T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

PEDİATRİK TRİYAJDA PALYAÇO UYGULAMASININ ÇOCUK-EBEVEYNİN ANKSİYETE VE MEMNUNİYETİNE ETKİSİ

SERAP ÇELİK

DANIŞMAN
PROF. DR. SUZAN YILDIZ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DOKTORA PROGRAMI

İSTANBUL-2022

Doküman No	İlk YayınTarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
414.1.17F	04.03.2020	00	00.00.0000	1 / 1

Bu çalışma 07.01.2022 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Prof. Dr. Suzan YILDIZ
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Sema KUĞUOĞLU
Medipol Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Prof. Dr. Duygu GÖZEN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Birsen MUTLU
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Rabia GÜNEY
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Hamidiye Hemşirelik Fakültesi

BEYAN

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

Serap ÇELİK

İTHAF

“Aileme ithaf ediyorum”

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans ve doktora eğitimim boyunca bilgi ve görüşlerini benimle paylaşan, tecrübelerinden yararlandığım için kendimi şanslı hissettiren danışman hocam Sayın Prof. Dr. Suzan Yıldız' a,

Öneri ve katkılarıyla bu süreçte desteğini esirgemeyen kıymetli jüri hocalarım Sayın Prof. Dr. Sema KUĞUOĞLU ve Prof. Dr. Duygu GÖZEN' ne,

Yüksek Lisans ve doktora eğitimim boyunca üzerimde emekleri olan değerli hocalarım Doç. Dr. Serap BALCI, Doç. Dr. Seda ÇAĞLAR, Doç. Dr. Birsen MUTLU' ya,

Tüm tez sürecim boyunca yanımda olan çalışma arkadaşlarım Sevda POLAT, Neslihan GÖNÜL, Zeynep KEÇE, Ebru BERBER, Aslı GÜNDOĞDU, Başak TALUM, Rukiye Nur KESKİN, Merve ÖZÇİÇEK, Serkan GÜNDOĞDU, Ali KARTAL, Nurgül AYTEMUR, Birgül AYYILDIZ, Piran KAPLAN, Enes GANİ, Recep ÇELİK başta olmak üzere tüm çocuk ve erişkin acil hemşirelerine,

Varlığını ve desteğini her zaman üzerimde hissettiğim aileme,

Çalışmamda yer alan tüm çocuklara ve ailelerine en içten dileklerimle, teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI…… İİ

BEYAN……..İİİ

İTHAF……İV

TEŞEKKÜR……V

İÇİNDEKİLER…….……Vİ

TABLOLAR LİSTESİ……Vİİİ

ŞEKİLLER LİSTESİ…….İX

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ……..X

ÖZET…….Xİ

ABSTRACT…….Xİİ

1. GİRİŞ VE AMAÇ…….....1
2. GENEL BİLGİLER…….4
2.1. Pediatrik Aciller……..4
2.2. Triyaj Kavramı……6
2.2.1. Triyajın Tanımı ve Önemi…….6
2.2.2. Pediatrik Acil Servislerde Kullanılan Triyaj Sistemleri……8
2.3. Pediatrik Acil Triyaj Hemşiresinin Görev ve Sorumlulukları……..13
2.4. Acil Servise Kabulün Çocuk ve Ebeveyn Üzerine Etkisi……..…16
2.5. Acil Serviste Çocuk-Ebeveyn Anksiyetesi ve Etkileyen Faktörler……..….17
2.6. Acil Serviste Çocuk-Ebeveyn Memnuniyeti ve Etkileyen Faktörler……18
2.7. Çocuk Acil Servis Triyajında Çocuk-Ebeveynin Anksiyete ve Memnuniyetine Yönelik Hemşirelik Girişimleri……..21
2.8. Hastane Palyaçoları-Terapötik Palyaçolar……..……..22
2.8.1. Hastane Palyaçolarının Çocuk-Ebeveynin Anksiyete ve Memnuniyetine Etkisi……..25
3. GEREÇ VE YÖNTEM……..27
3.1. Araştırmanın Amacı……..27
3.2. Araştırmanın Hipotezleri……..27
3.3. Araştırmanın Değişkenleri……27
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman…….27
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi……...28
3.6. Veri Toplama Formları ve Araçları……..31
3.7.Araştırmanın Uygulanması……38
3.8.Verilerin Değerlendirilmesi……...41
3.9.Araştırmanın Etik ve Yasal Yönleri……...41

3.10.Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri……..……..…….42
4. BULGULAR……..43
5. TARTIŞMA……...63
KAYNAKLAR……..78
FORMLAR……..100
ETİK KURUL KARARI……..……120
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI……...122
ÖZGEÇMİŞ…….123

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1. Seviyelerine Göre Acil Servisler ve Özellikleri……..5

Tablo 2-2. Acil Serviste Çocuk-Ebeveyn Anksiyetesini Etkileyen Faktörler……17

Tablo 2-3. Acil Serviste Çocuk-Ebeveyn Memnuniyetini Etkileyen Faktörler……..20

Tablo 2-4. Gülme ve Mizahın Fizyolojik Sistemler Üzerine Etkileri…….24

Tablo 3-1. Grupların Günlere Göre Randomizasyonu……29

Tablo 4-1. Grupların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması ……..44

Tablo 4-2. Grupların Acil Başvuru Sürecine Yönelik Tanımlayıcı Faktörlerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması ……46

Tablo 4-3. Grupların Yaş Gruplarına Göre Vital Bulgu Değerlerinin Dağılımı……49

Tablo 4-4. ÇHEUS ve Sağlık Bakanlığı Renk Kodlaması ve Triyaj Uygulamasının Gözlemcilere Göre Değerlendirilmesi……52

Tablo 4-5. ÇHEUS Puanlarının Gözlemciler Arası Uyum Değerlendirmesi…….53

Tablo 4-6. Grupların Acile Geliş ve Acilden Ayrılış Anksiyete ve Memnuniyet Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması……54

Tablo 4-7. Çocukların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Acile Geliş ve Acilden Ayrılış Anksiyete Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplar Arası Değerlendirmesi……56

Tablo 4-8. Çocukların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Memnuniyet Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması……58

Tablo 4-9. Gruplardaki Ebeveynlerin Anksiyete ve Memnuniyet Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması……..59

Tablo 4-10. Araştırmaya Katılan Ebeveyne Göre Acile Geliş ve Ayrılış Anksiyete ve Memnuniyet Puan Ortalamasının Değerlendirmesi……...61

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3-1. Consort 2018 Akış Diyagramı……30

Şekil 3-2. Vital Monitör……..36

Şekil 3-3. Vital Monitör Manşonları……..36

Şekil 3-4. Temassız Ateş Ölçer……..36

Şekil 3-5. Kamera……...37

Şekil 3-6. Palyaço Uygulaması……...38

Şekil 3-7. Araştırmanın Akış Şeması…….40

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ACEP: American Collage of Emergency Physicians

AEEE**:** Atık Elektrikli ve Elektronik Eşyalar

AŞİ: Aciliyet Şiddet İndeksi

ATS: Australian Triage Scale

CE: Confirmite Europeenne

CHEWS: Chilren' s Hospital Early Warning Score

CONSORT: Consolidated Standarts of Reporting Trials

CTAS: Canadian Triage and Acuity Scale

ÇAS-D: Çocuk Anksiyet Skalası-Durumluluk

ÇHEUS: Çocuk Hastanesi Erken Uyarı Skoru

dk: Dakika

ENA: Emergency Nurses Association

ESI: Emergency Severity Index

FDA: U.S Food and Drug Administration

MTS: Manchester Triage Scale

P-CTAS: The Canadian Triage and Acuity Scale

PEWS: Pediatric Early Warning Score

SPSS: Statistical Package for Social Science

TDK: Türk Dil Kurumu

ÖZET

Çelik, S. (2021). Pediatrik Triyajda Palyaço Uygulamasının Çocuk-Ebeveynin Anksiyete ve Memnuniyetine Etkisi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD. Doktora Tezi. İstanbul.

Araştırma acil serviste çocuk hastanesi erken uyarı skoruyla triyaj değerlendirmesinde kategorisi yeşil olan çocuklara palyaço uygulamasının çocuk-ebeveynin anksiyete ve memnuniyet düzeyine etkisini belirlemek amacıyla tek kör randomize-kontrollü deneysel olarak gerçekleştirildi. Araştırmanın örneklemini Mayıs-Haziran 2021 tarihleri arasında İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servise herhangi bir şikâyetle başvuran, örneklem seçim kriterlerine uyan, araştırmaya katılmaya gönüllü 160 çocuk-160 ebeveyn (D:160-K:160) oluşturdu. Verilerin toplanmasında Bilgi Formu, Triyaj Değerlendirme Formu, Çocuk Anksiyete Skalası-Durumluluk (ÇAS-D), Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, Çocuk Triyaj Memnuniyeti Skalası, Ebeveyn Triyaj Memnuniyeti Skalası, Vital Monitör, Temassız Kızılötesi Ateş Ölçer, Kamera kullanıldı. Veriler SPSS 22 (IBM SPSS, Türkiye) paket programında değerlendirildi. Deney ve kontrol grubundaki çocuklar tanımlayıcı ve acil başvuru sürecine yönelik özellikleri bakımından benzerdi ($p>0,05$). Deney grubundaki çocukların acile gelişine göre ayrılış anksiyete puan ortalamalarında (geliş:7,20±2,39, ayrılış:2,39±1,73) görülen düşüş miktarı, kontrol grubuna göre (geliş:6,58±1,88, ayrılış:4,16±2,08) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti ($p<0,001$). Çocukların memnuniyet puan ortalamaları (D:9,55±0,83, K:7,69±1,15) karşılaştırıldığında girişim uygulanan grup lehine istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,001$). Deney grubu ebeveynlerin acile gelişine göre ayrılış anksiyete puan ortalamalarında (geliş:68,8±8,32, ayrılış:58,68±10,35) görülen düşüş miktarı, kontrol grubuna göre (geliş:58,68±10,35, ayrılış:60,85±9,28) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti. Ebeveynlerin memnuniyet puan ortalamaları karşılaştırıldığında (D:9,74±0,67-K:9,01±1,58) girişim uygulanan grup lehine istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,001$). Sonuç olarak palyaço uygulaması acil servise kabul triyaj değerlendirmesinde çocuk-ebeveynlerde anksiyeteyi azaltmak ve memnuniyeti arttırmak için uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: Hastane palyaçosu, çocuk, ebeveyn, anksiyete, memnuniyet

ABSTRACT

Celik, S. (2021). The Effect of Clown Practice on Child-Parent Anxiety and Satisfaction in Pediatric Triage. Istanbul University-Cerrahpaşa Graduate Education Institute, Department of Child Health and Diseases Nursing. PhD Thesis. Istanbul.

