T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Melahat AKGÜN KOSTAK

PEDİATRİ SERVİSİNDE YATAN ÇOCUKLARA PERİFERİK DAMAR YOLU AÇMA İŞLEMİ ÖNCESİNDE UYGULANAN TERAPÖTİK OYUN YÖNTEMİNİN ANKSİYETE VE KORKU ÜZERİNE ETKİSİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Buket DERLEYEN TAŞKIN

EDİRNE-2018

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Melahat AKGÜN KOSTAK

PEDİATRİ SERVİSİNDE YATAN ÇOCUKLARA PERİFERİK DAMAR YOLU AÇMA İŞLEMİ ÖNCESİNDE UYGULANAN TERAPÖTİK OYUN YÖNTEMİNİN ANKSİYETE VE KORKU ÜZERİNE ETKİSİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Buket DERLEYEN TAŞKIN

Tez No:

EDİRNE-2018

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

O N A Y

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde ve Doç. Dr. Melahat AKGÜN KOSTAK danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Buket DERLEYEN tarafından tez başlığı "PEDİATRİ SERVİSİNDE YATAN ÇOCUKLARA PERİFERİK DAMARYOLU AÇMA İŞLEMİ ÖNCESİNDE UYGULANAN TERAPÖTİK OYUN YÖNTEMİNİN ANKSİYETE VE KORKU ÜZERİNE ETKİSİ" olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı **16/08/2018** tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından **"Yüksek Lisans Tezi"** olarak kabul edilmiştir.

İmza
Prof. Dr. Ümmü ALDIZ FINDIK
JÜRİ BAŞKANI

İmza
Doç. Dr. Melahat AKGÜN KOSTAK
DANIŞMAN

İmza
Dr. Öğr. Üyesi Sibel YAŞAR
ÜYE

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Tammam SİPAHİ
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince bilgi ve deneyimleriyle beni yönlendiren değerli hocam, tez danışmanım Doç. Dr. Melahat AKGÜN KOSTAK'a, yüksek lisans eğitimimde emek veren tüm hocalarıma ve arkadaşlarıma, istatistik değerlendirme sürecinde destek aldığım Dr. Öğr. Üyesi Fatma Nesrin TURAN'a, araştırma verilerinin toplanması aşamasında desteklerinden dolayı Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi Pediatri Kliniği hemşirelerine ve hemşire Melike Küçük Akar'a, çalışmalarım boyunca her zaman yanımda olan annem, babam ve kardeşime, bu süreçte beni sabırla destekleyen eşim Süleyman Özgür Taşkın'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ……...……..…...1

GENEL BİLGİLER……...…….....4

HASTANE VE ÇOCUK……...….4

HASTANEYE YATMA VE ÇOCUK ÜZERİNE ETKİSİ……..…...5

HASTANEDE YAPILAN İŞLEMLER VE ÇOCUK ÜZERİNE ETKİSİ……...…..6

PERİFERİK DAMAR YOLU AÇMA İŞLEMİ…...…….……...….7

KORKU VE ANKSİYETE……..…….....8

YAŞ GRUPLARINA GÖRE KORKULAR VE TEPKİLER……...……...9

ÇOCUKTA AĞRI KONTROLÜ VE ATRAVMATİK BAKIM……...….....12

AĞRI KONTROLÜNDE FARMAKOLOJİK YÖNTEMLER……..….....14

AĞRI KONTROLÜNDE NONFARMAKOLOJİK YÖNTEMLER…….....15

OKUL ÇOCUĞU GELİŞİM DÖNEMİ VE TERAPÖTİK İLETİŞİM……...18

ÇOCUKLARIN YAPILAN İŞLEMLERE HAZIRLANMASININ ÖNEMİ….....21

OYUN TANIMI……..……..….23

TERAPÖTİK OYUN……..…….....….26

DRAMATİZASYON YÖNTEMİ…….....29

GEREÇ VE YÖNTEM…….……...……31

BULGULAR……...……...…..38

TARTIŞMA…….……...…..60

SONUÇ VE ÖNERİLER…….……..…..69

ÖZET…….……73

SUMMARY…….…….....75

KAYNAKLAR…….....77

ŞEKİLLER LİSTESİ……..……..…89

ÖZGEÇMİŞ……...……..91

EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

Ark: Arkadaşları

ÇDSKE: Çocuk Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

IASP: İnternational Association for the Study of Pain

IM: İntramüsküler

IV: İntravenöz

SC: Subcutan

SPSS: Statistical Package for the Social Science

TENS: Transkütanöz Elektriksel Sinir Stimülasyonu

TİKÖ: Tıbbi İşlem Korku Ölçeği

TV: Televizyon

GİRİŞ VE AMAÇ

Çocuklar farklı nedenlerle hastalanabilirler ve hastaneye yatmaları gerekebilir. Hasta olma ve hastaneye yatma çocuklar için her yaşta olumsuz etkilere yol açan ve tepkilere neden olan travmatik bir deneyimdir (1-4). Çocuklar birden kendilerini yabancı oldukları, hiç bilmedikleri ve birçok işlemin olduğu bir ortamın içinde bulabilirler (3,4). Bu olumsuzluklar çocuğun, bazı fiziksel ve psikososyal problemler yaşamasına yol açar ve bu sorunlar çözülmezse çocukların ileriki yaşamlarında kalıcı etkilere neden olur (5-7).

İnvaziv işlemler sonucu meydana gelen ağrı hasta olan tüm çocuklarda sıklıkla yaşanmaktadır. İnvaziv işlemlerin uygulaması sırasında çocuklar ağlamakta, çığlık atmakta, yaşadığı ağrı ve korkuyu belirtmekte, işlemleri ve tedaviyi reddetme gibi davranışlar göstermektedirler. Bunların sonucunda çocuklarda hastalığa, hastaneye, yapılacak işlemlere ve sağlık profesyonellerine yönelik korku oluşabilir (6,8). Daha önce ağrılı bir girişim yaşamış olan çocukta bu deneyim, daha sonraki girişimlerde deneyimleceği ağrı ve korkuyu olumsuz etkiler (9-13).

Hastalık ve hastaneye yatma okul çağı çocuğunda çok önemli olan bağımsızlığını, arkadaşlarıyla olan ilişkilerini, okul ve oyun aktivitelerini engellediği için kontrol kaybı yaşamasına ve bağımlılık hissine, bazı çocuklarda içe kapanma, pasif olarak her şeye boyun eğme ya da kızgınlık, öfke ve agresif davranışlar görülmesine yol açar (2,14,15). Okul dönemindeki çocuklar, vücut bölümleri, organları ve fonksiyonlarını merak ederler ve hastalıklar, kullanılacak aletler, uygulanacak tıbbi girişimler hakkında bilgi edinmek ve

sorular sormak isteyebilirler. Bu nedenle hemşirenin çocuğu ve ailesini çocuğun yaşına, önceki deneyimlerine, baş etme yeterliliğine uygun olarak etkin bir şekilde bilgilendirmesi gerekir (16,17).

Oyun; çocukların isteyerek yer aldığı, konusu, amacı, belli kuralı olan veya olmayan, çocuğun zihinsel, duygusal, sosyal, fiziksel açıdan bütün gelişimine ve büyümesine yardımcı olan ve hayatın içinden, tüm çocukların doyum sağladığı bir deneyimdir (18,19). Hastane ortamında en etkin iletişim aracı olan oyun çocuğun, korku ve endişelerini açıklaması, tedavi işlemlerini anlayabilmesi, rahatlaması, güven içinde hissetmesi ve enerjisini harcaması açısından önemlidir (18,20). Hastanede yatan çocukların oyun oynayamadıkları, ailelerinden ya da okuldan uzak kaldıkları ve çevreleri ile etkileşimleri kısıtlandığında; depresyon, büyüme ve gelişmede gerilik, öğrenmede güçlük, stres, hiperaktivite, apati, oryantasyon bozukluğu gibi sorunlarla karşılaştıkları bilinmektedir (10,21,22).

Çocuk sağlığı alanında büyük gelişmeler yaşanmakta ancak çocukların hastalıklarına yönelik işlemler ve girişimler halen travmatik, ağrı, acı ve endişe verici olmaktadır. Bu nedenle hastalık ve hastaneye yatma sonucu travma ile karşılaşan çocuklar ve ailelerinde oluşan stresi azaltmak amacıyla gerekli bakım ve eğitimin sağlanması önemlidir. Çocuk hemşireleri, çocuk üzerindeki bu travmatik etkiyi azaltmak için terapötik oyunu aktif olarak kullanmalıdırlar (14,22). Terapötik oyun hastalık ve hastaneye yatmanın yol açtığı travmayı azaltan, çocuğun kendini ifade etmesini kolaylaştıran, stresle baş etme yöntemleri geliştirmesini destekleyen bir oyun tekniğidir (18,20,23). Terapötik oyun yöntemleri çocukların olumlu davranışlar geliştirmesini sağlamakta ve hastaneye yatmasının neden olduğu fiziksel, psikolojik travmayla baş etmesinde yardımcı olmaktadır (24,25).

Son yıllarda yapılan araştırmalarda okul dönemindeki çocuklarda hastane ortamında terapötik oyun yöntemi kullanımının psikososyal destek sağladığı, stres ile baş etmeyi olumlu yönde etkilediği, annenin ve çocuğun anksiyete düzeylerinde azalmaya yardımcı olduğu saptanmıştır (26,27). Yedi-on iki yaş çocuklarda cerrahi girişim öncesi terapötik oyunun etkinliğinin incelendiği bir çalışmada, araştırma grubundaki çocuklar ve ailelerinde işlem öncesi ve sonrasındaki durumluk kaygı puanlarının kontrol grubundakilere göre istatistiksel farkla daha düşük olduğu, araştırma grubundaki ailelerin işlem sonrası memnuniyet puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (28).

Oyunun, stresle baş edilmesindeki öneminin anlaşılması sonucunda gelişmiş ülkelerde hastalık ve hastanenin yol açtığı stresi azaltmak, çocukların uyumunu arttırmak ve

gelişimlerini desteklemek için bakım ve tedavinin her aşamasında terapötik amaçlı olarak oyun kullanılmaktadır (1,18,29). Ülkemizde hasta ve hastanede yatan çocuklara yönelik terapötik oyunun kullanımı ile ilgili yapılmış çalışmalar azdır (13,30). Bu nedenle araştırma pediatri kliniğinde yatan çocukların periferik damaryolu açma işlemi ile ilgili gelişebilecek anksiyete ve korkuyu terapötik oyun yöntemi kullanarak azaltmak amacıyla planlandı. Bu çalışma ile pediatri hemşirelerinin çocuklarda invaziv girişimler nedeniyle oluşan anksiyete ve korkunun azaltılmasında terapötik oyun yönteminin kullanımı konusunda farkındalıkları artacak ve terapötik oyun yönteminin kullanımının yaygınlaşması ile çocukların atravmatik bakım almaları sağlanacaktır.

GENEL BİLGİLER

HASTANE VE ÇOCUK

Sağlığı koruma ve geliştirme uygulamalarındaki gelişmelere karşın çocuklar hasta olabilmekte ve hastanede yatmaları gerekebilmektedir. Hastanede yatma çocuklar ve aileleri için stresli bir deneyimdir (14).

Çocuk için hastalık kavramı ve hastanede bulunma korku ve rahatsızlık veren deneyimleri içerir (20,31,32,33). Hastane ortamı, sağlık çalışanları, malzemeler ve yapılacak işlemler hastanede bulunan tüm çocuklar için bilinmezlik duygusu oluşturur. Bu durum çocukların tedavi ve hastaneye uyumlarını, çalışanlarla iletişimlerini ve ileride olabilecek hastane deneyimlerini de olumsuz etkilemektedir (9,10).

Çocukların düşünceleri, duyguları, hastanedeki yaşantıları ve algılamaları kendine özgüdür (20). Bu nedenle hastanede yatarak tedavi alan çocuk çeşitli derecelerde stres yaşar. Bu durumda çocuk bildiği baş etme yöntemleri ile probleme çözüm bulamazsa kendini güçsüz ve çaresiz hisseder. Böylece kendini farklı olarak algılayan çocuk, yetersizlik duyguları yaşamakta ve kendini kısıtlanmış hissetmektedir (34-37). Çocuklar çoğunlukla sağlık çalışanlarını da birer tehdit olarak algılarlar ve sağlık çalışanlarından korkarlar (18). Hemşirenin, çocuğun hastane deneyiminden beklentilerini, olaylara dair kişisel algılarını, daha önceki deneyimlerini, duygularını ve bilişsel gelişimini değerlendirmesi gerekir (18,20).

HASTANEYE YATMA VE ÇOCUK ÜZERİNE ETKİSİ

Tüm çocuklar için hastalıkların ve hastaneye yatmanın travma olduğu bilinmekte ve hastaneye yatmanın çocuğun gelişimini olumsuz etkilediği araştırmalarda belirtilmektedir (34,36,38,39). Okul çocuğunun hastanede yatması, okula devam etmesini ve arkadaş ilişkilerini sürdürmesini engellediği için, çocuklarda içe kapanma ve her şeye karşı boyun eğme, çevreyle ilişki kurmama, ağlama, bağırma, bazılarında ise agresif, öfkeli davranışlara neden olabilir (14,20,21,30). Bunun yanı sıra hastaneye yatma okul çocuğu için olgunlaştırıcı bir deneyim olabilir. Çocuklar işlemlerin nasıl yapılacağını, anatomi ve fizyoloji ile ilgili bilgileri, hastalığa ve hastane çalışanlarına yönelik birçok bilgi edinebilirler (20). Hasteneye yatma, çocukların meslekler ile ilgili bilgi sahibi olmaları ve meslek seçimleri üzerinde de etkili olabilir (18).

Okul çağı çocuğunun kendi hayatı üzerinde kontrolü elinde tutma ve bağımsızlık kazanma ihtiyacı vardır. Hastane süreci, çocuğun yaşamı üzerindeki kontrolünü kaybetmesine ve bağımlı hale gelmesine neden olur (20,37,40). Bu yaş grubu ailesinden çok arkadaşlarını ve sosyal aktivitelerini daha çok özler. Ayrıca okul çocukları ebeveynlerinin yanında kalmasını ister, ancak cesur görünmek istedikleri ve bağımlı görünmekten korktukları için ebeveynlerini yanında istemediğini belirtebilirler (20).

Çocuğun hastaneye yatması, tüm ailenin yaşamında önemli değişimler meydana getirir (20). Hastalık ve hastaneye yatma süreci ebeveynleri fiziksel, duygusal, sosyal ve zihinsel yönden etkiler. Ebeveynlerin tepkileri birçok faktöre bağlı olarak değişiklik gösterir. Ayrıca çocuklarının hasta olmasında kendilerinin veya başkalarının ihmalini sorgularlar ve kendilerini suçlu hissedebilirler (18,20). Bu nedenle, hemşireler, çocuğun korkularının bilincinde olarak işlemleri açıklamalı, ebeveynlerin bakıma katılmalarını ve stresli zamanlarda çocuğun yanında olmaları konusunda aileleri bilgilendirmelidir (14,18,20).

Çocukların Hastaneye Yatışa Tepkileri

Çocuğun hastalığa ve hastanede yatmaya karşı tepkisi yaşına bağlı olarak değişiklik gösterir. Çocuğun yaşı küçüldükçe etkilenme düzeyi artmakta ve hastaneye yatışa tepkilerini davranışsal olarak göstermektedir (41).

Çocuğun hastaneye yatmaya tepkisini etkileyen faktörler;

- Yaş ve gelişim düzeyi (olayları ve hastaneye yatmanın nedenlerini anlaması),

- Çocuğun mizacı (içe dönük çocuklar dışa dönük çocuklara göre daha fazla etkilenir),
- Daha önceki hastalık ve hastaneye yatma deneyimi, hastaneyi algılayışı ve hazır olma durumu (okul öncesi dönem çocuğunun hastaneye yatmayı kendi davranışı nedeniyle cezalandırılma olarak algılaması gibi),
- Hastalığın süresi ve tipi (akut ve kronik hastalığa bağlı çocukların gereksinimlerinin birbirinden farklı olması),
- Ağrı ve hareket kısıtlılığının miktarı (çocuğun enerjisinin hastalık ya da ağrı sebebiyle azalması),
- Yapılan işlemlerin tipi ve sıklığı (işlemlerin çocuklar için travmatik olması),
- Ebeveynlerin anksiyete düzeyleri ve ebeveynleri ile olan ilişkileri (çocuğa yansıması ve etkilenmesi),
- Önceki stresörler (önceki baş etme deneyimleri, yeni deneyimle baş etmesini etkiler),
- Çocuk ve ailenin sahip olduğu destek sistemleri (14,20).

HASTANEDE YAPILAN İŞLEMLER VE ÇOCUK ÜZERİNE ETKİSİ

Hastaneye yatırılan çocuklar, ağrıya neden olan birçok girişimle karşılaşmaktadırlar. Sıklıkla uygulanmakta olan IV, IM, SC girişimler ve diğer tüm invaziv uygulamalar hastanede yatan çocukta korkuya ve strese neden olmaktadır (42,43). Hastanede yapılan işlemler sonucu oluşan ağrının çocukta kısa ve uzun dönem etkileri sürebilmektedir. Uygulanan tüm işlemler çocuğu, fiziksel, duygusal, davranışsal, bilişsel açıdan etkilemektedir. Bunun sonucunda çocukta korku, anksiyete, kızgınlık, agresif davranışlar, konsantrasyonda bozulma, sonraki tıbbi uygulamaları reddetme gibi birçok davranış gelişmekte ve sağlık çalışanlarına olan güvenlerinin azalmasına neden olabilmektedir (44,45).

Çocuklarda tıbbi girişimlere, çalışanlara ve hastane ortamına yönelik oluşan anksiyete ve korkuyu azaltmak için; çocuğa yazılı materyaller vermek, video izletmek, resim albümü-broşür göstermek, kendi oyuncakları üzerinde işlemi oyun yolu ile anlatmak ve tıbbi malzemelerle çocuğun oynamasını sağlamak gibi yöntemler kullanılabilmektedir. Ameliyat olacak çocuklarda işlem öncesi hastane turları organize edilmesi ve çocukla birlikte ailelere de bilgi verilmesi anksiyete ve korkusunu azaltmaktadır (20,46,47).

Ataman (2006)'ın sağlıklı 115 okul çocuğuyla tıbbi işlemler konusunda çocuklara bilgi vermenin korku düzeylerine etkisini araştırdığı çalışmada, çocuklara video kaseti ve tıbbi

malzemelerle dramatizasyon yöntemi aracılığıyla eğitim verilmiş, eğitim öncesi ve sonrası çocukların korku puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuş, dramatizasyon yönteminin korkuyu azaltmada daha etkili olduğu bulunmuştur (48).

PERİFERİK DAMAR YOLU AÇMA İŞLEMİ

Hastanelerde en yaygın invaziv işlemlerden biri olan periferik damaryolu açma işlemi, hastanede yatan çocuklar için birçok amaçla kullanılan ve sık başvurulan tedavi uygulama yollarından biridir (18,49,50,51,52,53,54,55,56).

Periferik damar yolu açma işlemi hastaneye yatışta en sık uygulanan invaziv girişimlerdendir. Bu nedenle çocukların yaşadıkları korkuların büyük kısmını oluşturur (18,49,50). Uygulanan işlem ile ilgili her birey ağrı ve huzursuzluk yaşamakta ve özellikle çocuklar için bu deneyim daha da travmatik hale gelmektedir (49). Çocuğa uygulanacak işlem öncesi hazırlık, işlem sırasında sağlanacak destek ve işlem sonrası yapılan takip, çocuğun invaziv girişimlerle baş etmesine yardımcı olabilmektedir (45,57).

Çocukların damar çaplarının küçük olması, damar yapıların tam gelişmemiş olması, çocuğun hastalığı, periferal damarlara erişmede güçlük, damarların görselleştirilmesi ve palpasyonunun zor olması, uygun çapta ve boyutta kateter bulma güçlüğü gibi faktörler nedeniyle damar yolu açma işlemi erişkin hastalara göre çok daha zor olmaktadır (51,58,59). Periferik damar yolu açma endikasyonları arasında; sıvı ve elektrolit dengesini sağlamak, IV yolla ilaç uygulamalarını yapmak, kan ve kan ürünleri tranfüzyonu yapmak, total parenteral beslenmenin sağlanması, hemodiyaliz uygulaması ve hemodinamik izlemin yapılması ve tanıya yardımcı uygulamalar yer alır (48,50,51,52,53,54,60,61).

Son zamanlarda çocukların ve sağlık profesyonellerinin fiziksel ve ruhsal yükünü azaltmaya yardımcı olmayı amaçlayan ve artarak kullanılmaya başlanan birçok teknolojik gelişme yaşanmaktadır. Gelişen teknoloji ve hemşirelerin bu alandaki teknolojiyi işlemlerde kullanması sayesinde işlemler daha hızlı ve sağlıklı şekilde gerçekleştirilmektedir (62,63). Kan damarlarının görselleştirilmesi ile birlikte lokalizasyonunun elde edilmesi işlemlerde büyük kolaylık sağlamakta ve bu amaçla çeşitli yöntemler kullanılmaktadır (51,62,64). Bunlar arasında ultrason ile damar görüntüleme ve kızılötesi ışık kaynağı kullanılarak damarların haritasının çıkarılmasıdır (63,65). Çocukların ağrısının giderilmesi için geliştirilen işlemleri kolaylaştırıcı yöntemlere rağmen çocukların ağrı yaşadıkları ve bu nedenle işlemler ile ilgili

olarak korku ve anksiyete duydukları bilinmektedir. Bu amaçla devam etmekte olan gelişmelerin yanında çocukların ve ebeveynlerin bilgilendirilmesi, gerekli eğitimlerin yapılması ve çocuğun ağrısını azaltacak terapötik yöntemlerin kullanımı oldukça önemlidir (13,22,24,30).

KORKU VE ANKSİYETE

Akut ya da kronik hastalığının olması çocuk ve ailesinde stres oluşturan bir durumdur. Çocuk ve ailenin stresle baş etme çabaları ve içinde bulunduğu duruma uyumu yetersiz olması sonucu dengeleri bozulur ve uyumsuzluk ortaya çıkar (20). Çocuklar yaşadıkları korku ve kaygı nedeniyle içine kapanır, hiç konuşmaz ya da saldırgan olabilirler. Bu durum çocuğun psikolojik ve fiziksel olarak duyduğu ağrı ve acı hissini arttırmakta ve sağlık ekibinin işini zorlaştırmaktadır (37).

Çocukların işlem öncesinde anksiyetesinin nedeni gerilim, korku, sinirlilik ve endişelenme duygularıdır (66). Anksiyete/kaygı; hoşa gitmeyen farklı bedensel duyuların eşlik ettiği yaygın ve çoğu zaman belirsiz bir kaygı duygusudur (67). Durumluluk anksiyetesi (kaygı), kişilerin özel durumları tehdit edici olarak yorumlaması sonucunda meydana gelen duygusal tepkidir. Süreklilik anksiyetesi (kaygı) ise bireyin kaygı yaşantısına yatkınlığı, kişinin içinde bulunduğu durumları genellikle stresli olarak algılama veya yorumlama eğilimidir (68,69).

Korku ise belli gerçek veya gerçek olmayan bir durum ve tehlikeye karşı ortaya çıkan ani, emosyonel, istenmeyen bir davranış, duygusal bir tepkidir (48,70,71). Korku, kaynağı dışta olan belirli bir tehlike karşısında hissedilen, kişiyi savunmaya iterek tehlikelerden koruyan, çeşitli bedensel ve ruhsal belirtileri olan karmaşık bir duygudur. Korkuyu başlatan bir olay, obje veya şahıs mevcuttur. Anksiyete ise dıştaki belli duruma bağlanamayan, nedeni açıkça tanımlanamayan, kişinin kendisini nasıl koruyacağını bilemediği bir duygudur (48). Anksiyete ile korku arasında benzerlikler vardır, aralarındaki temel fark anksiyetede nedenin belirlenememesi, korkuda ise nedenin bilinmesidir (67). Anksiyete, yaşanan strese göre gösterilen normal bir tepki oluşumudur. Ancak bireyin yaşam fonksiyonlarını ve yaşam kalitesini olumsuz anlamda etkilerse tıbbi desteğe gereksinim olabilir (11,72). Korku, çocuklarda hayatın zorluklarıyla baş etme yerine, yeteneklerini sınırlayan bir etken haline gelebilir ve onların kaynaklarını harekete geçirme yerine onları hareketsiz kılabilir (70).

Çocuklarda hastaneye yatma durumunda korkuyu etkileyen faktörler aşağıdaki şekilde sıralanabilir;

- Çocuğun yaşı, cinsiyeti, duygusal hazırlığı,
- Önceki deneyimleri, hastalık ve hastane hakkındaki bilgisi,
- Sağlık ekibinin çocuğa yaklaşımları,
- Hastanenin genel koşulları,
- Çocuğun yapısal özellikleri,
- Anne-baba tutumu,
- Ebevenylerin eğitim durumu,
- Ailenin sosyo-ekonomik durumu,
- Kardeş sayısı,
- Çocuğun başarı durumu,
- Din ve sosyal destek sistemleri (10).

YAŞ GRUPLARINA GÖRE KORKULAR VE TEPKİLER

Yetişkinlik döneminde yaşanan korkuların çoğu çocukluk yıllarından kaynaklanır. Çocuğun yaşadığı korkular gelişim dönemlerine göre değişiklikler gösterir. Bebeklikte daha çok çevrenin sebep olduğu etkenler sonucu korkular oluşurken, çocuklukta ve ilerleyen dönemlerde korku alanı değişir ve gelişir. Çocukların korkularının ileriki yaşlarda çözülemeyecek sorunlara yol açmadan önce baş etmesinin desteklenmesi sağlanmalıdır. Bu amaçla çocukların yaşlarına ve gelişimlerine göre korkularının farkına varılması ve korkularının sonuçlarının bilinmesi önem taşır (48,73,74).

0-1 Yaş Korkuları

0-1 yaş bebeklerin birçok korkuları vardır ve korkuları doğuştan gelmektedir. Bu korkular bebeklerin refleks hareketleriyle meydana gelir. Bebekler, yüksek ses, parlak ışık, ani hareketler, aşırı uyarı ve ebeveynlerinden ayrılmaktan korkarlar ve huzursuzluk hissederler (20,48). İleriki dönemlerde motor becerilerinin gelişmesi ile birlikte korkulara tepkiler göstermeye başlarlar. Bu tepkiler arasında; yabancıları reddetme, ağlama, ebeveyni arama, küsme gibi birçok tepki yer alır (20,75).

1-3 Yaş Korkuları

Bu yaş grubunun işitme, görme, harekete bağlı korkuları vardır ve ebeveynlerine çok bağlıdırlar. Ebeveynlerinden ayrılmaktan ve ebeveynleri tarafından terk edilmekten korkarlar. Ebeveynlerinin davranışlarını, olayların nedenlerini, neden ayrı kalmaları gerektiğini anlayamazlar (20,48,75).

Bu yaş çocuklar, bilmediği ve yabancı olduğu bir ortamda hareket eden her şeyin canlı olduğuna inanırlar ve buna bağlı olarak hastane ortamında hareket eden ve gürültü yapan her türlü aletten çok korkarlar (20). Ayrıca gök gürültüsünden, yabancılardan, yalnız kalmaktan, karanlıktan, bazı hayvanlardan ve kontrol kaybından korkarlar. Bilişsel gelişim düzeyine bağlı olarak benmerkezciliğin etkisinde sembolik ve hayal gücünün yarattığı korkular üretebilirler. Korkuya karşı baş etme yöntemleri içinde; agresif davranışlar gösterebilirler, yabancılardan uzak durabilirler, her şeye karşı gelme, fiziksel saldırı ve işbirliği içinde olmayı reddebilirler (48,73).

3-6 Yaş Korkuları

Bu yaş döneminde çocuk bedeninin farkına varmaya başlar ve bedeninin zarar görmesinden, sakat kalmaktan, vücuduna bazı aletler sokularak yapılan işlemlerden ve vücut bütünlüğünü kaybetmekten korkar (20). Çocuğun vücut fonksiyonlarına dair yeterli bilgisi olmadığı için bu boşlukları fantezilerle doldurur. Hayal gücüyle yarattığı fantezi, rüya ve gerçeği birbirine karıştırabilirler (20,75). Çizik, sıyrık gibi yaralanmalardan ve sakat kalmaktan korktukları için basit yaralanmalardan çok etkilenirler (75). Bu yaş dönemi çocuklar kontrol kaybından, rutinlerinin bozulmasından ve karanlıktan korkarlar. Ayrıca çocukta ‘kastrasyon korkusu’ da vardır. (48,75). Dönemin sonuna doğru çocukta görsellik ön planda olmaya başlar ve doğal afetlerden, doğaüstü olay ve varlıklardan, canavarlardan korkarlar (20,48).

Bu yaş çocuğu korkularını ifade etmeye başladığı için bir önceki döneme göre daha az agresif davranır ve ağlayarak, içine kapanma davranışı ile tepkilerini göstermeye çalışır (18,75). Çocuk, çok korkmuş gibi görünerek anne ve babasının ilgisini çekmeye çalışabilir ve böylece daha güvende hissetmeye çalışır (73,76).

