227-230

58. Rimmerman A, Duvdevany I, Coping Resources Of Mothers of Integrated and Non-Integrated Pre-Schoolers with Developmental Disabilities. *The British Journal of Developmental Disabilities*,1995, 41(80);s:42-47
59. Seber G, Dilbaz N, Kaptanoğlu C, Tekin D. Umutsuzluk Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenirliği. *Kriz Dergisi* 1993;1(3): 134-142.
60. Seltzer M.M, Krauss M.W, Tsunematsu N, Adults with Down Syndrome and Their Aging Mothers: Diagnostic Group Differences. *American Journal on Mental Retardation*, 1993;97(5) s:496-508
61. Spielberger C D. Theory And Research On Anxiety. In: Spielberger C D, Ed. *Anxiety And Behavior*. New York: Academic Press 1966, P:3-20.
62. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. *Biyoistatistik*. 15. Basım, Hatiboğlu Yayınevi; Ankara, 2012.
63. Şengül G, Tüzün Y, Duman S, Çalıkoğlu Ç, Çakır M. Hidrosefali Tedavisinde Endoskopik Üçüncü Ventrikülostomi. *Türk Nöroşirurji Dergisi* 2012;22 (2): 71-75.
64. Şengül S, Baykan H. Zihinsel Engelli Çocukların Annelerinde Depresyon, Anksiyete ve Stresle Başa Çıkma Tutumları. *Kocatepe Tıp Dergisi* 2013; 14 (1) 30-39.
65. Tercanlı N, Demir V. Beck Umutsuzluk Ölçeğinin Çeşitli Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012; 1 (1): 29-40.
66. Üçler N. Hidrosefalik Yenidoğanlarda Ventriküloperitoneal Şantın Tiroid Fonksiyonları Üzerine Olan Etkileri. *Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi*, 2013, Elazığ (Danışman: Doç. Dr. Fatih Serhat Erol).
67. Yakar H. Hidrosefalik İnfantlarda Beyin Omurilik Sıvısı NGF Düzeyleri ile Transkranyal Doppler Bulguları Arasındaki İlişki. *Fırat Üniversitesi, Uzmanlık Tezi*, 2007, Elazığ (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Fatih Serhat Erol).

68. Yavuz Z. Afyon İlindeki Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Hastanın Preoperatif Dönemdeki Bakımı Ve Ameliyata Hazırlığı Hakkında Bilgi Düzeylerinin Saptanması. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2004, Afyon (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Sezgin Yılmaz).
69. Yıldırım Doğru S.S, Durmuşoğlu N, Turan E, Zihin ve İşitme Engelli Çocukların Ailelerinin Kaygı Düzeyi ve Yaşam Kaliteleri Yönünden Karşılaştırılması 1. Uluslararası Ev Ekonomisi Sürdürülebilirlik Gelişme ve Yaşam Kalitesi Kongresi. 2006, Ankara; s:377-382