The sample of the study between May and June 2021 was collected by Istanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Training and Research Hospital, who applied to the emergency department with any complaint,160 children-160 parents (E:160 C:160) who met the sample selection criteria and volunteered to participate in the study. Information Form, Triage Evaluation Form, Child Anxiety Scale-State (CAS-D), State-Trait Anxiety Inventory, Child Triage Satisfaction Scale, Parent Triage Satisfaction Scale, Vital Monitor, Non-Contact Infrared Fever, Camera were used to collect data. The data were evaluated in the SPSS 22 (IBM SPSS, Turkey) package program. Children in the experimental and control groups were similar in terms of their descriptive and emergency referral features ($p>0.05$). The amount of decrease observed in the mean separation anxiety score (arrival:7.20±2.39, departure:2.39±1.73) according to the arrival of the children in the experimental group to the emergency room, compared to the control group (arrival:6.58±1.88, departure:4.16±2.08) was statistically significantly higher ($p<0.001$). When the mean satisfaction scores of the children (E:9.55±0.83, C:7.69±1.15) were compared, it was found to be statistically significant in favor of the intervention group ($p<0.001$). The amount of decrease observed in the mean separation anxiety score (arrival:68.8±8.32, departure:58.68±10.35) according to the arrival of the parents in the experimental group to the emergency room, compared to the control group (arrival:58.68±10.35, departure:60.85±9.28) was statistically significantly higher. When the mean satisfaction scores of the parents were compared (E:9.74±0.67 C:9.01±1.58), it was found to be statistically significant in favor of the intervention group ($p<0.001$). As a result, the clown application can be applied to reduce anxiety and increase satisfaction in child-parents in the triage assessment of admission to the emergency room.

Keywords: Hospital clown, child, parent, anxiety, satisfaction

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Çocuk acil servisleri tüm bölümleri ve çalışan personelleriyle birlikte 7 gün 24 saat kesintisiz hizmet sunan birimlerdir. Genellikle birbirinden farklı şikayetleri olan birçok hasta başvurusu etkin, hızlı ve doğru hizmet sunma sorumluluğu ile değerlendirilir. Dünya' da olduğu gibi Türkiye' de de acil servislerin acil müdahale gereksinimi olmayan hasta ve hasta yakınları tarafından tercih edilmesi sonucu oluşan kalabalık acillerde anksiyete en üst seviyeye ulaşır. Bununla birlikte birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeterince tercih edilmediği/sevk zincirinin tam olarak işlevsel olmadığı ülkelerde hastalar muayene olmak için ilk olarak acil servisleri tercih eder (Habib ve Khan 2017, Seguin et. al. 2018, Moylan ve Maconochie 2019, Karakaş ve ark. 2020).

Türkiye' de tüm acil başvurularının %30' unu çocuk hastalar oluşturmaktadır. Bunun sonucunda yüksek riskli olmayan çocuk hastaların ağırlıkta olduğu acil servislerde aşırı yığılmalar ortaya çıkar. Aşırı yığılmalar nedeniyle oluşan kalabalık acillerde bakım kalitesi düşer, hasta memnuniyetsizliği ve tedavi almadan ayrılan hasta sayısı artar (Türkiye' de ve Dünya' da Çocuk Acil Tıp Hizmetleri 2008, Doan et. al. 2019, Karakaş ve ark. 2020).

Kalabalık acil servislerde sağlık profesyonellerinin gerçek acil vakaları değerlendirmesi, seçmesi, tedavi önceliklerini belirlemesi problem oluşturur. Bu durum gerçekten acil olan hastaların mağduriyetine yol açabileceğinden iyi bir triyaj uygulamasını gerektirir (Olgun ve Kuğuoğlu 2004, Söylet ve Emir 2006, Karaböcüoğlu ve Duman 2012, Mutlu ve Yıldız 2016). Hasta yükü fazla olan acil servislerde potansiyel olarak ağır/kritik hasta ya da yüksek risk taşıyan hastaların erken tanınabilmeleri ve etkin tedavi edilebilmeleri için aciliyetlerine göre doğru bir biçimde seçilmeleri gerekir. Triyaj uygulaması ile sistematik bir iş akışı sağlanarak hastaların bekleme ve hastanede kalış süresi azalır. Dolayısıyla hasta ve yakınlarının yaşadığı kaygı ve memnuniyetsizlik de azalır (Karaçay ve Sevinç 2007, Ataseven-Tarhan ve Akın 2016, Uslu ve Kuğuoğlu 2021).

Günümüzde yetişkinler için kısmen yeterli sayıda triyaj sistemleri olmasına rağmen, çok az sayıda kullanılan pediatrik triyaj sistemleri vardır. "The Pediatric Canadian Triage and Acuity Scale (P-CATS)" çocuklar için özel olarak geliştirilmiş tek triyaj skalasıdır (Tekşam 2009, Uslu ve Kuğuoğlu 2021). Türkiye' de 2009 yılından itibaren 3 aşamalı triyaj sistemi kullanılmakta olup bu sistemde puanlama yoktur, triyaj hastanın genel durumu ve şikayetleri doğrultusunda renk kategorisi kullanılarak yapılmaktadır (Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil

Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, 2009). Mevcut kullanılan triyaj sisteminde çocuklara özel bölüm bulunmamaktadır (Bayat ve Şener, 2016).

Başlangıçta yapılacak triyaj sınıflamasının doğru yapılması ve hastaneye başvuran hastaları hızla sıraya koymak için geçerli, güvenilir bir triyaj değerlendirme sisteminin kullanılması önemlidir (Zimmermann 2001, O'neill ve Molczan 2003, Uslu ve Kuğuoğlu 2021). Literatür incelendiğinde son 15 yıldan bu yana Dünya' da sağlığı kötüleşme riski altında olan hasta çocukları bir değer atayarak değerlendirmede Brighton hastanesinde geliştirilen Pediatrik Erken Uyarı Skorlarının (*Pediatric Early Warning Score-PEWS*) kullanıldığı görülmektedir. Bu sistem çocuğun klinik durumunun hastaneye yatırılırken tekrarlanabilir bir değerlendirilmesini sağlamak için geliştirilmiştir (Gold et. al. 2014, Seflon et. al. 2015, Chaiyakulsil ve Pandee 2015, Xun et. al. 2016, Brown, Martinez ve Agulnik 2019). Literatürde erken uyarı skorlarının pediatrik acil servislerde kullanımı önerilmektedir (Edgell, Finlay ve Pedley 2008, Bradman ve Maconochie 2008, Adshead ve Thomson 2009, Skaletzky, Raszynski ve Totapally 2015, Seigner ve Maconochie 2013, Gold et. al. 2014). Erken uyarı sisteminin kullanılması kritik hasta çocukların tanımlanmasını ve değerlendirilmesini geliştirerek nesnel standartlaştırılmış bakım sağlar (Oldroyd ve Day, 2011).

Brighton PEWS' in pediatrik triyaj değerlendirilmesinde kullanıldığı da görülmekte olup, fizyolojik parametrelere dayalı bir puanlama sistemidir (Bradman ve Maconochie, 2008). PEWS' in 2005 yılında onaylanmasından bu yana çeşitli pediatrik erken uyarı skorları geliştirilerek kullanılmıştır (Haines, Perrott ve Weir 2006, Edwards et. al. 2009, Akre et. al. 2010, Parshuram et. al. 2011, Skaletzky, Raszynski ve Totapally 2015, Sieger et. al. 2013).

Orijinal PEWS sisteminden uyarlanan Çocuk Hastanesi Erken Uyarı Skoru (Children Hospital Early Warning Score: CHEWS), Boston Çocuk Hastanesi' nde bir ekip tarafından geliştirilmiştir (McLellan ve Connor 2013). CHEWS' in geçerlik-güvenirlik çalışmaları, kritik kötüleşme risk altındaki çocukları belirlemek için PEWS' den daha yüksek hassasiyete sahip olduğunu göstermiştir (McLellan, Gauvreau ve Connor 2017).

Bununla birlikte acil servise başvuran hasta/hasta yakınlarının aciliyet algıları ve kaygı düzeyleri farklılık gösterir. Bu deneyim sürecinde çocuk ve diğer aile bireyleri psikolojik, sosyal ve fizyolojik travma yaşayabilir. Yaşanan travmalar çocuğun hastaneye ya da tedaviye olan uyumunu zorlaştırırken, ailenin rutinini bozarak gereksiz zaman ve maddi kayıp

yaşamasına neden olabilir (Kyle 2008, Bowden ve Greenberg 2010, Hockenberry ve Wilson 2015).

Hastanedeki çocukların anksiyete, korku ve acısını azaltmak ve değerlendirilmesini kolaylaştırmak için çeşitli bilişsel psikolojik ve dikkati başka yöne çekme teknikleri (balon şişirme, kitaplar, video oyunları veya çizgi film videoları) dahil olmak üzere farklı farmakolojik olmayan yaklaşımlar önerilmiştir. Anksiteyi azaltmak için kullanılan yöntemler arasında hastane palyaçosu, komik videolar ya da gülme terapisi gibi endorfin salınımını destekleyen ve stres hormonlarını azaltan mizah yöntemleri yer alır. Bu doğrultuda palyaçoların varlığı, rahatsızlığı gidererek ve kahkahayı tetikleyerek, hastaların ağrılarını ve kaygılarını azaltmak için uygulanabilir (Dowling, Hockenberry ve Gregory 2003, Fernandes ve Arriaga 2010, Dionigi, Sangiorgi ve Flangini 2014, Felluga ve ark. 2015).

Literatür incelendiğinde çocukların ve/veya ebeveynlerin, hastaneye kabul edildiklerinde korku ve endişelerinin azaltılmasına yönelik palyaço uygulamasının anksiyeteyi azalttığını vurgulayan sınırlı sayıda çalışma vardır (Shidran ve Sivaramakrishrian 2016, Perktaş ve Özmert 2017). Ancak triyaj değerlendirilmesi sırasında anksiyete ve memnuniyete yönelik çalışma yoktur.

Bu bilgiler ışığında, araştırma acil serviste çocuk hastanesi erken uyarı skoruyla triyaj değerlendirmesi sürecinde triyaj kategorisi yeşil olan çocuklara palyaço uygulamasının çocuk-ebeveynin anksiyete ve memnuniyet düzeyine etkisini belirlemek amacıyla tek kör randomize kontrollü deneysel bir tasarım olarak gerçekleştirildi.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Pediatrik Aciller

Her yıl milyonlarca çocuk acil bakım ya da tıbbi desteğe ihtiyaç duymakta olup birçoğu, çeşitli engeller nedeniyle uygun akut bakımı zamanında alamayabilir. Acil servisler 24 saat kesintisiz, kapsamlı akut bakım sağlayan servislerdir. Acil servisler, yaşamı tehdit eden hastalıklardan birinci basamak kurumlarda tedavi edilebilecek önemsiz problemlere kadar değişen derecelerde sorunu olan hastalara tedavi ve bakım hizmeti sağlamakla birlikte; hemen müdahale edilmediği takdirde sakatlık ve ölümle sonuçlanabilen hastalığı olan bireylere de bakım sağlayan birimlerdir (Derlet ve Richards 2002, Trzeciak ve Rivers 2003).