6-12 Yaş Korkuları

Okul çocuğu, vücuda bazı aletler sokularak yapılan işlemlerden, vücut fonksiyonlarını kaybetmekten, ameliyat olmaktan ve ölümden korkar. Hastalık ve hastaneye yatma, çocuğu arkadaşlarından ayırır ve sosyal aktivitelerini gerçekleştirmesini engelleyerek sosyalleşmeye yönelik korku gelişmesine neden olabilir. Bu nedenle hastalık ve hastaneye yatma sürecinde kontrol kaybı yaşar (20,48,73).

Altı-yedi yaşında görsel ve kişisel korkular çoğunluktadır. Karanlıktan, gölgelerden, gizli yerlerden korkarlar. Hayali kişilere inanırlar ve canavarlardan, doğaüstü olay ve yaratıklardan korkarlar (73,76). Ayrıca bu yaş döneminde ebeveynlerinden ayrılma korkusu da devam eder (75).

Sekiz yaş ve sonrasında korkuları biraz daha azalır. Görsel korkuları azalmaya başlar ancak korkuların nedenlerini anlamaya başlar (48,73,76). Korkuları artık daha gerçekçi olmaya başlamıştır. Sosyal olaylara önem vermeye başladığı için okula geç kalma, arkadaşlarından uzak kalma, dışlanma, okulda başarısızlık, düşük not alma gibi korkuları oluşmaya başlar (6,7,77). Vücudundaki değişikliklerin farkında olduğu ve nedenlerini anlamaya başladığı için, yaralanmaktan, sakat kalmaktan, ameliyat olmaktan ve ölümden korkarlar (6,7,8,77).

Bu yaş grubunun korkuya karşı gösterdiği tepkiler arasında; agresif davranışlar, kızgınlık, depresyon, ağlama, inleme, cesur görünmeye çalışma, işlemleri reddetme, ertelemeye çalışma, içe kapanma gibi davranışlar yer alır (20,75,77).

12-18 Yaş Korkuları

Adölesan dönemindeki korkular arasında; yaşıtlarının dışında kalma, beden imajındaki değişiklikler, kontrol kaybı, kimlik kaybı, seksüel değişme, bedenin zarar görmesi, hastalık ve ölüm korkuları yer alır (6,35,36). Ayrıca yapılan araştırmalarda bu dönemde görülen bazı korkuların önceki dönemlerden etkilendiği belirtilmiştir. Hayvan, karanlık kaynaklı korkular ve deprem, ölüm gibi korkuların daha önceden yaşanan bir olay ya da travma sonucu oluştuğu ve etkisinin devam ettiği belirtilmiştir (78,79).

Adölesanın beden imajında değişim olması, anksiyete yaşamasına neden olur. Beden imajındaki değişim, kendine güvenini, yaşamı üzerindeki kontrol duygusunu olumsuz etkiler. Ayrıca bağımsızlığını ve kimliğini kaybetme korkusu adölesan için çok önemlidir ve akranları

ile aktivitelere katılmasını ve sosyalleşmesini engeller. Korkuları ile baş etmesini regresyon, geri çekilme, içe kapanma, inkar gibi davranışlar ile gösterir (8,20,75).

ÇOCUKTA AĞRI KONTROLÜ VE ATRAVMATİK BAKIM

Uluslararası Ağrı Çalışma Birliği (IASP)'ne göre ağrı; "vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan, gerçek ya da olası bir doku hasarı ile birlikte bulunan, insanın geçmiş deneyimleri ile ilgili hoş olmayan duyusal ve emosyonel bir tutum ve davranış şeklidir'' (80).

Travma, hastalık ya da çeşitli tıbbi işlemlere bağlı olarak görülen ağrı, çocuklar tarafından sık yaşanan ve istenmeyen bir deneyimdir. Çocuk ve aileler için ağrı deneyimi korku, anksiyete ve strese neden olmakta, sistemlerin çoğu üzerinde istenmeyen fizyolojik etkiler ve çeşitli semptomlar meydana getirmektedir (14,18,20,81).

Okul çocukları ağrının yeri, şiddeti ve niteliği hakkında ayrıntılı bilgi ifade edebilirler (18). Okul dönemi çocuğu ağrı anlayışlarının, ağrının fiziksel yönlerinin, ağrı ile ilgili negatif durumların farkında olur ve böylece ağrı çeşidinin de ayrımını yapabilir. Dönemin sonuna kadar ağrı, tehlikeli, tehdit edici ya da ölüm ihtimalinin bir belirtisi olarak kendini gösterebilir. Daha önce ağrılı bir girişim deneyimi olan çocuk sonraki girişimde, korku ve anksiyete bozukluğu yaşayabilir (11,12). Bu nedenle çocukluk döneminde yaşanan ağrılı girişimlerin yol açtığı korku ve anksiyetenin yetişkinlik döneminde de devam edebileceği ve çocuğun tıbbi girişimlere aşırı tepki göstermesine, gerekli işlemlerden kaçınmasına sebep olabileceği unutulmamalıdır (82-84).

Çocukların tedavisi ve bakımında ilerlemelerin hızla artmasına rağmen, yaşam süresini arttırmak ve hastalıkları tedavi edebilmek için yapılan işlemler genellikle travmatik, ağrılı, korku verici ve anksiyete oluşturacak şekildedir (20). Hastanede yatan çocuklarda gelişiminin desteklenmesi, hastalık ve tedavilerin yol açtığı psikososyal stresin azaltılması için çocukların bakımında atravmatik bakım felsefesi uygulanmalıdır (1,85,86).

Atravmatik bakım; sağlık bakım çevresinde çocuklar ve aileleri için fiziksel ve psikolojik problemleri olabildiğince en az düzeye indirmeyi amaçlayan bir bakım felsefesidir (85,86). Ayrıca atravmatik bakım, hemşirenin, çocukları hastalığın fiziksel ve psikolojik etki sürecinden; nerede, ne zaman, nasıl, niçin ve ne kadar koruyabileceğini, bu faktörleri nasıl azaltabileceğini araştırır (87). Atravmatik bakım uygulamaları konusundaki çalışmalar,

genellikle ağrıyı önlemeye yönelik çeşitli basamaklar içeren farklı teknikler geliştirmeyi esas alır (88,89).

Atravmatik bakımın temel amacı zarar vermemektir (85,86). Atravmatik yaklaşımlar içinde; çocuk ve ailede stres oluşturabilecek etkenleri saptamak, çocuğun ailesinden ayrılmasını en aza indirmek, kontrol duygusunu geliştirmek, ağrı ve yaralanmaları en aza indirmek ve bunları önlemek, çocuğu yapılacak girişimlere yaşına uygun açıklamalarla hazırlamak, hastaneye yatmadan çocuğun hastaneyi ziyaret etmesini sağlamak, kullanılacak malzemeleri tanıtmak, sağlık ekibi ile tanıştırmak, analzejik uygulamalar ile ağrı kontrolü sağlamak, invaziv işlemler öncesi ağrı azaltıcı kremleri kullanmak, terapötik oyun aktivitelerini kullanmak yer alır (85,86,90).

Çocuğun hastanedeki ağrı deneyimi tüm yaşamını olumsuz etkilemektedir. Çocuğun ağrısının giderilmesinde hemşirenin, önemli sorumlulukları vardır. Hemşirelerin, çocuklarda ağrı mekanizmalarını, ağrı değerlendirmesini ve ağrı kontrolünü iyi bilmeleri gerekmektedir. Bu nedenle hemşirelerin farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemleri bilme ve uygulama sorumlulukları vardır (74,91).

Hemşirelerin, ebeveynlere işlem konusunda bilgi verdikten sonra onları işleme dahil etmesi, çocukların dikkatlerini başka yöne çekmelerinin sağlanması, işlem sırasında çocuk ve ebeveynlerle iletişim halinde olunması ve ağrılı işlemler sırasında ebeveynlerin çocuklarının yanında olması, iletişimin çocuğun ağrı toleransını yükseltecek şekilde devam ettirilmesi desteklenmelidir (92).

Ağrı, kişinin yaşam kalitesini ve günlük yaşam aktivitelerini etkileyen önemli bir sorundur (93,94). Ağrı kontrolünde çabuk etki gösterdiği ve kolay uygulanabildiği için en yaygın ve en çok tercih edilen yöntemler farmakolojik yöntemlerdir (93-95). En etkili yöntem ilaç tedavisi ile bilişsel ve davranışsal yöntemlerin bir arada kullanılmasıdır. Farmakolojik yöntem uygulanmadan önce çocuğun hazırlanması için nonfarmakolojik yöntemlerin uygulanması, analjezik dozuna olan ihtiyacını da azaltabilir. Kullanılacak yöntemin seçiminde, çocuk ve ailenin yöntemi bilmesi ve bu konuda istekli olmaları önemlidir. Çocuklarda etkin ağrı kontrolü, sağlık ekibi arasında işbirliği ve çeşitli uygulamaları gerektirir (14,18).

Çocuklarda ağrıya neden olan işlemlerden önce çocuğun yaşına uygun bilgi verilmesi, gevşeme, solunum yöntemleri ve düşleme gibi bilişsel ve davranışsal yöntemlerin

kullanılması çocuğun dikkatinin ağrılı işlemlerden uzaklaşmasını sağlamakta, gerginliği, ağrıyı ve anksiyeteyi azaltmaktadır (14,18,20). Ağrı kontrolünde kullanılan farmakolojik olmayan yöntemler çocuğun baş etme becerisini destekleyerek ağrıya karşı toleransını arttırarak ağrının daha az hissedilmesini sağlar, anksiyeteyi azaltır ve analjeziklerin etkisini arttırır (18).

AĞRI KONTROLÜNDE FARMAKOLOJİK YÖNTEMLER

Ağrı kontrolünde kullanılan farmakolojik yöntemler arasında; opiodler, opioid olmayan analjezikler ve adjuvan ilaçlar yer alır. Ağrı tedavisi için kullanılacak ilaçların ağrının şiddetine ve türüne göre seçilmesi gerekir. Uygun olan ilaç seçildikten sonra, uygulama yoluna karar verilmeli ve süresi belirlenmelidir (18,91).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), ağrının kontrolünü amaçlayan, ağrının şiddetine göre üç basamaklı Analjezik Merdiven Sistemi yayınlamıştır. Bu sistemin temel amacı, ağrının şiddeti dikkate alınarak basamak seçmek, oral yolu öncelikle tercih etmek, gün boyunca ağrının kontrolünü sağlamak, analjezik tedaviye gerektiği kadar başlamak ve devam ettirmektir (18,96,97).

Adjuvan ilaçlar sistem içinde her basamakta yardımcı olarak ve analjezi dozunu azaltmak amacıyla kullanılmaktadır (18). Adjuvan ilaçların tercihi ağrının özelliğine göre yapılarak tüm basamaklarda opioid ilaçlara eklenebilmektedir (96,98). İlk basamakta parasetamol gibi opioid olmayan analjeziklerle ya da nonsteroid anti-inflamatuar (NSAİİ) ilaçlarla başlanmalıdır. Tek başlarına ya da kombine edilerek kullanılabilirler. İkinci basamakta hafif ya da orta şiddetteki ağrılar için kodein gibi zayıf opioidler kullanılmalıdır. Üçüncü basamakta ise orta ya da şiddetli ağrılar için morfin gibi güçlü opioidler kullanılmalıdır (18,96,97,98).

Non-opioid analjezikler: Bu gruptaki ilaçlar, hafif ağrılarda tek başına ya da orta ve şiddetli ağrılarda opioidlerle birlikte kullanılır. Analjezik etkileri opiod analjeziklerden daha azdır. Parasetomol, aspirin ve non-steroid anti-inflamatuarlar bu grupta yer alır (91,99).

Opioid analjezikler: Bu gruptaki ilaçlar şiddetli ağrılarda güçlü bir analjezik etkiye sahiptirler. Çocuklarda etkin bir ağrı kontrolü sağlamada yararlıdırlar. Bunun yanı sıra, santral

sinir sistemi üzerinde depresyon, tolerans ve bağımlılık yapma gibi özellikleri vardır. Bu grupta; morfin, meperidine, methadone, fentanil, kodein, hidromorfonin yer alır (91,99).

Lokal anestezik ilaçlar: Bu grup ilaçların kullanımı gittikçe artmaktadır. Daha çok invaziv girişimler öncesi kullanımı daha fazladır. Lidokain ve prilokain içeren (EMLA vb.) kremler, venöz girişimler, lomber ponksiyon öncesi lokal anestezi amaçlı sıklıkla kullanılmaya devam etmektedir. Ağrılı uyaranların, periferden santral sinir sistemine geçişini keserek etki gösterirler (91,99).

AĞRI KONTROLÜNDE NONFARMAKOLOJİK YÖNTEMLER

Ağrı kontrolünde son yıllarda farmakolojik yöntemlerin yanı sıra çeşitli nonfarmakolojik yöntemlerin kullanımı da önem kazanmaktadır. Nonfarmakolojik yöntemler; çocuğun baş etme becerisini güçlendirerek, bireysel kontrol hissini, aktivite düzeyini arttırarak, stres, kaygı, ağrı düzeylerini, ilaç dozunu azaltarak ve analjeziklerin etkisini arttırarak etki göstermektedir. Nonfarmakolojik yöntemler daha çok ağrının, bilişsel ve davranışsal tedavisi üzerine odaklanmaktadır (18,91,93,94,100). Farmakolojik yöntemlerle birlikte kullanıldığında ilaçların etkinliğini arttırmakta, tek başına kullanıldığında vücutta endorfin salınımını sağlayarak ağrının giderilmesini desteklemektedirler (14,94,100).

Ağrı kontrolünde, kliniklerde farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanımı hemşirelerin bağımsız rollerini uygulamaları açısından önemlidir (93,100). Hemşireler, ağrının kontrolünde kullanılan birçok nonfarmakolojik yöntemi özel bir eğitim almadan hemşirelik eğitimleri sırasında aldıkları bilgi ve deneyimlerle uygulayabilirler. Farmakolojik olmayan yöntemlerin hemşirenin bağımsız uygulayabileceği işlemler olmasının yanı sıra, ucuz olması, her zaman ve herkes tarafından rahatlıkla kullanılabilir olması, yan etkilerinin olmaması ve hemşirenin çocuk ve ailesi ile etkili iletişim ve işbirliği kurmasını sağlaması açısından çok değerlidir (91,100).

Ağrı kontrolünde nonfarmakolojik yöntemler; destekleyici, bilişsel, davranışsal ve fiziksel yöntemler şeklinde sınıflandırılabilir (14,91,94). Ağrı kontrolünün etkin bir şekilde yapılabilmesi için çocuğun ağrısının doğru değerlendirilmesi ve bunun sonucunda uygun olan en iyi yöntemlerin seçilmesi oldukça önemlidir. Hemşirelerin, diğer sağlık profesyonellerine göre çocuklarla daha uzun süre birlikte olmaları açısından ağrı yönetimi konusunda yeterli bilgi ve donanıma sahip olmaları gerekir. Bu nedenle hemşirenin, nonfarmakolojik yöntemleri

bilmesi ve uygulamalarda kullanması önemlidir (94,100). Yapılan çalışmalarda, pediatride özellikle girişimsel işlemlere bağlı ağrının azaltılmasında sıklıkla kullanılan farmakolojik olmayan yöntemler arasında; pozisyon değiştirme, müzik dinletme, masaj uygulama, sıcak-soğuk uygulama, deriye mentol uygulaması, dikkati başka yöne çekme, hayal kurma, gevşeme, hipnoz, TENS, akupunkturun yer aldığı görülmektedir (18,74,91,94,100).

Pozisyon Değiştirme

Yapılan çalışmalarda, pozisyon değiştirmenin özellikle yenidoğanlarda önemli ölçüde rahatlık sağladığı bulunmuştur. Prone pozisyonunun, topuktan kan alma gibi akut işlemlerden sonra ağrı ve stresi azalttığı belirtilmiştir. Cenin pozisyonunun, girişimsel işlemlerde ve işlem sonrasında ağrıyı azalttığı saptanmıştır (101,102).

Müzik

Uygulaması ve ulaşması kolay olan müzik terapisi, iyileşmeyi, rahatlamayı, gevşemeyi, dikkati başka yöne çekmeyi sağlar. Müzik ile birlikte dikkatin, ağrı dışındaki bir uyarana odaklanması sağlanır ve endorfin salınımı artar (91,93). Yapılan bir çalışmada; 9-12 yaş arası 60 çocuğa uygulanan müzik terapisinin anksiyete üzerine etkisi araştırılmış, deney grubuna 2 gün boyunca 20 dakikalık müzik dinletilmiş, kontrol grubuna herhangi bir uygulama yapılmamıştır. Çalışma sonucunda kontrol ve deney gruplarının kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuş, müzik terapisinin çocuğun kaygısını azalttığı belirlenmiştir (103).

Masaj

Masaj uygulamasında, ritmik ve tekrarlayıcı hareketlerin rahatlatma ve ağrıyı giderme etkilerinin olduğu belirtilmiştir. Masaj uygulaması ve dokunma, vücut temasını sürdürdüğü ve güvende olma hissi yarattığı için oldukça etkilidir. Masaj, hem fiziksel hem de mental açıdan rahatlama sağlamaktadır. Masaj uygulaması ile birlikte, ağrının iletimini sağlayan reseptörlerin geçişi engellenir ve endorfin salgılanmasını sağlar. Bu sayede ağrı eşiği yükselir (91,93,100).

Sıcak-Soğuk Uygulama

Periferal teknikler ile ağrıyı taşıyan impulslar baskılanır ve ağrı hissi azalır ya da ağrı hissi olmaz. Periferal tekniklerden olan soğuk uygulama, özellikle travma sonrası ağrı, şişme ve kas spazmlarında etkilidir. İşlem sonrası sinir liflerindeki impuls iletiminin baskılanması

sonucu kanama ve ödemin azaldığı görülür. Sıcak uygulama ise daha çok kas ve eklem ağrılarında etkilidir. Bu uygulama ile dokunma reseptörleri uyarılır, vazodilatasyon oluşur, endorfin salgılanır ve bunun sonucunda ağrı eşiğinin yükselmesi sağlanır (18,93,94,100).

Deriye Mentol Uygulaması

Bu yöntemde deriye sürülen ajanın, ağrıyı algılama hissini azalttığı belirtilmiştir. Bunun sonucunda korteksi uyararak endorfin salgılandığı ve ağrıyı azalttığı belirtilmiştir (18,104).

Dikkati Başka Yöne Çekme

Bu yöntemdeki amaç: dikkatin ağrı dışındaki başka bir uyarana yoğunlaştırılarak ağrı toleransının artmasını sağlamak ve ağrıya karşı duyarlılığı azaltmaktır. Dikkati başka yöne çekmede; ritmik solunum, düşleme, kitap okuma, öykü anlatma, resim yapma, farklı oyun şekilleri, dijital oyunlar kullanılabilir. Bebek ve küçük çocukların dikkatini başka yöne çekmek için somut objelere ihtiyaç vardır. Daha büyük çocukların ise oyuna konsantre olmaları gerekebilir. Yapılan çeşitli çalışmalarda hastanede yatan çocuğa uygulanan farklı oyun tiplerinin çocuğun anksiyetesini azaltmada ve hastanede uygulanan işlemlere uyumunu arttırmada etkili olduğu belirtilmiştir (14,18,91,105).

Hayal Kurma

Çocuğun gevşemesini ve dikkatini ağrı dışına odaklayarak rahatlamasını sağlar. Çocuktan belirlenen bir senaryoya göre rahatlatıcı bir ortam içeren hayaller kurması istenebilir (91,99). Çocuğa istediği bir yerde olmayı ya da istediği bir şeye sahip olduğunu hayal etmesi söylenebilir. Kurduğu hayalin etkisini arttırmak ve ağrısını azaltmak için sevdiği bir süper kahraman veya bir karakter olduğunu hayal etmesi sağlanabilir. Daha önce başından geçen sevdiği ve etkilendiği bir olayı canlandırması da istenebilir (17,74,91).

Gevşeme

Bu yöntemle aşamalı bir şekilde kaslar gerilir ve gevşetilir. Bu sayede ağrı ile ortaya çıkan gerilim azaltılmaya çalışılır. Korku, anksiyete ve kaslardaki kasılmalar giderilmeye ve kontrol altına alınmaya çalışılır. Gevşemeyle kan basıncı, solunum, kalp ritmi gibi yaşamsal bulgular düzenlenir ve deri direnci artırılır, ağrı azalır ve baş etme yeteneği güçlenir (16,17,74).

Hipnoz

Hipnoz, bilincin başka bir yerde yoğunlaşması ya da çocuğun dikkatinin bir yere odaklanması, duyularının ve algısının değiştirilmesi ile uygulanır. Klinikte yapılan hipnozun amacı, çocuğun korkularından, kaygılarından uzaklaşması, duyduğu ağrının azaltılmasıdır. Yaratıcı özelliklerinin ve hayal etme güçlerinin fazla olması sebebiyle çocuklar bu yönteme yetişkinlere göre daha iyi yanıt verirler (17,74,94).

Transkütanöz Elektriksel Sinir Stimülasyonu (TENS)

Transkütanöz elektriksel sinir stimülasyonu ağrıyı yok etmek ve azaltmak amacıyla, pil gücüyle üretilen düşük voltajdaki elektriksel uyarının deriye yerleştirilen elektrotlar ile verilme işlemidir. İşlem ile birlikte duyusal sinirler tetiklenerek ağrı impulsları baskılanır. Diğer etkisi ise vücutta endorfin salınımını arttırması ile etki göstermesidir (74,91,100,106).

Akupunktur

Çeşitli yöntemler yoluyla deride bulunan özel anatomik bölgelere iğne batırılması ile uygulanan bir tedavi yöntemidir. Akupunkturun ilk amacı kas spazmını engellemektir. Diğer etkisi ise endorfin salınımı sağlamaktır. Ağrı kontrolünde akupunkturun çocuklarda kullanımı yetişkinlere göre oldukça azdır (74,102,106).

OKUL ÇOCUĞU GELİŞİM DÖNEMİ VE TERAPÖTİK İLETİŞİM

Hastanede yatan çocukların tedavi sürecindeki tüm unsurlar göz önüne alındığında terapötik iletişim önemli bir yere sahiptir. Hemşirelerin tıbbi işlemler ve atravmatik bakım açısından uygulamalarını terapötik iletişim temelinde yapmalarının çocuğun psikolojik ve fiziksel iyileşme sürecinde olumlu etkileri vardır (107). Pediatri hemşireliğinde terapötik iletişimin amacı, çocukların ve ailelerinin sağlığının, büyüme ve gelişmesinin en üst seviyede sürdürülmesidir (32).

Çocuk hemşiresinin çocuklarla sürekli iletişim içinde olması ve iletişimin devamını sağlaması önemlidir. Hemşire, çocuk ile etkili iletişim kurarak çocuğun duygularını ifade etmesini sağlar ve onu anlamaya çalışır (107,108). Çocuğun duygularıyla ve hissettikleriyle yakından ilgilenir, çocuğun duygularını ve düşüncelerini anlamaya çalışır, empati yapar ve

sorunlarının çözümünde çocuğa destek olur (32). Ayrıca çocuğun duygusal ve fiziksel gereksinimlerinin yanında bakım verme gibi birçok uygulamada gerekli desteği sağlar (107).

Okul Dönemi Çocuğu Özellikleri

Okul dönemi 6-12 yaşları içeren, çocukların fiziksel, motor, bilişsel ve sosyal becerilerinin artması sonucu daha bağımsız olmak istedikleri bir dönemdir. Çocuğun aile dışındaki dünyaya açıldığı ve toplumsal çevre ile iletişimini arttırdığı süreçtir. Aileden daha fazla arkadaşlara önem verdiği fiziksel, zihinsel ve sosyal ilişkilerin ilerlediği dönemdir. Çocuk bu dönemde kendine ve başkasına karşı sorumlulukları olduğunun bilincindedir ve yetişkinliğe adım atmak için gerekli bazı görevleri ve rolleri üstlenmeye hazırdır (75).

Çocuk, bu dönemde yaşadıklarından sonuçlar çıkarabilecek şekilde düşünmeye başlamıştır. Öğrenme ve üretme istekleri gittikçe artmaktadır. Sürekli hareket halindedir ve bir şeyler yaratma, ortaya çıkarma çabasındadır. Bu dönemdeki çocuklar hemcinsleri ile arkadaşlık yaparlar (20,75).

Okul döneminde göze çarpan başlıca toplumsal özellikler içinde kolay etkilenme, karşıt görüşte olma, rekabet ve sorumluluk duyguları yer alır. Okul öncesi dönemdeki benmerkezci özellik artık azalır ve duygularını kontrol etme konusunda daha etkilidirler (13,75,109). Çocuklar grup içindeki etkileşimleri ile cinsiyetlerine uygun rolleri, farklı görüşleri, işbirliği yapmayı ve arkadaşlıklarını devam ettirebilmek için anlaşmayı öğrenirler (20).

Okul çocuğu, bilişsel ve mental yönden hızlı bir değişim ve gelişim halindedir (20). Çocuk, akran grupları ile gittikçe daha fazla zaman geçirmesine karşın aileden bağımsızlaşmaya daha hazır değildir. Ev dışındaki problemlerle başa çıkmaya hazır olmadığı için, ailenin kontrolüne, mantıklı ve tutarlı kısıtlamalarına ihtiyaç duyar. Bu şekilde çocuk kendini güvende hisseder (14,20).

Okul Dönemindeki Çocuğa İşlemler Açısından Yaklaşım:

- Okul çocuğu, işlemler sırasında da duygusal kontrolünü sürdürmek ister. Bu nedenle, çocuğa işlemden önce ne yapılacağı konusunda bilgi verilmelidir.
- Çocuğa kukla, bebek ya da anatomik resimler üzerinde girişimler/işlemler açıklanmalıdır. İşlemin nedeni, vücut fonksiyonlarını nasıl etkileyeceği ve işlem sırasında neler yaşayabileceği belirtilmelidir.
- Açıklamalar sırasında basit tıbbi terimler kullanmaya dikkat edilmelidir.

- Çocuğa mümkün olduğunca deneyimi kontrol etme, seçme şansı tanınmalı ve işleme katılması sağlanmalıdır.
- İşlem sırasında çocuğun uyumlu davranışları ödüllendirilmelidir.
- Uygulamalar sonrası çocuğun düşüncelerini açıklaması, soru sorması ve duygularını belirtmesi desteklenmeli, uygulamalar için terapötik oyun yöntemleri kullanılmalıdır (14,20).

Kuramlara Göre Okul Çocuğu

Sigmund Freud'a göre; 6-12 yaş çocuğu latent (gizil) dönemdedir. Cinsel enerjinin adölesan döneminin başlangıcına kadar bastırıldığı dönemdir. Çocuk sosyal ve bilişsel gelişim ile ilgili aktivitelere, daha çok okul etkinliklerine, spora yönelmiştir (14,20). Bu nedenle çocuğun okula devam etmesinin hayatındaki öneminin farkına varılması gerekir. Hastalığı ile kısıtlama getirilmediği sürece çocuğun okula devam etmesinin sağlanması, mahremiyetinin korunmasına özen gösterilmesi, öykü alınırken arkadaşlarıyla ilgili de veri toplanması, hastalık ve tedavi konusunda bilgi edinmesi ve kararlarda yer alması desteklenmelidir (14,18,75).

Erik Erikson'un psikososyal kuramına göre; okul çocuğu üreticiliğe karşı aşağılık duygusu dönemindedir. Erikson, çocuğun bu dönem boyunca çabuk öğrenmeye, hiçbir dönem olmadığı derecede istekli ve hazır olduğunu belirtmektedir. Çocuğun entelektüel ve bilişsel becerileri ilerlemekte, yeni ilgi alanları açığa çıkmaktadır. Bu dönemde çocuğun enerjisi bütünüyle öğrenmeye açıktır (14,18,20).

Okul döneminde ebeveynlerin, öğretmenlerin ve akranların, çocukta üreticilik veya aşağılık duygularının gelişmesine etkileri çok önemlidir (14). Bu dönemde çocuk kendinden beklenenleri karşılamada başarısızsa aşağılık duyguları ortaya çıkar. Başarma duygusunu dengeleyebilmek için çocuğa her şeyde en iyisi olunamayacağı ve daha öğreneceği çok şey olduğu belirtilmelidir (14,20,30).

Okul çocuğunda farklı aktivitelerde başarıya ulaşma kendini değerli hissetme duygusunu sağlar. Hastalık ya da hastanede yatma durumunda çocuğun okula devam etmesi sağlanmalı, hobileri ve aktivitelerini sürdürme ve akranları ile etkileşimi için destek olunmalıdır (14,16,20).

Piaget öğrenme sürecinin yaşa bağlı olduğunu belirtmiş ve zihinsel gelişimi, doğumdan başlayıp yetişkinliğe kadar süren dört dönemde incelemiştir. Piaget'e göre dönemler ilerlerken çocukların kavrama ve problem çözme yeteneklerinde gelişmeler gözlenmekte ve her dönem, kendisinden önce gelen dönemlerin özelliklerini de kapsamaktadır (20).

Piaget'in bilişsel gelişim kuramına göre okul çocuğu somut işlemler dönemindedir. Bu dönemde çocuğun sınıflama, sınıflandırma, karşılaştırma, dört işlem yapma ve dönüştürme gibi becerileri gelişir. Mantıksal düşünme ve zaman, mekan, boyut, hacim, uzaklık kavramları gelişmeye başlar. Çocuk işlemleri tersine dönüştürmeyi öğrenir ve nesneleri birden fazla özelliğine göre sınıflandırabilir (14,20). Çocuk bu dönemde karşılaştığı günlük sorunlara karşı somut çözümler üretir, neden-sonuç ilişkilerini öğrenir ve soyut düşünme dönemin sonuna doğru gelişir. Çocuk daha az benmerkezlidir ve kendi dışındakilerin de farklı görüşlerinin olduğunun farkına varır (14,18,20).