9.EKLER

Ek -1 Şanlı Çocuğa Bakım Veren Bireye Yönelik Veri Toplam Formu

Ek-2 Şanlı Çocuğa Yönelik Veri Toplam Formu

Ek-3 Spielberger'in Sürekli-Durumluk Kaygı Envanteri

Ek-4 Beck Umutsuzluk Ölçeği

Ek-5 Başa Çıkma Stratejisi Ölçeği

Ek-6 Gönüllü Bilgilendirme Formu

Ek-7 Gönüllü Onay Formu

Ek-8 Etik Kurul Onayı

Ek-9 Kurum Onayı

Ek-10 Beck Umutsuzluk Ölçeği Kullanım İzni

Ek-11 Başa Çıkma Stratejisi Ölçeği Kullanım İzni

Ek-12 Kongre Bildirisi

EK-1 ŞANTLI ÇOCUĞA BAKIM VEREN BİREYE YÖNELİK VERİ TOPLAM FORMU

1. Yaşınız
2. Medeni haliniz nedir?
 - a) Evli
 - b) Dul
 - c) Boşanmış
 - d) Bekar
3. Öğrenim durumunuz nedir?
 - a) Okuryazar değil
 - b) Okur-yazar
 - c) İlkokul
 - d) Ortaokul
 - e) Lise
 - f) Üniversite
4. Mesleğiniz nedir?
5. Sosyal güvenceniz var mı?
 - a) Var
 - b) Yok
6. Ekonomik durumunuz nasıl?
7. Çocuğunuzun masrafları için ortalama ne kadar ek harcama yapmanız gerekiyor?.....
8. Yaşadığınız yer neresi?
9. Hastaya yakınlık dereceniz nedir?
10. Kaç çocuğunuz var?
11. Evde bakımını üstlendiğiniz başka kişiler var mı?
 - a) Evet
 - b) Hayır
12. Çocukla sizden başka ilgilenen biri var mı?
 - a) Evet
 - b) Hayır

EK-2 ŞANTLI ÇOCUĞA YÖNELİK VERİ TOPLAM FORMU

1. Çocuğunuz kaç yaşında?.....
2. Çocuğunuz niçin şant ameliyatı oldu?
3. Çocuğunuzun ne kadar süredir şantı var?
4. Şant tipi nedir?
 - a) Ventrikulo-atrilyal
 - b) Ventrikulo-peritoneal
 - c) Diğer
5. Çocuğunuzun kaç kere şantı değişti?.....
6. Çocuğunuzun şantı niçin değişti?
 - a) Enfeksiyon nedeniyle
 - b) Şant tıkanıklığı nedeniyle
 - c) Boyu uzadığı için şant kısa geldiği için
 - d) Diğer.....
7. Çocuğunuzun şantı değişmeden önce siz hangi belirtileri fark ettiniz?
.....
8. Çocuğunuzun bu hastalıktan başka ek bir hastalığı var mı ?
 - a) Evet
 - b) Hayır

EK-3 DURUMLUK-SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

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

Aşağıdaki kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da **genel olarak** nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki alternatiflerden en uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtiniz.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıtırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-4 BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ (BUÖ)

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Size uygun olanlar için "Evet", uygun olmayanlar için ise "Hayır" sütununun altındaki kutuyu () işaretleyiniz.

	<u>Evet</u>	<u>Hayır</u>
1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum		
2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur		
3. İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor		
4. Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum		
5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var		
6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum		
7. Geleceğimi karanlık görüyorum		
8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum		
9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok		
10. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı		
11. Gelecek, benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor		
12. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum		
13. Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.		
14. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor		
15. Geleceğe büyük inancım var		
16. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur		
17. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi		
18. Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor		
19. Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum		
20. İstedğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim		

EK-5 BAŞA ÇIKMA STRATESİ ÖLÇEĞİ

Herhangi bir probleminizi aklınızda tutarak, nasıl basa çıktığınızı sizin için en uygun kutuyu işaretleyerek belirtiniz. Bazı sorular benzer olsa da lütfen her bir maddeyi işaretleyiniz.