Anatomik, fizyolojik, gelişimsel vb. yönleri ile erişkinlerden çok farklı olan çocuğun yaşamının kritik derecede tehlikede olduğu acil durumlarda; çocuk gerekli tıbbi tedavi ve bakımı etkili, hızlı, kaliteli ve bilinçli bir hizmet anlayışı ile zamanında ve en uygun şekilde almalıdır. Çocukların uygun pediatrik acil tıbbi bakıma erişimi önemlidir. Bakım ertelenirse önemli morbidite ve mortalite sorunları meydana gelebilir (Committee on Pediatric Emergency Medicine, 2007). Nitelikli acil bakımı sağlamak amacıyla çocuklara özel hazırlanmış acillerde, çocuk odaklı eğitim almış, deneyimli bir sağlık ekibinin oluşturulması gerekmektedir (Türkiye' de ve Dünya' da Çocuk Acil Tıp Hizmetleri, 2008).

Çocuğun, fiziksel veya duygusal yönden tehlike içinde bulunduğu durumlarda gereksinim duyduğu bakımın zamanında verilmesi önemlidir. Her çocuk, hayatının herhangi bir döneminde akut hastalık ya da yaşamı tehdit edici bir durum nedeniyle acil servise başvurabilir (Yıldız 2006, Balcı ve Ar 2016). Türkiye' de branşlara göre muayene sayıları incelendiğinde; 66 branş için toplam (76.834.439) %25,97' si acil servis başvurusudur (Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü İstatistik, Analiz, Raporlama ve Stratejik Yönetim Dairesi Başkanlığı, 2017). Bu başvuruların yaklaşık %2,61' ini sadece çocuk acil servislerine başvuranlar oluşturmakta olup bu oranın yaklaşık 7,7 milyon olduğu tahmin edilmektedir. Çocuk ve erişkin hastaların birlikte bakıldığı acil servise başvuran pediatrik hastalar bu orana dahil değildir (Karakaş ve ark. 2020, Yıldız ve Kanburoğlu 2020). Bununla birlikte çocukluk yaş grubunda görülen ölümlerin %80 gibi önemli bir kısmı acil tıbbi sorunlara bağlıdır (Yıldız, 2021).

Acile başvuran çocukların epidemiyolojik özellikleri incelendiğinde; başvuruların çoğunluğunu düşük sosyo-ekonomik durumdaki süt çocukları ve oyun çocuklarının oluşturduğu, %60-65' inin 16:00-24:00 saatleri arasında hastaneye getirildiği, sonbahar ve kış

aylarında solunum yolu hastalıkları ve menenjitlerin; ilkbahar ve yaz aylarında ise ishaller ve kazaların daha fazla görüldüğü, yenidoğanlarda ise asfiksi, doğum travması, respiratuvar distres sendromu, hipogliseminin daha fazla olduğu; şüpheli-ani-beklenmedik ölüm, çocuk istismarı, zehirlenmeler, yaralanma ve travma gibi adli sorunlarla sık karşılaşıldığı; ergenlik döneminde intihar nedeniyle de pediatrik acillere başvurular olduğu görülmektedir (Öztürk 2004, Araslı Yılmaz ve ark. 2015). Türkiye' de acil servis hizmetleri; hasta kapasitesi, vakaların özelliği ve fiziki şartları, bulundurduğu malzeme, tıbbi donanım ve personelin niteliği, hizmet verdiği bölgenin özellikleri, bünyesinde faaliyet gösterdiği sağlık tesisinin statüsü gibi ölçütler dikkate alınarak 3 seviyeye ayrılır. Acil servislerin seviyelerine göre özellikleri Tablo 2-1' de verilmiştir.

Tablo 2-1. Seviyelerine Göre Acil Servisler ve Özellikleri

1. Seviye Aciller	2. Seviye Aciller	3. Seviye Aciller
-Ağırlıklı olarak pratisyen hekimler tarafından 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı olarak yürütülür. -Üst düzey bakım gerektiren hastalar stabilizasyonu sağlandıktan sonra ileri seviyeli acil servislerin bulunduğu merkezlere sevk edilir. -Ayaktan stabil hastaların muayene, tetkik ve tedavileri ve gerektiğinde kısa süreli müşahedesi yapılır.	-Acil hastaların pratisyen hekim tarafından tedavi edildiği, dahili veya cerrahi branşlardan en az bir uzmanın sorumlu olduğu, 24 saat kesintisiz olarak uzman düzeyinde acil sağlık hizmetinin verildiği, diğer branş uzmanlarının ise ihtiyaca göre icap (evde nöbet) yöntemi ile acil sağlık hizmeti sunduğu yerlerdir.	Bünyesinde dahiliye, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları, ortopedi ve travmatoloji ile beyin cerrahi, kardiyoloji, nöroloji, anestezi ve reanimasyon branşlarında ve bu branşlara ilave olarak hasta yoğunluğuna göre gerektiğinde diğer branşlarda 24 saat kesintisiz uzman düzeyinde acil sağlık hizmeti verilen yerlerdir.

(Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, 2009)

Her hastanın sosyal güvencesi olup olmadığına bakılmaksızın özel ve kamuya ait bütün hastanelerin acil birimleri, tüm acil başvurularını kabul etme, her hasta için acil tıbbi değerlendirme, müdahale ve gerektiğinde stabilizasyonu sağlamakla yükümlüdür. Ancak bu durum acillerin hastaneye giriş kapısı olarak kullanılmasına ve kalabalığa neden olmaktadır (Erdem, 2021).

Kalabalık acil servisler küresel çapta bilinen ve kanıtlanmış bir sorundur (Tekşam, 2009). Hasta ve ailelerinin; durumlarını acil olarak değerlendirmeleri, servislerin sınırsız kapasitelerinin olduğunun düşünülmesi, nöbet saatleri içerisinde sağlık hizmeti verebilecek tek birimin acil servisler olması ve sürekli sağlık hizmeti vermeleri, ulaşımın kolay olması,

muayene için bekleme süresinin kısa olması, reçete yazdırma, rapor isteme gibi nedenlerle acil servise başvurdukları belirlenmiştir (Kalemoğlu ve ark. 2004, Kalindidi et. al. 2010, Rocovich ve Patel 2012, Bayat ve Şener 2016). Acil servislere başvuru sayısının artması sonucu oluşan yığılmalar hasta güvenliği açısından risk oluşturur. Kalabalık acil servislerde sağlık profesyonellerinin gerçek acil vakaları değerlendirmesi, seçmesi, tedavi önceliklerini belirlemesi güçleşir.

2.2. Triyaj Kavramı

Tüm dünyada acil servislerin giderek artan kalabalığı pediatrik acil servisleri için de sorun olmaktadır (Niska et. al. 2010, Bayat ve Şener 2016). Pediatrik acil servise yapılan başvuruların büyük çoğunluğunu gerçekte acil olmayan sorunlar oluşturur. Bu durum gerçekten acil olan hastaların mağduriyetine yol açabileceğinden iyi bir triyaj uygulaması gerekir (Olgun ve Kuğuoğlu 2004, Söylet ve Emir 2006, Karaböcüoğlu ve Duman 2012, Mutlu ve Yıldız 2016). Hasta yükünün fazla olduğu acil servislerde potansiyel olarak ağır/kritik hasta ya da yüksek risk taşıyan hastaların erken tanınabilmeleri ve etkin tedavi edilebilmeleri için aciliyetlerine göre doğru bir biçimde seçilmeleri (triyaj) gerekir. Hastaların bir kısmı çok acil (şok, koma, konvülzyon), bir kısmı daha az acil ama önemli (yüksek ateş, pnömoni), bir kısmı ise acil (üst solunum yolu enfeksiyonu, hafif gastroenterit) değildir.

Acil servislere başvuruda bulunan her hastanın en kısa sürede muayene ve tedavi edilmesi hedeflenir (Pekdemir ve ark. 2004, Ataseven-Tarhan ve Akın 2016, Uslu ve Kuğuoğlu 2021). Triyaj uygulaması ile sistematik bir iş akışı sağlanarak hastaların bekleme ve hastanede kalış süresi azalır. Dolayısıyla hasta ve yakınlarının yaşadığı kaygı ve memnuniyetsizliği de azalır (Karaçay ve Sevinç 2007, Ataseven-Tarhan ve Akın 2016, Uslu ve Kuğuoğlu 2021). Triyaj uygulaması, acil servislerin hemen girişlerinde yapılır (Karaböcüoğlu 2010).

2.2.1. Triyajın Tanımı ve Önemi

Triyaj, Fransızca “trier” kelimesinden köken almakta olup “seçmek”, “ayıklamak”, “öncelik sırasına koymak” anlamına gelir. Başka bir ifade ile “Hasta ve yaralıların etkili, doğru bakım alabilmesi için yaralanma tiplerine, o andaki durumlarına göre sınıflandırılıp, hastaneye yatırma, tedavi ve tahliye konularında öncelik derecelerinin saptanmasıdır.” (Çınar ve Doğu Kökçü 2021).

Acil bakım triyajı acil servis bakımının başlangıç aşamasıdır. Potansiyel ölüm riski bulunan hastaların klinik öncelik gereksinimlerini belirleyerek, mevcut kaynaklar göz önünde bulundurularak ihtiyacı olana hizmetin verilmesini, mortalite ve morbiditelerini azaltmayı amaçlar. Çocuk hastalar için kapsamlı bir değerlendirme olmayıp muayeneden farklıdır (Gilboy, Tanebe ve Travers 2005, Biçer ve Karaböcüoğlu 2012, Bayat ve Şener 2016). Triyaj uygulamasının yapılabilmesi için üç unsurun olması gerekir:

1. Triyaj, sağlık hizmeti imkanlarının, ihtiyacı karşılamadığı durumlarda uygulanır. Bu nedenle çok sayıda insanın yaralandığı doğal afetler sonrasında triyaj yapılabilir. Aksine ihtiyaç duyan her hastanın tedavi hizmeti alabildiği durumlarda triyaja gerek yoktur.
2. Kısa bir değerlendirme ile her hastanın tıbbi ihtiyaçlarını belirleyebilecek yeterlik ve yetkinlikte triyaj görevlisi olması gerekir. Acil servislerde bu görev genellikle deneyimli çocuk acil hemşireleri tarafından yapılır.
3. Ülkelerin sağlık bakanlığınca belirlenmiş bir triyaj sistemini kullanması gerekir. Triyajı uygulayan kişi, belirli kriterler göz önüne alınarak hazırlanmış kılavuz ya da plan doğrultusunda hastaları sınıflandırır. Böylece her hastanın aciliyet durumuna göre alacağı tedavi veya tedavi önceliği belirlenir. Belirlenmiş bir sistemin olması acil sağlık hizmetlerinde benzerlik sağlayarak kişisel değerlendirme farklılıkları engellenir (Gilboy, Tanebe ve Travers 2005, Iserson ve Moskop 2007, Uslu ve Kuğuoğlu 2021).