Piaget'in kuramının çocuk hemşireliğinde önemli bir yeri vardır. Hemşirelerin, çocuklara uygun bir eğitim verebilmesi için, çocuğun bilişsel gelişim aşamalarını iyi bilmeleri gerekir. Çocukta gelişim süreçlerini bilen hemşire, bilgisini çocuğu hastanedeki işlemlere hazırlarken kullanabilir (18,20).

Çocuklar 7-12 yaş döneminde, beden içi ve dışı arasındaki anlamı kavrayabilir ve hastalık nedeninin dış faktörler, mikroorganizmalar ve bunlarla kontaminasyon ve kötü davranışların olduğunu düşünürler. Hastalığın, beden içindeki değişimlerin sonucu olduğunu düşünürler. Beden içine karşı merakları artar, hastalıkların vücut fonksiyonlarını nasıl etkilediğini bilmek isterler. Bu nedenle çocuğa hastalığın hangi organlarda ve nelere sebep olduğu basit bir şekilde anlatılmalıdır (18).

ÇOCUKLARIN YAPILAN İŞLEMLERE HAZIRLANMASININ ÖNEMİ

Çocukların çoğunlukla hastaneye hazırlık yapılmadan yatırıldığı ve hastane konusunda ve yapılacak işlemler hakkında bilgilendirilmeyen çocukların tepkileri, hastane ile ilgili önceden kazandıkları kendi bilgilerine, deneyimlerine ya da fantezilerine dayandığı belirtilmektedir (10,20,32). Okul yaş grubu 60 çocuk ile yapılan deneysel bir çalışmada, çocukların hastalık ve hastaneye yatmaya ilişkin bilgilendirilme durumları araştırılmış, deney ve kontrol grubu çocukların çoğunun hastaneye yatacağını genellikle hastaneye yatmadan kısa bir süre önce ve ebeveynleri ile birlikte öğrendiği bulunmuştur (110). Özellikle okul dönemi

çocuğunun, vücut bölümleri, organları ve fonksiyonlarıyla ilgili bilgisi olduğu için yapılacak işlemleri ve nedenlerini bilmek isterler. Bu nedenle tedavileri ve hastalıkları konusunda sağlık profesyonellerinin çocuğu bilgilendirmesi önemlidir (16,17). Okul çocuğuna verilen eğitimler sonunda hastane, hastalık, ilaçlar, yapılacak işlemler konusunda çocuğun düşüncelerinin olumlu yönde etkilendiği saptanmıştır (9,110).

Hemşirelerin çocukların işlemlere hazırlamasında; çocukların yaş gruplarına göre bilişsel gelişim özelliklerini, kaygı, korku ve beklentilerini bilmeleri gerekir (21). Ayrıca hemşire, uygulanacak tıbbi işlemlerin çocuk için travmatik etkisinin farkında olmalıdır. Hemşirenin temel görevlerinden biri çocuk ve ailesinin duygu, deneyim ve beklentilerini öğrenmek, onların kaygıları ile baş etmelerine yardım edebilmektir (67).

Hemşirelerin, aile ve çocuğa yönelik işlemlerle ilgili hazırlıkları şunları içermelidir;

- Aile ve çocuğa hastaneye yatmadan önce bilgi verme,
- Kliniği tanıtma ve hastane çalışanları ile tanıştırma,
- Yatacağı odayı gösterme ve bilgilendirme,
- Kullanılacak aletler hakkında bilgi verme,
- Çocuğu hastalığı hakkında soru sormaya cesaretlendirme,
- Anksiyeteli görünen çocuğun endişelerini paylaşmasını sağlama,
- Çocuğun ve ailenin bakıma katılmasını sağlama,
- Kardeşlerinin ve arkadaşlarının ziyarete gelmelerini sağlama ve destekleme,
- Muayene ve işlemler sırasında mahrumiyeti sağlama,
- Farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerle ağrısını önleme,
- Uygun zamanlarda oyun odalarına gitmesini ve TV izlemesini sağlama,
- Sosyalleşmelerini sağlamak için aynı yaştaki çocuklarla ilişkisini destekleme,
- Çocuğun durumu uygunsa hastane okuluna katılmasını sağlama (110,111,112).

Hasta ve ailesinin eğitimi sistemli ve düzenli bir şekilde çocuğun yaşına uygun eğitim yöntemleri ve tekniklerini içermelidir. Eğitimin yapıldığı yer, çocuğun ve ailenin rahat olabileceği şekilde hazırlanmalıdır (3,113). Hemşire çocukla iletişimde ifadeleri çok iyi seçmeli, çocuğun anlayabileceği şekilde ve açık ifadeler kullanmalıdır (18,114).

Eğitimin içeriğini; sağlık, hastane, hastane yaşamı, hastane personeli, hastanede kullanılan aletler ve hastanede uygulanan tıbbi işlemler oluşturmalıdır (115). Hastane gezileri, film gösterimi, kitaplar, kartlar, broşürler, afiş ve posterler, müzik, TV-video yayınları,

dramatizasyon, kuklalar, oyuncak bebekler, resim çizme etkinlikleri gibi eğitim yöntemleri kullanılmalıdır (115,116).

Çalışmalar bazı ailelerin farklı nedenlerle çocuklarını tedavi ve hastaneye yatma konusunda bilgilendirmekten kaçındıkları, çocuklarından sakladıkları, eksik veya yanlış bilgiler verdiklerini göstermektedir (3). Aileler, çocuğun bu durumu anlayamayacak kadar küçük olduğunu ya da çok endişelenip korkacağını düşündükleri için bilgi vermekten kaçınabilirler. Ancak çalışmalar göstermiştir ki, yapılacak tedavi ve işlemler ile ilgili çocuklara bilgi verilmemesi korku ve anksiyetelerinin artmasına neden olmaktadır (20).

Luhmann ve ark. 223 çocuk ile yaptıkları araştırmada, hazırlıksız yapılan invaziv işlemlerin 2-6 yaş çocukların %83'ünün, 7-12 yaş çocukların %51'inin anksiyete düzeyini arttırdığı saptanmıştır (117). Ebeveynler, çocuğu hastaneye yatmaya ilk hazırlayacak olan kişiler oldukları için çocuğun hastalığını ve hastaneye yatmasının nedenlerini tam ve doğru bir şekilde anlamaları ve çocuğu bu konuda desteklemeleri gerekir (114).

Çocukları hastaneye yatmaya hazırlamada en iyi yaklaşım, bu konuyu onlara anaokulu ya da ilkokul gibi sağlıklı oldukları, normal ortamlarda tanıtmaktır. Bu ortamlarda hazırlanan programlar, birçok çocuğun ilgisini çekmekte ve başarı sağlanmaktadır (20). Daha hasta olmadan hastanelerin tanıtılması, çocukların hasta olduklarında daha az stres yaşamasını sağlar. Sağlık kuruluşlarına yapılacak geziler, hastane ve çalışanlar konusunda çocukta olumlu düşünceler oluşturur, sağlık çalışanlarına güven duymasını sağlar. Sonuçta çocuğun, bu güven duygusu ile tıbbi girişimlere yönelik korku ve anksiyetesinin azalması desteklenir (18,48).

OYUN TANIMI

Genel bir tanım olarak oyun; çocuğun kendini ifade edebildiği, yeteneklerini fark edebildiği, yaratıcı potansiyelini kullanabildiği belli bir amaca yönelik olan veya olmayan, kurallı ya da kuralsız gerçekleştirilen fakat her koşulda çocuğun isteyerek ve hoşlanarak yer aldığı, fiziksel, bilişsel, dil, duygusal ve sosyal gelişiminin temeli olan, gerçek yaşamın bir parçası ve etkili bir iletişim aracıdır (22,118,119). Bir başka tanımla oyun; çocuğun düşünme, kanıtlama, rahatlama, çalışma, hatırlama, cesaret etme, deneme, yaratma ve anlama yoludur. Ayrıca çocuğun en etkili öğrenme şekli olup çocuğun yaşamının vazgeçilmez yapı taşlarındandır (120).

Oyun, çocuğun keşif ve deney yapmasını; kendini, hayal gücünü kullanarak kontrollü bir çevrede öğrenmesini destekleyen, çocukluk deneyimlerinin başlıca yapısıdır. Çocukların gelişim sürecinin her aşamasında psikolojik açıdan oyun ve oyuncaklar oldukça önemlidir (29,121). Oyuna psikososyal açıdan bakıldığında, çocuğun rahatlamasını, güven duymasını sağladığı, gerginliğini azalttığı, tanımadığı bir çevrede bulunmasının getirdiği zorluklarla baş etmesini sağladığı belirtilmektedir. Oyun oynarken çocuk duygusal doyum yaşar, oyun esnektir ve çocuğun kontrolü elinde bulundurduğu zaman diliminden biridir (28,121,122,123,124).

Sigmund Freud'un psikanalitik kuramına göre oyun, çocuğun duygusal sorunları ile ilgili bilgi edinmemizi sağlayan bir araçtır. Oyun, çocuk için gerçek yaşamın olumsuzluklarından bir süreliğine uzaklaşmasını ve kendi dünyasını kurmasını sağlar. Ayrıca kaygıya neden olan olaylarla etkin bir şekilde baş etmesine yardımcı olmaktadır. Bu sayede çocuk kendisini daha güçlü hisseder. Oyun, çocuğun kontrolü elinde tutmasını sağlar ve duygularını ifade etmesini sağlar (125).

Erikson'a göre oyun, çocukta meydana gelen biyolojik faktörlerin gelişimine katkı sağlar ve psikososyal gelişimine destek olur (125,126). Ayrıca oyun, çocuğun yenilgiler, acılar ve yaşadığı sorunlara karşı kendini güçlü tutmak için kullandığı bir yöntem olmaktadır (18).

Piaget'in oyun kuramı, zeka gelişimi ile yakından ilişkilidir (18). Piaget'e göre oyun, insan davranışında bulunan ve çocuğun bilişsel gelişimini destekleyen bir unsurdur. Piaget oyunu üç bölüme ayırır (127). Alıştırmalı oyunlar, yaşamın ilk aylarında başlar. Çocuğun olayları kendi kontrolünde tutmaktan duyduğu hazzın belirtisi olarak ortaya çıkan amaçsız hareketlerden oluşur. Sembolik oyunlar, 2 yaşından sonra başlayan hayali davranışların oyuna çevrildiği oyunlardır. Kurallı oyunlar ise 7-11 yaş dönemini içerir, sosyal düzenlemelerin dahil olduğu oyun çeşididir (13,127).

Okul dönemi, çocuğun başarılı olma isteğinin arttığı, okuma, yazma ve akademik kelimeleri kullanmayı geliştirdiği, dünyayı ve çevreyi daha kolay algıladığı bir dönemdir (128). Çocuklar bu dönemde, başkalarının düşüncelerini önemsedikleri için oyun oynarken kurallara uyarlar ve işbirliğine açıktırlar. Akranları ile daha fazla vakit geçirmek isterler, birlikte oynanan oyunlara ilgileri artar (12,128). Bu dönemde çocuklar bir gruba ya da takıma dahil olmak isterler ve arkadaşlarıyla karşılıklı güven duymayı ve iş bölümü yapmayı

öğrenirler. Ayrıca takım oyunları ile birlikte rekabet etmeyi, kazanmayı ve kaybetme deneyimini öğrenirler (20,75).

Takım oyunları, çocuğun fiziksel, sosyal ve bilişsel becerilerinin gelişmesini sağlar (20). Bu dönemde genellikle futbol, voleybol ve basketbol gibi rekabete dayalı takım oyunları oynarlar. Okul çocukları takım oyunlarının yanı sıra bireysel aktiviteler de yapmak isterler. Pul, kart, araba ve bebek gibi değişik objelerden oluşan koleksiyonlar yaparlar. Ayrıca bisiklete binme, ağaçlara tırmanma, ip atlama, kitap okuma, resim yapma, müzik dinleme, bir müzik aleti çalma, bilgisayar oyunlarına da yönelebilirler. Oyun, normal gelişim sürecindeki çocuklar için olduğu kadar, kısa veya uzun süreli hastanede yatması gereken çocukların psikolojik sağlığı açısından ele alınması gereken bir araçtır (129). Genellikle çocukların "işi" olarak tanımlanan oyun, hastanedeki bakımın değerli bir yönünü oluşturur. Günümüzde sağlık bakımı veren çoğu kuruluş ve çocuk kliniklerinde çocuklar için oyun alanları, oyun odaları bulundurmaktadır (22,130). Servis içinde yer alan oyun salonu, renkli oyuncaklar, televizyon ve video filmleri-oyunları yanında evden getirilen oyuncaklarla hazırlanan odanın çocuğun kendini güvende hissetmesini sağladığı, hastaneye yatmanın ve işlemlerin nedenini daha iyi anlayabildiği, anksiyete ve korkuyu azaltmada etkili olduğu belirtilmektedir (22,114,131).

Oyun, çocuğun hastaneye yatmasıyla kesintiye uğrayabilir. Bu durumda çocukta öfke, kızgınlık, kontrol kaybı, anksiyete vb. duygular oluşmasına neden olur (21,22). Bu duygular sonucu oyun, çocuğun öfkesini, güvensizliğini, korkusunu, fantezilerini ve yaşadığı karmaşaları yansıtmasını ve ifade etmesini sağladığı için atravmatik hemşirelik bakımının önemli bir parçasıdır (87). Çocuklar oyun esnasında kendilerini olumsuz etkileyen korkularıyla yüzleşmeye ve bunlardan uzaklaşmaya çalışırlar (121,132). Ayrıca oyun, çocuk için psikososyal açıdan önemli bir destek aracı olmasının yanı sıra, hastalık ve hastane süreciyle baş etmesini kolaylaştırmaktadır (14,20).

Hastanedeki çocuğa oyun ortamı sağlamak hemşirelik bakımı açısından oldukça önemlidir. Pediatri hemşireleri oyunun çocuğun yaşamındaki önemini bilmeli, bu konuda yapılan araştırmaları takip etmeli, araştırmalar yapmalı, hastanede yatan çocuğun bakımında oyunu kullanabilmelidir. Bu yaklaşım çocuğa verilen bakımın kalitesini arttıracaktır (16). Hastanede yatan çocuklar için oyun olanağının yeterli bir şekilde oluşturulabilmesi için oyun alanının ve oyun materyallerinin iyi planlanması gerekir (10).

Çocuğun evrensel dili ve en etkili iletişim aracı olan oyun, çocuğun hastalığına ilişkin bilgi düzeyini ve duygularını değerlendirmeye yardım eder. Böylece bireysel hemşirelik

bakımı planlanabilir. Çocuğun yaşına bağlı olarak oyun, sağlık eğitiminde en yararlı araçlardan biridir (20). Çocuklara yapılan eğitimlerin etkinliği için; maketler, kuklalar, videolar, slayt gösterilerinden yararlanılabilir (9,10,30).

TERAPÖTİK OYUN

Terapötik oyun; çocuğun kendini ifade etmesini sağlayan, hastalık veya hastaneye yatmanın neden olduğu travmayı azaltan, çocuğun tedavi ya da işlemlerde duygularını ve yanlış anlamalarını belirleyen, olumlu davranışlar geliştirmesini yardım eden bir oyun yöntemdir. Ayrıca terapötik oyun yöntemi, çocuğun stresini azaltır ve stres yaratan olaylarla birlikte olumlu baş etme yöntemleri öğrenmesi için kullanılır, otonomi, yeterlilik duygularını kazanmasını destekler, atravmatik bakım ortamı oluşturur. (14,18,24,114).

Terapötik oyunun çocuklar için yararları;

- Hastalık ve hastaneye yatmanın yol açtığı travmayı azaltır,
- Çocuğun sakinleşmesini ve rahatlaması sağlar,
- Çocuğun enerjisini harcamasını sağlar,
- Çocuğun tedaviye ya da işlemlere ilişkin yanlış anlamalarını azaltır,
- Tanımadığı ortamda kendini daha güvende hissetmesini sağlar,
- Çocuğun seçim yapmasını ve kontrolü elinde tutmasını sağlar,
- Hastanede yapılan işlemleri öğrenmesini ve işlemlere hazırlanmasına yardım eder (14,20).

Oyunun sağlık ekibi için olan yararları;

- Çocuk ve ebeveynler ile güven verici bir ilişki kurulmasına yardım eder,
- Çocuğun duygularının öğrenilmesini sağlar,
- Sağlık eğitiminde etkili bir araç olarak kullanılır (14,20,25,133).

Stres oluşturan durumların yoğunluğu hastalık ve hastaneye yatış aşamasında daha fazla yaşanmaktadır. Oyunun stresle baş edilmesindeki etkisinin gözlemlenmesiyle gelişmiş ülkelerde çocuklarda hastane ve hastalık ile ilgili stresi azaltmak, çocukların uyumlarını arttırmak ve bu süreçte onların normal gelişimlerini devam ettirebilmek için "tedavi edici oyun "therapeutic play" uygulamaları yapılmıştır (1). Kuğuoğlu ve Tanır (2006)'ın yaptığı

çalışmada, çocukların hastaneye kabulü ve cerrahi işlem öncesi terapötik oyun kullanılan grupta, çocukların işlem sırasında daha az anksiyete yaşadıkları, daha çok işbirliği halinde oldukları ve daha az stres yaşadıkları bulunmuştur (16).

Terapötik oyun kullanımının tıbbi işlem öncesi ve preoperatif anksiyete, ağrı ve negatif duygular üzerine etkisine incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada, deney grubundaki çocuklara 1 saat terapötik oyun uygulanmasının tedavi öncesi ve perioperatif dönemde çocukta oluşan olumsuz duyguları ve ağrıyı azaltmada etkili olduğu bulunmuştur (134).

Çocuklarla oynanan oyunun "tedavi edici oyun" olarak nitelendirilebilmesi için;

- Duygularını ifade edebilmesi için cesaretlendirilmesi,
- Çocukların hastane deneyimlerine yönelik eğitim oluşturması,
- Fizyolojik yarar sağlayacak bir oyun olması (örneğin; akciğer fonksiyonlarının iyileştirilmesi için köpük üflemek, balon şişirmek) özelliklerinden en az birini kapsamalıdır (1,2).

Terapötik oyunun hedefi, çocuğun normal yaşamını devam ettirmek, yaşadığı travmayı en aza indirmek ve çocuk için uygun olan gelişimi desteklemektir (41,135).

Hemşire için oyun, çocuğu anlama açısından çok önemlidir. Çocuk işlem hakkındaki duyguları terapötik oyun yöntemi ile sözel veya sözel olmayan biçimde belirtebilir. Çocuk hemşiresi, hasta çocuklar için oyun yerleri ve oyunu organize eder. Gerçek yaşamdaki yaşadığı stresi oyun haline getirir ve böylece çocuğun duygularını ifade etmesini sağlar (41,136).

Tıbbi oyuncaklar çocuğa tıbbi ve cerrahi işlemleri göstermede ve çocuğun duygularını ifade etmesinde yardımcı olur. Bu açıdan kullanılacak en etkili malzemeler oyuncak bebekler, oyuncak hayvanlar ya da kuklalardır (18). Çocuklar oyuncak bebekler üzerinde işlemleri uygulamada oldukça başarılıdırlar. En sık kullanılan tıbbi oyuncak olan bebekler, insan vücudunun üç boyutlu olarak görülmesini sağlar. Hemşire oyuncak bebekleri kullanarak çocuğa nasıl tedavi edileceğini, uygulanacak tedavi ve işlemleri gösterebilir (18,114). Hemşire, çocuğun enjeksiyon işlemini oyuncak bebek üzerinde uygulamasına izin vererek bu olayı deneyimlemesini ve korkusu ile baş etmesini sağlayabilir (137).

Çoğu tıbbi girişim, çocuk için acı ve ağrı vericidir. Hemşirelerin bu işlemleri çocukların duygu, düşünce ve hayal güçlerine dayanarak hazırlanmış bir odada ve uygun materyalle,

uygulamalı olarak anlatmalarının çocukların korkuları üzerinde olumlu etkisinin olduğu belirtilmektedir (138). Nader ve arkadaşlarının 5-12 yaş 33 çocuk ile yürüttüğü çalışmada, hekim muayenesinden önce oynanan terapötik oyunun çocukların anksiyete düzeylerini düşürdüğü sonucuna varılmıştır (139).

Terapötik Oyun Yöntemleri

Hemşire, terapötik oyun yöntemlerini kullanırken çocuğun mesajlarını, davranışlarını dikkatle incelemesi ve iyi bir şekilde gözlemlemesi gerekir. Hemşire, bu gözlemlere dayanarak herhangi bir özel eğitim almasına ihtiyaç olmadan aldığı hemşirelik eğitimi ile çocuğun mesajlarını, davranışlarını değerlendirebilir. Terapötik oyun, çocuğun enerji harcamasını sağlayan oyun, dramatik oyun ve yaratıcı oyun olmak üzere üçe ayrılır (20,22).

Çocuğun enerji harcamasını sağlayan oyun:

Çocuğa zarar vermeyecek, hareketlerini kısıtlamayacak şekilde anksiyetesini, öfke ve agresif duygularını dışa vurarak, yumruklayarak, koşarak ya da bağırarak ifade etmelerini sağlar. Hastanede çocuğa bu duygularını yöneltebileceği uygun gereçlerin sağlanması ya da uygun alanın oluşturulması çocuğun anksiyete, öfke ve agresif duygularının azaltılmasını destekler. Örneğin, çocuğun yumuşak bir yastığa yumruk atması sakinleşmesi ve öfke kontrolünü öğrenmesi için yararlı olabilir (20,22,24,25).

Dramatik oyun:

Bu oyun çeşidi, çocuğun duygu, düşünce, arzularını ifade etmesi açısından önemlidir. Oyun sırasında stetoskop, iğnesiz enjektör, maske gibi çocuğun hastanede yaşadığı deneyimlerde karşılaştığı gerçek ve zararsız malzemeleri tanıması ve kullanmasının sağlanması gerekir. Bu yöntem ile stresin azaltılması ve çocuğun duygularını ifade etmesinde etkilidir. Ayrıca bu tür oyunlar, çocuğun güven duygusunun gelişmesine ve baş etme yöntemleri geliştirmesini sağlar (20,22,25,133).

Yaratıcı oyun:

Çocukların duygu ve düşüncelerini göstermek amacıyla kullanılan resim çizme, cümle tamamlama ve üç dilek testi gibi çocuğa yardımcı olan birçok yöntem kullanılmaktadır (20,22). Resim çizme tekniğinde, çocuktan bir resmi çizmesi ve bununla ilgili bir şeyler anlatması istenir. Bu yöntem kullanılarak çocuğun iç dünyasına yönelik bilgiler edinilebilir (18,20). Cümle tamamlama testinde tamamlanmamış cümleler, çocuğun aklına ilk gelen

sözlerle tamamlanarak uygulanır. Bu yöntemle, normal soru sorma ile çocuğun cevaplamadığı sorulara yanıt bulunabilir. Bu sayede çocuk, endişelerini dolaylı yoldan ve kendinin tehlikede olduğunu düşünmeden açıklamış olur (18,20). Üç dilek testi ise çocuğun düşsel isteklerinin araştırılmasına dayanan bir yöntemdir. Çocukla güvene dayalı bir ilişki kurulduktan sonra ona, "Eğer dünyada üç şeye sahip olabilseydin bunlar neler olurdu?" şeklinde sorularla çocuğun duygu ve düşüncelerini ifade etmesine yardımcı olur (14,20,22,25,87).

DRAMATİZASYON YÖNTEMİ

Dramatik oyun en genel tanımıyla yaşamı daha iyi anlayabilmek için onu taklit etmek, oynamaktır. Dramatik oyunda çocuk bir rol edinir ve başka birisiymiş gibi davranır (140). Bu şekilde düşleri ile gerçeği birleştirerek kendi dünyasını yetişkinlerin dünyası ile birleştirmeye çalışır. Yetişkinlerle etkili bir şekilde iletişim kurmayı, çevreyi ve aile bireylerini eleştirmeyi, pasiflikten aktifliğe geçmeyi, daha etkin sosyal rollerde bulunmalarını sağlar (16,140).

Dramatize oyun, çocuğun duygu ve düşüncelerini yansıtması bakımından önemlidir. Bu şekilde çocuk hem rahatlamış olur hem de yaşadığı korkular ve kaygılar belirlenmiş olur. Çocuklar "dramatik oyun" ile fiziksel atılganlık, yaratıcı yetenek, sosyal beceriler sergiler ve hissettiklerini dışarı aktarırlar (46,47).

Hastalık ve hastaneye yatma, çocukta oldukça stresli, korku ve huzursuzluk verici bir deneyimdir. Hastaneye yatan çocukların günlük yaşamında birçok değişiklik meydana gelmektedir. Ayrıca aileler, çocuğu hastalığı konusunda ve hastaneye yatma sürecine ilişkin yeterince bilgilendirmemektedir. Bu durum çocukta daha da travmatik bir hal almakta ve buna bağlı olarak çocukta korku, kaygı, düşmanlık, kızgınlık, içe kapanma, depresyon gibi birçok tepki görülmektedir. Bu nedenle hastalık ve hastaneye yatmanın çocuk üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak ve engellemek için çocuğun bilgilendirilmesi oldukça önemlidir (1,2,3,15,20,32,67).

Pediatri hemşiresi, çocukların daha önceki deneyimlerini, hastalığı nasıl algıladığını, yaşını, gelişim düzeyini göz önünde bulundurarak çocuğa eğitim vermeli, çocuğun hastaneye ve tedaviye uyumunu arttırarak, destek sistemlerini ve baş etme yöntemlerini geliştirmesine yardımcı olmalıdır. Ayrıca tıbbi işlemlere yönelik ağrı duymasını, anksiyete ve korku hissetmesini önlemek, ortadan kaldırmak ve azaltmak için etkin ağrı kontrolü sağlanmalı, terapötik iletişim ve terapötik oyun yöntemleri kullanılmalı, oyun oynamasının gerekliliğinin

farkında olunmalı, yaşadığı piskososyal stres ile baş edebilmesi için atravmatik bakım uygulamaları sağlanmalıdır (18,20,23,39,46,47,85,90). Ameliyat hazırlığında olan 6-12 yaş arası 43 çocuk (20 kontrol, 23 deney) ile ameliyat sonrası çocukların anksiyete düzeyini belirlemek amacıyla deneysel olarak gerçekleştirilen bir çalışmada, deney grubundaki çocuklara eğitim kitapçığı, terapötik oyun ve hastane gezisini içeren bir eğitim verilmiştir. Araştırma sonucunda ameliyat sonrası deney grubundaki çocukların kontrol grubundakilere göre anksiyete puanlarının düşük olduğu ve terapötik oyun yöntemi ile verilen eğitimin etkili olduğu bulunmuştur (23).

GEREÇ VE YÖNTEM

ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Araştırma, pediatri kliniğinde tedavi görmekte olan 7-12 yaş çocuklarda periferik damar yolu açma işlemi öncesinde kullanılan terapötik oyun yönteminin korku ve anksiyete düzeyine etkisini araştırmak amacıyla randomize kontrollü olarak gerçekleştirildi.

ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Hipotez 0 (H0): Periferik damar yolu açma işlemi öncesinde terapötik oyun yöntemi uygulanan çocuklarla herhangi bir yöntem uygulanmayan çocukların korku ve kaygı düzeyleri arasında fark yoktur.

Hipotez 1 (H1): Periferik damar yolu açma işlemi öncesinde terapötik oyun yöntemi uygulanan çocukların herhangi bir girişim yapılmayan çocuklara göre korku düzeyleri düşüktür.

Hipotez 2 (H2): Periferik damar yolu açma işlemi öncesinde terapötik oyun yöntemi uygulanan çocukların herhangi bir girişim yapılmayan çocuklara göre kaygı düzeyleri düşüktür.

ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Araştırmanın bağımsız değişkenleri, sonuç kriterlerini etkileyebileceği düşünülen çocuklara uygulanan terapötik oyun yöntemi ve çocuğun tanımlayıcı sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, aile tipi, yaşanılan bölge, sosyal güvence, hastalık tanısı, hastaneye yatma durumu, kronik hastalık durumu, daha önce invaziv girişim/damar yolu açılma durumu ve ağrı ile ilgili deneyimleri)'dir.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri, Çocuklar İçin Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri'nden alınan puanlar ve Tıbbi İşlem Korku Ölçeği'nden alınan puanlardır.

ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi Çocuk Hastalıkları ve Çocuk Cerrahisi Kliniğinde tedavi görmekte olan çocuklarla Ekim 2016-Mart 2017 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Ekim 2016-Mart 2017 tarihleri arasında Edirne ilinde bulunan, Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi Çocuk Hastalıkları ve Çocuk Cerrahisi Kliniğinde tedavi görmekte olan hasta çocuklar oluşturdu. Bu çocuklar içinde araştırma kriterlerini karşılayan ve veri toplama araçları eksiksiz doldurulan çocuklar araştırmanın örneklemini oluşturdu.