1.	Duyularınızı bir arkadaşına açtınız?	Çok	Biraz	Hiç
2.	Probleminizin en iyi şekilde çözülmesi için çevrenizdeki şeyleri yeniden düzenlediniz?	Çok	Biraz	Hiç
3.	Ne yapacağınıza karar vermeden önce bütün olası çözümleri aklınızda tartıştınız?	Çok	Biraz	Hiç
4.	Aklınızı problemden uzaklaştırmaya çalıştınız?	Çok	Biraz	Hiç
5.	Herhangi bir kimsenin size sempati ve anlayış göstermesini kabul ettiniz?	Çok	Biraz	Hiç
6.	Yaşadığınız şeylerin gerçekten ne kadar kötü olduğunu başkalarının görmemesi için elinizden geleni yaptınız?	Çok	Biraz	Hiç
7.	Konu ile ilgili olarak başkalarıyla konuştunuz, çünkü bu konuda konuşmak kendinizi daha iyi hissetmenize yardımcı oldu?	Çok	Biraz	Hiç
8.	Durumla başedebilmek için kendinize bazı amaçlar belirlediniz?	Çok	Biraz	Hiç
9.	Seçeneklerinizi çok dikkatli bir biçimde tarttınız?	Çok	Biraz	Hiç
10.	Daha iyi zamanlarla ilgili hayaller kurdunuz?	Çok	Biraz	Hiç
11.	Problemi çözmek için işe yarayan çözümü bulana dek değişik yolları denediniz?	Çok	Biraz	Hiç
12.	Korku ve kaygılarınızı bir arkadaşınıza veya akrabamıza açtınız?	Çok	Biraz	Hiç
13.	Zamanınızı, her zamankinden çok, yalnız olarak geçirdiniz?	Çok	Biraz	Hiç
14.	Sadece konuşmak bile bazı çözümlere ulaşmanıza yardım ettiği için, (yaşadığınız) durumla ilgili olarak konuştunuz?	Çok	Biraz	Hiç
15.	Durumu düzeltmek için ne yapılması gerektiğini düşündünüz?	Çok	Biraz	Hiç
16.	Tüm dikkatinizi problemin çözümüne yönelttiniz?	Çok	Biraz	Hiç
17.	Aklınızda bir eylem planı şekillendi?	Çok	Biraz	Hiç

18.	Her zamankinden daha fazla televizyon seyrettiniz?	Çok	Biraz	Hiç
19.	Kendinizi daha iyi hissetmeniz için birisine (Arkadaş/profesyonel bir kişi) gittiniz?	Çok	Biraz	Hiç
20.	Olayda gerçekleşmesini istediğiniz şey için kesin kararlılık gösterdiniz ve savaştınız?	Çok	Biraz	Hiç
21.	Genel olarak insanlarla birlikte olmaktan kaçındınız?	Çok	Biraz	Hiç
22.	Kendinizi bir uğraş (hobi) veya bir spor etkinliğine gömerek problemden kaçındınız?	Çok	Biraz	Hiç
23.	Problemle ilgili olarak daha iyi hissetmenize yardımcı olması için bir arkadaşınıza gittiniz?	Çok	Biraz	Hiç
24.	Durumu nasıl değiştirebileceğinizle ilişkin olarak bir arkadaşınızın tavsiyesine başvurduunuz?	Çok	Biraz	Hiç
25.	Aynı problemi yaşamış olan arkadaşlarınızın anlayış ve sempatisini kabul ettiniz?	Çok	Biraz	Hiç
26.	Her zamankinden daha fazla uyudunuz?	Çok	Biraz	Hiç
27.	“Her şey daha farklı olabilirdi” diye hayal kurdunuz?	Çok	Biraz	Hiç
28.	Romanlardaki veya filmlerdeki karakterlerle özdeşim kurdunuz?	Çok	Biraz	Hiç
29.	Problemi çözmeye çalıştınız?	Çok	Biraz	Hiç
30.	İnsanların sizi kendi başınıza bırakmasını istediniz?	Çok	Biraz	Hiç
31.	Arkadaşınız veya akrabanız size yardımcı oldu?	Çok	Biraz	Hiç
32.	Sizi en iyi tanıyan kişilerden size güvence vermelerini istediniz?	Çok	Biraz	Hiç
33.	Ani hareketlerde bulunmaktansa dikkatlice bir hareket tarzı planladınız?	Çok	Biraz	Hiç

EK-6 GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU

“Kalıcı Şantı Olan Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Kaygı ve Umut Düzeyi ile Başa Çıkma Stratejileri” başlıklı bu araştırma, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Gamze Bayır ve danışmanı Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR tarafından planlanmıştır.

Bu araştırma kapsamında sizden bir anket formu doldurmanız istenecektir. Bu formu doldurmanız yaklaşık 10-20 dakika sürecektir.

Bu çalışmaya katılma ya da katılmama ya da istediğiniz zaman çıkma hakkına sahipsiniz. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğinizi önceden bildirmeniz daha uygun olacaktır.)