Triyaj kararı karmaşık ve dinamik bir sürecin sonunda elde edilir. Triyaj sistemi tanılama, planlama/uygulama ve değerlendirme aşamalarından oluşur. Tanılama aşamasında tanı ve tedaviye temel oluşturacak veriler toplanarak hastanın öncelik derecesi ve acilen karşılanması gereken ihtiyaçları belirlenir. Planlama/uygulama aşamasında hastanın durumuna göre planlama yapılarak uygulamaya geçilir. Değerlendirme aşaması ise triyaj düzeyi belirlenen hastaların daha önce belirlenen ölçütlere göre yeniden tanılanmasını içerir. Durumu stabil olmayan hastanın tedavisi bitinceye kadar her tıbbi basamakta sürekli ve yeniden triyaj yapılır (Department of Health and Ageing Emergency Triage Education Kıt 2008, Biçer ve Karaböcüoğlu 2012, Bayat ve Şener 2016).

Hastaların geliş sırası ve biçimine (ayaktan ya da ambulans ile) bakılmaksızın, klinik özellikleri ve gereksinimleri göz önünde bulundurularak aciliyet düzeyi belirlenir. Aciliyet düzeyine göre çocuk muayene edilir ya da bekleyebileceği güvenli bir alana alınır (Gilboy, Tanebe ve Travers 2005, Biçer ve Karaböcüoğlu 2012, Bayat ve Şener 2016).

Triyajı yapılan hastaların olması gerekenden daha düşük triyaj kategorisinde değerlendirilmesi hastaların beklerken klinik durumlarında bozulma göstermesi açısından risk

oluşturabilir. Hastaların olması gerekenden daha yüksek triyaj değerlendirilmesi ise, acil tedavi gereken bir başka hasta için kullanılacak kaynakların gereksiz kullanımına neden olabilir. Bu nedenle başlangıçta yapılacak triyaj sınıflamasının doğru yapılması ve hastaneye başvuran hastaları hızla sıraya koymak için geçerli, güvenilir bir triyaj değerlendirme sisteminin kullanılması önemlidir (Zimmermann 2001, O'neill ve Molczan 2003, Uslu ve Kuğuoğlu 2021).

2.2.2. Pediatrik Acil Servislerde Kullanılan Triyaj Sistemleri

Dünyanın her yerindeki acil servislerde, gelen hastaların durumlarının ciddiyetini değerlendirmek ve tedavi önceliklerini belirlemek için iki, üç, dört ve beş düzeyli olmak üzere farklı triyaj sistemleri kullanılır (Christ et. al. 2010). Etkin bir triyaj sistemi basit, güvenilir olmalıdır. Üç düzeyli triyaj sistemi basit ve kolaydır. Beş düzeyli sistem ise daha karmaşık olmasına rağmen etkin sınıflandırma yapıldığında sunulacak bakım hizmeti ve tedavinin kararını belirlemek için daha uygun bir yaklaşımdır (O'neill ve Molczan 2003, Uslu ve Kuğuoğlu 2021). Beş seviyeli triyaj araçları geçerlik ve güvenirlik açısından 3 seviyelilere göre daha üstündür. Amerikan Acil Hekimler Birliği (American Collage of Emergency Physicians=ACEP) ve Acil Hemşireler Birliği (Emergency Nurses Association=ENA) geçerlik ve güvenirlik açısından beşli triyaj sistemini önermektedir. Bu triyaj sisteminde hastalar; hemen-ivedi, çok acil, acil, daha az acil ve acil olmayan şeklinde beş kategoride incelenir (Qureshi 2010, Ataseven-Tarhan ve Akın 2016, Uslu ve Kuğuoğlu 2021).

Dünyada sık kullanılan triyaj sistemleri; Avustralya Triyaj Skalası (ATS), Manchester Triyaj Skalası (MTS), Aciliyet Şiddeti İndeksi (AŞİ), Kanada Triyaj Skalası (CTAS)' dır. Bunlardan MTS, CTAS ve AŞİ' de çocuklar için belirli özel bölümler yer almaktadır. Çocuklara yönelik geliştirilen tek triyaj skalası ise "Pediatrik Kanada Triyaj ve Doğruluk Skalası (The Pediatric Canadian Triage and Acuity Scale=P-CTAS)" dır (Gilboy, Tanebe ve Travers 2005, Department of Health and Ageing Emergency Triage Education Kıt 2008, Biçer ve Karaböcüoğlu 2012, Bayat ve Şener 2016).

2.2.2.1. Avustralya Triyaj Skalası (ATS) (*Australian Triage Scale-ATS*)

Ulusal triyaj skalası olarak bilinen ATS, 1994 yılından itibaren Avustralya ve Yeni Zelanda' da kullanılmakta olup ilk geliştirilen beş düzeyli triyaj sistemidir. ATS' de triyaj değerlendirmesi, fizyolojik parametrelerle birlikte hastanın genel görünümü ve mevcut sorunun birleşimini içerir. Seviye 1 en kritik resüsitasyon gereken hastayı tarif ederken, seviye 5 ise en

az kritik, ivedi olmayan hastayı tarif eder (Department of Health and Ageing Emergency Triage Education Kıt 2008, Bayat ve Şener 2016).

Hastaların seviyelendirilmesi her seviye için belirlenmiş klinik rehberler ışığında yapılır. Hastaların başvurudan tedaviye gidiş süreleri, hastaneye yatış ve mortalite oranları hedeflenen amaçlara ulaşılıp ulaşılmadığının belirteçleri olarak değerlendirilir. Hastaların seviyelerine göre tıbbi tedavi öncesinde bekletilme süreleri; seviye 1 için hemen, seviye 2 için <10 dakika, seviye 3 için <30 dakika, seviye 4 için <60 dakika, seviye 5 için <120 dakika olarak belirlenir. Bu triyaj sisteminde son tanı da belirtilir. Performans değerlendirmesinde ise hastaların seviyelerine göre belirtilen sürelerde yüzde kaçına bakılması gerektiği ölçüt olarak alınır. Seviye 1 olan hastaların %97' si ivedilikle değerlendirilmeli, seviye 2 olanların 10 dakika içinde %95' i, seviye 3 olanların 30 dakika içinde %90' ı, seviye 4 olanların 60 dakika içinde %90' ı ve seviye 5 olanların 120 dakika içinde %85' inin bakılması hedeflenir (Hodge et. al. 2013). Bu aracın geçerliliği veya güvenilirliğine ilişkin bulgular mevcuttur, ancak henüz ileriye dönük bir güvenilirlik değerlendirmesi yapılmamıştır. Bununla birlikte ATS' nin orta derecede ($\kappa = 0,3$ ila 0,6) güvenilir olduğu bulunmuştur (Christ et. al. 2010).

ATS' nin çoğu kriteri geneldir ve çocuklarda yaygın olarak kullanılabilmesi için geliştirilmesi gerektiği bildirilmektedir (Crellin ve Johnston 2003, Moll 2010, Bayat ve Şener 2016).

2.2.2.2. Manchester Triyaj Skalası (MTS) (*Manchester Triage Scale-MTS)*

MTS, 1997 yılından itibaren genellikle İngiltere' de acil serviste kullanılan, beş kategoriden oluşan, hasta şikâyeti tabanlı triyaj sistemidir. Hastanın sık başvuru özelliklerini temel alan 52 görsel akış şemasından oluşur. Her akış şeması aciliyet seviyesini belirleyen etkenleri ve ayırt edici sorunları içerir. Hastanın başvuru şikâyeti triyaj seviyesini belirler. MTS acil serviste çalışan tüm personelin ortak bir terminoloji geliştirmesi ve tanımlama yapabilmesi, acil servislerde güçlü bir triyaj yönteminin geliştirilmesi, triyaj için resmi kurallar saptanması ve yapılan triyajın bir eğitim paketi olarak kullanılması amacıyla geliştirilmiştir. Hastanın başvuru şikayetine göre akış şemasını kullanan triyaj hemşiresi, sonrasında yaşamı tehdit eden durumu, ağrıyı, kanamayı, bilinç düzeyini, ateş durumunu ve her yakınma için aciliyeti değerlendirerek algoritmik bir yaklaşım uygular (Bayat ve Şener 2016, Ülker 2020).

MTS, klinik önceliği üç temel ilkeye göre belirler. Bu ilkeler; hasta ve acil servis için klinik yaklaşım geliştirmek, hasta kötüleşmeden önce muayene edilmesini sağlayacak kadar kısa bekleme süresi sağlamak ve hastanın klinik önceliğine triyajda karar vermektir. MTS' in

kullanımında karşılaşılan dezavantajlar; akış şemalarının çok özel ayırt edici faktörlere odaklanması, vital bulgu değerlendirmesinin olmaması ve sağlık sorunu olan ya da 1 yaşın altındaki çocukların değerlendirilmesindeki zorluklardır (Ülker 2020).

Aciliyet düzeyleri ve bekleme süreleri farklı renklerle belirtilir. Hastalar beşli kategorize edilerek 0, 10, 60, 120, 240 dakika içinde değerlendirilir (Ülker 2020, Bayat ve Şener 2016). MTS' nin çocuklarda kullanımına ilişkin yapılan analizlerde çocuklarda geçerliği tatmin edici bulunmuş, ancak güvenilirlik analizi yapılmamıştır. Erişkinlerde ise MTS' nin orta derecede (κ = 0,3 ila 0,6) güvenilir olduğu bulunmuştur (Christ et. al. 2010).

Yapılan çalışmalarda çocukların %40-54' ünde fazla, %12-15' inde ise az triyaj yapıldığı, skalanın 1 yaşın altındaki çocuklarda kullanımının zor olduğu, çocuklarda kullanımına ilişkin araçta değişiklik yapılması gerektiği belirtilmektedir (Christ et. al. 2010, Ülker 2020).

2.2.2.3. Aciliyet Şiddet İndeksi (AŞİ) *(Emergency Severity Index-ESI)*

AŞİ ilk olarak 2000 yılında Amerika Birleşik Devletleri' nde Richard Wuerz ve David Eithel tarafından tarif edilerek uygulanmaya başlanmıştır. Zaman içinde geliştirilerek son hali verilmiştir. AŞİ şikayete bağlı sınıflama yöntemlerinden farklı olup oldukça kısa sürede uygulanır. Bu sistemle hastanın tedavi önceliği tüketeceği kaynaklara göre belirlenir. Doğru hastanın doğru kaynaklara doğru zaman ve yerde ulaşması hedeflenir. Bu sistemde bir bekleme süresi verilmez sadece öncelik sırası belirlenir. AŞİ' de detaylı bilgi gerekmeden hastadan alınan kısa bilgiler ile ne gibi tetkikler gerektiği ve hangi konsültasyona ihtiyacı olup olmadığı belirlenerek sınıflama yapılır (Gilboy, Tanebe ve Travers 2005).