Tural'ın "Ameliyat Öncesi Dönemde Çocuklara Verilen Eğitim ve Terapötik Oyun Yöntemlerinin Çocuğun Kaygı, Korku ve Ağrı Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi" adlı çalışması doğrultusunda yapılan Power Analizine göre %80 güven aralığında, artı-eksi %5 hata payı ile hesaplanan örneklem büyüklüğü deney grubunda 42, kontrol grubunda 42 olarak belirlendi ve örneklemi toplam 84 çocuk oluşturdu (30).

Örneklemi oluşturan 84 çocuk, deney-kontrol gruplarına randomize olarak atandı. Kullanılan randomizasyon yönteminde; çocukların yaş, cinsiyet gibi özellikleri dikkate alınmadan kontrol ve deney gruplarındaki çocukların sayıları eşit olarak (42:42) bilgisayar

programı (researcher randomizer) kullanılarak belirlendi. Örneklem seçiminde aşağıdaki kriterler dikkate alındı:

- Çocuğun kliniğe yatışında ilk damar yolu açılıyor olması
- 7-12 yaş aralığında olma
- Zihinsel probleminin olmaması
- Görme, işitme ve konuşma probleminin olmaması
- Damaryolu açma işlemlerinin aynı hemşire tarafından yapılması
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veriler, "Veri Toplama Formu" (Ek 1), "Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri" (Ek 2), "Tıbbi İşlem Korku Ölçeği" (Ek 3) ve araştırmacı tarafından geliştirilen "Gözlem Formu" (Ek 4) kullanılarak toplandı.

Veri Toplama Formu

Literatür doğrultusunda geliştirilen form; ebeveyn ve çocuğa ait sosyo-demografik özellikleri içeren; anne-baba-çocuk yaşı, çocuğun cinsiyeti, anne-baba meslek ve çalışma durumu, anne-baba eğitim durumu, aile tipi, sosyal güvence, çocuk sayısı, çocuğun tanısı, çocuğun kronik hastalığının olup olmadığı, daha önce hangi invaziv girişimlerin uygulandığı olmak üzere 31 sorudan oluştu (Ek 1).

Çocuklar İçin Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri (ÇDSKE)

Çocuklar için Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri (ÇDSKE) çocuklarda özel durumların tehdit edici olarak yorumlanması sonucu oluşan durumluluk kaygıyı ve kaygı yatkınlığı anlamına gelen sürekli kaygıyı ölçmek amacıyla Spielberger tarafından 1973 yılında geliştirilmiş, Türkiye'de geçerlik ve güvenirlik çalışması Özusta (1995) tarafından yapılmıştır (68).

Durumluk Kaygı Ölçeği; çocukların içinde bulundukları "o anda" kendilerini nasıl hissettiklerini değerlendirmeleri ile ilgili 3 seçenekten birini işaretlemeleri istenir. Yirmi maddeden oluşan ölçek; gerginlik, sinirlilik, telaş gibi durumluk-kaygılarla ilişkili duyguların değerlendirilmesini amaçlar. Maddelerin yarısı tedirginlik, telaş ve gerginliğin olması,

kalanlar ise bu durumların varlığını yansıtır. Bu duyguların varlığı, çocuk tarafından "çok" olarak bildirildiği durumlarda en yüksek puan 3, olmadığının bildirilmesi durumunda ise en düşük puan olan 1 verilir. Durumluk Kaygı Ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 20, en yüksek puan ise 60'tır. ÇDSKE bireysel veya grup halinde uygulanabilir.

Sürekli Kaygı Ölçeğinde; çocukların kendini 'genellikle' nasıl hissettiğini değerlendirip, maddede verilen durumun oluş sıklığına göre en uygun seçeneği belirtmesi istenir. Her durumun "hemen hemen hiç", "bazen" ve "sık sık" olarak belirlenmiş seçeneklerinden, "sık sık" seçeneğinin seçilmesi en yüksek puan olan 3'ün, "hemen hemen hiç" seçeneğinin seçilmesi en düşük puan olan 1'in alınmasına yol açar. Sürekli kaygı ölçeğinden alınabilecek en düşük toplam puan 20, en yüksek toplam puan 60'dır (Ek 2).

ÇDSKE'nin Türkçe uyarlamasında güvenirlik katsayıları durumluluk kaygı ölçeği için .82, süreklilik kaygı ölçeği için .81 olarak bulunmuştur (68,69). Bu çalışmada Cronbach Alfa katsayıları Durumluluk Kaygı Ölçeği için .86, süreklilik kaygı ölçeği için .76 olarak belirlendi.

Tıbbi İşlem Korku Ölçeği (TİKÖ)

Çocukların tıbbi işlem ve uygulamalarla ilgili korkularını ölçmeye yönelik 29 sorudan oluşan bir ölçektir. Ölçek işlemsel, çevresel, kişisel, kişiler arası soruları içeren 4 alt boyuttan oluşmuştur (30). Ölçekten alınan en düşük puan 29, en yüksek puan ise 87'dir. Üç seçenekli likert tipi ölçekte çocuktan ölçekteki her bir madde için "hiç korkmam" (1), "biraz korkarım" (2), "çok korkarım" (3) ifadelerinden birini seçmesi istenmektedir. Ölçekten (0-29) puan alan az korkan, (29-58) puan arası alan biraz korkan, (58-87) puan arası alan öğrenci ise çok korkan olarak değerlendirilmektedir. Alt ölçeklerin değerlendirilmesinde; "işlemsel" maddelerin en düşük puanı 9, en yüksek puanı 27; "çevresel" maddelerin en düşük puanı 7, en yüksek puanı ise 21; "kişisel" maddelerin en düşük puanı 4, en yüksek puanı 12; "kişilerarası" maddelerin en düşük puanı 9, en yüksek puanı ise 27'dir (Ek 3).

Ölçeğin Türkiye'deki geçerlilik güvenilirlik çalışması, Alak (1993) tarafından yapılmıştır. Alak'ın 7-14 yaş grubu 100 sağlıklı okul çocuğuyla yaptığı çalışmasında, güvenirlik katsayısı .93 olarak bulunmuştur (77). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı .86 olarak bulundu.

Gözlem Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen gözlem formu, çocuğu araştırmacı tarafından işlem sırasında gözlemlemek amacıyla çocuğun yüz ifadesi, vücut hareketleri, duygusal durumu, nasıl tepki verdiğini ve ağlama durumunu değerlendiren toplam 5 sorudan oluştu (Ek 4).

VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Veriler, pediatri kliniğinde yatan, örneklem seçim kriterlerine uyan 7-12 yaş çocuklardan yüz yüze görüşme yöntemi (7-8 yaş çocukların formlarının doldurulmasında araştırmacı tarafından okunarak çocuklara yardımcı olundu), gözlem ve ölçekler kullanılarak elde edildi. Öncelikle çocuk ve ebeveyne "Bilgilendirme ve Onay Formu" aracılığıyla araştırma hakkında bilgi verildi. Araştırmaya katılmaya gönüllü olmaları durumunda araştırmaya dahil edildi. Veriler araştırmacı tarafından randomizasyon yöntemi (çalışmaya katılma kriterlerine uygun olan çocuklar gruplara tamamen rastgele, eşit sayıda (42:42), bir önceki atamadan bağımsız olarak (researcher randomizer bilgisayar programı kullanılarak) seçilen deney ve kontrol gruplarından toplandı. İşlem öncesinde deney grubundaki çocuklara terapötik oyun yöntemi ile oyuncak bebek üzerinde uygulama yaptırıldı, kontrol grubundaki çocuklara kliniğin rutin uygulamaları yapıldı.

Eğitim Materyalleri ve Eğitim Yöntemi

Oyuncak bebekler, çocukların iç dünyasında hissettiklerini dışa yansıtmalarını kolaylaştıran ve hayal dünyalarını geliştiren oyuncaklar ve materyallerdir. Bu çalışmada oyuncak bebek, çocuklarda anksiyete ve korkuya neden olan periferik damaryolu açma işlemini hikayeleştirip dramatizasyon yöntemi ile interaktif olarak anlatmak için kullanıldı.

Dramatizasyon Yöntemi: Dramatizasyon, çocukların kontrollü bir biçimde çevrelerinde gözledikleri veya başlarından geçen olayları veya kaygılarını ve özlemlerini sözle ifadelerini sağlar. Dramatizasyon sırasında kuklalar, başlıklar, maskeler, çocukların sanat etkinliklerinde yaptığı basit kukla ve maskeler, projeler, takılar, çeşitli aksesuarlar kullanılabilir (14,16,20,140).

Bu çalışmada dramatizasyon yöntemi ile oyuncak bebek deney grubunda yer alan çocukların yerine konulmuştur. Çocuğa oyuncak bebeğin hastalandığı için hastaneye yatışının yapıldığı, ilaçlarını alması için ve tedavi olabilmesi için damar yolu açılması gerektiği

açıklandı. Çalışmadaki çocuklar burada hemşire rolünü üstlendiler. Öncelikle damar yolu açma işleminden önce çocuğa kullanılacak malzemeler tanıtıldı, incelemesine zaman verildi. Çocuğa oyuncak bebeğe damar yolu açılma yönteminin işlemleri açıklandı ve bebek üzerinde uygulaması sağlandı. İşlem sırasında çocuğun soruları yanıtlandı.

Uygulama

a) Periferik Damar yolu Açma İşleminden 20-30 Dakika Önce Deney Grubuna Yapılacak Uygulamalar (42 Kişi)

- Çocuklara araştırmacı kendini tanıttı ve araştırma hakkında bilgi verildi.
- Çocuğa ve ebeveyne çalışmanın amacı açıklandı ve gerekli izin alındı.
- Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu ebeveyn ve çocuklar için anlayacakları bir dille anlatıldı.
- Periferik damar yolu açma işleminden 20-30 dakika önce "Veri Toplama Formu" doldurulduu.
- Çocuğa ÇDSKE ve TİKÖ hakkında açıklama yapıldı.
- Çocuktan ÇDKSE ve TİKÖ ölçeklerini doldurması istendi.
- Çocuklara işlemden önce gerekli açıklama yapılarak terapötik oyun yöntemi kullanıldı.
- Yapılan uygulamadan sonra hemşire tarafından çocuğun damar yolu açıldı.
- İşlem sırasında araştırmacı tarafından "Gözlem Formu" doldurulduu.
- Ebeveynin işlem sırasında çocuğun yanında bulunması sağlandı.

b) Periferik Damar yolu Açma İşleminden Önce Kontrol Grubuna Yapılacak Uygulamalar (42 Kişi)

- Çocuklara araştırmacı kendini tanıttı ve araştırma hakkında bilgi verildi.
- Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu ebeveyn ve çocuklar için basit bir dille anlatıldı.
- Çocuğa ve ebeveyne çalışmanın amacı açıklandı ve gerekli izin alındı.
- Periferik damar yolu açma işleminden 20-30 dakika önce "Veri Toplama Formu" doldurulduu.
- Çocuğa ÇDSKE ve TİKÖ hakkında açıklama yapıldı.
- Çocuktan ÇDKSE ve TİKÖ ölçeklerini doldurması istendi.
- Servisin rutinlerinde olan bilgilendirme yapıldı.

- Yapılan bilgilendirmeden sonra hemşire tarafından çocuğun damar yolu açıldı.
- İşlem sırasında araştırmacı tarafından "Gözlem Formu" dolduruldu.
- Ebeveynin işlem sırasında çocuğun yanında bulunması sağlandı.

c) Periferik Damar Yolu Açma İşleminden 15-20 Dakika Sonra Deney ve Kontrol Gruplarına Yapılacak Uygulamalar

- Çocuktan işlem ile ilgili deneyimlediği anksiyete ve korkuyu ölçmek için ÇDSKE ve Tıbbi İşlem Korku Ölçeği'ni doldurması istendi.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin değerlendirilmesinde, lisanslı SPSS (Statistical Package for the Social Science) for Windows 23 paket programı kullanıldı. Çocukların ve ebeveynlerin sosyo-demografik ve tanıtıcı özellikleri ortalama, standart sapma, frekans ve yüzdelik dağılımları ile değerlendirildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk Testi ile değerlendirildi. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiler Ki-kare testi, Mann Whitney U testi, işlem öncesi ve sonrası değerlendirmelerinin karşılaştırılmasında Wilcoxon Testi, çocuk ve ebeveynlerin bazı özellikleri ile işlem öncesi ve işlem sonrası TİKÖ, ÇDSKE puanları arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman Korelasyon Analizi kullanıldı.

ARAŞTIRMANIN ETİK VE YASAL YÖNLERİ

Araştırmaya başlamadan önce Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Bilimsel Araştırma Değerlendirme Komisyonu'ndan 03.08.2016 tarihli etik kurul izni (Ek 5), Edirne İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Araştırma İnceleme Komisyonu'ndan 16.11.2016 tarihli kurum izni (Ek 6) yazılı olarak alındı. Araştırmaya başlamadan önce ebeveynler ve çocuklar "Bilgilendirme ve Onay Formu" aracılığıyla araştırmanın amacı hakkında bilgilendirilerek, katılmak istemeleri durumunda çalışmaya dahil edildi. Çocuklar ve ebeveynlerine araştırma verilerinin sadece bilimsel amaçla kullanılacağı, formlarda isim belirtmemeleri söylendi.

BULGULAR

Araştırma, pediatri kliniğinde yatan 7-12 yaş çocuklarda periferik damar yolu açma girişimi öncesi uygulanan terapötik oyun yönteminin anksiyete ve korku düzeyine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü olarak gerçekleştirildi. Araştırma bulguları aşağıdaki başlıklar altında incelendi.

- Çocukların ve Ebeveynlerin Sosyo-Demografik Özellikleri
- Çocukların İnvaziv İşlemlere Yönelik Bazı Özellikleri ve Verdikleri Tepkiler
- Çocukların İşlem Öncesi ve İşlem Sonrası TİKÖ ve ÇDSKE Puan Ortalamalarının Gruplara Göre Karşılaştırılması
- Çocuk ve Ebeveynlerin Bazı Özellikleri ile İşlem Öncesi ve İşlem Sonrası TİKÖ, ÇDSKE Puanları Arasındaki Korelasyon Katsayıları ve Anlamlılık Düzeylerinin Karşılaştırılması

ÇOCUKLARIN VE EBEVEYNLER SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Tablo 1 incelendiğinde, tüm gruplarda erkek çocukların çoğunlukta olduğu (kontrol grubu: %88,1, deney grubu: %85,7) bulundu (p=1,000). Deney grubundaki çocukların çoğunlukla en büyük çocuk olduğu (deney grubu: %35,7), kontrol grubundakilerin çoğunluğunun tek çocuk olduğu (kontrol grubu: %35,7) bulundu (p=0,779). Kontrol grubundaki çocukların %90,5'inde, deney grubundaki çocukların %83,3'ünde kronik

hastalığının olmadığı (p=0,518) ve kontrol grubundaki çocukların %76,2'sinin, deney grubundakilerin %76,2'sinin daha önce hastaneye yattığı bulundu (p=1,000). Deney ve kontrol gruplarındaki çocukların cinsiyet, doğum sırası, daha önce hastanede yatma durumları, kronik hastalığa sahip olma durumları arasında fark olmadığı, bu özellikler açısından benzer oldukları belirlendi (Tablo 1).

Tablo 1. Çocukların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n=84)

Gruplar / Değişkenler	Kontrol Grubu (n=42)		Deney Grubu (n=42)		χ^2	p
	n	%	n	%		
Çocuğun cinsiyeti						
Kız	5	11,9	6	14,3	0,000	1,000*
Erkek	37	88,1	36	85,7		
Kaçıncı çocuk						
Tek çocuk	15	35,7	12	28,6	1,902	0,779**
En küçük çocuk	12	28,6	12	28,6		
Ortanca çocuk	4	9,5	3	7,1		
En büyük çocuk	11	26,2	15	35,7		
Çocuğun kronik hastalık durumu						
Var	4	9,5	7	16,7	0,418	0,518*
Yok	38	90,5	35	83,3		
Daha önce hastaneye yatma durumu						
Evet	32	76,2	32	76,2	0,000	1,000*
Hayır	10	23,8	10	23,8		

χ2: Pearson Chi-Square *Yates' Kikare Test **Fisher Exact Test

Tablo 2 incelendiğinde, annelerin kontrol grubunda %33,3'ünün, deney grubunda %52,4'ünün (p=0,148) ve babaların kontrol grubunda %40,5'inin, deney grubunda %47,6'sının ilkokul mezunu olduğu bulundu (p=0,653). Kontrol grubundaki annelerin

%69'unun, deney grubundaki annelerin %64,3 ünün çalışmadığı (p=0,817) ve babaların büyük çoğunluğunun (kontrol grubunda %90,5, deney grubunda %97,6) çalıştığı belirlendi (p=0,360). Ailelerin çoğunun şehir merkezinde yaşadığı (kontrol grubu: %83,3, deney grubu: %78,6) (p=0,589), ve çoğunluğunun sosyal güvencesinin olduğu (kontrol grubu: %88,1, deney grubu: %92,9) belirlendi (p=0,457). Ailelerin çoğunun çekirdek tip aile yapısında olduğu (kontrol grubu: %78,6, deney grubu: %64,3) (p=0,327), çoğunlukla iki çocuklu aile oldukları (kontrol grubu: %52,4, deney grubu: %59,5) belirlendi (p=0,467). Deney ve kontrol grupları arasında bu özellikleri açısından fark olmadığı bulundu (Tablo 2).

Tablo 2. Ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n=84)

Gruplar / **Değişkenler**	**Kontrol Grubu (n=42)**		**Deney Grubu (n=42)**		**χ^2**	**p**
	n	**%**	**n**	**%**		
Anne eğitim durumu						
Okur yazar değil	5	11,9	1	2,4	5,342	0,148**
İlköğretim	14	33,3	22	52,4		
Lise	18	42,9	13	31,0		
Üniversite	5	11,9	6	14,3		
Baba eğitim durumu						
Okur yazar değil	1	2,4	-	-	1,649	0,653
İlköğretim	17	40,5	20	47,6		
Lise	15	35,7	12	28,6		
Üniversite	9	21,4	10	23,8		

Tablo 2. (devam) Ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n=84)

Anne çalışma durumu						
Çalışıyor	13	31,0	15	35,7	0,054	0,817*
Çalışmıyor	29	69,0	27	64,3		
Baba çalışma durumu						
Çalışıyor	38	90,5	41	97,6	-	0,360**
Çalışmıyor	4	9,5	1	2,4		
Ailenin en uzun yaşadığı yer						
Köy	1	2,4	3	7,1	1,059	0,589**
Kasaba	-	-	-	-		
İlçe	6	14,3	6	14,3		
Şehir	35	83,3	33	78,6		
Ailenin çocuk sayısı						
Tek çocuk	15	35,7	10	23,8	1,525	0,467*
İki çocuk	22	52,4	25	59,5		
Üç çocuk ve fazlası	5	11,9	7	16,7		
Aile tipi						
Çekirdek	33	78,6	27	64,3	2,236	0,327**
Geniş	8	19,0	14	33,3		
Parçalanmış	1	2,4	1	2,4		
Sosyal güvence varlığı						
Evet	37	88,1	39	92,9	0,553	0,457**
Hayır	5	11,9	3	7,1		

χ2: Pearson Chi-Square *Yates' Kikare Test **Fisher Exact Test

Yaş ile ilgili özelliklerin bulunduğu Tablo 3 incelendiğinde; çocukların yaş ortalamalarının kontrol grubunda 7,90±1,25, deney grubunda 8,00±1,14 (p=0,797), annelerin yaş ortalamaları kontrol grubunda 33,44±4,67, deney grubunda 33,75±4,93 (p=0,840), babaların yaş ortalamaları kontrol grubunda 37,25±5,75, deney grubunda 37,13±4,87 (p=0,986) olduğu bulundu. Deney ve kontrol gruplarındaki çocukların bu özelliklerinin benzer olduğu ve aralarında istatistiksel anlamlı fark olmadığı belirlendi (Tablo 3).

Tablo 3. Çocuk ve ebeveynlerin yaş ortalamalarının karşılaştırılması (n=84)

Gruplar/Değişkenler	**Ort±SD**	**χ^2**	**p**
Çocuk yaşı (min-max: 7-12)			
Kontrol grubu	7,90±1,25	-0,257	0,797
Deney grubu	8,00±1,14		
Anne yaşı (min-max: 24-46)			
Kontrol grubu	33,44±4,67	-0,202	0,840
Deney grubu	33,75±4,93		
Baba yaşı (min-max: 24-51)			
Kontrol grubu	37,25±5,75	-0,018	0,986
Deney grubu	37,13±4,87		

Ort: Ortalama, **SD:** Standart Sapma

ÇOCUKLARIN İNVAZİV İŞLEMLERE YÖNELİK BAZI ÖZELLİKLERİ VE VERDİKLERİ TEPKİLER

Tablo 4 incelendiğinde, çocukların çoğunluğunun (kontrol grubu: %88,1, deney grubu: %81,0) daha önce damar yolu açma deneyimi yaşadığı bulundu (p=0,546). Daha önceden uygulanan invaziv girişimler içinde kontrol grubunun %85,7'sine, deney grubunun %81'ine IV uygulama yapıldığı (p=0,770), kontrol grubunun %69'una, deney grubunun %81'ine IM uygulama yapıldığı (p=0,313), kontrol grubunun %100'üne, deney grubunun %100'üne SC uygulama yapıldığı, kontrol grubunun %100'ünden, deney grubunun %100'ünden daha önce kan örneği alındığı belirlendi (Tablo 4).

Tablo 4. Çocukların invaziv işlemlere yönelik bazı özellikleri (n=84)

Gruplar / Değişkenler	Kontrol Grubu (n=42)		Deney Grubu (n=42)		χ^2	p
	n	%	n	%		
Daha önce damar yolu açılma durumu						
Evet	37	88,1	34	81,0	0,364	0,546*
Hayır	5	11,9	8	19,0		
Çocuğa daha önce uygulanan invaziv girişimler						
İntravenöz						
Evet	36	85,7	34	81,0	0,086	0,770*
Hayır	6	14,3	9	19,0		
İntramüsküler						
Evet	13	31,0	8	19,0	1,016	0,313*
Hayır	29	69,0	34	81,0		
Subcutan						
Evet	-	-	-	-	-	-
Hayır	42	100	42	100		
Damardan kan örneği alma						
Evet	42	100	42	100	-	-
Hayır	-	-	-	-		

χ2: Pearson Chi-Square *Yates' Kikare Test

Çalışma grubundaki çocukların tamamından daha önce topuk kanı alındığı (kontrol grubu: %100, deney grubu: %100) ve çocukların tümünün aşılarının tamamlandığı (kontrol grubu: %100, deney grubu: %100) bulundu. İnvaziv girişimlere yönelik kontrol grubundaki çocukların %81'inin, deney grubundaki çocukların %78,6'sının korkutulmadığı bulundu (p=1.000). Deney ve kontrol grubu arasındaki özelliklerin benzer olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı (Tablo 5).

Tablo 5. Çocukların daha önce deneyimlediği invaziv işlemlere yönelik özellikleri (n=84)

Gruplar / Değişkenler	Kontrol Grubu (n=42)		Deney Grubu (n=42)		χ^2	p
	n	%	n	%		
Topuk kanı alınma durumu						
Evet	42	100	42	100	-	-
Hayır	-	-	-	-		
Aşılarının tamamlanma durumu						
Evet	42	100	42	100	-	-
Hayır	-	-	-	-		
İnvaziv girişimlere yönelik korkutulma durumu						
Evet	8	19,0	9	21,4	0,000	1,000*
Hayır	34	81,0	33	78,6		

χ^2: Pearson Chi-Square *Yates' Kikare Test

Tablo 6'da; çocukların önceki ve şimdiki invaziv girişim sırasında gösterdikleri tepkiler incelendiğinde;

Ağlama davranışının daha önce yapılan işlemlerde kontrol grubunda %64,9, deney grubunda %76,5, şimdi yapılan uygulamada kontrol grubunda %28,6, deney grubunda %33,3 olduğu belirlendi. Deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p=0,418, p=0,813) (Tablo 6).

Çığlık atma davranışının daha önce yapılan uygulamada kontrol grubunda %43,2, deney grubunda %32,4, şimdi yapılan uygulamada ise kontrol grubunda %2,4, deney grubunda %7,1'inde görüldüğü belirlendi. Deney ve kontrol gruplarının bu özellik açısından benzer olduğu belirlendi (p=0,484, p=0,616) (Tablo 6).

Huzursuz olma-yerinde duramama davranışının daha önce yapılan uygulamada kontrol grubunun %70,3'ünde, deney grubunun %73,5'inde, şimdi yapılan uygulamada kontrol grubunun %35,7'sinde, deney grubunun %38,1'inde olduğu bulundu. Deney ve

kontrol grupları arasında bu özellik açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu (p=0,967, p=1,000) (Tablo 6).

Kendini çok sıkma-vücudunu kasma davranışının daha önce yapılan uygulamada kontrol grubundaki çocukların %40,5'inde, deney grubundaki çocukların %47,1'inde, şimdi yapılan uygulamada kontrol grubundaki çocukların %35,7'sinde, deney grubundakilerin %31'inde görüldüğü bulundu. Kontrol ve deney grupları arasında önceki ve şimdiki deneyimleri karşılaştırıldığında ağlama, çığlık atma, huzursuz olma ve kendini sıkma-vücudunu kasma davranışları açısından aralarında fark olmadığı bulundu. Deney ve kontrol grupları bu özellik açısından benzerdi (p=0,754, p=0,817) (Tablo 6).

Uygulamayı reddetme davranışının daha önce yapılan uygulamada kontrol grubundaki çocukların %10,8'inde, deney grubundaki çocukların %2,9'unda görüldüğü, şimdi yapılan uygulamada ise davranışın iki grupta da görülmediği belirlendi. Deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi (p=0,359) (Tablo 6).

Sakin olarak işleme izin verme davranışının daha önce yapılan uygulamada kontrol grubunda %21,6, deney grubunda %8,8, şimdi yapılan uygulamada ise kontrol grubunda %33,3, deney grubunda %35,7 olduğu belirlendi. Deney ve kontrol grupları arasında bu özellik açısından benzer bulundu (p=0,246, p=1,000) (Tablo 6).

Kolunu çekerek kaçma davranışının daha önce yapılan uygulamada kontrol grubundaki çocukların %21,6, deney grubunda %29,4, şimdi yapılan uygulamada ise kontrol grubundaki çocukların %9,5, deney grubunda %9,5'inde görüldüğü bulundu. Deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı (p=0,631, p=1,000) (Tablo 6).

Titreme davranışının daha önce yapılan uygulamada kontrol grubunun %10,8'inde, deney grubunun %8,8'inde, şimdi yapılan uygulamada ise kontrol grubu ve deney grubunda bu davranışın görülmediği belirlendi. Kontrol ve deney grupları arasında önceki ve şimdiki deneyimleri karşılaştırıldığında aralarında fark olmadığı belirlendi. Deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi, bu özellik açısından benzer bulundu (p=1,000) (Tablo 6).

Kızma ve etrafındakilere vurmaya çalışma davranışının daha önce yapılan uygulamada kontrol grubunda %8,1, deney grubunda %2,9, şimdi yapılan uygulamada kontrol grubunda %2,4 görüldüğü, deney grubunda ise davraşın görülmediği bulundu. Deney

ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu (p=0,615, p=1,000) (Tablo 6).

İsteksizce uygulamayı kabul etme davraşınının daha önce yapılan uygulamada kontrol grubunun %10,8, deney grubunun %23,5, şimdi yapılan uygulamada ise kontrol grubunun %35,7, deney grubunun %28,6 olduğu belirlendi. Deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi (p=0,266, p=0,640) (Tablo 6).

Durumdan kurtulmak isteme davranışının daha önce yapılan uygulamada kontrol grubunun %18,9, deney grubunun %17,6, şimdi yapılan uygulamada ise kontrol grubunun %2,4, deney grubunun %7,1 görüldüğü belirlendi. Deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi (p=1,000, p=0,616) (Tablo 6).

Korkma davranışının daha önce yapılan uygulamada kontrol grubunun %24,3, deney grubunun %11,8, şimdi yapılan uygulamada ise kontrol grubunun %14,3, deney grubunun %21,4 olduğu bulundu. Kontrol ve deney grupları arasında önceki ve şimdiki deneyimleri arasında bu özellik bakmından fark olmadığı saptandı (p=0,289, p=0,569) (Tablo 6).