Araştırmayı kabul etmemeniz durumunda veya herhangi bir nedenle araştırmadan çıkarılmanız veya çıkmanız halinde, hastalığınız ile ilgili tedavinizde hiç bir aksama olmayacaktır.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili sizden herhangi bir para talep edilmeyecek veya size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katıldığınız takdirde araştırmacılar ile aranızda kalması gereken size ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında ve sonrasında büyük özen gösterilecektir. Araştırma kapsamında elde edilen bilgiler herhangi bir şekilde, herhangi bir kurum veya kişiye başka bir amaçla verilmeyecektir.

Bir soru ya da sorun olduğunda temas kurulacak kişi Gamze BAYIR’dır.

Tel: 0506 2636258

Gönüllü Adı Soyadı

İmza/Tarih

Araştırmacının Adı Soyadı

İmza/Tarih

EK-7: GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Sayın Prof.Dr. Şule ECEVİT ALPAR ve Gamze BAYIR tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacılar ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum.

Araştırmayla ilgili bir soru ya da sorun olduğunda temas kurulacak kişi Gamze Bayır'ı 0506 263 62 58 numaralı telefondan arayabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararımı aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalamış bulunduğum bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Açıklamaları yapan araştırmacının adı-soyadı, imzası

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin adı-soyadı, imzası, görevi

EK-8 ETİK KURUL ONAYI



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Etik Kurulu

PROJENİN ADI: Kalıcı Şartlı Olan Çocuga Sahip Ebeveynlerin Kaygı ve Ümit Düzeyi ile Başa Çıkma Stratejileri
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ: Prof.Dr. Şule Ecevit ALPAR
PROJEDEKİ ARAŞTIRICILAR: Gamze BAYIR
ONAY TARİHİ VE ONAY SAYISI: 22.06.2015-14

Sayın Prof.Dr. Şule Ecevit ALPAR

95 protokol no.lu "Kalıcı Şartlı Olan Çocuga Sahip Ebeveynlerin Kaygı ve Ümit Düzeyi ile Başa Çıkma Stratejileri" isimli projenin Enstitümüz Etik Kurulu tarafından incelendiği ve etik yönünden uygunluğuna karar verilmiştir.

Prof. Dr. Feyza ARÇIOĞLU
Komisyon Başkanı

Prof. Dr. İnel ALICAN

Prof. Dr. Hilmi ASÇI

Prof. Dr. Dilşad SAVA

Doç. Dr. Tolga GÜVEN

Yrd. Doç. Dr. Emel UĞURLU

Prof. Dr. Sema AKYÜZ

Prof. Dr. Ufuk YURDALAN

Doç. Dr. Nermin BAĞÇECİK

Doç. Dr. Hakkı ARKAN

Yrd. Doç. Dr. Betül OKUYAN



Marmara Üniversitesi
Etiler Kampüsü, Bursa
Etiler Kampüsü, Bursa
Etiler Kampüsü, Bursa

0216 444 44 2011 / 2012
0216 444 44 21

mailto:etik@marmara.edu.tr
http://etik.marmara.edu.tr

Acıbadem Etik Kurulu
DR. İLHAN

EK-9 KURUM ONAYI

Devlet Tarih ve Sayısı: 18/08/2015-24012

Devlet Tarih ve Sayısı: 18/08/2015-22137



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
İstanbul İl Anadolu Güney Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 13778018-730-
Konu: Araştırma ve Anket Çalışması Üzeri İB.
(Gazuo BAYIR)

SAĞLIK BAKANLIĞI MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

İlg: 15/03/2015 tarihli ve 12811 sayılı yazınız. ^{1/2015}

Marmara Üniversitesi Hemşirelik Enstitüsü Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencilerinden Gazuo BAYIR'ın, "Kafası Şunu Olan Çocuğa Sağlık Ebeveynlerin Kaygı ve Uzun DÖnemi İle Başa Çıkma Stratejileri" konusunda araştırmasını, Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapması talepleri, 04/08/2015 tarihli Bilimsel Araştırma ve Değerlendirme Komisyonunda isletimsel ekip, komisyonunda alınan kararla çalışmasını, Anabilim Dalı Başkanlığı tarafından uygun görüldüğü takdirde yapılmasına karar verilmiştir. İB- bağlarında alınan onaydan sonra çalışmasını Ağustos 2015 Kasım 2015 tarihleri arasında tamamlamasını, ilgili bilgilere dayandırması ve gerekli kolaylığı sağlamanı hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Celal ŞAHİN
Genel Sekreter a.
Kırtı Hizmetler Başkanı