AŞİ' de beşli sınıflama grubu bulunmaktadır. Bu sıralamada 1. kategorideki hasta en fazla kaynağa ihtiyacı olan iken 5. kategorideki hastanın ise herhangi bir test, girişim veya medikasyona ihtiyacı bulunmaz. En yüksek aciliyet düzeyi 1, en düşük aciliyet düzeyi 5' tir. Seviye 1 olan hastaların derhal değerlendirilmesi gerektiği dışında hastaların seviyelerine göre bakılma süreleri hakkında bilgi verilmemiştir. Konfüze, laterjik, disoryante, şiddetli ağrı ya da sıkıntısı olan, vital bulguları/SPO2 anormal olan hastalar düzey 2 olarak ele alınır. Bu hastalar bir hekim tarafından 10 dk. içinde görülür. Düzey 3, iki veya daha fazla kaynak gerektiren ve bekleyebilen hastalar, düzey 4, bir kaynak gerektiren bekleyebilen, düzey 5 ise, kaynak gerektirmeden bekleyebilen hastalardır. Düzey 3-5 arasında triyaj edilmiş hastalar, birkaç saat güvenle bekleyebilir. Her hasta için vital bulgu bakılarak zaman kaybedilmez, vital bulgular (özellikle çocuklar için ateş, nabız, solunum sayısı, saturasyon) bazı 3. kategorideki hastaları

yeniden sınıflayıp gerekirse 2. kategoriye almak için kullanılır (Gilboy, Tanebe ve Travers 2005, Moll 2010, Bayat ve Şener 2016, Ülker 2020).

AŞİ' nin çocuklarda kullanımına ilişkin yapılan geçerlilik ve güvenilirlik analizinde geçerliği iyi ve gözlemciler arası güvenilirliği çok iyi olarak belirlenmiş olup (κ = 0,7-0,95) gösterilmiştir (Moll 2010, Christ 2010, Bayat ve Şener 2016). AŞİ' nin dördüncü versiyonunda, ateşli çocuklar için özel bir akış şeması eklenmiştir. Çocukların aciliyetini belirlemek için yaşa, ateşinin yüksekliğine, ateşin nedenine ve çocuğun aşılı olup olmadığına bakılmaktadır (Ülker 2020).

Diğer sınıflama yöntemlerinin aksine, Acil Şiddet İndeksi' nde hasta şikayeti tabanlı değil hastaların ihtiyaçları ve tahmini ihtiyaçlarına uygun parametreler belirlenerek sınıflama yapılır. AŞİ kullanılarak yapılan sınıflandırmalar oldukça kısa sürede tanımlanabilir (Bayat ve Şener 2016, Uslu ve Kuğuoğlu 2021).

2.2.2.4. Kanada Triyaj Skalası (CTAS) (*Canadian Triage and Acuity Scale-CTAS)*

CTAS, Kanada' da bulunan Victoria General Hospital' da 1980' li yılların ortalarında uygulanmaya başlanan paramedik merkezli triyaj modeli olup, 1990' lı yılların sonlarında geliştirilmiştir. Daha sonraları ATS örnek alınarak 2006 yılına gelindiğinde güncellenmiş hasta şikâyeti tabanlı bir triyaj sistemidir. Acil servise başvuran hastaları yaralanma ve fizyolojik bulgular ile ciddiyetine göre 1-5 arasında (1 en ciddi olanların seviyesi) seviyelendirir. Hastaların seviyelerinin belirlenmesinde başvuru şikayetleri ve eşlik eden ayırt edici özellikler destek sağlar. Diğer acil servis triyaj sistemlerinden farklı olarak hastanın değerlendirmesinin ilk 10 dakika içinde yapılması gerektiğini belirtir. Bu sistem paramedik ve hemşireler tarafından uygulanabilir ve başvuru öncesi değerlendirmede yarar sağlar. Çocuklar için kullanılabilir ve kırsal alanda medikal tedavinin belirlenmesinde kullanımı uygundur. Kullanılan bu triyaj sisteminin performans değerlendirmesi için eşik değerler mevcuttur. Bu değerler hastanın seviyesine göre belirlenen en geç değerlendirme zamanı içinde bakılması gereken hasta yüzdesi olarak tarif edilir. Bu triyaj sisteminde ilgili olma ve geçerlilik ana kriterdir (Ülker 2020). CTAS' ın geçerliliği ve güvenilirliği (κ = 0,3-0,6) olağanüstüdür (Christ et. al. 2010).

CTAS klinik durumun betimlendiği beş seviyeden oluşur. Her seviyede hastanın doktor muayenesine gidinceye kadar bekleyebileceği süre belirtilir. Bu süreler sırasıyla; seviye 1 için hemen, seviye 2 için <15 dakika, seviye 3 için <30 dakika, seviye 4 için <60 dakika ve seviye 5 için <120 dakika olarak belirlenir. CTAS' ın ATS' den farklı triyaj kategorisine göre önerilen

hasta değerlendirme zamanları değiştirilmiş olup çocuk yaş grubuna özel triyaj kriterleri tanımlanmıştır (Ülker 2020).

2.2.2.5. Pediatrik Kanada Triyaj ve Duyarlılık Skalası (PKTDS) *(The Canadian Triage and Acuity Scale-PCTAS)*

Yetişkinler için kısmen yeterli triyaj sistemleri olmasına rağmen çok az sayıda kullanılan pediatrik triyaj sistemleri vardır. PKTDS çocuklar için özel geliştirilmiş tek triyaj skalasıdır. CTAS' na çocuklara özel triyaj rehberi 2001 yılında eklenerek PKTDS geliştirilmiş ve her düzey için doktorun hastayı görmesi gerektiği zaman aralığı belirlenmiştir. Buna göre tıbbi bakım; düzey 1 için hemen, düzey 2' de 15 dk, düzey 3' te 30 dk, düzey 4' te 60 dk, düzey 5' te 120 dk. içerisinde verilmelidir. PKTDS, görünüm, nörolojik durum, solunum hızı, nabız, periferik perfüzyon gibi fizyolojik ölçümlerin değerlendirmesine dayanmaktadır. Bu skalada sistemlere (solunum, kardiyovasküler, kas-iskelet, cilt, gastrointestinal, jinekolojik, genitoüriner, kulak-burun-boğaz, göz, hematolojik, immünolojik, endokrin) ve durumlara (psikiyatri, davranış değişikliği, enfeksiyon, çocuk istismarı, ağrı) yönelik değerlendirme yapılmaktadır (Bergeron et. al. 2004, Van-veen ve Moll 2009, Moll 2010, Yates et. al. 2016, Bayat ve Şener 2016, Uslu ve Kuğuoğlu 2021). Ölçeğin çocuklarda kullanımına ilişkin yapılan analizlerde geçerliliği yüksek bulunmuştur (Van-veen ve Moll 2009, Moll 2010, Yates et. al. 2016).

2.2.2.6. Sağlık Bakanlığı Renk Kodlaması ve Triyaj Uygulaması

Türkiye' de 2009 yılından bu yana 3 aşamalı triyaj sistemi kullanılmaktadır. Sağlık Bakanlığı' nın Resmi Gazete' de yayımladığı tebliğde kırmızı (çok acil), sarı (acil) ve yeşil (acil olmayan) olarak tanımlanan renk kodları kullanılır. Kırmızı renk kodu, acilen değerlendirilmesi ve tedavi gereksinimi karşılanması gereken kritik hastaları, sarı renk kodu; belirli bir süre bekleyebilen daha az aciliyeti olan hastaları, yeşil renk kodu ise genel durumu stabil olan, ayaktan tetkik ve tedavileri yapılabilen, basit sağlık sorunları bulunan acil olmayan hastaları tanımlar (Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ 2009, Uslu ve Kuğuoğlu 2021). Türkiye' de 2012' de çıkarılan tebliğe göre yeşil renk kodunda yer alan hastaların muayenelerinin ücretli olarak yapılmasına karar verilmiştir (Sağlık Uygulama Tebliğ' inde SUT Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, 2015). Yine 20 Şubat 2018 tarih ve 30338 sayılı Tebliğ usulünce; "Sarı alan muayenesi gerekmeyen

hastalardan öncelikle acil serviste poliklinik muayenesi olması gerekenlere "Yeşil Alan 1" kodu verilir, acil serviste genel tabip muayene polikliniklerinde bakılır. Sarı ve kırmızı alan hastası olarak nitelenmeyen ve poliklinik muayenesi gerektiren hastalar için acil servis alanı dışında ve yakın yerleşiminde olmak koşuluyla, "Yeşil Alan 2" kodu ile mesai kaydırma veya vardiya branş poliklinikleri oluşturulur. Yapılan triyaj ile branş muayenesi olması gereken hastalar bu polikliniklere yönlendirilir." şeklinde yeşil alan triyajı yeniden belirtilmiştir (Ülker 2020). Mevcut kullanılan triyaj sisteminde çocuklara özel bölüm bulunmamakla birlikte, çocuklar uygulama alanlarında bu triyaj sistemine göre değerlendirilmektedir (Bayat ve Şener, 2016). Ambulans ile sağlık tesisine getirilen hastalara triyaj uygulaması yapılmamakta olup, doğrudan kırmızı alana yönlendirilmektedir. Triyaj uygulaması hastaların kabulünden transportuna kadar her aşamada kullanılabilir (Erdem 2021).

2.2.2.7. Pediatrik Erken Uyarı Skorlarının Triyajda Kullanımı

Son 15 yıldan bu yana Dünya' da pediatrik hastaların durumunun değerlendirilmesinde pediatrik erken uyarı skorlarının (Pediatrik Early Warning Score-PEWS) kullanıldığı görülmektedir. Pediatrik Erken Uyarı Skoru ilk kez Brighton hastanesinde sağlığı kötüleşme riski altında olan çocukları fizyolojik parametrelere dayalı bir değer atayarak tanımlamak amacıyla çocuğun klinik durumunun hastaneye yatırılırken tekrarlanabilir değerlendirmesini sağlamak için geliştirilmiştir (Gold et. al. 2014, Seflon et. al. 2015, Chaiyakulsil ve Pandee 2015, Xun et. al. 2016, Brown, Martinez ve Agulnik 2019). Literatürde erken uyarı skorunun pediatrik acil servislerde triyaj değerlendirme aracı olarak kullanımı da önerilmektedir (Bradman ve Maconochie 2008, Vredebregt et. al. 2018).

Brighton PEWS' in 2005 yılında onaylanmasından bu yana çeşitli pediatrik erken uyarı skorları geliştirilerek kullanılmıştır (Haines, Perrott ve Weir 2006, Edwards et. al. 2009, Akre et. al. 2010, Parshuram et. al. 2011, Skaletzky, Raszynski ve Totapally 2012, Sieger et. al. 2013).