Tablo 6. Önceki ve şimdiki invaziv girişim sırasında çocukların gösterdikleri tepkilerin dağılımı (n=84)

Tepki Türü	**Zaman ve Tepki Durumu**	**Kontrol Grubu (n=42)**		**Deney Grubu (n=42)**		**χ^2**	**p**
		n	**%**	**n**	**%**		
Ağlama	Önceki deneyim	24	64,9	26	76,5	0,656	0,418*
	Şimdiki deneyim	12	28,6	14	33,3	0,056	0,813*
Çığlık atma	Önceki deneyim	16	43,2	11	32,4	0,489	0,484*
	Şimdiki deneyim	1	2,4	3	7,1	-	0,616**
Huzursuzluk, yerinde duramama	Önceki deneyim	26	70,3	25	73,5	0,002	0,967*
	Şimdiki deneyim	15	35,7	16	38,1	0,000	1,000*
Kendini çok sıkma ve vücudunu kasma	Önceki deneyim	15	40,5	16	47,1	0,098	0,754*
	Şimdiki deneyim	15	35,7	13	31,0	0,054	0,817*

Tablo 6. (devam) Önceki ve şimdiki invaziv girişim sırasında çocukların gösterdikleri tepkilerin dağılımı (n=84)

Uygulamayı reddetme	Önceki deneyim	4	10,8	1	2,9	-	0,359**
	Şimdiki deneyim	-	-	-	-	-	-
Sakin olarak işleme izin verme	Önceki deneyim	8	21,6	3	8,8	1,347	0,246*
	Şimdiki deneyim	14	33,3	15	35,7	0,000	1,000*
Kolunu çekerek kaçmaya çalışma	Önceki deneyim	8	21,6	10	29,4	0,231	0,631*
	Şimdiki deneyim	4	9,5	4	9,5	-	1,000**
Titreme	Önceki deneyim	4	10,8	3	8,8	-	1,000**
	Şimdiki deneyim	-	-	-	-	-	-
Kızma ve etrafındakilere vurmaya çalışma	Önceki deneyim	3	8,1	1	2,9	-	0,615**
	Şimdiki deneyim	1	2,4	-	-	-	1,000**
İsteksizce uygulamayı kabul etme	Önceki deneyim	4	10,8	8	23,5	1,236	0,266*
	Şimdiki deneyim	15	35,7	12	28,6	0,218	0,640*
Onu bu durumdan kurtarmamı isteme	Önceki deneyim	7	18,9	6	17,6	0,000	1,000*
	Şimdiki deneyim	1	2,4	3	7,1	-	0,616**
Korktuğunu söyleme	Önceki deneyim	9	24,3	4	11,8	1,123	0,289*
	Şimdiki deneyim	6	14,3	9	21,4	0,325	0,569*

*Yates' Kikare Test **Fisher Exact Test

ÇOCUKLARIN İŞLEM ÖNCESİ VE İŞLEM SONRASI TİKÖ VE ÇDSKE PUAN ORTALAMALARININ GRUPLARA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmada kontrol grubundaki çocukların işlem öncesi durumluluk kaygı puan ortalamalarının 44,69±5,27, deney grubundakilerin 44,31±4,77 olduğu ve grupların durumluluk kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark olmadığı saptandı (p=0,451). Çocukların işlem öncesi süreklilik kaygı envanteri puan ortalamalarının, kontrol grubunda 31,26±3,63, deney grubunda 30,06±3,30 olduğu ve deney ve kontrol gurubundaki çocukların ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi (p=0,682) (Tablo 7).

İşlem sonrasında; kontrol grubundaki çocukların durumluluk kaygı envanteri puan ortalamalarının 37,00±3,71, deney grubundaki çocukların puan ortalamalarının ise 34,90±2,42 olduğu ve iki grubun kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu bulundu

(p=0,007). Kontrol grubundaki çocukların periferik damar yolu açma işlemi sonrası durumluluk kaygı puan ortalamalarının terapötik oyun yöntemi kullanılan çocuklara göre daha yüksek olduğu ve puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu bulundu (p=0,007). Çocukların işlem sonrası süreklilik kaygı envanteri puan ortalamalarının kontrol gurubunda 31,07±3,09, deney grubunda 29,16±2,90 olduğu ve deney grubu ile kontrol grubunun süreklilik kaygı envanteri puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu bulundu. Kontrol gurubundaki çocukların işlem sonrası süreklilik kaygı puan ortalamalarının, deney grubundaki çocuklara göre daha yüksek olduğu bulundu (p=0,002) (Tablo 7).

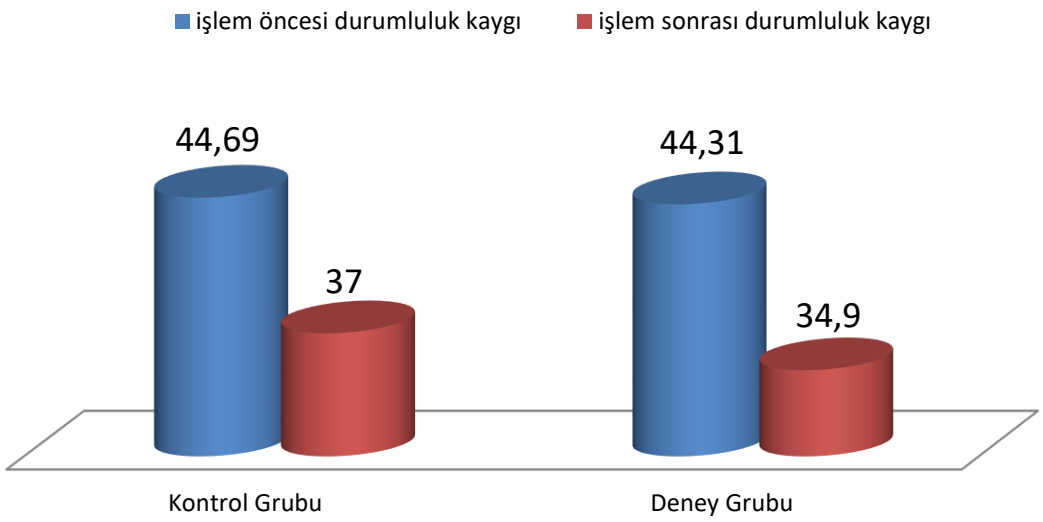
Kontrol grubundaki çocukların periferik damar yolu açma işlemi öncesi durumluluk kaygı envanteri puan ortalamalarının 44,69±5,27, işlem sonrası durumluluk kaygı envanteri puan ortalamalarının 37,00±3,71 olduğu belirlendi (p<0,001). Deney grubundaki çocukların işlem öncesi durumluluk kaygı envanteri puan ortalamaları 44,31±4,77, işlem sonrası durumluluk kaygı envanteri puan ortalamaları 34,90±2,42 olduğu bulundu (p<0,001). Kontrol ve deney grubundaki çocukların işlem öncesi durumluluk kaygı puan ortalamaları ile işlem sonrası durumluluk kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptandı (Tablo 7, Şekil 1).

Kontrol grubundaki çocukların işlem öncesi süreklilik kaygı envanteri puan ortalamaları 31,26±3,63, işlem sonrası süreklilik kaygı envanteri puan ortalamaları 31,07±3,09 olduğu saptandı (p=0,776). Terapötik oyun yöntemi uygulanan çocukların işlem öncesi süreklilik kaygı envanteri puan ortalamaları 30,06±3,30, işlem sonrası süreklilik kaygı envanteri puan ortalamalarının 29,16±2,90 olduğu bulundu (p<0,001). Deney grubundaki çocukların işlem öncesi ile işlem sonrası süreklilik kaygı envanteri puan ortalamaları arasında ileri düzeyde istatistiksel anlamlı fark belirlendi (Tablo 7, Şekil 2).

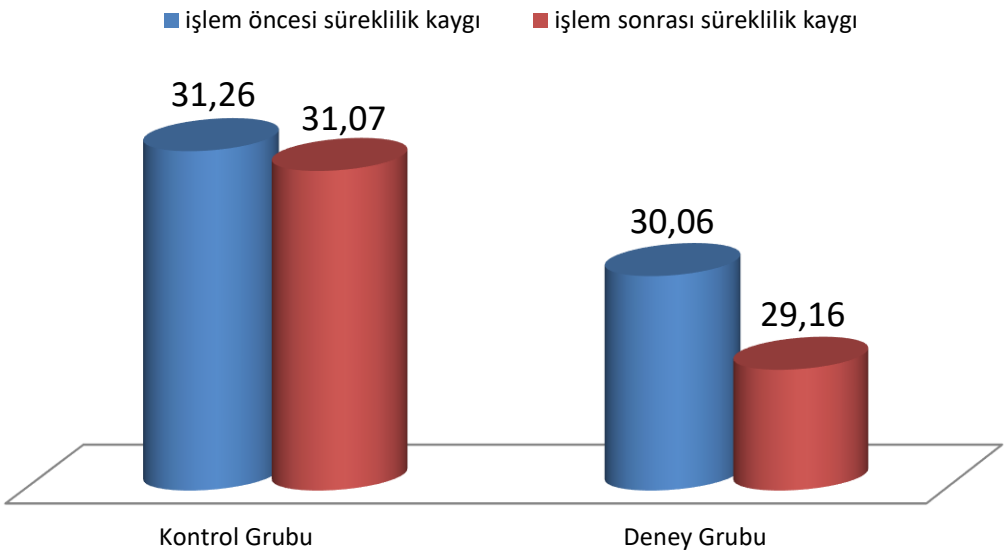
Tablo 7. Çocukların işlem öncesi ve işlem sonrası ÇDSKE puan ortalamalarının gruplara göre karşılaştırılması (n=84)

ÇDSKE	İşlem Öncesi	İşlem Sonrası	Z*	p
	Ort±SD	**Ort±SD**		
Durumluluk				
Kontrol grubu	44,69±5,27	37,00±3,71	-5,521	**<0,001**
Deney grubu	44,31±4,77	34,90±2,42	-5,585	**<0,001**
Z**	-0,753	-2,689		
p	0,451	**0,007**		
Süreklilik				
Kontrol grubu	31,26±3,63	31,07±3,09	-2,285	0,776
Deney grubu	30,06±3,30	29,16±2,90	-4,283	**<0,001**
Z**	-0,409	-3,076		
p	0,682	**0,002**		

* **Z:** Wilcoxon testi ** **Z:** Mann-Whitney-U testi
Ort: Ortalama, **SD:** Standart Sapm



Şekil 1. İşlem öncesi ve işlem sonrası ÇDSE durumluluk kaygı düzeyinin gruplara göre dağılımları



Şekil 2. İşlem öncesi ve işlem sonrası ÇDSE süreklilik kaygı düzeyinin gruplara göre dağılımları

Çocukların işlem öncesinde TİKÖ toplam puan ortalamaları incelendiğinde; kontrol grubundaki çocukların TİKÖ puan ortalamalarının 44,88±4,32, deney grubunda 45,59±4,70 olduğu bulundu (p=0,313). Çocukların işlem sonrası TİKÖ toplam puan ortalamaları; kontrol grubunda 44,44±5,14, deney grubunda ise 41,69±3,33 bulundu (p=0,031). Deney ve kontrol grubundaki çocukların işlem sonrası TİKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark olduğu belirlendi (Tablo 8).

Kontrol grubundaki çocukların işlem öncesi TİKÖ puan ortalamaları 44,88±4,32, işlem sonrası TİKÖ puan ortalamaları 44,44±5,14 bulundu (p=0,549). Terapötik oyun yöntemi uygulanan deney grubundaki çocukların, işlem öncesi TİKÖ puan ortalamaları 45,59±4,70 işlem sonrası 41,69±3,33 olduğu saptandı (p<0,001) Kontrol gurubundaki çocukların işlem öncesi ve sonrası TİKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark olmadığı, deney grubundaki çocukların işlem öncesi ve sonrası TİKÖ puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu bulundu (Tablo 8, Şekil 3).

Çocukların işlem öncesi TİKÖ işlemsel korku alt boyut puan ortalamaları değerlendirildiğinde; kontrol grubundaki çocukların işlem öncesi puan ortalamalarının 12,47±1,91, deney grubundakilerin 12,34±2,06 olduğu saptandı (p=0,581). Çocukların işlem sonrası TİKÖ "işlemsel korku" alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; kontrol grubundaki çocukların puan ortalamalarının 12,31±1,55, deney grubundakilerin ise

11,71±1,50 olduğu belirlendi (p=0,275). Deney ve kontrol grubundaki çocukların işlem öncesi ve işlem sonrası TİKÖ "işlemsel korku" alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptandı (Tablo 8).

Kontrol grubundaki çocukların TİKÖ "işlemsel korku" alt boyut işlem öncesi puan ortalamalarının 12,47±1,91, işlem sonrası puan ortalamalarının 12,31±1,55 olduğu (p=0,612) ve deney grubundaki çocuklarda işlem öncesi "işlemsel korku" puan ortalamasının 12,34±2,06, işlem sonrası puan ortalamasının 11,71±1,50 olduğu bulundu (p=0,006). Kontrol grubundaki çocukların işlem öncesi ve işlem sonrası "işlemsel korku" alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı, deney grubundaki çocukların işlem öncesi ve işlem sonrası "işlemsel korku" alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu belirlendi (Tablo 8).

Çocukların işlem öncesi gruplara göre TİKÖ "çevresel korku" alt boyut puan ortalamaları değerlendirildiğinde; kontrol grubundaki çocukların puan ortalamalarının 13,34±1,60, deney grubundaki çocukların puan ortalamalarının 13,72±1,97 olduğu saptandı. (p=0,189). Çocukların işlem sonrası TİKÖ "çevresel korku" alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; kontrol grubundaki çocukların işlem sonrası puan ortalamasının 13,53±1,90, deney grubundakilerin ise 12,94±1,74 olduğu bulundu (p=0,144). Kontrol ve deney grubundaki çocukların işlem öncesi ve sonrası "çevresel korku" puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptandı (Tablo 8).

Kontrol grubundaki çocukların TİKÖ "çevresel korku" alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; işlem öncesi puan ortalamalarının 13,34±1,60, işlem sonrası 13,53±1,90 olduğu bulundu (p=0,159). Terapötik oyun yöntemi kullanılan çocukların TİKÖ "çevresel korku" alt boyut puan ortalamaları değerlendirildiğinde; işlem öncesi puan ortalamalarının 13,72±1,97, işlem sonrası 12,94±1,74 olduğu belirlendi (p<0,001). Deney ve kontrol grubundaki çocukların işlem öncesi "çevresel korku" puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı, işlem sonrası "çevresel korku" puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptandı (Tablo 8).

Çocukların işlem öncesi gruplara göre TİKÖ "kişisel korku" alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; kontrol grubundaki çocukların puan ortalamalarının 6,22±1,67, deney grubundaki çocukların ise 5,60±1,16 olduğu ve grupların işlem öncesi "kişisel korku" puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark olmadığı belirlendi (p=0,937). Çocukların işlem sonrası TİKÖ "kişisel korku" alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; kontrol grubundaki

çocukların puan ortalamalarının 5,69±1,71, deney grubundakilerin 4,60±0,87 olduğu saptandı ve grupların işlem sonrası "kişisel korku" puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu belirlendi (p<0,001). (Tablo 8).

Kontrol grubundaki çocukların TİKÖ "kişisel korku" alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; işlem öncesi puan ortalamalarının 6,22±1,67, işlem sonrası puan ortalamalarının 5,69±1,71 olduğu bulundu (p=0,213). Deney grubundaki çocukların TİKÖ "kişisel korku" alt boyut puan ortalamaları değerlendirildiğinde; işlem öncesi puan ortalamalarının 5,60±1,16, işlem sonrası puan ortalamalarının 4,60±0,87 olduğu belirlendi (p<0,001). Çocukların işlem öncesi "kişisel korku" puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı, işlem sonra "kişisel korku" puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark olduğu saptandı (Tablo 8).

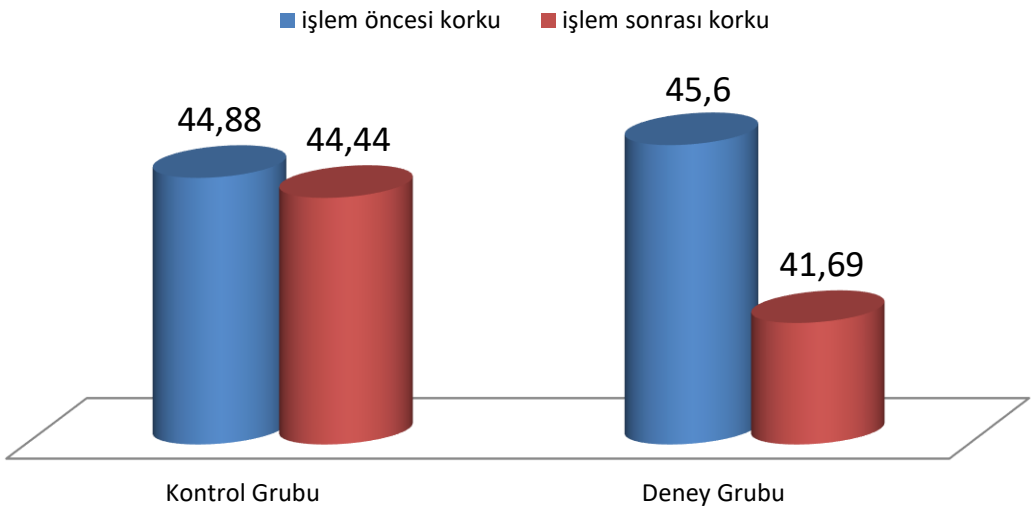
Çocukların işlem öncesi gruplara göre TİKÖ "kişilerarası korku" alt boyut puan ortalamaları değerlendirildiğinde; kontrol grubundaki çocuklarının puan ortalamalarının 12,84±2,71, deney grubundaki çocukların 13,94±2,37 olduğu ve grupların "kişilerarası korku" alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark bulundu (p=0,045). Çocukların işlem sonrası TİKÖ "kişilerarası korku" alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; kontrol grubundaki çocukların puan ortalamalarının 12,90±2,56, deney grubundakilerin ise 12,44±1,87 olduğu saptandı; deney ve kontrol grubundaki çocukların puan ortalamaları arasında fark olmadığı bulundu (p=0,488) (Tablo 8).

Kontrol grubundaki çocukların TİKÖ "kişilerarası korku" alt boyut puan ortalamaları değerlendirildiğinde; işlem öncesi puan ortalamalarının 12,84±2,71, işlem sonrası ise 12,90±2,56 olduğu bulundu (p=0,982). Terapötik oyun yöntemi kullanılan çocukların TİKÖ "kişilerarası korku" alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; işlem öncesi puan ortalamalarının 13,94±2,37, işlem sonrası puan ortalamalarının 12,44±1,87 olduğu belirlendi (p<0,001). Deney ve kontrol grubundaki çocukların işlem öncesi "kişilerarası korku" puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı, işlem sonrası "kişilerarası korku" puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark olduğu saptandı (Tablo 8).

Tablo 8. Çocukların işlem öncesi ve işlem sonrası TİKÖ ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının gruplara göre karşılaştırılması (n=84)

TİKÖ	**İşlem Öncesi**	**İşlem Sonrası**	**Z***	**p**
	Ort±SD	**Ort±SD**		
Toplam				
Kontrol grubu	44,88±4,32	44,44±5,14	-0,599	0,549
Deney grubu	45,59±4,70	41,69±3,33	-4,790	**<0,001**
Z**	-1,009	-2,157		
p	0,313	**0,031**		
İşlemsel				
Kontrol grubu	12,47±1,91	12,31±1,55	-0,508	0,612
Deney grubu	12,34±2,06	11,71±1,50	-2,737	**0,006**
Z**	-0,551	-1,092		
p	0,581	0,275		
Çevresel				
Kontrol grubu	13,34±1,60	13,53±1,90	-1,410	0,159
Deney grubu	13,72±1,97	12,94±1,74	-3,212	**<0,001**
Z**	-1,313	-1,461		
p	0,189	0,144		
Kişisel				
Kontrol grubu	6,22±1,67	5,69±1,71	-1,246	0,213
Deney grubu	5,60±1,16	4,60±0,87	-4,380	**<0,001**
Z**	-0,078	-3,469		
p	0,937	**0,001**		
Kişilerarası				
Kontrol grubu	12,84±2,71	12,90±2,56	-0,023	0,982
Deney grubu	13,94±2,37	12,44±1,87	-4,180	**<0,001**
Z**	-2,002	-0,693		
p	0,045	0,488		

* **Z:** Wilcoxon testi ** **Z:** Mann-Whitney-U testi
Ort: Ortalama, **SD:** Standart Sapma



Şekil 3. İşlem öncesi ve işlem sonrası TİKÖ toplam korku düzeyinin gruplara göre dağılımları

ÇOCUK VE EBEVEYNLERİN BAZI ÖZELLİKLERİ İLE İŞLEM ÖNCESİ VE İŞLEM SONRASI TİKÖ, ÇDSKE PUANLARI ARASINDAKİ KORELASYON KATSAYILARI VE ANLAMLILIK DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 9. İşlem öncesi ve sonrası TİKÖ ve ÇDSKE puanlarının korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeyleri (n=84)

		TİKÖ Önce	**TİKÖ Sonra**	**İşlemsel Önce**	**Çevresel Önce**	**Kişisel Önce**	**Kişilerarası Önce**	**İşlemsel Sonra**	**Çevresel Sonra**	**Kişisel Sonra**	**Kişilerarası Sonra**
Durumluluk Önce	r_s	0,442	0,489	0,387	0,409	0,259	0,205	0,552	0,489	0,112	0,154
	p	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**0,017**	0,062	**<0,001**	**<0,001**	0,310	0,163
Durumluluk Sonra	r_s	-0,009	0,350	0,091	0,026	0,004	-0,126	0,294	0,411	0,155	0,117
	p	0,938	**<0,001**	0,409	0,816	0,969	0,252	**0,007**	**<0,001**	0,160	0,290
Süreklilik Önce	r_s	0,285	0,201	0,135	0,119	0,259	0,219	0,096	0,088	0,145	0,146
	p	**0,009**	0,067	0,220	0,281	**0,017**	**0,046**	0,413	0,426	0,189	0,186
Süreklilik Sonra	r_s	0,204	0,391	0,150	0,000	0,108	0,135	0,258	0,206	0,285	0,270
	p	0,062	**<0,001**	0,173	0,999	0,327	0,222	**0,018**	0,060	**0,009**	**0,013**

r_s: Spearman Korelasyon Analizi

Çocukların işlem öncesi ÇDSKE durumluluk kaygı puanları ile işlem öncesi TİKÖ toplam ve işlemsel, çevresel, kişisel alt boyut puanları arasında pozitif yönde korelasyon saptandı (r=0,442, p<0,001; r=0,387, p<0,001; r=0,409, p<0,001; r=0,259, p=0,017). Çocukların işlem öncesi ÇDSKE süreklilik kaygı puanları ile işlem öncesi TİKÖ toplam, kişisel ve kişilerarası alt boyut puanları arasında pozitif yönde korelasyon bulundu (r=0,285, p=0,009; r=0,259, p=0,017; r=0,219, p=0,046). Çocukların işlem öncesi kaygı puanları arttıkça işlem öncesi korku puanlarının da arttığı bulundu (Tablo 9).

Çocukların işlem öncesi ÇDSKE durumluluk kaygı puanı ile işlem sonrası TİKÖ ve TİKÖ işlemsel, çevresel alt boyut puanları arasında pozitif yönde korelasyon bulundu (r=0,489, p<0,001; r=0,552, p<0,001; r=489, p<0,001). Çocukların işlem öncesi durumluluk kaygı puanı arttıkça işlem sonrası korku puanlarının da arttığı bulundu (Tablo 9).

Çocukların işlem sonrası ÇDSKE durumluluk kaygı puanları ile işlem sonrası TİKÖ ve TİKÖ işlemsel, çevresel korku alt boyut puanları arasında pozitif yönde korelasyon belirlendi (r=0,350, p<0,001; r=0,294, p=0,007; r=0,411, p<0,001). Çocukların işlem sonrası ÇDSKE süreklilik kaygı puanları ile işlem sonrası TİKÖ ve TİKÖ işlemsel, kişisel, kişilerarası alt boyut korku puanları arasında pozitif yönde korelasyon belirlendi (r=0,391, p=<0,001; r=0,258, p=0,018; r=0,285, p=0,009; r=0,270, p=0,013). Çocukların işlem sonrası kaygıları arttıkça işlem sonrası korkularının da arttığı bulundu (Tablo 9).

Çocukların işlem öncesi ÇDSKE durumluluk kaygı puanları ile işlem öncesi TİKÖ kişisel, işlem sonrası kişisel ve kişilerarası alt boyut puanları arasında korelasyon saptanmadı (r=0,205, p=0,062; r=0,112, p=0,310; r=0,154, p=0,163). Çocukların işlem sonrası ÇDSKE durumluluk kaygı puanları ile işlem öncesi TİKÖ ve işlemsel, çevresel, kişisel, kişilerarası alt boyutları, işlem sonrası kişisel ve kişilerarası alt boyut puanları arasında korelasyon saptanmadı (r=-0,009, p=0,938; r=0,091, p=0,409; r=0,026, p=0,816; r=0,004, p=0,969; r=-0,126, p=0,252; r=0,155, p=0,160; r=0,117, p=0,290) (Tablo 9).

Çocukların işlem öncesi ÇDSKE süreklilik kaygı puanları ile işlem öncesi TİKÖ ve işlemsel, çevresel alt boyut puanları arasında korelasyon saptanmadı (r=0,135, p=0,220; r=0,119, p=0,281). Çocukların işlem öncesi ÇDSKE süreklilik kaygı puanları ile işlem sonrası TİKÖ ve TİKÖ işlemsel, çevresel, kişisel, kişilerarası alt boyut puanları arasında korelasyon saptanmadı (r=0,201, p=0,067; r=0,096, p=0,413; r=0,088, p=0,426; r=0,145, p=0,189; r=0,146, p=0,186) (Tablo 9).

Çocukların işlem sonrası ÇDSKE süreklilik kaygı puanları ile işlem öncesi TİKÖ ve TİKÖ işlem öncesi işlemsel, çevresel, kişisel, kişilerarası alt boyut puanları, işlem sonrası çevresel alt boyut puanları arasında korelasyon saptanmadı (r=0,204, p=0,062; r=0,150, p=0,173; r=0,000, p=0,999; r=0,108, p=0,327; r=0,135, p=0,222, r=0,206, p=0,060) (Tablo 9).

Tablo 10. Bazı değişkenler ile işlem öncesi ve işlem sonrası ÇDSKE puanları arasındaki korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeyleri

		İşlem Öncesi ÇDSKE (Durumluluk)	İşlem Sonrası ÇDSKE (Durumluluk)	İşlem Öncesi ÇDSKE Süreklilik	İşlem Sonrası ÇDSKE Süreklilik
Baba Yaşı	r_s	-0,105	-0,008	0,023	0,034
	p	0,341	0,942	0,838	0,760
Çocuk Yaşı	r_s	-0,143	-0,273	0,289	0,188
	p	0,193	**0,012**	**0,008**	0,087
Hastaneye Son Yatma Zamanı	r_s	0,258	-0,049	0,010	0,015
	p	**0,040**	0,699	0,936	0,909

r_s: Spearman Korelasyon Analizi

Çocukların yaşları ile işlem sonrası ÇDSKE durumluluk kaygı puanları arasında negatif yönde korelasyon bulundu (r=-0,273, p=0,012). Çocukların yaşı arttıkça periferik damar yolu açma işlemi sonrasında ÇDSKE durumluluk kaygı puanlarının azaldığı bulundu. Çocukların yaşları ile işlem öncesi ÇDSKE süreklilik kaygı puanları arasında pozitif yönde bir korelasyon olduğu saptandı (r=0,289, p=0,008). Çocukların yaşı arttıkça işlem öncesi süreklilik kaygı puanlarının arttığı belirlendi (Tablo 10). Çocukların yaşları ile işlem öncesi ÇDSKE durumluluk ve işlem sonrası ÇDSKE süreklilik kaygı puanları arasında korelasyon saptanmadı (r=-0,143, p=0,193; r=0,188, p=0,087) (Tablo 10).

Çocukların yaşları ile işlem öncesi TİKÖ ve TİKÖ (işlem öncesi işlemsel, çevresel, kişisel, kişilerarası) alt boyut puanları arasında korelasyon saptanmadı (r=0,068, p=0,540;

r=0,127, p=0,248; r=-0,032, p=0,775, r=0,004, p=0,974; r=0,015, p=0,892). Çocukların yaşları ile işlem sonrası TİKÖ ve TİKÖ alt boyut (işlem sonrası işlemsel, çevresel, kişisel, kişilerarası) alt boyut puanları arasında korelasyon saptanmadı (r=-0,061, p=0,584; r=0,071, p=0,519; r=-0,186, p=0,090, r=-0,023, p=0,836; r=-0,024, p=0,832) (Tablo 11).

Çocukların babalarının yaşları ile işlem sonrası TİKÖ ve TİKÖ kişisel alt boyut puanları arasında negatif yönde korelasyon bulundu (r=-0,229, p=0,036; r=-0,274, p=0,012). Çocukların babalarının yaşları arttıkça işlem sonrası korkularının azaldığı belirlendi. Çocukların babalarının yaşları ile işlem öncesi TİKÖ ve TİKÖ işlem öncesi işlemsel, çevresel, kişisel, kişilerarası alt boyut puanları arasında korelasyon saptanmadı (r=-0,115, p=0,297; r=-0,088, p=0,428; r=-0,015, p=0,889; r=-0,022, p=0,844; r=-0,132 p=0,230). Çocukların babalarının yaşları arttıkça işlem sonrası TİKÖ ve TİKÖ işlem sonrası işlemsel, çevresel, kişilerarası alt boyut puanları arasında korelasyon saptanmadı (r=-0,149, p=0,175; r=-0,219, p=0,241; r=-0,080, p=0,470) (Tablo 11).

Çocukların babalarının yaşları ile işlem öncesi ve işlem sonrası ÇDSKE durumluluk-süreklilik kaygı puanları korelasyon saptanmadı (r=-0,105, p=0,341; r=-0,008, p=0,942; r=0,023, p=0,838; r=0,034, p=0,760) (Tablo 10).