İstanbul İl Anadolu Güney Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
17 Ağustos 2015

Başvuru ve İletişim - Anketler Etilik İstasyonu/334100001

İletişim: 0212 411 20 20 Faks: 0212 411 00 01

e-Posta : 15.alfan@genel.sekretarlik.gov.tr veya 15.alfan@genel.sekretarlik.gov.tr

Elektronik belge gönderme için: 15.alfan@genel.sekretarlik.gov.tr veya 15.alfan@genel.sekretarlik.gov.tr

Bu belge, 5072 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre geçerlidir. Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Ayrıntılı bilgi için lütfen Bakiye A.1.2100142

İletişim: 0212 411 20 20

Fax: 0212 411 00 01

Foto: 0212 411 00 01

EK-10 BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

Ynt: ÖLÇEK İZNİ

Gönderen: Aysegul.Durak.Batigun@ankara.edu.tr <Aysegul.Durak.Batigun@ankara.edu.tr>

Gönderildi: 10 Temmuz 2015 Cuma 08:47

Kime: Gamze BAYIR

Konu: Re: ÖLÇEK İZNİ

Sayın Bayır,

Söz konusu ölçeği bilimsel çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar...

Prof. Dr. Ayşegül Durak Batigün

EK-11 BAŞA ÇIKMA STRATEJİSİ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

Re: Ölçek İzni



FERDA AYSAN <aysanferda@gmail.com>

8.04.2017 (Cmt) 19:31

Kime: Gamze BAYIR (gmzbyr.58@hotmail.com) ↗

Gelen Kutusu

8.04.2017 20:41 tarihinde yanıt verdiniz.

Sayın Gamze Bayir

leği kullanabilirsiniz .. Çalışmalarınızda basarılar dilerim

iPhone'umdan gönderildi

EK-12 KONGRE BİLDİRİSİ



Bildiri Ozetiniz Hakkında

1 ileti

2016THBK <thbk2016@alpreyal.com.tr>
Alıcı: gmzbyr.58 <gmzbyr.58@hotmail.com>

15 Tem 2016 Cum, 15:37

Sayın Gamze Bayır,

13-15 Ekim 2016 tarihleri arasında Bodrum'da düzenlenecek olan **4. Temel Hemsirelik Bakımı Kongresi**'ne gösterdiğiniz ilgi için teşekkür ederiz.

Kongremize göndermiş olduğunuz "**Kalıcı Sancı Olan Cocuğa Sahip Ebeveynlerin Kaygı ve Umut Düzeyi ve Basa Çıkma Stratejileri**" başlıklı "0379" numaralı bildiri özetiniz bildiri değerlendirme kurulu tarafından elektronik ortamda değerlendirilerek **Sozlu Sunum** olarak kabul edilmiştir.

Bildirilerin kongrede sunulabilmesi ve bildiri özet kitabında yer alabilmesi için 15 Ağustos 2016 tarihine kadar en az 3 günlük olmak üzere kongre kaydı yapılması zorunludur.

Bildirinizin sunum tarih ve saati konusunda bilgilendirme ilerleyen tarihlerde yapılacaktır.

Kongremiz sizin katılımınızla daha da güçlenecek ve bilimsel hedefine ulaşacaktır.

Başarılarınızın devamını dileriz.