2.3. Pediatrik Acil Triyaj Hemşiresinin Görev ve Sorumlulukları

Triyaj sistemleri kadar triyajı yapacak personelde önemlidir. Günümüzde birçok ülkede acil servislerde triyaj, genellikle profesyonel hemşireler tarafından yapılır. Hemşirelerin uygun triyaj kararlarını almada gerekli becerilere sahip oldukları, hastalarına etkili bir hizmet sundukları bildirilmekte ve triyajda sorumluluk almaları önerilmektedir (Balcı ve Ar 2016,

Bayat ve Şener 2016). Hemşirelerin triyajda sorumluluk alabilmeleri için bazı şartları yerine getirmesinin gerekli olduğu vurgulanmaktadır. Bu şartlar; acil serviste en az altı ay ya da 1 yıllık deneyim, triyaj konusunda özel ve sürekli eğitim, ileri kardiyak yaşam destek sertifikası, çocuk acil ya da yoğun bakım hemşireliği sertifikası, acil serviste birim tabanlı uyum ve yeterlilik değerlendirme programlarına katılmaktır (Chan ve Chau 2005, Valdez 2008, Qureshi 2010, Van-veen 2010, Bayat ve Şener 2016). Triyaj, pediatrik hastanın bakımında yüksek riskli bir andır. Birçok eğitim programı kullanılan triyaj aracına yönelik eğitimi yürütmesine rağmen etkili ve tutarlı bir eğitim yöntemi belirlenememiştir (Recznik ve Simko 2018). Pediatrik triyaj eğitimi triyajda kullanılan araçlar güncellendikçe daha özel bir şekil almıştır. Yapılan çalışmalar genel/erişkin acil servis hemşirelerinin çocuk hastaların triyajlarını pediatri hemşireleri kadar doğru şekilde yapmadığını vurgulamaktadır (Travers et. al. 2009, Allen et. al. 2015). Literatür, acil hemşireleri için mevcut pediatrik triyaj eğitim kaynaklarının yetersiz olduğunu göstermektedir (Hohenhaus, Travers ve Mecham 2008, Travers et. al. 2009, Gilboy et. al. 2012, Allen et. al. 2015). Bununla birlikte mevcut kullanılan pediatrik triyaj eğitim yöntemleri konusunda bir standart olmayıp çok çeşitli olduğu ve farklı eğitim yöntemleri kullanılarak/farklı saatlerde yapıldığı görülmektedir. Bunlar; CTAS için çevrimiçi kurs, disiplinler arası acil servis işbirliği kursu, çoklu simülasyon müfredatı, canlı yetişkin aktörlere karşı bilgisayarlı senaryolar, canlı uygulama ile didaktik eğitim, etkileşimli vaka senaryoları ile kısa anlatım, yenilikçi triyaj eğitim programları olarak sıralanabilir (Recznik ve Simko 2018). Türkiye' de ise çocuk hastaların tedavi gördüğü acil servislerde görev yapan hemşirelere görevlerini etkin, verimli bir şekilde yürütecek bilgi, beceri ve tutumları kazandırmak amacıyla Çocuk Acil Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı 04 Şubat 2014 tarihli Resmi Gazete' de yayımlanarak yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği kapsamında sertifikalı eğitim alanı olarak belirlenmiş ve Bakanlık Makamının 04/07/2017 tarihli ve 603 sayılı onayı ile yürürlüğe girmiştir. Sertifika programı bünyesinde pediatrik triyaja yer verilmiştir (https://shgm.saglik.gov.tr/TR,25231/cocuk-acil-hemsireligi-sertifikali-egitim-programi-standartlari-hakkinda-duyuru.html#, 06.12.2021).

Acil bakım ekibi içinde yer alan triyaj hemşiresi, çocuğun durumunu değerlendirecek ve tedavi sırasındaki önceliği belirleyecek ilk kişidir. Hemşirenin en önemli sorumluluğu; hasta potansiyelini tanımak ve ertelenmeyecek öncelikleri alması gereken bakım durumuna göre sınıflandırmaktır. Genel olarak çocuk acil triyaj hemşiresinin görev yetki ve sorumlulukları şöyle sıralanabilir:

- Acil servise başvuran hastanın kabulünü sağlar.
- Çocuğun kabul değerlendirmesinde gelişimsel özelliklerini dikkate alarak kısa anemnezini, ölçümlenen fizyolojik ve sosyal verilerini alır, kurum içinde kullanılan forma kaydeder.
- Çocukların triyaj değerlendirmesini olabildiği kadar en erken sürede yapar.
- Hasta çocuğun klinik durumuna göre çocuk ve ailesinin gereksinimlerini saptar ve öncelik sırasına koyarak acil tanılama yapar.
- Triyaj değerlendirmesi sonucu çocuğu muayene için güvenli bir alana alır.
- Bekleme sürecinde çocuğun şikâyetlerinin artması, klinik durumunun kötüleşmesi gibi durumlarda yaşam bulgularıyla birlikte tekrar değerlendirmesini yapar.
- Korku ve endişeli olan ailenin baş etme mekanizmasını geliştirmeye yardımcı olur.
- Çocuk ve ailesini psikososyal yönden destekler, kriz tepkilerini anlar ve müdahale eder.
- Hastayı değerlendirme sonunda en uygun bakımı alacağı bölüme yönlendirir (Qureshi 2010, Van-veen 2010, Bayat ve Şener 2016, https://shgm.saglik.gov.tr/TR,25231/cocuk-acil-hemsireligi-sertifikali-egitim programi-standartlari-hakkinda-duyuru.html#, 06.12.2021).

Çocuk acil triyaj hemşiresinin bu görevleri yerine getirebilmesi için; deneyimli, eleştirel ve kritik düşünebilen, hızlı müdahale edebilen, karmaşık ortamları yönetebilen, sakin yapılı, iletişim becerilerini iyi kullanabilen, öğrenmeye istekli, pediatrik triyaj konusunda eğitimli, standart triyaj sistemi doğrultusunda uygulamalarını gerçekleştiren özellikte olması gerekir.

Amerika ve Avustralya' da yapılan çalışmalarda triyaj hemşirelerinin farklı deneyim, hazırlık ve uyum derecelerine, yetersiz eğitim ve öğretime sahip oldukları bildirilmektedir (Kelly ve Richardson 2001, Bayat ve Şener 2016). Türkiye' de acil hemşireleri ile yapılan bir çalışmada da hemşirelerin acil serviste ortalama 2,3 yıl çalıştığı, %70,6' sının triyaj eğitimi almadığı, %64,7' sinin triyaj nedir sorusuna yanlış cevap verdiği, %11,8' inin triyajın amacını açıklayabildiği, mesleki kurslara katılım oranlarının düşük olduğu, kurslara katılanların en çok Neonatal Resüsitasyon Programı (NRP) kursu aldıkları saptanmıştır (Sungur ve ark. 2009). Türkiye' de hemşirelik yönetmeliğinde acil servis hemşiresinin görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmıştır. Bu kapsamda "Acil servis hemşiresi, hastanın acil servise kabulünü sağlar, aynı anda acil birimde bulunan olgular arasında öncelikleri belirler." şeklinde triyaja da yer verildiği görülmektedir (Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2015). Türkiye' de pediatrik triyaja yönelik rehberler ve standart bir eğitim müfredatı oluşturularak bu konudaki karışıklıklar ve sorunlar giderilebilir (Bayat ve Şener 2016).

2.4. Acil Servise Kabulün Çocuk ve Ebeveyn Üzerine Etkisi

Çocuk acil servisleri, çocukların acil hastalık ve yaralanma durumlarında, konusunda iyi eğitilmiş, deneyimli ekipler tarafından, tıbbi araç ve gereç desteği ile sunulan sağlık hizmetlerinin yapıldığı alanlardır. Her yaştan çocuk, çeşitli nedenlerle hayatlarının herhangi bir döneminde acil servise başvurur. Acil servislere getirilen çocukların ihtiyaçları yetişkinlerden farklı olup özel dikkat gerektirir (Yıldız 2021).

Yetişkinlerin aksine çocuklar acil servislere genellikle ebeveynlerinin ya da diğer yetişkinlerin kucaklarında gelirler. Ebeveynler çocuğun ciddi ve çoğu zaman yaşamı tehdit eden sağlık sorunları nedeniyle tedavi sürecinde yüksek kaygı, korku ve belirsizlik yaşar. Dolayısıyla bu süreçte iletişim zor olabilir. Dil ve kültür farklılıklarının olduğu durumlarda ise tercüman desteği önemlidir. Çocukların hastaneye kabülü planlı hastaneye yatış sürecinden farklıdır. Tedavinin aciliyeti, hazırlığı, yapılması planlanan işlem ve uygulamalara yönelik bilgilendirme için zaman sınırlıdır. Çocuk ve ebeveynlerini sürece hazırlamak, katılımlarını sağlamak önemlidir. Ebeveynler mümkün olduğunca çocuklarını desteklemek için yanlarında olmak, alınacak kararlara katılmak isterler (Sheridan 2007). Bununla birlikte yaralanmalar nedeniyle hastaneye getirilen çocukların bazıları da yalnızdır. Tüm bu nedenlerle hastaneye acil kabul çocuk ve ailesi için travmatize edici bir olaydır (Yıldız 2006, Canbulat Şahiner 2021).

Acil servislerin fiziki çevresi çocuk ve ailesi için ürkütücüdür. Çocuklar bilinmeyen bir ortamda, yabancılarla çevrili, tanıdık olmayan ekipmanlara maruz kaldıkları, korkutucu görüntü ve seslere tanık oldukları için çeşitli duygular yaşarlar. Tıbbi durumları gereği invaziv, ağrılı, ameliyat gerektirebilecek alışılmadık işlemlere maruz kalabilirler. Bu durumda çocuk ve ailesinin günlük rutinleri bozulur ve başa çıkma stratejileri olumsuz yönde etkilenir (Ball ve Bindler 2008).

Hemşireler, karmaşık tıbbi durumları, akut hastalığı ya da yaralanması olan çocuğa bireyselleştirilmiş bakım sağlamakla yükümlüdür. Çocuğun ve ailesinin psikososyal kaygılarını ele alma, yatış öncesi, sırası ve sonrasında destek ve eğitim sağlama hemşirelerin temel görevleridir (Ball ve Bindler 2008). Yönetimi karmaşık ve güç olan çocuk acil servislerinde bakımın etkinliğini arttırmak için çocuğun ve ailenin gereksinimlerine yönelik kanıta dayalı yaklaşımlar ve kalite politikaları geliştirilmelidir (İlknur Yıldız 2021).

2.5. Acil Serviste Çocuk-Ebeveyn Anksiyetesi ve Etkileyen Faktörler

Anksiyete kavramı Türk dilinde "kaygı", "endişe", "bunaltı", "iç sıkıntısı", "can sıkıntısı", "hoş olmayan heyecansal bir endişe hali" olarak tariflenmiştir (TDK, 2021). Pediatrik acil servislere başvuran çocuklar yüksek derecede anksiyete yaşarlar, ancak çoğu zaman çocuğun daha önemli sorunları nedeniyle bu durum gözden kaçabilir (Nager, Mahrer ve Gold, 2010). Acil serviste çocuk-ebeveyn anksiyetesini arttıran/azaltan faktörler Tablo 2' de verilmiştir.

Tablo 2-2. Acil Serviste Çocuk-Ebeveyn Anksiyetesini Etkileyen Faktörler

Arttıran Faktörler	Azaltan Faktörler
• Çocuğun hastalık durumu • Ebeveynlerden ayrılma • Çevresel uyaranlar • Fiziksel rahatsızlık • Alışık olunmayan ortam • Girişimsel uygulamalar • Klinik uygulamalardan kaynaklanacak olası ağrı/ağrı • Hastaneye yatma • Belirsizliğin fazla olması • İlk tedaviye beklenilen hızda yeterli cevap alınmaması • Kontrol ve özerklik kaybı • Kötü haber (tanı, hastalığın şiddeti, vb.)	• Farmakolojik tedavi • Çocuk yaşamı hizmetleri • Müzik • Video oyunları • Oyuncaklar • Ebeveyn koçluğu • Hastane palyaço hizmetleri

(O'Donnell, Maurice ve Beattie 2002, Holm ve Fitzmaurice, 2004, Holm ve Fitzmaurice 2008, Nager, Mahrer ve Gold 2010, Fein, Zempsky ve Cravero 2012, Embonget.al. 2020).