Çocukların son yatıştan itibaren geçen süresi ile işlem öncesi ÇDSKE durumluluk kaygı puanları arasında pozitif yönde bir korelasyon saptandı (r=0,258, p=0,040). Çocukların son yatıştan itibaren geçen süre ile şimdiki yatış süresi arasındaki zaman azaldıkça işlem öncesi ÇDSKE durumluluk kaygı puanlarının arttığı bulundu. Çocukların son yatıştan itibaren geçen süresi ile işlem öncesi ÇDSE süreklilik ve işlem sonrası ÇDSKE durumluluk-süreklilik puanları arasında korelasyon saptanmadı (r=0,010, p=0,936; r=-0,049, p=0,699; r=0,015, p=0,909) (Tablo 10).

Çocukların son yatıştan itibaren geçen süresi ile işlem öncesi TİKÖ ve TİKÖ işlem öncesi işlemsel, çevresel, kişisel, kişilerarası alt boyut puanları arasında korelasyon saptanmadı (r=0,161, p=0,204; r=0,072, p=0,572; r=0,177, p=0,161; r=-0,002, p=0,989; r=0,026, p=0,840). Çocukların son yatıştan itibaren geçen süresi ile işlem sonrası TİKÖ ve TİKÖ işlem sonrası işlemsel, çevresel, kişisel, kişilerarası alt boyut puanları arasında korelasyon saptanmadı (r=0,029, p=0,821; r=0,011, p=0,934; r=0,096, p=0,453; r=-0,074, p=0,561; r=-0,013, p=0,917) (Tablo 11).

Tablo 11. Bazı değişkenler ile işlem öncesi ve sonrası TİKÖ toplam ve alt boyut puanlarının korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeyleri (n=84)

		TİKÖ Önce	**TİKÖ Sonra**	**İşlemsel Önce**	**Çevresel Önce**	**Kişisel Önce**	**Kişilerarası Önce**	**İşlemsel Sonra**	**Çevresel Sonra**	**Kişisel Sonra**	**Kişilerarası Sonra**
Baba yaşı	r_s	-0,115	-0,229	-0,088	-0,015	-0,022	-0,132	-0,149	-0,219	-0,274	-0,080
	p	0,297	**0,036**	0,428	0,889	0,844	0,230	0,175	0,241	**0,012**	0,470
Çocuk yaşı	r_s	0,068	-0,061	0,127	-0,032	0,004	0,015	0,071	-0,186	-0,023	-0,024
	p	0,540	0,584	0,248	0,775	0,974	0,892	0,519	0,090	0,836	0,832
Hastaneye Son Yatma Zamanı	r_s	0,161	0,029	0,072	0,177	-0,002	0,026	0,011	0,096	-0,074	-0,013
	p	0,204	0,821	0,572	0,161	0,989	0,840	0,934	0,453	0,561	0,917

r_s: Spearman Korelasyon Analizi

TARTIŞMA

Araştırma, pediatri kliniğinde yatan 7-12 yaş çocuklarda periferik damar yolu açma girişimi öncesi uygulanan terapötik oyun yönteminin çocukların anksiyete ve korku düzeyine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü olarak gerçekleştirildi

Araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda verilen başlıklar halinde tartışıldı:

- Çocukların invaziv işlemlere yönelik bazı özellikleri ve verdikleri tepkiler
- Çocukların işlem öncesi ve işlem sonrası TİKÖ ve ÇDSKE puan ortalamalarının gruplara göre karşılaştırılması
- Çocuk ve ebeveynlerin bazı özellikleri ile işlem öncesi ve işlem sonrası TİKÖ, ÇDSKE puanları arasındaki korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeylerinin karşılaştırılması

ÇOCUKLARIN İNVAZİV İŞLEMLERE YÖNELİK BAZI ÖZELLİKLERİ VE VERDİKLERİ TEPKİLER

Çocukların hastalığa ve hastaneye yatmaya ilişkin gösterdiği tepkiler yapılan ağrılı işlemlere bağlı olarak değişebilir. Hastanede sıklıkla uygulanmakta olan invaziv girişimler (IV, IM, SC, periferik damar yolu açma, kan alma işlemi gibi) ağrı, anksiyete ve korkuya

neden olmaktadır. Birçok faktöre bağlı olarak tüm invaziv girişimler çocuğu olumsuz etkilemekte uzun süreli etkileri kalıcı sorunlar oluşturmaktadır (42,43,141).

Periferik damar yolu açma işlemi de invaziv girişimler içinde sıkça kullanılan bir yöntemdir. İşlem sırası ve sonrasında çocukta ağrı ve olumsuz duygular oluşmaktadır (18,49,50,141). Çeşitli tıbbi girişimlere bağlı olarak gelişen ağrı ve çocukların anksiyetesinin artması sonucu yapılacak işlemlerin gecikmesi, hastanede kalış süresinin uzaması gibi tıbbi tedavi ve girişimlerin uygulanmasının zorlaşmasına neden olmaktadır (83,89,92). Çocuğun hastaneye ve hastalığa yönelik tepkileri, yaş, gelişim düzeyi, daha önceki hastalık ve hastaneye yatma deneyimi, daha önce deneyimlediği ağrı, hastalığın süresi, yapılan işlemlerin sıklığı, ebeveynleri ile ilişkileri gibi birçok faktöre bağlı olarak olumsuz etkilenmektedir (14,20,73,75,76). Bu çalışmada, çocukların son yatıştan itibaren geçen süre ile bir sonraki yatış süresi arasındaki zaman azaldıkça işlem öncesi durumluluk kaygı düzeyinin arttığı bulundu (Tablo 10). Tural (2012)'ın periferal kanül uygulaması öncesi çocuğu işleme hazırlamaya yönelik bazı uygulamaların ağrı ve anksiyete üzerine etkisini belirlemek amacıyla 9-12 yaş arası 60 çocuk ile yaptığı araştırmada; kontrol ve deney gruplarının %43'ünün daha önce hastaneye yatma deneyiminin olduğunu (30), Koç (2006)'un çalışmasında da çocukların daha önce hastaneye yatma oranı %43,6 bulunmuş ve daha önce hastane deneyimine göre çocukların anksiyete puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (142). Tunç (2014)'un periferal kanül uygulaması öncesi çocuğu işleme hazırlamaya yönelik (deney grubundaki çocuklara işlemle ilgili kitapçık okutulması ve çocuğun işlemi oyuncak ayı üzerinde uygulaması) uygulamaların ağrı ve anksiyete üzerine etkisini belirlemek amacıyla 9-12 yaş arası 60 çocuk (kontrol 30, deney 30) ile yaptığı çalışmada, deney ve kontrol gruplarının %50'den fazlasının hastaneye yatış deneyimi olduğu, daha önce hastaneye yatan çocukların işlem öncesi ve işlem sırası ağrı ve anksiyetelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmalarda hastaneye yatış deneyimi olan çocukların daha önce hastaneye yatma deneyimi olmayan çocuklara göre daha fazla ağrı yaşamasının ağrı hafızası ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (142). Hastaneye sık yatışın çocuğun kaygı düzeyini arttıran bir durum olması beklenen bir sonuç olarak yorumlanabilir.

Bu araştırmada, kontrol grubundaki çocukların %88,1'ine, terapötik oyun yöntemi uygulanan çocukların %81'ine daha önce periferik damar yolu açma işleminin uygulandığı bulundu. IV invaziv girişimin kontrol grubunda bulunan çocukların %85,7'sine deney grubundaki çocukların %81'ine uygulandığı, IM invaziv girişimin kontrol grubundaki çocukların %31'ine, deney grubunun %19'una, SC invaziv girişimin çocukların hiçbirine

uygulanmadığı, deney ve kontrol grubundaki çocukların tamamına daha önce en az bir kez kan örneği almak için IV girişim işleminin uygulandığı saptandı (Tablo 5). Tunç (2014)'un araştırmasında vaka grubundaki çocukların %50'sine, kontrol grubunun ise %53,3'üne damar yolu açıldığı, daha önce periferik damar yolu açılan çocukların anksiyete ve ağrı puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (141). Mutlu (2012)'nun venöz kan örneği alırken ağrıyı azaltmada, balon şişirme ve öksürme yöntemlerinin etkisini belirlemek amacıyla 9-12 yaş arası 142 çocuk (kontrol 44, balon 44, öksürme 44) ile yaptığı çalışmasında, kontrol grubundaki çocukların %72,7'sinin, balon grubundakilerin %65,9'unun, öksürme grubundakilerin ise %75'nin daha önce araştırmanın yapıldığı sağlık kuruluşunda kan aldırdığı bulunmuştur (74). Bu çalışmada diğer çalışmalara göre, daha önce venöz uygulama yapılan çocuk sayısının fazla olmasının çocuğun sağlığının geliştirilmesi ile ilgili tanı, tedavi, gözlem ve hastalıkların erken tanı sürecinde yapılan tarama testleri (anemi kontrolü vb.) nedeniyle ve çalışmaların yapıldığı bölgelerin farklılığından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Araştırma grubundaki çocukların daha önceki periferik damar yolu açma işlemine yönelik; ağlama, çığlık atma, huzursuzlanma-yerinde duramama, kendini sıkma-vücudunu kasma, uygulamayı reddetme, kolunu çekerek kaçmaya çalışma, titreme, korkma tepkileri gösterdikleri bulundu. Daha önceki periferik damar yolu açma sırasında kontrol ve deney grubundaki çocukların tepkileri arasında fark olmadığı, her iki gruptaki çocukların önceki deneyime göre tepkilerinin azaldığı, deney grubunda yer alan çocukların kontrol grubundakilere göre tepkilerinin daha az olduğu belirlendi (Tablo 6). Mutlu (2012)'nun çalışmasında da benzer şekilde gruplardaki çocukların çoğunluğunun IM enjeksiyon yapılmasından (kontrol grubu: %86,4, balon şişirme grubu: %90,9, öksürme grubu: %90,9), damara girilerek ilaç yapılmasından (kontrol grubu: %70,5, balon şişirme grubu: %84,1, öksürme grubu: %90,9), kan alınmasından (kontrol grubu: %75,0, balon şişirme grubu: %75,0, öksürme grubu: %86,4) rahatsız oldukları, balon ve öksürme grubundaki (deney gruplarındaki) çocuklarda kan aldırma işlemine karşı olumsuz tepki gösterenlerin oranının kontrol grubundakilere göre daha düşük olduğu bulunmuştur (74). Luhmann ve ark. (2004)'nın 223 çocuk üzerinde yaptığı araştırmada, hazırlıksız yapılan IV uygulamaların 2,5-6 yaş aralığındaki çocukların %83'ünün, 7-12 yaş aralığındaki çocukların %51'inin anksiyete düzeyini arttırdığı belirlenmiştir (117). Gönener (2009)'in araştırmasında deney ve kontrol grubundaki çocukların %88,3'ünün endişeli olduğunu saptamış ve araştırmaya katılan çocukların genel olarak hastalık ve hastaneye yatışa karşı yanlış düşüncelerinde eğitim sonrası düzelme olduğu, çocuklara hastaneye yatışta hemşirelerce verilen hastane ve hastalıkla ilgili

1.5 saat kadar süren eğitimin endişelerini azalttığı bulunmuştur (110). Tunç (2014)'un çalışmasında çocuğun daha önce benzer bir ağrı yaşama tecrübesi olup olmadığı incelenmiş ve hastaneye yatan çocukların büyük çoğunluğunun (kontrol grubu: %86,7, deney grubu: %93,3) ağrı deneyiminin olduğu, daha önce kanül takılan çocukların takılmayanlara göre işlem öncesi ve işlem sırası ağrı ve anksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (141). Li (2014)'nin 7-12 yaş arası 108 çocuk ile yaptığı terapötik oyun yönteminin kaygı düzeyine etkisini incelemek, çocuk ve ebeveynlerin kaygılarını azaltmak amacıyla yaptığı deneysel çalışmada, kontrol grubundaki çocuklara operasyon öncesi rutin bilgilendirme yapılmış, deney grubundaki çocuklara rutin bilgilendirme ile birlikte 1 saat süren terapötik oyun yöntemi uygulanmıştır. İşlem sonrası deney grubundaki çocuklar ve ebeveynler daha fazla memnuniyet bildirmiş ve çocuklar için terapötik oyun yöntemlerinin hoş olmayan deneyimleri, negatif duyguları ve tepkileri, kontrol eksikliği gibi yaşadığı stres kaynakları ve kaygı düzeyi üzerinde oldukça etkili olduğu bulunmuştur (39). Bu araştırma ve diğer araştırmaların sonuçları, çocukların invaziv işlemlere bağlı olarak ağlama, korkma, çığlık atma, titreme gibi tepkiler gösterdiklerini ve bu tepkileri gösteren çocukların işlem sırasında daha fazla ağrı ve anksiyete yaşadıklarını göstermesi bakımından önemlidir.

ÇOCUKLARIN İŞLEM ÖNCESİ VE İŞLEM SONRASI TİKÖ VE ÇDSKE PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

İşlem öncesinde kontrol ve deney gruplarının kaygı puanlarının benzer olduğu, durumluluk kaygı puanının kontrol grubundaki çocuklarda 44,69±5,27, deney grubunda ise 44,31±4,77 olduğu, süreklilik kaygı puanının kontrol grubundaki çocuklarda 31,26±3,63, deney grubundakilerde 30,06±3,30 olduğu belirlenmiştir. Bu durum çocukların işlem öncesi kaygı yaşadıklarını göstermektedir (Tablo 7). Coşkuntürk (2015)'ün çalışmasında da, çocukların ameliyat öncesi kaygı puan ortalamaları deney (40,9±7,20) ve kontrol (39,4±6,72) gruplarında benzer olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur (23).

Tunç (2014)'un çocukların periferik damar yolu açma işlemi öncesi anksiyete puanı ortalamalarını karşılaştırdığı çalışmada, deney ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark olmadığını saptanmıştır (141). Mutlu (2012)'nun çalışmasında, kontrol grubu, balon ve öksürme grubundaki çocukların işlem öncesindeki kaygı puanlarının orta düzeyde olduğu (kontrol grubu: 41,48±5,66, balon şişirme grubu: 40,73±5,53; öksürme grubu: 42,11±5,56) ve

gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığını, grupların işlem öncesi kaygı düzeyinin birbirine benzer olduğu belirlenmiştir (74).

İşlem sonrası durumluluk kaygı puan ortalamalarının kontrol grubunda 37,00±3,71, deney grubunda 34,90±2,42 olduğu, süreklilik kaygı puan ortalamalarının kontrol grubunda 31,07±3,09, deney grubunda ise 29,16±2,90 olduğu, işlem sonrası deney grubundaki çocukların kontrol grubundaki çocuklara göre daha az kaygı yaşadıkları belirlendi (Tablo 7). Araştırmanın bu bulgusu, H2 hipotezini "Periferik damar yolu açma işlemi öncesinde terapötik oyun yöntemi uygulanan çocukların herhangi bir girişim yapılmayan çocuklara göre kaygı düzeyleri düşüktür.''desteklemektedir.

Bu çalışmada, terapötik oyun yöntemi uygulanan çocukların işlem öncesi durumluluk kaygı envanteri puan ortalamaları 44,31±4,77, işlem sonrası puan ortalamaları 34,90±2,42 olduğu bulundu. Terapötik oyun yöntemi uygulanan çocukların işlem öncesi süreklilik kaygı envanteri puan ortalamaları 30,06±3,30, işlem sonrası 29,16±2,90 olduğu bulundu (Tablo 7). Deney grubundaki çocukların işlem sonrası durumluluk ve süreklilik kaygı düzeylerinin azaldığı belirlendi. Coşkuntürk (2015)'ün çalışmasında, çocuk ve annelerine kısa hastane gezisi yaptırılması ve çocuklara renkli resimlerle hazırlanmış kitapçığın okunmasının, işlem sonrasında deney grubundaki çocukların kontrol grubundaki çocuklara göre ÇDSKE ve Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının daha düşük olduğu ve bu yöntemlerin çocukların rahatlamasında etkili olduğu bulunmuştur (23). Akça (2015)'nın 7-12 yaş arası 100 çocuk ile yürüttüğü yarı deneysel çalışmada, pre-op eğitimin çocukların anksiyete düzeylerine etkisini incelemek amacıyla yaptığı araştırmada, operasyon öncesi iki grubun anksiyete düzeylerinin benzer olduğunu, operasyon sonrasında deney grubundaki çocukların durumluluk ve süreklilik kaygı düzeylerinde azalma olduğunu bulmuştur (143). Orhan ve Yıldız (2014)'ın pediatri servisinde tedavi gören 40 çocuk (kontrol 20, deney 20) ile yaptığı çalışmada, damar yolu açma işlemi öncesi oyuncak Chemo-Duck kullanarak deney grubuna terapötik oyun yöntemi, kontrol grubuna rutin bilgilendirme yapılan çalışmasında, süreklilik kaygı puan ortalamalarının kontrol ve deney gruplarında benzer olduğu (kontrol grubu: 35,40±5,71, deney grubu: 33,55±7,08), deney grubunda durumluk kaygı düzeylerinin kontrol grubuna göre düşük olduğunu bulunmuştur (kontrol grubu: 43,40 ± 5,42, deney grubu: 31,50±4,73). Çalışmanın bu bulgusu, çocuklara terapötik oyun ile verilen eğitimin, venöz damar yolu açma girişiminin çocuklarda yarattığı anksiyete düzeyini düşürdüğü bulunmuştur (13). Bu bulgu, H2 hipotezini "Periferik damar yolu açma işlemi öncesinde terapötik oyun yöntemi uygulanan

çocukların herhangi bir girişim yapılmayan çocuklara göre kaygı düzeyleri düşüktür.'' desteklemektedir.

Tural (2012)'ın ameliyat öncesi çocukların durumluluk-süreklilik kaygı envanteri puan ortalamaları (kontrol: 39,29±6,11, eğitim: 46,46±6,27, eğitim+oyun: 43,63±6,43) iken ameliyat sonrası (kontrol: 40,67±5,66, eğitim: 35,02±5,11, eğitim+oyun: 39,66±5,23) bulunmuştur. Ameliyat öncesinde eğitim ve eğitim+oyun oynanarak ameliyata hazırlanan çocukların kontrol grubuna göre durumluluk-süreklilik kaygı ölçeği puan ortalamalarının daha düşük olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (30). Tunç (2014)'da işlem öncesi ve sırasında deney ve kontrol gruplarında periferik damar yolu açma işlemi öncesi ve sırası anksiyete ve ağrı puanları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık olduğunu, kontrol grubunda, işlem öncesine göre işlem sırasındaki anksiyete puanları artarken, periferal kanül açma işlemi öncesi eğitim kitapçığı okutulan ve ayıcık üzerinde işlem uygulatılan deney grubunda, işlem öncesine göre işlem sırasındaki anksiyete ve ağrı puanlarının düştüğü belirlenmiştir (141).

Bu çalışmada, işlem öncesinde kontrol ve deney gruplarının korku puan ortalamalarının benzer olduğu (kontrol grubu: 44,88±4,32, deney grubu: 45,59±4,70) belirlendi. İşlem sonrasında ise kontrol grubundaki çocuklarda 44.44±5.14, deney grubunda ise 41,69±3,33 olduğu, terapötik oyun yöntemi uygulanan gruptaki çocukların kontrol grubundaki çocuklara göre daha az korku yaşadıkları bulundu (Tablo 8). Bu bulgu, H1 hipotezini "Periferik damar yolu açma işlemi öncesinde terapötik oyun yöntemi uygulanan çocukların herhangi bir girişim yapılmayan çocuklara göre korku düzeyleri düşüktür.'' desteklemektedir.

Terapötik oyun yöntemi uygulanan deney grubundaki çocukların işlem öncesi TİKÖ puan ortalamaları 45,59±4,70, işlem sonrası 41,69±3,33 olduğu saptandı. Deney grubundaki çocukların işlem öncesine göre daha az korku yaşadıkları belirlendi (Tablo 8). Tural (2012)'ın çalışmasında da, benzer şekilde çocukların ameliyat öncesi tıbbi işlem korku ölçeği puan ortalamaları kontrol grubunda 52,26±7,38, eğitim grubunda 49,42±7,75, eğitim+oyun grubunda 50,21±6,61 iken, ameliyat sonrası tıbbi işlem korku ölçeği puan ortalamaları kontrol grubunda 55.41±6,16, eğitim grubunda 45,94±6,59, eğitim+oyun grubunda 41,65±6,49 bulunmuş, kontrol grubunda ameliyat sonrasında tıbbi işlem korku puanlarında artış görülürken, eğitim ve eğitim+oyun gruplarında ameliyattan sonra azalma görülmüş, deney grubunun korku puanlarının anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir (30). Ataman (2006)'ın okul çağı çocuklarının tıbbi işlem korkularını azaltmak amacıyla 115 çocuk ile

yaptığı çalışmada, çocuklara eğitimden önce ve eğitimden sonra tıbbi işlemlere ve hastaneye yönelik bilgilendirme yapılmış, çocukların eğitim öncesi toplam korku puan ortalaması 42,06±9,46 iken eğitim sonrası 39,40±9,65 bulunmuş, eğitim sonrası çocukların korkularında anlamlı düzeyde azalma görülmüştür. Aynı çalışmada verilen eğitim içeriğinde tıbbi uygulamalarda kullanılacak materyallerin gösterilmesi ve tanıtılmasının çocukların enjeksiyon, kan alma, muayene olma gibi işlemsel girişimlerdeki korkularını azalttığı belirtilmiştir (48).

Alak (1993)'ın ameliyat öncesinde 7-14 yaş arası 100 çocuk ile yaptığı çalışmada, eğitim alan grubun kontrol grubuna göre tıbbi işlem korku puanlarının azaldığı (77), Tunç (2014)'da periferik damar yolu açma işlemi öncesi oyuncak bebek ile işleme hazırlanan çocukların işlem sırasında daha az ağrı deneyimlediklerini (141), Vatansever (2008)'de bilgilendirme yapılan çocukların anksiyete düzeyleri ile yapılmayanlar arasında fark bulunmuştur (10). Orhan ve Yıldız (2014)'ın pediatrik onkoloji kliniğinde tedavi gören çocuklara periferik damar yolu açılırken terapötik oyun ile verilen eğitimin anksiyete düzeyine etkisini inceledikleri araştırmada da, terapötik oyun uygulanan deney grubundaki çocukların durumluluk kaygı puan ortalamasının 31,50±4,73, kontrol grubunda ise 43,40±5,42 olduğu bulunmuş ve terapötik oyunun kaygıyı azaltmada etkili olduğu sonucuna varılmıştır (13). Çöçelli (2008)'nin araştırmasında, bilgilendirme ile endişesi azalan hastaların, ağrı kontrol duygusunun gelişeceğinden, ağrı şiddeti ve süresini daha az algılayacakları belirtilmiştir (80).

Li (2007)'nin, 7-12 yaş arasında 203 çocuk ile yaptığı araştırmada, kontrol grubundaki çocuklara ameliyat öncesi rutin bilgilendirme yapılmış, deney gurubundaki çocuklara hastane gezisi yapılmış ve eğitim verilmiş, çocukların tıbbi cihazlara dokunması sağlanmış ve oyuncaklarla çeşitli uygulamalar yaptırılmıştır. Deney grubundaki çocukların anksiyete puan ortalaması, emosyonel puan ortalaması, kalp atım hızı ve kan basıncı kontrol grubuna göre belirgin bir şekilde daha düşük bulunmuştur (27). Potasz (2013)'ın hastaneye yatırılan 7-11 yaş arası 53 çocuk ile yaptığı stres belirteci olarak çocukların idrar kortizol düzeylerini inceledikleri çalışmada, deney grubunda (oyun grubu) yer alan çocukların oyun aktivitelerine katıldıktan sonra kortizol düzeylerinde düşme olduğu saptanmıştır (144). Lemos (2016)'un hastanede yatan 21 çocukla (okul öncesi ve okul çocukları) yürüttüğü çalışmada, okul öncesi ve okul çocuklarında kan alma gibi invaziv girişimlerde terapötik oyun yöntemlerinin ağrı ve anksiyetenin yönetiminde etkili bir tedavi aracı olarak kullanılabileceği belirtilmiştir (8).

ÇOCUK VE EBEVEYNLERİN BAZI ÖZELLİKLERİ İLE İŞLEM ÖNCESİ VE İŞLEM SONRASI TİKÖ, ÇDSKE PUANLARI ARASINDAKİ KORELASYON KATSAYILARI VE ANLAMLILIK DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Bu araştırmada çocukların periferik damar yolu açma işlemi öncesi ve işlem sonrasında kaygı puanları arttıkça işlem sonrası korku puanlarının da arttığı bulundu. (Tablo 9). Tunç (2014)'un çalışmasında da, hem kontrol hem de deney grubundaki çocukların anksiyete puanları yükseldikçe ağrı puanlarının da yükseldiği (141), Fortier (2010)'ın 2-12 yaş 261 çocukla yürüttüğü çalışmada, anestezi sonrası ve hastaneden çıktıktan sonra çocuğun davranışlarının aileleri tarafından değerlendirildiği çalışmada, çocukların anksiyete puan ortalamasının ameliyat öncesi belirgin düzeyde yüksek olduğu, preoperatif dönemde daha fazla anksiyetesi olan çocukların postoperatif dönemde daha fazla ağrı yaşadıkları ve negatif davranışlarda bulundukları belirtilmiştir (138).

Çocukların yaşı arttıkça periferik damar yolu açma işlemi öncesinde yaşadıkları süreklilik kaygı düzeylerinin arttığı, periferik damar yolu açma işlemi sonrasında durumluluk kaygı düzeyinin azaldığı bulundu (Tablo 10). Orhan ve Yıldız (2014)'ın çalışmasında, verilen eğitimin 8-10 yaş ve 11-12 yaş çocukların süreklilik kaygı puan ortalamalarını etkilemediği, durumluluk kaygı puan ortalamalarının ise, deney grubunda 8-10 yaş ve 11-12 yaş gruplarında eğitim sonrasında düştüğü saptanmıştır (13). Çocuğun yaşı arttıkça kaygı ve korkuların azalması beklenmektedir (13,30). Bu çalışmada da benzer şekilde çocukların yaşı arttıkça durumluluk kaygı düzeyinde azalma saptandı. Bilişsel düzeyleri dikkate alındığında yaşça küçük çocukların daha fazla ağrı hassasiyeti ve davranışsal stres yaşayabilecekleri, bu nedenle durumluluk kaygısını arttırdığı yönünde yorumlanabilir. Bu açıdan çocuklara tıbbi işlemler öncesi yaşını dikkate alarak açıklama yapmak ve terapötik oyun yöntemlerini kullanmak oldukça önemlidir.

Çocukların babalarının yaşı arttıkça periferik damar yolu açma sonrasında oluşan korku düzeylerinin azaldığı bulundu (Tablo 11). Anne ve babanın anksiyete düzeyleri ve çocuğa yaklaşımları çocuğun hastaneye yönelik tepkilerini, kaygı ve korku düzeyini etkilemektedir (7,24). Çocukların babalarının yaşı arttıkça işlemlere yönelik bilgilerinin arttığı buna bağlı olarak işlemlere bağlı korkularının azalarak çocukları olumlu açıdan etkilediği düşünülmüştür. Maraşuna ve Eroğlu (2013)'nun çalışmasında, eğitim düzeyi düşük babaların çocuklarının tüm korku puanları yüksek bulunmuştur (70). Yapılan birçok araştırmada babaların çocuklar için güçlü bir rol modeli olduğu, babanın çocukları ile geçirdikleri

zamanın, çocukların babalarını gözlemleme aracılığıyla birçok davranışı kazanmalarına yardımcı olduğu belirtilmiştir. Çocukta oluşan bu etkinin sebebi babanın çocukta yarattığı güvenin korkuyu azaltması yönündedir (30,79). Bu çalışmada da, çocuklarının babalarının yaşlarının artmasının çocuğun yaşadığı korkuyu azaltması, babaya duyulan güven ve babanın deneyimlerine bağlı olarak çocuğun kendini güvende ve rahat hissetmesini sağladığı söylenebilir.

Çocukların son yatıştan itibaren geçen süre ile bir sonraki yatış süresi arasındaki zaman azaldıkça işlem öncesi durumluluk kaygı düzeyinin arttığı bulundu (Tablo 10). Hastanede yatan çocuklar için önemli olan, hastanede yattığı süre boyunca çocuğun rahat, mutlu, güvenli ve kendini evinde gibi hissetmesini sağlamak, korku ve kaygılarını azaltmak, oluşabilecek ve var olan ağrılarını azaltmak ve yok etmektir. Bunun yanı sıra çocuk ve ailesinin güven, sevgi, saygı görme gibi gereksinimleri karşılanmaz ve etkili baş etme yöntemleri geliştiremezlerse bu durum kendilerini güvende hissetmemelerine ve kaygı düzeylerinin artmasına neden olmaktadır (10,13,23,30). Çocuk için hastaneye yatma süresince sağlık bakım ekibinin rolü oldukça önemlidir. Hemşireler, çocuğun bu deneyimi yaşamasını olumlu ya da olumsuz yönde etkilemektedirler. Çocuğun kliniğe ve tedaviye uyumunun sağlamasının, hastaneye yatmadan önce yapılacak girişimler, diğer çalışanlar, klinik ve kalacağı odası konusunda doğru ve yeterli bilgi sağlanmasının, güvende ve rahat hissetmesine destek olacağı belirtilmektedir (10,23,67,112). Özellikle okul çocukları rutin yaşam aktivitelerinin değişmesi, yabancı insanlarla karşılaşma, yabancı bir ortam, uygulanan tıbbi tedaviler, ağrılı girişimler, okula devam edememe, ailesinden, okul arkadaşlarından ve okul çevresinden uzaklaşma, kendini dışlanmış hissetme gibi nedenlerle kaygı ve korku yaşarlar (2,9,15,110). Bu nedenlerle hastaneye sık yatışın çocuğun kaygı düzeyini arttıran bir durum olması beklenen bir sonuç olarak yorumlanabilir. Çocukların invaziv girişimler ve hastaneye yatmadan önce bilgilendirilmesi, yapılacak işlemlere yönelik nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılması çocukların korku, kaygı ve ağrılarının azaltılmasında önemlidir (18,20,91,100,110).