Düzenleme Kurulu

abstractModule powered by Minduce
<http://www.abstractModule.com/2016thbk>



Bildiri Kitabı

Hemşireliğin Sesi: Bakım

4. TEMEL HEMŞİRELİK BAKIMI
KONGRESİ

BODRUM, TÜRKİYE 2017
www.thbk2016.org

uluslararası katılımlı



www.thbk2016.org



[S-70]

Kalıcı Şantlı Olan Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Kaygı ve Umut Düzeyi ve Başa Çıkma Stratejileri

Gamze Bayır, Şule Ecevit Alpar

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Amaç: Araştırma, kalıcı şantlı olan çocuğa sahip anne babaların kaygı düzeylerinin belirlenmesi ve bu kaygı ile başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapıldı.

Gereç-Yöntem: Tanımlayıcı tipte uygulanan bu araştırmanın örneklemini, 25 Haziran- 25 Eylül 2015 tarihleri arasında bir eğitim ve araştırma hastanesi nöroşirürji bölümünde şant takılmış çocukların ebeveynleri olmak üzere 70 birey oluşturdu. Verilerin toplanmasında şantlı çocuğa bakım veren bireyin yönelik tanıtıcı bilgi formu, şantlı çocuğa ait tanıtıcı bilgi formu, Sürekli-Durumluk Kaygı Envanteri, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Başa Çıkma Stratejisi Ölçeği kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesi için Mann-Whitney U Testi ve Kruskal- Wallis Varyans Analizi kullanılmıştır. Araştırmanın yürütülebilmesi için bilimsel etik kuruldan, araştırmanın yapıldığı kurumdan ve araştırmaya gönüllü katılan bireylerden yazılı izin alınmıştır.

Bulgular: Şantlı çocukların yaşına bakıldığında %62.9 (n=44)'u 0-12ay, %18.6 (n=13) 12-24 ay ve %18.6 (n=13)'sının 24 ay ve üzeri olduğu tespit edildi. Çocukların çoğunluğunun (%81,4) hidrosefali nedeniyle şant ameliyatı olduğu, %38,5 (n=25)'inin sadece 1 kez, %1,5 (n=1)'inin 6 kez şantının değiştiği, şant değişim nedeninin de çoğunlukla (%56.9) şantın tıkanması olduğu belirlendi. Ebeveyn yaş ortalaması 30.77 ± 5.80 , ebeveyn öğrenim durumu %52.9 (n=37) ortaöğretim, %77.1 (n=54)'inin ekonomik durumu orta olduğu belirlendi. Ebeveynlerin kaygı toplam puanının 44.87 ± 4.97 olduğu, beck toplam puanının 10.08 ± 2.71 olduğu ve başa çıkma ölçeği toplam puanının 56.52 ± 6.7 olduğu belirlendi.

Sonuç: Araştırma sonucunda ebeveynlerin kaygı düzeyinin orta seviyede olduğu, kaygı düzeyi ile başa çıkma stratejileri ve umutsuzluk düzeyleri arasında anlamlı ilişki olmadığı tespit edildi.

Anahtar Kelimeler: şant, hidrosefali, kaygı düzeyi, umutsuzluk düzeyi, başa çıkma stratejileri

10.ÖZGEÇMİŞ

Adı	Gamze	Soyadı	Bayır
Doğum Yeri	Kangal	Doğum Tarihi	27.11.1988
Uyruğu	T.C.	Tel	05062636258
E-mail	gmzbyr.58@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans		
Lisans	Uludağ Üniversitesi	2011
Lise	Kangal Lisesi	2005

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Hemşire	Marmara Üniversitesi Pendik E. A. H.	2011-2018
Hemşire	Eskişehir Günyüzü Devlet Hastanesi	2018-Halen

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	iyi	orta	iyi

Yabancı Dil Sınav Notu

YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı			
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office	iyi

Diğer:

- 8.Uluslararası Katılımlı Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Kongre Katılım Sertifikası (Ankara, 2009)
- 9.Uluslararası Katılımlı Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Kongre Katılım Sertifikası (Muğla, 2010)
- Bilgisayar İşletmenliği Sertifikası 2010
- 29.Nöroşirurji Hemşirelik Kongresi Antalya, 2015
- 4.Temel Hemşirelik Bakım Kongresi Bodrum, 2017
- Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikası İstanbul, 2016