Anksiyeteyi arttıran faktörlerin acil servisteki çocuk hastaların tedavisi ve yönetimi üzerinde olumsuz sonuçları olabilir (Schreiber et. al. 2006). Ayrıca çocuğun acil bir ortamda yaşadığı sıkıntının duygusal ve davranışsal gelişimi üzerinde potansiyel psikolojik sonuçları olduğu bilinmektedir (Horowitz, Kassam-Adams ve Bergstein 2001). Bununla birlikte çocuğun sağlık bakımı ile gelecekteki etkileşimlerini de olumlu/olumsuz etkiler (Heilbrunn et. al. 2014).

Bireylerin kişisel özelliklerine ve yaşantılarına göre farklı derecelerde kaygıları olabilir. Bu tür kaygı sürekli kaygı olarak isimlendirilir. Bireyin durum ya da olaylar karşısında yaşadığı kaygı ise durumluk kaygı olarak adlandırılır (Öner ve Le Compte 1985). Pediatrik acil servis ortamında yaşanan kaygı durumluk kaygıdır. Durumluk kaygı hastaların sağlık sistemini kullanma veya tedavi önerilerine uyum düzeyini etkiler. Ancak çocuklarda durumluk kaygıyı

belirlemek ve tedavi etmek zor olabilir (Maclaren et. al. 2009, Heilbrunn et. al. 2014). Pediatrik acil servislerde durumluk kaygısı olan çocukların psikososyal ihtiyaçları yeterince karşılanmamaktadır. Bu nedenle American Pediatri Akademisi, sağlık bakım profesyonellerinin acil servis ortamındaki çocukların kaygılarını fark etme ve uygun çevresel koşullar oluşturma sorumluluğu olduğunu bildirmektedir (Fein, Zempsky ve Cravero 2012).

Acil servis başvurusu ve hastaneye yatış gibi stresli hastane deneyimleri çocuğun uyum sorunlarıyla bağlantılı olarak; öfke, saldırganlık, panik, kaygı, sağlık personelinden korkma, aileden ayrılma kaygısı gibi olumsuz duygusal tepkilere yol açabilir. Ebeveynler çocukların kaygısından etkilenerek çocukların sağlık sorunu nedeniyle psikolojik sıkıntı yaşayabilirler (Rochat, Gaucher ve Bailey 2018). Bu durum, çocuk ve tüm aile üzerinde öngörülemeyen büyük bir etki yaratabilir. Ebeveynler sıklıkla birden fazla olumsuz duyguya maruz kaldıklarından, potansiyel olarak aile yaşamının normal akışı bozulur (Small 2002). Olumsuz duygu ve davranışlara sahip ebeveynler genellikle belirsizlik, düzensizlik, kırılganlık, kaygı, depresyon, öfke, çaresizlik, yetersizlik ve suçluluk duyguları yaşarlar. Bunun dışında ebeveynler kendilerini yabancı bir ortamda bulur ve rolleri değişebilir (Embong et. al. 2020). Uzun bekleme süreleri ve yetersiz bekleme odası koşullarının; huzursuzluk, hayal kırıklığı ve can sıkıntısına yol açtığı ancak her zaman anksiyeteye yol açmadığı gösterilmiştir (Bishop 2010).

Bazı çocuk hastanelerinde, hastane palyaço hizmetleri iyi yapılandırılmış olup pediatrik hastalarda durumluk kaygıyı azalttığı belirlenmiştir (Kingsnorth, Blain ve Mckeever 2011, Heilbrunn et. al. 2014). Ancak pediatrik acil servislerde hastane palyaçosunun rolüyle ilgili literatürdeki kanıtlar sınırlıdır (Koller ve Gryski 2008, Linge 2012). Hastane palyaçosu araştırmalarının çoğu cerrahiye giren veya bir işlem uygulanan pediatrik hastalardaki olumlu etkilerine odaklanmıştır (Vagnoli et. al. 2005, Golan et. al. 2009). Ebeveynlerin çocuklarına yönelik stres azaltıcı müdahalelerden sonra, acil servis bakımından daha yüksek derecede memnuniyet duydukları bildirmektedir (Rochat, Gaucher ve Bailey 2018). Çocuk ve ebeveyn kaygısının azaltılmasına odaklanan yapılandırılmış girişimler, acil servis deneyimlerinin olumlu sonuçlanmasına yol açabilir (Embong et. al. 2020).

2.5. Acil Serviste Çocuk-Ebeveyn Memnuniyeti ve Etkileyen Faktörler

Memnuniyet, subjektif bir hasta ve hasta yakını algısı olmakla birlikte, sağlık hizmeti kalitesinin en önemli göstergelerinden biri olarak kabul edilir (Boudreaux, Mandry ve Wood 2003, Ergezen ve Efe 2019). Hasta memnuniyeti genel olarak hastaya sunulan hizmetin hastanın beklentilerini karşılaması veya hastanın sunulan hizmeti algılaması olarak ifade edilir

(Boudreaux, Mandry ve Wood 2003, Yılmaz 2001). Memnuniyet kavramı, hasta sirkülasyonunun hızlı olduğu ve acil müdahalelerin gerçekleştirildiği alanlarda kaliteli bakımın hedefleri arasında yer alır (Heidegger, Saal ve Nuebling 2006).

Çocuk hastaların memnuniyet yönüyle değerlendirmelerini tam olarak yapamayacağı durumlarda, ebeveyn memnuniyeti görüşü ön plana çıkar. Çocuğun gelişimsel düzeyine, bakım veren birine gereksinim duymasına bağlı olarak sunulan sağlık hizmetlerinde kaliteyi değerlendirme konusunda ebeveynlerin memnuniyeti ölçüt olarak alınır. Ebeveyn memnuniyeti sağlık hizmetlerinde kalitenin başarısını ve çocuğa etki eden sonuçları değerlendirmede kullanılır (Beal et. al. 2004). Acil serviste çocuk-ebeveyn memnuniyetini arttıran/azaltan faktörler Tablo 3' de verilmiştir.

Ebeveynlerin memnuniyet düzeyleri; yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi demografik özellikler ile sağlık hizmetlerinden beklentileri, ebeveynin anne veya baba olmasına bağlı olarak değişkenlik gösterir (Ulus ve Kubilay 2012, Uysal ve Cırlak 2014, Arıkan, Saban ve Gürarslan 2014, Tosun ve Tüfekçi 2015). Yapılan çalışmalarda ebeveynlerin sağlık hizmetlerinden beklentileri ise sırasıyla; sağlık personellerinin hoşgörülü ve saygılı olması, tıbbi işlem sürecinde çocuğunun yanında olma isteği, deneyimli kişiler tarafından girişimlerin yapılması, sunulan hizmetin dikkatle verilmesi, dinlenme ve ibadet odalarının fiziki olarak düzenlenmesi, hastane ve çevresinin daha temiz olması şeklinde bildirilmiştir (Arıkan, Tüfekçi ve Taştekin 2007, Pagnamenta ve Benger 2008, Tosun ve Tüfekçi 2015).

Ebeveynlerin sağlık hizmetinden memnuniyet ile ayrılması, gelecekte aynı sağlık kurumunun tekrar tercih edilmesinde ya da diğer kişilere tavsiye edilmesinde etkili olacaktır. Ebeveynlerin, duygusal ve iletişime yönelik gereksinimlerini çocuğun tedavisi, test sonuçları ve hemşirelik bakımına yönelik bilgilerin verilmesi karşılayacaktır. Bu doğrultuda ebeveynler çocuğunun bakımına ve çocuğu ile ilgili alınan kararlara katılım sağlayarak, aldığı sağlık hizmetinden daha memnun olacak, dolayısıyla bu durum bakım kalitesini yükseltecektir (Ergezen ve Efe 2019).

Ebeveynlerin sağlık kurumlarından memnuniyetleri üzerinde çocukların durumlarıyla ilgili tüm unsurlar (çocuğun hastalığının akut veya kronik olması, tedavisinin prognozu, uygulanan tedavi yöntemi) etkilidir (Pagnamenta ve Benger 2008, Abuqamar, Ulus ve Kubilay 2012, Ebrahim, Singh ve Parshuram, 2013, Arıkan, Saban ve Gürarslan 2014, Uysal ve Cırlak 2014, Fernandez-Castillo ve Vilchez-Lara, 2015, Arabiat ve Holmes, 2016). Ebeveynlerin demografik özellikleri, sağlık hizmetlerinden beklentileri, ihtiyaçlarının karşılanabilmesi gibi durumlara bağlı olarak memnuniyet düzeyleri değişkenlik gösterir (Arıkan, Tüfekçi ve Taştekin

2007, Aşılıoğlu, Akkuş ve Baysal 2009, Jee et. al. 2012, Uysal ve Cirlak 2014, Tosun ve Tüfekçi 2015). Yapılan çalışmalarda ebeveynlerin yaşı arttıkça memnuniyetlerinin de arttığı, genç ebeveynlerin memnuniyet düzeylerinin oldukça düşük olduğu bildirilmektedir (Ulus ve Kubilay 2012, Arıkan, Saban ve Gürarslan 2014). Bununla birlikte ebeveynlerin eğitim düzeyleri arttıkça memnuniyetlerinin azaldığı vurgulanmaktadır (Aşılıoğlu, Akkuş ve Baysal 2009). Ebeveynin anne ya da baba olma durumu memnuniyet üzerinde etkili olup annelerin memnuniyet düzeylerinin babaların memnuniyet düzeylerine göre daha düşük olduğu bildirilmiştir (Arıkan, Saban ve Gürarslan 2014, Uysal ve Cirlak, 2014).