SONUÇ VE ÖNERİLER

SONUÇLAR

Pediatri kliniğinde yatan 7-12 yaş çocuklarda periferik damar yolu açma girişimi öncesi uygulanan terapötik oyun yönteminin çocukların anksiyete ve korku düzeyine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü olarak gerçekleştirilen bu çalışmada elde edilen bulgular doğrultusunda şu sonuçlara ulaşıldı:

- Araştırmaya katılan çocukların çoğunluğunun erkek olduğu bulundu (kontrol grubu: %88,1, deney grubu: %85,7).
- Annelerin; kontrol grubu: %33,3, deney grubu: %52,4'ünün ve babaların; kontrol grubu: %40,5, deney grubu: %47,6'sının ilkokul mezunu olduğu belirlendi.
- Annelerin çoğunun (kontrol grubu: %69,0, deney grubu: %64,3) çalışmadığı, babaların çoğunun (kontrol grubu: % 90.5, deney grubu: %97,6) çalıştığı bulundu.
- Ailelerin çoğunun çekirdek aile yapısı olduğu (kontrol grubu: %78,6, deney grubu: %64,3), çoğunlukla iki çocuğa sahip olduğu (kontrol grubu: %52,4, deney grubu: %59,5), deney grubundaki çocukların %35,7'sinin tek çocuk olduğu, kontrol grubundaki çocukların %35,7'sinin en büyük çocuk olduğu saptandı.
- Çocukların yaş ortalamaları; kontrol grubunda 7,90±1,25 yıl, deney grubunda 8,00±1,14 yıl idi. Annelerin yaş ortalamaları; kontrol grubunda 33,44±4,67 yıl, deney grubunda 33,75±4,93 yıl, babaların yaş ortalamaları; kontrol grubunda 37,25±5,75 yıl, deney grubunda 37,13±4,87 yıl olarak bulundu.

- Çocukların, çoğunun (kontrol grubu: %90,5, deney grubu: %83,3) kronik bir hastalığının olmadığı, çocukların çoğunluğunun (kontrol grubu: %76,2, deney grubu: %76,2) daha önce hastaneye yatma deneyiminin olduğu belirlendi.

- Çalışmamızda, kontrol grubundaki çocukların %88,1'ine, terapötik oyun yöntemi uygulanan çocukların %81'ine daha önce periferik damar yolu açma işleminin uygulandığı bulundu.

- IV invaziv girişimin, kontrol grubunda bulunan çocukların %85,7'sine, deney grubundaki çocukların %81'ine uygulandığı, IM invaziv girişimin kontrol grubundaki çocukların %31'ine, deney grubunun %19'una, SC invaziv girişimin çocukların hiçbirine uygulanmadığı, deney ve kontrol grubundaki çocukların tamamına daha önce en az bir kez kan örneği almak için IV girişim işleminin uygulandığı saptandı.

- Çocukların tamamından (kontrol grubu: %100, deney grubu: %100) daha önce topuk kanı alındığı ve çocukların tümünün (kontrol grubu: %100, deney grubu: %100) aşılarının tamamlandığı (kontrol grubu: %100, deney grubu: %100) bulundu. İnvaziv girişimlere yönelik kontrol grubundaki çocukların %81'inin, deney grubundaki çocukların %78,6'sının korkutulmadığı bulundu.

- Tüm gruplardaki çocukların daha önceki periferik damar yolu açma işlemine karşı olumsuz tepki gösterme durumlarının benzer olduğu, şimdiki periferik damar yolu açma işleminde kontrol ve deney grubundaki çocukların tepkilerinde olumlu yönde azalma olduğu, deney grubundaki çocukların kontrol grubundakilere göre anlamlı olarak işlem sırasında daha sakin oldukları, daha az tepki gösterdikleri belirlendi.

- Çocukların işlem öncesinde kontrol ve deney grupları için kaygı puanlarının benzer olduğu, durumluluk kaygı puanının kontrol grubundaki çocuklarda 44,69±5,27, deney grubunda ise 44,31±4,77 olduğu, süreklilik kaygı puanının kontrol grubundaki çocuklarda 31,26±3,63, deney grubundakilerde 30,06±3,30 olduğu belirlendi.

- Çocukların işlem sonrası durumluluk kaygı puan ortalamalarının kontrol grubunda 37,00±3,71, deney grubunda 34,90±2,42 olduğu, süreklilik kaygı puan ortalamalarının kontrol grubunda 31,07±3,09, deney grubunda ise 29,16±2,90 olduğu, işlem sonrası deney grubundaki çocukların kontrol grubundaki çocuklara göre daha az kaygı yaşadıkları belirlendi.

- Çalışmamızda, terapötik oyun yöntemi uygulanan çocukların işlem öncesi durumluluk kaygı envanteri puan ortalamaları 44,31±4,77, işlem sonrası puan ortalamaları 34,90±2,42 olduğu, terapötik oyun yöntemi uygulanan çocukların işlem öncesi süreklilik kaygı envanteri puan ortalamaları 30,06±3,30, işlem sonrası 29,16±2,90 olduğu, deney grubundaki çocukların işlem sonrası kaygı düzeylerinin azaldığı bulundu.
- Araştırmamızda, işlem öncesinde kontrol ve deney gruplarının korku puan ortalamalarının benzer olduğu (kontrol grubunda 44,88±4,32, deney grubunda 45,59±4,70), işlem sonrasında ise kontrol grubundaki çocuklarda 44.44±5.14, deney grubunda ise 41,69±3,33 olduğu, terapötik oyun yöntemi uygulanan gruptaki çocukların kontrol grubundaki çocuklara göre daha az korku yaşadıkları bulundu.
- Terapötik oyun yöntemi uygulanan deney grubundaki çocukların işlem öncesi korku puan ortalamaları 45,59±4,70, işlem sonrası 41,69±3,33 olduğu saptandı. Deney grubundaki çocukların işlem sonrası işlem öncesine göre daha az korku yaşadıkları belirlendi.
- Periferik damar yolu açma işlemine yönelik uygulanan terapötik oyun yönteminin korku ve kaygıyı azaltmada etkili olduğu bulundu.
- Araştırmamızda, çocukların periferik damar yolu açma işlemi öncesi ve işlem sonrasında kaygı puanları arttıkça işlem sonrası korku puanlarının da arttığı bulundu.
- Çocukların yaşı arttıkça periferik damar yolu açma işlemi öncesinde yaşadıkları süreklilik kaygı düzeylerinin arttığı, periferik damar yolu açma işlemi sonrasında durumluluk kaygı düzeyinin azaldığı bulundu.
- Çocukların babalarının yaşı arttıkça periferik damar yolu açma sonrasında oluşan korku düzeylerinin azaldığı belirlendi.
- Çocukların son yatıştan itibaren geçen süre ile bir sonraki yatış süresi arasındaki zaman azaldıkça işlem öncesi durumluluk kaygı düzeyinin arttığı bulundu.

ÖNERİLER

Pediatri kliniğinde yatan 7-12 yaş çocuklarda periferik damar yolu açma girişimi öncesi uygulanan terapötik oyun yönteminin çocukların anksiyete ve korku düzeyine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü olarak gerçekleştirilen bu çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Damar yolu açma gibi ağrılı prosedürel işlemlere yönelik çocukların anksiyetesini ve korkusunu azaltmak amacıyla çocuğu işlemlere hazırlanmada terapötik oyun yönteminin kullanılması, eğitimin terapötik oyun yöntemi ile verilmesi,
- Çocuğa yapılacak tüm girişimlerde çocukların yaş ve gelişim seviyesinin, daha önceki hastane deneyimlerinin, ebeveynlerin özelliklerinin (anne, baba yaşı vb.) dikkate alınması, ebeveynlerin de terapötik oyun ve yapılacak işlem ile ilgili bilgilendirilmesi,
- Terapötik oyun ile verilen eğitim yönteminin farklı invaziv girişimlerde, farklı yaş gruplarında ve diğer nonfarmakolojik yöntemlerle karşılaştıracak araştırmaların yapılması önerilebilir.

ÖZET

Araştırma, pediatri kliniğinde yatan 7-12 yaş çocuklarda periferik damar yolu açma girişimi öncesi uygulanan terapötik oyun yönteminin çocukların anksiyete ve korku düzeyine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü olarak yapıldı.

Araştırma, Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi Çocuk Hastalıkları ve Çocuk Cerrahisi Kliniği'nde Ekim 2016-Mart 2017 tarihleri arasında 7-12 yaş arası 84 çocuk ile gerçekleştirildi. Araştırmanın verileri, ''Veri Toplama Formu'', ''Çocuklar için Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri, ''Tıbbi İşlem Korku Ölçeği'', ve ''Gözlem Formu'' kullanılarak elde edildi. Verilerin analizi için frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma, Ki-kare testi, Wilcoxon testi, Mann-Whitney-U testi ve Spearmen Korelasyon Analizi kullanıldı.

Periferik damar yolu açma işlem sonrasında çocukların durumluluk kaygı puan ortalamalarının kontrol grubu: 37.00±3.71, deney grubu: 34.90±2.42, süreklilik kaygı puan ortalamalarının kontrol grubu: 31.07±3.09, deney grubu: 29.16±2.90, tıbbi işlem korku puan ortalamalarının kontrol grubu: 44.44±5.14, deney grubu: 41.69±3.33 olduğu ve deney grubundaki çocukların kontrol grubundaki çocuklara göre daha az kaygı ve korku yaşadıkları bulundu ($p<0,005$). Deney grubundaki çocukların işlem sonrası kaygı ve korku düzeylerinin azaldığı ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p<0,001$).

Sonuç olarak, periferik damar yolu açma işlemi öncesi uygulanan terapötik oyun yönteminin korku ve kaygıyı azaltmada etkili olduğu bulundu. Çocuklarda invaziv işlemlere

yönelik oluşabilecek korku, anksiyete gibi olumsuz tepkileri azaltmak için terapötik oyun yönteminin kullanılarak çocuğun ve ebeveynlerin işlemlere hazırlanması önemlidir.

Anahtar kelimeler: terapötik oyun, korku, anksiyete, periferik damar yolu, invaziv girişimler

THE EFFECT OF THERAPEUTIC PLAY ON ANXIETY AND FEAR BEFORE APPLIED PERIPHERAL VENOUS CANNULATION HOSPITALIZED CHILDREN IN PEDIATRIC CLINIC

SUMMARY

The research was experimentally conducted on the children who are under medical treatment in pediatrics clinic to investigate the effect of therapeutic play method implemented before the establishment of peripheral vascular access over the anxiety and fear levels of the children.

The research was done over 84 children aging from 7 to 12, at Edirne Sultan 1. Murat State Hospital Pediatrics And Pediatric Surgery Clinic, between October 2016 and March 2017. The samples of the research consisted of the children who meet the research criteria and answer the data collection tools completely. The data of the work were collected by using ‘’Data Collection Form’’, ‘’State –Trait Anxiety Inventory for Children’’, ‘’Fear Scale of Medical Treatment’’ and ‘’Observation Form’’. To analyze the data, frequency, percentage, mean and standard deviation, Chi-Square test, Wilcoxon test, Mann-Whitney-U test and correlation test were made use of.

After the procedure of peripheral vascular access, state anxiety score mean for the control group of the children: 37.00±3.71, for the experimental group of the children: 34.90±2.42, trait anxiety score mean for the control group of the children: 31.07±3.09,for the

experimental group of the children: 29.16±2.90, medical procedure fear score mean for the control group of the children: 44.44±5.14, for the experimental group of the children: 41.69±3.33, and it is found out that the children in the experimental group felt less fear and anxiety than the children in the control group ($p<0,005$). Also that anxiety and fear levels of the children in the experimental group decreased and the difference between them is istatistically significant ($p<0,001$).

In conclusion, It is important that therapeutic play methods are used for children to decrease potential negative responses towards invasive procedures, such as fear anxiety, also that children and their parents are prepared for the procedures and education and studies are increased.

Key Words: therapeutic play, fear, anxiety, peripheral vascular acccess, invasive procedures

KAYNAKLAR

1. Atay G, Eras Z, Ertem İ. Çocuk hastaların hastane yatışları sırasında gelişimlerinin desteklenmesi. Çocuk Dergisi 2011;11(1):1-4.

2. O'Conner-Von S. Growth and development of the school aged child. pediatric nursing caring for children and their families. United States of America: Delmar Thomson Learning, 2002:301.

3. Er M. Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2006;49:155-168.

4. Oktay H. Bir Üniversite Hastanesinin Çocuk Servislerinde Verilen Bakımın Aile Merkezli Bakım Yönünden İncelenmesi ve Anne Görüşlerinin Belirlenmesi (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2004.

5. Erermiş HS, Çetin FÇ, Coşkun A, İşeri E, Miral S, Motavallı N ve ark. Hastalık karşısında çocuk ve ergen. Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı'nda. Ankara: HYB Basın Yayın, 2008;730-733.

6. Duke N, Ireland M, Borowsky IW. Identifying psychosocial problems among youth, factors associated with youth agreement on a positive parent-completed child. Care, Health-Development 2005;31(5):563-73.

7. Reijneveld SA, Vogels AGC, Hoekstra F, Crone MR. Use of the pediatric symptom checklist for the detection of psychosocial problems in preventive child healthcare. BMC Public Health 2006;6:197.

8. Lemos ICS, Delmondes GA, Brasil AX, Santos PLF, Gomes EB, Silva KVLG ve ark. Therapeutic play use in children under the venipucture: a strategy for pain reduction,American Journal of Nursing Research 2016;4(1):1-5.

9. Ünver S, Yıldırım M. Cerrahi girişim sürecinde çocuk hastaya yaklaşım. Güncel Pediatri 2013;11:128-133.

10. Vatansever YN. Çocuk Cerrahisinde Ameliyat Olan 8-12 Yaş Grubu Çocukları Hastane Ortamı ve Operasyondan Etkilenme Durumlarının Belirlenmesi (tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2008.

11. Pao M, Bosk A.Anxiety In Medically Ill Children/Adolescents. Depression And Anxiety, 2011,28.40-49.

12. Yalom I. Okul çağı çocuklarının terapisi. İstanbul: Prestij Yayınları, 2007:179.

13. Orhan E. Pediatrik Onkoloji Hastalarına Periferik Damar Yolu Açılırken Terapötik Oyun ile Verilen Eğitimin Anksiyete Düzeyine Etkisi (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2014.

14. Törüner EK, Büyükgönenç L. Çocuk sağlığı temel hemşirelik yaklaşımları, Ankara: Göktuğ Yayıncılık, 2012:170-192.

15. Beytut D, Bolışık B, Solak U, Seyfioğlu U. Çocuklarda hastaneye yatma etkilerinin projektif yöntem olan resim çizme yoluyla incelenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2009;2(3):36-39.

16. Kuğuoğlu S, Kürtüncü TM. Gelişim dönemlerine göre oyunun terapötik kullanımı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2006;22(1):290-306.

17. Ball JW, Bindler RC, Cowen KJ. Child health nursing-partnering with children and families. New Jersey, USA: Pearson Education, 2010:488-514.

18. Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Bolışık B. Pediatri hemşireliği. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, 2013:185-197.

19. Haitat H, Bar-Mor G, Shoctat M. The world of the child. a world of play even in the hospital. Journal of Pediatric Nursing, 2003;18(3).209-214.

20. Çavuşoğlu H. Çocuk sağlığı hemşireliği, Ankara: Bizim Büro Basımevi Sistem Ofset, 2013:50-68.

21. Leack MK. Perioperative preparation of the child and family. Nursing Care of the Pediatric Surgical Patient, 2007:2-15.

22. Kıran B, Çalık C, Esenay Fİ. Terapötik oyun: hasta çocuk ile iletişimin anahtarı. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi 2013;2:1-3.

23. Coşkuntürk AE. İnteraktif Treapötik Oyun Eğitim Programının Kalp Ameliyatı Olacak Çocukların ve Annelerinin Anksiyete Düzeyine Etkisi (tez). İstanbul: Haliç Üniversitesi; 2015.

24. Campos MC, Rodrigues KCS, Pinto MCM. Evaluation of the behavior of the pre-school one just admitted in the unit of pediatrics and the use of the therapeutic toy. Einstein 2010;8(1):10-17.

25. Çelebi A, Aytekin A, Küçükoğlu S, Çelebioğlu A. Hastanede yatan çocuk ve oyun, İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Dergisi 2015;5(3):156-160.

26. Li HCW, Lopez V, Lee TLI. Psychoeducational preparation of children for surgery. The İmportance of Parental İnvolvement. Patient Education and Counseling 2007-a;65(1):34–41.

27. Li HCW, Lopez V, Lee TLI. The effects of preoperative therapeutic play on outcomes of school-age children undergoing day surgery. Wiley Periodicals Incorporated Research in Nursing and Health 2007-b;30(3):320–332.

28. Li HCW, Lopez V. Effectiveness and appropriateness of therapeutic play intervention in preparing children for surgery: a randomized controlled trial study. Journal for Specialist in Pediatric Nursing 2008;13(2):63-73.

29. Campbell MM, Knoetze JJ. Repetitive symbolic play as a therapeutic processin child-centered play therapy. International Journal of Play Therapy 2010;19(4):222–234.

30. Tural E. Ameliyat Öncesi Dönemde Çocuklara Verilen Eğitim ve Terapötik Oyun Yöntemlerini Çocuğun Kaygı, Korku ve Ağrı Düzeylerine Etkisini İncelenmesi (tez). İzmir: Ege Üniversitesi; 2012.

31. Neyzi O, Ertuğrul T. Pediatri, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2002:615-618.

32. İnal S, Akgün M. Hastanede yatan çocukta terapötik iletişim. Atatürk Üniversitesi. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2003;6(2):67-75.

33. Patenaude AF, Kupst MJ. Psychosocial functioning in pediatric cancer. Journal of Pediatric Psychology 2005;30(1):9-27.

34. Üstün G, Erşan EE, Kelleci M, Turgut H, Hastanede yatan çocuklarda psikososyal semptomların bazı değişkenler açısından incelenmesi. Cumhuriyet Tıp Dergisi 2014;36:25-33.

35. Lau BWK, Tse WWC. Psychological effects of physical illness and hospitalization on the child and the family. Journal of the Hong Kong College of Psychiatrists 1993;3:8-18.

36. Theofanidis D. Chronic illness in childhood: psychosocial adaptation and family. Health Science Journal 2007;1(2):1-9.

37. Gültekin G, Baran G. Hastalık ve çocuk. Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi 2005;2:60-68.

38. Akay AP, Emiroğlu FNİ. Kronik pediatrik hastalıklar ve hastaneye yatış. Ankara: Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı'da. HYB Basın Yayın, 2008:723-9.

39. Li WHC, Chan SSC, Wong EML, Kwok MC, Lee ITL.Effect of therapeutic play on pre-and postoperative anxiety and emotional responses in Hong Kong chinese children: a randomised controlled trial. Hong Kong Medical Journal 2014;20(6):7.

40. Potts NL, Mandleco BL. Growth and development of the scholl age child, pediatric nursing caring for children and their families. United States of America: Delmar Thomson Learning, 2002:331-350.

41. Ağralı H, Özdemir EZ. Hastane ortamında oyun. I. Türk Dünyası Çocuk Oyun ve Oyuncakları Kurultayı; Eskişehir, 2015.

42. Slifer KJ, Tucker CL, Dahlquist LM. Helping children and caregivers cope with repeated invasive procedures: how are we doing?. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings 2002;9(2):131-2.

43. Breiner SM. Preparation of the pediatric patient for invasive procedures. Journal of Infusion Nursing 2009;32(5):252-6.

44. Uman LS, Chambers CT, McGrath PJ, Kisely SA. Systematic review of randomized controlled trials examining psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents: an abbreviated cochrane review. Journal of Pediatric Psychology 2008;33(8):841-854.

45. Czarnecki ML, Turner HN, Collins PM. Doelmann D, Wrona S, Reynolds J. Procedural pain management: a position statement with clinical practice recommendations. Pain Management Nursing 2011;12(2):92-111.

46. Bray L, Sanders C. Preparing children and young people for stoma surgery, Paediatric Nursing 2006;18(4):33-39.

47. Bray L, Sanders C. Teaching children and young people intermittent self-catheterization. Urologic Nursing 2007;27(3):200-209.

48. Ataman Z. Okul Çağı Çocuklarının Tıbbi İşlem Korkularına Yönelik Verilen Bilginin Etkisinin İncelenmesi (tez). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2006.

49. Candan Y, Kaymakçı Ş. Çocuklarda intravenöz girişimlerde lokal anestetik etkili Emla uygulaması ile eğitim verilerek yapılan hazırlığın ağrı üzerine etkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005;21(1):1-11.

50. Polat A, Temizsoy E, Çökelek F. Neonatal intravenöz girişimler hemşirelik bakımı ve yönetimi. Neonatoloji Hemşireliği Derneği, 2005.

51. Olgun FS, Demiray A, Eşer İ, Khorshid L. Çocuklarda periferik intravenöz kateter uygulamalarında flebit ve infiltrasyon gelişme durumu. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. İzmir; 2014(2):40-54.

52. Çakar V. Damar içi kateterler ve periferik venöz kateterlerde enfeksiyon kontrol uygulamaları. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2008;5(1):24-33.

53. Craven FR, Hirnle JC, Jensen S. Fundamentals of nursing. Washington: Human Health and Function. 2013;468-533.

54. Potter AP, Perry GA, Stockert AP, Hall MA. Fundamentals of nursing. 8. ed.Canada: Mosby, an Imprint of Elsevier Inc., 2013;908-911.

55. Lopez V, Malassiotis A, Chan WK, Ng F, Wong E. An intervention study to evaluate nursing management of peripheral intravascular devices, Journal of İnfusion Nursing 2004;27(5):322-331.

56. Webster J, Lloyd S, Hopkins T. ve ark. Developing a research vase for intravenous peripheral cannula re-sites. a randomised controlled trial of hospital in-patients. İnternational Journal of Nursing Studies 2007;44:664-671.

57. Brennan F, Carr D, Cousins M. Pain management: a fundamental human right. Anesthesia & Analgesia LWW Journal 2007;105(1):205-221.

58. Özyürek E. Çocuklarda intravenöz kateter uygulama stratejisi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, Türk Hematoloji Derneği, Samsun, 2006.

59. VL Scott-Warren MBChB (Hons) FRCA, RB Morley BM FRCA, Paediatric vascular access, BJA Education 2015;15(4):199–206.

60. Aygün F, Aygün FD, Aydın PÖA, Çam H. Çocuk hastalarda damar içi kateter kullanımı: bir yıllık deneyim. Journal of Clinical and Analytical Medicine 2015;6(6):855.

61. Cotogni P, Pittiruti M. Focus on peripherally inserted central catheters in critically ill patients. World Journal of Critical Care Medicine 2014;4:80–94.

62. Boyraz ÖF, Yıldız MZ. Mobil damar görüntüleme cihazı tasarımı. Published in 4th International Symposium on Innovative Technologies in Engineering and Science, Antalya, 2016.

63. Zhu Q, Zhang Z, Liu N, Sun H. Near infrared hand vein image acquisition and extraction algorithm. International Journal for Light Electron Optics 2015;126(24):5682–87.

64. Cuper NJ, Klaessens JHG, Jaspers JEN, Roode DR et al. The use of near-infrared light for safe and effective visualization of subsurface blood vessels to facilitate blood withdrawal in children. Medical Engineering Physics 2013;35(4):433–440.

65. Demir D, İnal S. Pediatri hastalarında accuvein damar görüntüleme cihazı destekli periferik intravenöz kateter yerleştirmenin işlem başarısına etkisi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, 11. Ulusal Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Kongresi, İstanbul; 2014.

66. Lerwick J. The Impackt of Child-Centered Play Therapy on Anxiety Levels in Pre-neurosurgical Pediatric Patients (doctorate thesis). ABD: Oregon State University; 2011.

67. Türe A. Çocuklara Yönelik Günübirlik Cerrahi Girişimlerde Anneleri Bilgilendirmenin Anksiyete Düzeylerine Etkisi (tez). Afyonkarahisar: Kocatepe Üniversitesi; 2006.

68. Özusta Ş. Çocuklar için durumluk-sürekli kaygı envanteri uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması. Türk Psikoloji Dergisi 1995;10(34):30-44.

69. Öner N, Le Compte A. Durumluluk-süreklilik kaygı envanteri el kitabı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Matbaası,1983.

70. Adsız MO. Ortaokul Öğrencilerinin Tıbbi İşlem Korkuları ve Etkileyen Faktörler (tez). Kıbrıs: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Yakın Doğu Üniversitesi; 2011.

71. Artan İ, Bayhan P. Çocuk gelişimi ve eğitimi. İstanbul:Morpa Kültür Yayınları, 2005:14-15.

72. Pinquart M, Shen Y. Anxiety in children and adolescents with chronic physical illnesses: a meta-analysis. Foundation Acta Pædiatrica 2011;100:1067–1075.

73. Şahan ED. Çocuk Hastaların Hastaneye İlişkin Korkuları ve Korkuyu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi (tez). İzmir: Ege Üniversitesi; 1997.

74. Mutlu B. Çocuklarda Venöz Kan Örneği Alırken Oluşan Ağrıyı Azaltmada Balon Şişirme ve Öksürme Yöntemlerinin Etkisi (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2012.

75. Yiğit R. Çocukluk dönemlerinde büyüme ve gelişme. Ankara: Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, 2009:40-50.

76. Ekici B. Hastanede yatan 6-12 yaş grubu çocuklarda uygulamaların yaratabileceği korku ve endişelerin azaltılmasında hemşirenin yapacağı eğitimin etkinliğinin araştırılması. III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı 1992;375-379.

77. Alak V. Hastaneye Ameliyat Olmak Üzere Gelen 7-14 Yaş Grubu Çocukların Korkuları ve Hemşirelik Uygulamaları (tez), İzmir: Ege Üniversitesi;1993.

78. Li WHC, Chung JOK, Ho KY, Kwok BMC. Play interventions to reduce anxiety and negative emotions in hospitalized children. BMC Pediatrics 2016;16(36):1-4.

79. Mcmurthy CM. Pediatric needle procedures: parent–child interactions, child fear, and evidence-based treatment. Canadian Psychology 2012;54(1):74–79.

80. Çöçelli L, Bacaksız D, Ovayolu N. Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü. Gaziantep Tıp Dergisi 2008;14:53-58.

81. Zengerle-Levy K. Nursing the child who is alone in the hospital. Journal of Pediatric Nursing 2006;32:226-37.

82. DeMore M, Cohen L. Distraction for pediatric immunaziton pain: a critical review. Journal Of Clinical Psychology in Medical Settings 2005;12(4):280-291.

83. Young KD. Pediatric procedural pain. Annals of Emergency Medicine 2005;45(2):160-171.

84. Alexander M.Managing patient stress in pediatric radiology. Radiologic Technology 2012;83(6):549-60.

85. Ocakcı AF, Teksöz E. Çocuk hemşireliği'nde sanat uygulamaları, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2014;7(2).119-123.

86. Hockenberry MJ, Wilson D. Wong's nursing care of infants and children. Health Promotion of the School-Age Child and Family. Mosby Elsevier, 8.Ed, İndia, 2007: 710-752.

87. Ocakçı A, Yiğen E. Çocuk sağlığı ve hastalıklarında atravmatik hemşirelik bakımı (ağrı ve ağrılı uygulamalarda hemsirelik yaklaşımı). Ege Üniversitesi Hemsirelik Yüksek Okulu Dergisi 2004;20(1):117-126.

88. Çelebioğlu A, Akpınar RB, Tezel A.The pain response of infants in turkey to vaccination in different injection sites. Applied Nursing Research 2010;23:101-105.

89. Ellis JA, Sharp D, Newhook K, Cohen J. Selling comfort: a survey of interventions for needle procedures in a pediatric hospital. Pain Management Nursing 2004;(5)4:144-52.

90. Kyle T. Essentials of pediatric nursing. 1.ed. Lippincott Williams&Wilkins, 2007:1-160.

91. Tuncay S. Dijital Oyunların Anjiyografi Olmuş Çocukların Ağrı ve İmmobilizasyona Etkisi (tez). Malatya: İnönü Üniversitesi; 2017.

92. Tüfekçi FG. Ağrılı İşlemler Sırasında Ebeveynlerin Bulunmasının Çocukların Ağrı Toleransına Etkisi ve Konu İle İlgili Olarak Çocukların, Ebeveynlerin, Sağlık Personelinin Görüşlerinin Değerlendirilmesi (doktora tezi). Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2005.

93. Özveren H, Faydalı S, Özdemir S. Hemşirelerin ağrının farmakolojik olmayan yöntemlerle kontrolüne ilişkin bilgi ve uygulamaları. Turk Journal of Clinics and Laboratory 2016;7(4):99-105.

94. Nadler DO, Scott F. Nonpharmacologic management of pain. Journal of the American Osteopathic Association 2004;104:6-12.

95. Valizadeh F, Ahmadi F, Zarea K. Neglect of postoperative pain management in children. a qualitative study based on the experiences of parents. Journal of Pediatric Nursing 2016;31(4):439-48.

96. Arslan D, Tatlı MA, Üyetürk Ü. Kansere bağlı ağrı ve tedavisi. Abant Medical Journal (Derleme) 2013,2(3).

97. Mitra R, Jones S. Adjuvant analgesics in cancer pain: a review. The American Journal Hospice&Palliative Care 2012;29(1):70-9.

98. Sarıhan E, Kadıo E, Artıran F. Kanser ağrısı, tedavi prensipleri ve Dünya Sağlık Örgütü ağrı basamak tedavisi. Nobel Medicus 2009;8(1):8-11.

99. Uğurlu ES. Çocuklarda girişimsel işlemlerde nonfarmakolojik ağrı giderme yöntemleri. ACU Sağlık Bilimleri Dergisi 2017;(4):198-201.

100. Özveren H. Ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2011;18(1):83-92.

101. Çağlayan N, Balcı S. Preterm yenidoğanlarda ağrının azaltılmasında etkili bir yöntem: cenin pozisyonu. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2014;22:63-68.

102. Golianu B, Krane E, Seybold J, Almgren C, Anand KJ. Non-pharmacological techniques for pain management in neonates. Semin Perinatol 2007;31:318.

103. Kazemi S, Kazemi S, Ghazimoghaddam K, Besharat S, Kashani L. Music and anxiety in hospitalized children, Journal of Clinical and Diagnostic Research 2012;6(1):94-96.

104. Göl İ, Onarıcı M. Hemşirelerin çocuklarda ağrı ve ağrı kontrolüne ilişkin bilgi ve uygulamaları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2015;20-29.

105. Nilsson S. Procedural And Postoperative Pain Management İn Children. Experiences, Assessments And Possibilities To Reduce Pain, Distress And Anxiety (thesis). Jönköping: Jönköping University; 2010.

106. Waterhouse M, Tsao JC, Zeltzer LK. Commentary on the use of acupuncture in chronic pediatric pain. Journal of Developmental&Behavioral Pediatrics 2009,30(1):69-71.

107. Jaklein RY, Sohair MM, Fawzia FK. Effect of the planned therapeutic communication program on therapeutic communication skills of pediatric nurses. Journal of Nursing Education and Practice 2015;5:8.

108. Datta P. Pediatric nursing. 1.ed. India: Jaypee Brothers Publishersp, 2007:151-152.

109. İnanç BY, Bilgin M, Atıcı MK. Gelişim psikolojisi/çocuk ve ergen gelişimi. Adana: Nobel Kitabevi, 2005.

110. Gönener D, Görak G. Okul yaş grubu çocuklarının hastane ve hastalığı ile ilgili bilgilendirme durumlarının endişe kaynakları ile etkileşimi. Gaziantep Tıp Dergisi 2009;15(1):40-48.

111. Justus R et al. Preparing children and families for surgery: mount sinai's multidisciplinary perspective. Pediatric Nursing 2006;32(1):33-45.

112. O'Conner-Von S. Preparation of adolescents for outpatient surgery. Using an Internet Program, Association of Operating Room Nurses Journal 2008;87(2):368-398.

113. Dolgun E, Yavuz M. Günübirlik cerrahide çocuk hastaların ve ailelerin ameliyat öncesi hazırlanması. IV. Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi Kongre Kitabı, s569-579. İzmir, 2003.

114. Altay CN. Çocuklarda ameliyat öncesi hazırlık, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2008:15(2):68-76.

115. Ireland D. Unique concerns of the pediatric surgical patient: pre, Intra-and postoperatively. Nursing Clınıcs of North Amerıca 2006;41:265-298.

116. Pelicand J, Gagnayre R, Sandrin-Berthon B, Aujoulat I. A therapeutic education programme for diabetic children: recreational, creative methods, and use of puppets, Patient Education and Counseling 2006;60(2):152-163.

117. Luhmann J, Hurt S, Shootman M, Kennedy R. A comparison of buffered lidocaine versus ELA-Max before peripheral intravenous catheter insertions in children. Pediatrics 2004;133(3):217-20.

118. Hall C, Reet M. Enhancing the state of play in children's nursing, Journal of Child Health Care 2000;4(2):49-54.

119. Görker I. Çocuklarda oyun tedavi grubu: bir grup çocuk ile yapılan oyun tedavi grubunun değerlendirilmesi. Yeni Symposium 2001;39(1):39-44.

120. İnci R. Pediatri Hemşirelerinin Terapötik Oyuna Yönelik Bilgi, Görüş ve Uygulamaları (tez). Malatya: İnönü Üniversitesi; 2017.

121. Bekmezci H, Özkan H. Oyun ve oyuncağın çocuk sağlığına etkisi. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Dergisi 2015;5(2):81-87.

122. Kargı E. Hastanede çocuk ve oyun, Kebikeç İnsan Bilimleri İçin Kaynak Araştırmaları Dergisi 2005;19:277-278.

123. Kargı E. Oyun: çocuklar için hastalıkla baş etme sürecinde güçlü bir psiko-sosyal Destek aracı. Toplum ve Hekim 2007;22(5):364-67.

124. Koçyiğit ÖA. Çocukların Hastaneye Yatmaya Bağlı Gelişen Kaygı Düzeyinin Resim Çizme Yöntemiyle İncelenmesi (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2015.

125. Gariepy N, Howe N. The therapeutic power of play: examining the play of young children with leukaemia. Child: Care, Health & Development 2003;29(6):523–538.

126. Ball JW, Bindler RC. Pediatric nursing/caring for children. 4. ed. New Jersey: Pearson Education, 2008;535-539.

127. Öğretir A. Oyun ve oyun terapisi. Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sanatlar Eğitim Fakültesi Dergisi 2008;22:94-100.

128. Potts NL, Mandleco BL. Pediatric nursing-caring for children and their families,2. ed.USA: Thomson Delmar Learning, 2007.

129. Egemen A, Yılmaz Ö, Akil İ. Oyun, oyuncak ve çocuk. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2004;5(2):38–42.

130. Kyle T. Essentials of pediatric nursing, Philadelphia: LWW Publishing, 2008;312-313.

131. Ghabeli F, Moheb N, Nasab SDH. Effect of toys and preoperative visit on reducing children's anxiety and their parents before surgery and satisfaction with the treatment process. Journal of Caring Sciences 2014;3:21-28.

132. Başal H. Geçmişten günümüze Türkiye'de geleneksel çocuk oyunları. Ankara: Morpa Kültür Yayınları, 2010;1-7.

133. Kerimoğlu G, Boztepe H. Çocuğa oyunla yardım ve hemşirenin rolü. Sağlıkla Hemşirelik Dergisi 2014;13:44-45.

134. He H, Zhu L, Chan SW, Liam JLW, Li HCW, Ko SS et al. Therapeutic play intervention on children's perioperative anxiety, negative emotional manifestation and postoperative pain: a randomized controlled trial. Journal of Advanced Nursing 2015;71(5):1032-43.

135. Lindquist R, Snyder M, Tracy MF. Complementary & Alternative Therapies in Nursing. 7. ed. Springer Publishing Company,2014.

136. Joyce C, Mills RJ. Therapeutic Metaphors for Children and the Child Within, United Kingdom: Routledge, 2014.

137. Sorensen HL, Card CA. Using a collaborative child life approach for continuous surgical preparation, association of perioperative registered nurses 2009;90(4):557- 567.

138. Fortier M, Rosarıo A, Martın S, Kaın Z. Perioperative anxiety in children, Pediatric Anesthesia 2010;20(4):315-322.

139. Nader S, Reif MH, Thoma SJ. Play and video effects on mood and procedure behaviors in school-aged children visiting the pediatrician. Clinical Pediatrics 2013;52(10):929-935.

140. Sağlam T. Dramatik eğitim: amaç mı? araç mı?. Tiyatro Araştırmaları Dergisi 2003;17:4-21.

141. Tunç T. Çocuklarda Periferal Kanül Uygulaması Öncesi İşleme Hazırlamaya Yönelik Yapılan Uygulamaların Ağrı ve Anksiyete Üzerine Etkisi (tez). Eskişehir: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi; 2014.

142. Koç S. Terapötik Mizahta Kullanılan Hastane Palyaçolarının Ameliyat Öncesi Dönemdeki Çocukların Anksiyete Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi (tez). İstanbul: Maltepe Üniversitesi; 2006.

143. Akça SO, Gozen D, Akpınar YY. The effects of pre-op trainning on the anxiety levels of children in Çorum/Turkey. Revista da Associação Médica Brasileira 2015;61(2):121-125.

144. Potasz C, De Varela MJ, De Carvalho LC, Do Prado LF, Do Prado GF. Effect of play activities on hospitalized children's stress: a randomized clinical trial. Scandinavian Journal of Occupational Therapy 2013;20(1):71-9.

ŞEKİLLER LİSTESİ

ŞEKİLLER

Şekil 1. İşlem öncesi ve işlem sonrası ÇDSKE durumluk kaygı düzeyinin gruplara göre dağılımları…….49

Şekil 2. İşlem öncesi ve işlem sonrası ÇDSKE süreklilik kaygı düzeyinin gruplara göre dağılımları…….50

Şekil 3. İşlem öncesi ve işlem sonrası TİKÖ toplam korku düzeyinin gruplara göre dağılımları…….54

TABLOLAR

Tablo 1. Çocukların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı……...…39

Tablo 2. Ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı……40

Tablo 3. Çocuk ve ebeveynlerin yaş ortalamalarının karşılaştırılması……42

Tablo 4. Çocuğun invaziv işlemlere yönelik bazı özellikleri……...43

Tablo 5. Çocuğun daha önce deneyimlediği invaziv işlemlere yönelik özellikleri……44

Tablo 6. Çocukların önceki ve şimdiki invaziv girişim işlemi sırasında gösterdikleri tepkilerin dağılımı…….....46

Tablo 7. Çocukların işlem öncesi ve işlem sonrası ÇDSKE puan ortalamalarının gruplara göre karşılaştırılması…….49

Tablo 8. Çocukların işlem öncesi ve işlem sonrası TİKÖ ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının gruplara göre karşılaştırılması……..……...53

Tablo 9. İşlem öncesi ve işlem sonrası TİKÖ ve ÇDSKE puanları arasındaki korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeyleri ……...55

Tablo 10. Bazı değişkenler ile işlem öncesi ve işlem sonrası ÇDSKE puanları arasındaki korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeyleri……..…57

Tablo 11. Bazı değişkenler ile işlem öncesi ve işlem sonrası TİKÖ toplam ve alt boyut puanlarının korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeyleri …….59

ÖZGEÇMİŞ

1992 yılında Çanakkale'de doğan Buket DERLEYEN TAŞKIN, ilk ve orta öğrenimini Çanakkale/Gelibolu'ya bağlı Evreşe'de tamamladı. Lise eğitimini 2006-2010 yılları arasında Gelibolu Anadolu Lisesi'nde tamamladı. Lisans eğitimini 2010-2014 yılları arasında Adnan Menderes Üniversitesi'nde tamamladıktan sonra hemşire ünvanını aldı. 2015 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde Hemşirelik Anabilim Dalı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Yüksek Lisans Programı'nda eğimine başladı.

2014 yılında Ağustos-Ocak ayları arasında Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Kliniği'nde, 2015 yılında Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği ve Kalp Damar Cerrahisi/Göğüs Cerrahisi Kliniği'nde çalıştı. 2017 yılından beri Gaziemir Nevvar Salih İşgören Devlet Hastanesi Acil Servis'te klinik hemşiresi olarak çalışan Buket Derleyen Taşkın, hemşirelik alanında çeşitli kongre ve seminerlere katılmıştır.

EKLER

EK 1. VERİ TOPLAMA FORMU

Sevgili ebeveynler,

Çocuklar için damar yolu açma işlemi çocuklarda kaygı ve korku oluşturan bir işlemdir. Bu kaygı ve korkuyu azaltmak amacıyla "Pediatri Servisinde Yatan Çocuklara Periferik Damar yolu Açma İşlemi Öncesinde Uygulanan Terapötik Oyun Yönteminin Anksiyete ve Korku Üzerine Etkisi" başlıklı bir yüksek lisans tez çalışması planlandı. Araştırma, Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi Pediatri Servisinde yatan 7-12 yaşında olan çocukların katılımı ile yapılacaktır. Bu çalışma çocuklara damar yolu açma işlemi öncesi terapötik oyun yöntemini kullanarak yaşadıkları korku ve kaygıyı azaltmak amaçlanmıştır. Katılımınız çocuklar ve bizim için önemlidir. Bilimsel amaçla yapılan bu çalışmada katılımınız gönüllülük esasına dayalı olup, kimlik bilgileriniz istenmemektedir.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Yüksek Lisans Öğrencisi Hemşire Buket DERLEYEN TAŞKIN

Doç. Dr. Melahat AKGÜN KOSTAK (Danışmanı)

Kontrol grubu ( ) Deney grubu( )

1. Anne Yaşı: ……

2. Anne Eğitim Düzeyi: ( ) Okur-yazar değil ( ) Lise ( ) İlköğretim ( ) Üniversite

3. Annenin Çalışma Durumu: ( ) Çalışıyor ( ) Çalışmıyor

4. Annenin Mesleği:……

5. Baba Yaşı: …….

6. Baba Eğitim Düzeyi:

( ) Okur-yazar değil ( ) Lise ( ) İlköğretim ( ) Üniversite

7. Babanın Çalışma Durumu: ( ) Çalışıyor ( ) Çalışmıyor

8. Babanın Mesleği:……

9. Aile Tipi: ( ) Çekirdek aile ( ) Geniş aile ( ) Parçalanmış aile

10. Anne ve Babanın Medeni Durumu:

( ) Evli ( ) Boşanmış ( ) Dul ( ) Diğer

11. Annenin Şimdiye Kadar En Uzun Yaşadığı Bölge:

( ) Marmara Bölgesi ( ) Ege Bölgesi ( ) Akdeniz Bölgesi

( ) Karadeniz Bölgesi ( ) İç Anadolu Bölgesi

( ) Doğu Anadolu Bölgesi ( ) Güneydoğu Anadolu Bölgesi

12. Babanın Şimdiye Kadar En Uzun Yaşadığı Bölge:

( ) Marmara Bölgesi ( ) Ege Bölgesi ( ) Akdeniz Bölgesi

( ) Karadeniz Bölgesi ( ) İç Anadolu Bölgesi

( ) Doğu Anadolu Bölgesi ( ) Güneydoğu Anadolu Bölgesi

14. Ailenin Şimdiye Kadar En Uzun Yaşadığı Yer:

( ) Köy ( )Kasaba ( )İlçe ( )Şehir

15. Sosyal güvenceniz var mı? ( ) Evet ( ) Hayır

16. Kaç çocuğunuz var? ……

17. Ailenin kaçıncı çocuğu: …….

18. Çocuğun Yaşı: ……

19. Çocuğun Cinsiyeti: ( ) Kız ( ) Erkek

20. Çocuğunuzun Doğum Öyküsü:……

21. Doğum Eylemi: ( ) Prematüre ( ) Miadında ( ) Postmatür

22. Çocuğunuzun Doğum Sonrası Sağlık Durumu:

( ) Sağlıklı ( ) Diğer……

23. Çocuğun Tanısı:……

24. Çocuğunuzun kronik bir hastalığı var mı? ( ) Evet ( ) Hayır

Cevabınız evet ise hastalığın adını yazınız……

25. Daha önce hastaneye yattı mı? ( ) Evet ( ) Hayır

Cevabınız evet ise:

a) Daha önce kaç kez hastaneye yattı?.....

b) Ne zaman hastaneye yattı?.....

26. Daha önce damar yolu açıldı mı? ( ) Evet ( ) Hayır

27. Çocuğunuz daha önceki damar yolu açma işlemlerinde nasıl bir tepki verdi? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

( ) Ağladı ( ) Kolunu çekerek kaçmaya çalıştı

( ) Çığlık attı ( ) Titremeye başladı

( ) Huzursuzdu, yerinde duramadı ( ) Çok kızdı ve etrafındakilere vurmaya çalıştı

( ) Kendini çok sıktı ve vücudunu kastı ( ) İsteksizce uygulamayı kabul etti

( ) Uygulamayı reddetti ( ) Onu bu durumdan kurtarmamı istedi

( ) Sakin olarak işleme izin verdi ( ) Korktuğunu söyledi

( ) Diğer: ……

28. Çocuğunuza daha önce hangi invaziv girişimler uygulandı?

( ) intravenöz (ilaç,serum vb.) ( ) intramüsküler ( ) subcutan

( ) damardan kan örneği alma ( ) diğer……

29. Çocuğunuzdan topuk kanı alındı mı? ( ) Evet ( ) Hayır

30. Çocuğunuzun aşıları tamamlandı mı? ( ) Evet ( ) Hayır

31. Çocuğunuzu hastanede uygulanan invaziv girişimlere yönelik korkuttunuz mu?

( ) Evet ( ) Hayır

Cevabınız evet ise ne ile korkuttuğunuzu yazınız……

EK 2. ÇOCUKLAR İÇİN DURUMLULUK-SÜREKLİLİK KAYGI ENVANTERİ (ÇDSKE)

Nasıl Hissediyorum Anketi

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

1. Kendimi	□ çok sakin hissediyorum	□ sakin hissediyorum	□ sakin hissetmiyorum
2. Kendimi	□ çok öfkeli hissediyorum	□ öfkeli hissediyorum	□ öfkeli hissetmiyorum
3. Kendimi	□ çok huzurlu hissediyorum	□ huzurlu hissediyorum	□ huzurlu hissetmiyorum
4. Kendimi	□ çok sinirli hissediyorum	□ sinirli hissediyorum	□ sinirli hissetmiyorum
5. Kendimi hissetmiyorum	□ çok huzursuz hissediyorum	□ huzursuz hissediyorum	□ huzursuz
6. Kendimi hissetmiyorum	□ çok dinlenmiş hissediyorum	□ dinlenmiş hissediyorum	□ dinlenmiş
7. Kendimi	□ çok ürkmüş hissediyorum	□ ürkmüş hissediyorum	□ ürkmüş hissetmiyorum
8. Kendimi hissetmiyorum	□ çok rahatlamış hissediyorum	□ rahatlamış hissediyorum	□ rahatlamış
9. Kendimi	□ çok endişeli hissediyorum	□ endişeli hissediyorum	□ endişeli hissetmiyorum
10. Kendimi	□ çok hoşnut hissediyorum	□ hoşnut hissediyorum	□ hoşnut hissetmiyorum
11. Kendimi hissetmiyorum	□ çok korkmuş hissediyorum	□ korkmuş hissediyorum	□ korkmuş
12. Kendimi	□ çok mutlu hissediyorum	□ mutlu hissediyorum	□ mutlu hissetmiyorum
13. Kendimden	□ çok eminim	□ eminim	□ emin değilim
14. Kendimi	□ çok iyi hissediyorum	□ iyi hissediyorum	□ iyi hissetmiyorum
15. Kendimi	□ çok başımı dertte hissediyorum	□ başım dertte hissediyorum	□ başım dertte hissetmiyorum
16. Birşeylerin beni	□ çok rahatsız ettiğini hissediyorum	□ rahatsız ettiğini hissediyorum	□ rahatsız ettiğini hissetmiyorum

17. Kendimi	□ çok keyifli hissediyorum	□ keyifli hissediyorum	□ keyifli hissetmiyorum
18. Kendimi	□ çok dehşete kapılmış hissediyorum	□ dehşete kapılmış hissediyorum	□ dehşete kapılmış hissetmiyorum
19. Kafamda	□ herşeyi çok karmakarışık hissediyorum	□ herşeyi karmakarışık hissediyorum	□ herşeyi karmakarışık hissetmiyorum
20. Kendimi	□ çok neşeli hissediyorum	□ neşeli hissediyorum	□ neşeli hissetmiyorum

Nasıl Hissediyorum Anketi- Süreklik

Kızların ve erkeklerin kendilerini anlattıkları bazı cümleler aşağıda verilmiştir. Her cümleyi okuyun ve hangisinin sizin için en doğru olduğuna karar verin. 'Hemen hemen hiç' mi , ' bazen' mi yoksa 'sık sık' mı. Daha sonra sizi en doğru anlatan ifadenin önündeki kutucuğa (x) işareti koyun. Yanlış ya da doğru cevap diye bir şey yok. Herhangi bir cümle üzerinde fazla zaman geçirmeyin. Genellikle nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan ifadeyi seçmeyi unutmayın.

Yanlış yapacağım diye endişelenirim	□ hemen hemen hiç	□ bazen	□ sık sık
Ağlayacak gibi olurum	□ hemen hemen hiç	□ bazen	□ sık sık
Kendimi mutsuz hissederim	□ hemen hemen hiç	□ bazen	□ sık sık
Karar vermekte güçlük çekerim	□ hemen hemen hiç	□ bazen	□ sık sık
Sorunlarımla yüz yüze gelmek bana zor gelir	□ hemen hemen hiç	□ bazen	□ sık sık
Çok fazla endişelenirim	□ hemen hemen hiç	□ bazen	□ sık sık
Evde sinirlerim bozulur	□ hemen hemen hiç	□ bazen	□ sık sık
Utangacım	□ hemen hemen hiç	□ bazen	□ sık sık
Sıkıntılıyım	□ hemen hemen hiç	□ bazen	□ sık sık
Aklımdan engelleyemediğim önemsiz düşünceler geçer ve beni rahatsız eder	□ hemen hemen hiç	□ bazen	□ sık sık
Okul beni endişelendirir	□ hemen hemen hiç	□ bazen	□ sık sık
Ne yapacağıma karar vermekte zorluk çekerim	□ hemen hemen hiç	□ bazen	□ sık sık

Kalbimin hızlı hızlı çarptığını farkederim	□ hemen hemen hiç	□ bazen	□ sık sık
Nedenini bilmediğim korkularım var	□ hemen hemen hiç	□ bazen	□ sık sık
Annem ve babam için endişelenirim	□ hemen hemen hiç	□ bazen	□ sık sık
Ellerim terler	□ hemen hemen hiç	□ bazen	□ sık sık
Kötü birşeyler olacak diye endişelenirim	□ hemen hemen hiç	□ bazen	□ sık sık
Geceleri uykuya dalmakta güçlük çekerim	□ hemen hemen hiç	□ bazen	□ sık sık
Karnımda bir rahatsızlık hissedirim	□ hemen hemen hiç	□ bazen	□ sık sık
Başkalarının benim hakkımda ne düşündükleri beni endişelendirir	□ hemen hemen hiç	□ bazen	□ sık sık

EK 3. TIBBİ İŞLEM KORKU ÖLÇEĞİ (TİKÖ)

		Hiç Korkmam	Biraz Korkarım	Çok Korkarım
1.	İğne yapılmasından korkarım			
2.	Parmağımdan kan akmasından korkarım			
3.	Doktor veya hemşirenin kulağıma bakmasından korkarım			
4.	Doktor veya hemşirenin kalbimi dinlemesinden korkarım			
5.	Doktor veya hemşirenin boğazıma sokmasından korkarım			
6.	Dereceyle ateşime bakılmasından korkarım			
7.	İlaç içmekten korkarım			
8.	Doktor' un ağzıma abesland koymasından korkarım			
9.	Hastaneye gidersem ameliyat olmak zorunda kalabileceğimden korkarım			
10.	Doktor muayenesine gitmekten korkarım			
11.	Hastaneye gitmekten korkarım			
12.	Muayene masasına yatmaktan korkarım			
13.	Hastaneye gidersem uzun süre kalmak zorunda kalabileceğimden korkarım			
14.	Hastaneye gidersem ölebileceğimden korkarım			
15.	Hastaneye gidersem bol miktarda kan görmekten korkarım			
16.	Hastaneye gidersem ailemden uzak kalmaktan korkarım			
17.	İncinmekten (yaralanmaktan) korkarım			
18.	Parmağımdan kan alındığını görünce korkarım			
19.	Kusmaktan korkarım			
20.	Canım yanınca ağlamaktan korkarım			
21	Doktorun bana, benim bir sorunum olduğunu söylemesinden korkarım			
22.	Doktorun bana ne yapacağını açıklamamasından korkarım			
23.	Hasta olunca, okula gidememekten korkarım			
24.	Hastalanırsam aileme, arkadaşlarımla oynarken bende olan hastalığın onlara geçmesinden korkarım			
25.	Doktorun bana ne yapacağını açıklamasından korkarım			
26.	Hemşirelerin bana, benim bir sorunum olduğunu söylemesinden korkarım			
27.	Hemşirelerin bana ne yapacağını söylemesinden korkarım			
28.	Hemşirelerin bana ne yapacağını söylememesinden korkarım			
29.	Hastalanırsam ev ödevimi yapamamaktan korkarım			

EK 4. GÖZLEM FORMU

Kontrol grubu ( ) Deney grubu( )

1. Çocuğun yüz ifadesi: ( ) gevşek, rahat yüz ifadesi

( ) gergin yüz ifadesi, buruşuk alın ve yüz

( ) kaş çatma, çeneyi sıkma

( ) kötü ya da distresli yüz görünümü

2. Çocuğun vücut hareketleri: ( )rahat

( )kıvranma

( ) fleksiyon ya da çekme,tekmeleme

( ) vücudun katı ve gergin görünmesi

3. Çocuğun işlem sırasındaki duygusal durumu nasıldı?

( ) sakin	( ) öfkeli	( ) huzursuz
( ) sinirli	( ) ürkmüş	( ) endişeli
( ) korkmuş	( ) kızgın	( ) mutsuz

( ) diğer……

4. Çocuk damar yolu açma işlemlerinde nasıl bir tepki verdi? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.

( ) Ağladı	( ) Kolunu çekerek kaçmaya çalıştı
( ) Çığlık attı	( ) Titremeye başladı
( ) Huzursuzdu, yerinde duramadı	( ) Çok kızdı ve etrafındakilere vurmaya çalıştı
( ) Kendini çok sıktı ve vücudunu kastı	( ) İsteksizce uygulamayı kabul etti
( ) Uygulamayı reddetti	( ) Onu bu durumdan kurtarmamı istedi
( ) Sakin olarak işleme izin verdi	( ) Korktuğunu söyledi ( )Diğer……

5. Çocuğun ağlama durumu: ( ) ağlamıyor

( )gözyaşı ya da gözyaşı olmaksızın ağlama

( ) bağırma, çığlık atma, inleme ya da sızlanma

( ) rahatlama ya da yatıştırmada güçlük

( ) dokunulduğunda geri çekilme

EK 5. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ETİK KURUL İZNİ

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2016/186	
	PROTOKOL ADI	Pediatri Servisinde Yatan Çocuklara Periferik Damaryolu Açma İşlemi Öncesinde Uygulanan Terapötik Oyun Yönteminin Anksiyete ve Korku Üzerine Etkisi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Yrd. Doç. Dr. Melahat AKGÜN KOSTAK	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 14/03**	**Tarih:03.08.2016**	
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Melahat AKGÜN KOSTAK'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Buket DERLEYEN'in tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E (H)	(E) H	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Başkan Yardımcısı	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Ç. Hakan KARADAĞ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	E	E (H)	(E) H	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E (H)	(E) H	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Selma Arzu VARDAR Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	K	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Salim DÖNMEZ Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Vedat UĞUREL Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Berkan DEMİRAL Üye		T.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	E	E H	E H	
Avukat Baki KURNAZ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E (H)	(E) H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Nurettin AYDOĞDU
Dekan a.
Dekan Yrd.

EK 6. EDİRNE SULTAN 1. MURAT DEVLET HASTANESİ KURUM İZNİ

EDİRNE İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ - EDİRNE İLİ KEEGS İDARİ HİZMETLER BAŞKANLIĞI
16/11/2016 09:21 - 26559790 - 605.01 - E.10169
00053617089

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Edirne İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
İdari Hizmetler Başkanlığı

Sayı : 26559790/605.01
Konu : ARAŞTIRMA İZNİ (Buket DERLEYEN)

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : a) 06/10/2016 tarihli ve 86591326-39188 sayılı yazınız.
b) Buket DERLEYEN'ın 20/10/2016 tarihli dilekçesi.

İlgi kayıtlı yazıda bahsi geçen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik ABD yüksek lisans öğrencisi Buket DERLEYEN tarafından gerçekleştirilmek istenilen "Pediatri Servisinde Yatan Çocuklara Periferik Damaryolu Açma İşlemi Öncesinde Uygulanan Terapötik Oyun Yönteminin Anksiyete ve Korku Üzerine Etkisi " başlığı altındaki araştırma kapsamında düzenlenerek iletilen talep dosyası Genel Sekreterliğimiz Araştırma İnceleme Komisyonunca değerlendirilmiş olup, araştırmanın gönüllülük esasına dayalı olarak, Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesinde gerçekleştirilmesi uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Uzm.Dr.Emrah ERTEN
Genel Sekreter

EKLER:
Protokol (1 Sayfa)

BELGENİN ASLI ELEKTRONİK İMZALIDIR
16.11.2016

17 Kasım 2016
42161

EDİRNE İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ

Sarıcapaşa Mahallesi/Sarıcapaşa Camii Caddesi/no:17/ EDİRNE
e-posta:khb22.arge@saglik.gov.tr
Faks No:0284 226 8207

Bilgi için:Emine AYDIN ÖZGÜR
Unvan:HEMŞİRE