Tablo 2-3. Acil Serviste Çocuk-Ebeveyn Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Arttıran Faktörler	**Azaltan Faktörler**
• Çocuğun sağlık durumu hakkında bilgilendirilmesi • Çocuğun ayaktan tedavi edilmesi • Tetkiklerin uygun teknikle alınması, transfer edilmesi, analizlerinin yapılması ve sonuçlandırılması • Kaliteli bakım verilmesi • Bakım süreçlerine dahil edilmesi • Hizmet hızının beklentilere cevap vermesi • Psikososyal desteğin sağlanması • Tedavi, bakım ve tıbbi işlemler için zamanlamanın uygun olması • Mahremiyetin sürdürülmesi • İhtiyaçların karşılanması (yemek yeme, dinlenme, uyku, banyo yapma gibi temel ihtiyaçlar) • Çocuğun ve ebeveynin beklentilerinin karşılanması • Hasta-sağlık personelinin güvene dayalı, sağlıklı ilişki kurması - İletişim kurma (ebeveynin sorularına anlaşılır, doğru cevaplar alması) - Sergilenen tutum ve davranışlar (ebeveynleri yönlendirme, ilgi, nezaket, empati) - Ekip içi iletişim-iş birliğinin olması	• Çocuğun sağlık durumunun ciddi olması • Muayene için bekleme süresinin uzun olması • Çocuğa uygulanan ilaç tedavisinin sayısının artması • Hastanede kalış süresinin uzaması • Günlük yaşam ve rollerde meydana gelen değişimin olması • Gürültünün olması • Hastane ortamında kendini evinde gibi hissetmemesi (yabancı ortam) • Bir odanın birden fazla hasta tarafından kullanılması • Oda temizliği, konforu, düzeni, havalandırılması • Hastanenin ve sağlık hizmeti sunulan alanın iç donanımı ve fiziksel yapısının (mimarisinin uygunluğu, aydınlatma, konumu, bekleme alanı, vb.) yetersiz olması • Hastane yemekleri kaliteli olmaması • Sekreterlik ve hasta kabul işlemleri süreçlerinde olumsuzlukların yaşanması

• Hizmet sunanların yetkin olması • Hemşirelik hizmetleri • Genel kalitenin iyi olması • Otelcilik hizmetlerinin iyi olması • Sağlık hizmeti sunulan ortamın özelliklerinin uygun olması • Kullanılan malzemenin kaliteli olması	

(Arslan 2014, Törüner ve Büyükgönenç 2012, Tosun ve Tüfekçi 2015, Ulus ve Kubilay 2012, Ebrahim, Singh ve Parshuram 2013, Ergezen ve Efe 2019, Byczkowski et.al. 2013, Abuqamar, Arabiat ve Holmes 2016, Kabaroğlu ve ark. 2013, Kuzu ve Ulus 2014, Mosleh, Alia'afreh ve Lee 2015, Mersinlioğlu ve Öztürk 2015, Wentlandt et.al. 2016, Ordelt 2013, Soremekun, Takayesu ve Bohan 2011, Uysal ve Cirlak 2014).

2.7. Çocuk Acil Servis Triyajında Çocuk-Ebeveynin Anksiyete ve Memnuniyetine Yönelik Hemşirelik Girişimleri

Çocuğun hastalanması ve hastaneye yatırılması tüm aile üyelerini fiziksel, duygusal, sosyal, zihinsel ve spritüel yönlerden etkilediği bilinmektedir. Hemşirelik yönetiminin amacı, çocuk ve ailenin; hastalık ve hastanede yatışın olumsuz etkilerinden en az düzeyde etkilenmelerini, dahası bu deneyimden kazançlı çıkmalarını sağlamaktır. Bu amaca ulaşmada hedefler arasında; ebeveynlerin bakıma katılması, çocuğun ayrılık anksiyetesi ve kontrol kaybı yaşamasının engellenmesi, ağrı ve acının azaltılması ve gelişimine uygun aktivitelerin sağlanması yer alır (Conk, Başbakkal ve Yardımcı 2013, Arslan 2014).

Aileleri ve özellikle anneleri etkileyen olası kaygı yaratan faktörler göz önüne alındığında, bunların çok zaman ve enerji gerektirmeyen ancak etkili hemşirelik girişimleri ile çözümlenebilir türden oldukları görülmektedir (Mutlu 2009, Arslan 2014). Bu doğrultuda çocuk ve ebeveynin anksiyete ve memnuniyetine yönelik hemşirelik girişimlerinde hemşire:

- Çocuğa uygulanacak işlemleri ve mevcut durumu ile ilgili bilgilendirmeyi basit, kısa cümlelerle yavaş bir şekilde, gerektiğinde birçok kez tekrarlayarak yapar (Çavuşoğlu 2008, Arslan 2014).
- Çocuğun hastalığının yönetiminden doğacak ilgi ve kaygılarını dinleyerek sıkıntısını azaltmaya çalışır (Ağdaş 2008, Arslan 2014).
- Çocuğun hastane ortamındaki gayreti ve başarısını över, yapıcı eleştiriler kullanır ve herşeyin yolunda gittiği izlemini verir (Canbulat Şahiner 2021).
- Her yaş grubundaki çocuğun bilişsel gelişim özelliklerini, endişelerini ve beklentilerini bilir ve ona göre davranır (Yıldız 2006, Canbulat Şahiner 2021).

- Çocuğun yaşına uygun oyuncakları ve görsel araçları (drama/canlandırma, balon, duvardaki hayvan/çizgi film karakter resimleri) kullanarak hastane sürecinde anksiyete ve stresi en aza indirir (Öztürk ve Özkan 2017).
- Çocuğa en etkin bakımı sunmak, çocuğun ve ailenin kaygısını azaltmak için aile ile iş birliği içinde olur (Ocakçı 2006, Arslan 2014).
- Aile için stres yaratan durumları belirler, ailenin güçlü yönlerini ve baş etme kaynaklarını tanımlar, fark etmesini sağlar ve kullanımını teşvik eder (Barbaros 2012, Arslan 2014).
- Ebeveynlere aile bütünlüğünü devam ettirmeleri konusunda yardımcı olur (Barbaros 2012, Arslan 2014).

Hemşirenin sakin, sevecen tavırları, destekleyici yaklaşımı, çocuk ve aile ile kurulacak iletişim konularında bilgi ve beceri sahibi olması çocuk ve ailenin rahatlamasını sağlayarak acil servise başvuruların olumsuz etkilerini azaltabilir (Yıldız 2006, Canbulat Şahiner 2021).

2.8. Hastane Palyaçoları-Terapötik Palyaçolar

Pediatrik sağlık hizmetlerinde yaygın olarak kabul edilen hasta merkezli ve aile merkezli bakım anlayışına göre hasta, ailesi, kültürü, değerleri ve ihtiyaçları doğrultusunda ele alınmalı ve bakımın merkezinde olmalıdır (Davidson et. al. 2007). Hastaneye kabul, çocuklar ve ebeveynleri için stresli ve zor bir süreç olarak kabul edilmektedir. Çocukların duygusal, sosyal ve gelişimsel ihtiyaçlarını sanatsal bir boyutla ele almak, hasta bakımının ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir (Mortamet et. al. 2017). Hastane palyaçoluğu, hastalarda yararlı, terapötik bir etkinin kaydedildiği mizah, drama, müzik ve dans gibi çoklu becerilere sahip disiplinler arası bir sanattır (Raviv 2013). Pediatri servislerinde palyaçoluk, çocukları, ebeveynleri ve sağlık profesyonellerini desteklemek için giderek artan sayıda çocuk hastanesinde uygulanan programlarla artık tüm hasta bakımının bir parçası olarak kabul edilmektedir (Gulati et. al. 2013, Devictor 2015).

Hastane palyaçosu, yirminci yüzyılın sonundan beri birçok farklı kültürde var olmuştur. Günümüzde, dünya çapında pediatrik ortamlarda çalışan hastane palyaçolarının sayısı hızla artmaktadır (Koller ve Gryski 2008, Finlay, Baverstock, Lenton 2014, Venrooij ve Barnhoom 2017). İlk olarak 1986' da profesyonel palyaço Michael Christensen tarafından Amerika Birleşik Devletleri' nde (ABD) kurulan terapötik palyaçoluk, o zamandan beri dünya çapında hastanelerde, özellikle çocuklarla, popüler bir uygulama haline gelmiştir (Vagnoli et. al. 2005, Koller ve Gryski 2008).

Bilimsel araştırmalar mizahın ve gülmenin stresi azaltarak bağışıklığı güçlendirdiğini, bireylerin değişimle baş etmelerine yardım ettiğini göstermiştir. Amerika Birleşik Devletleri, Avrupa ülkeleri, Avustralya, Japonya ve Güney Amerika' da bulunan bazı hastaneler, hastalar, hasta yakınları ve personel için bu yönde programlar hazırlamaya başlamışlardır (Mooney 2000, Kurudirek 2016). Bu programlardan bazıları palyaço ziyaretleri, bazıları komedi video ve TV gösterileri, diğerleri de "mizah terapistlerinin" hastaları ziyaret etmesi üzerine odaklanır. Sağlık ve sağlığın sürdürülmesinin önemi inkâr edilemeyeceği için gülmenin sağlayacağı duygusal rahatlığa her zaman ihtiyaç olacaktır. Mizahın ve gülmenin sağladığı yararlar fizyolojik, sosyal, psikolojik ve bilişsel gibi pek çok boyutta ele alınmaktadır (Kurudirek 2016). Modern hastane palyaçoları, hastane çalışanları ve klinikteki hastalar arasında kişisel ve güvene dayalı bir atmosfer yaratmak, hasta çocuklara duygusal ifade için farklı bir yol sağlamak amacıyla oyun ve mizahı kullanır (Koller ve Gryski 2008, Finlay Baverstock, Lenton 2014). Hastane palyaçoları, hastanede yatan çocuk hastada stres, korku, çaresizlik ve üzüntüyü azaltmayı amaçlar. Hastane palyaçoluğunun etkisi dört seviyeye ayrılır; fizyolojik düzey (bağışıklık sistemini uyaran endorfin salınımı), duygusal düzey (olumlu duygular başlatma), bilişsel düzey (dikkati dağıtma) ve sosyal düzey (sosyal uyaran hastane palyaçosu ve çocuk arasındaki etkileşim) (Barkmann et. al. 2013).

Tıbbi palyaçolar, gerginliği, kaygıyı ve ağrıyı azaltmak için sanatsal araçlar kullanarak hastaların refahını iyileştirmeyi amaçlayan eğitimli profesyonellerdir (Bornstein 2008). Sağlık bakım ortamlarında çocuklar için destekleyici bir faktör olarak kabul edilirler (Koller ve Gryski, 2008, Scheyer, Nuttman-Shwartz ve Ziyoni 2008).

Gülme ve mizahın fizyolojik boyutta; solunum, kardiyovasküler, kas iskelet, sindirim, merkezi sinir, hormonal ve bağışıklık sistemi üzerinde olumlu etkisi vardır (Kingsnorth, Blain ve McKeever 2011, Koç, Wooten ve Yazgaç 2015, Wooten 2002, Çiftçi 2019). Gülme ve mizahın fizyolojik sistemler üzerine etkileri Tablo 4' de verilmiştir.

Tablo 2-4. Gülme ve Mizahın Fizyolojik Sistemler Üzerine Etkileri

Solunum Sistemi	Solunum hızı ve derinliği artar Sekresyon atılımı kolaylaşır
Kardiyovasküler Sistem	Dolaşım hızını artırır Ekstremitelere/uç organlara kan akımı artar
Kas ve İskelet Sistemi	Kas gerginliği azalır Kasılma ve gevşeme hareketleri ile dokuların ihtiyaç duyduğu kanlanmayı sağlar Ağrı ile başetmeyi kolaylaştırır
Sindirim Sistemi	Bağırsak faaliyetleri hızlanır, sindirim kolaylaşır
Merkezi Sinir Sistemi	Anksiyete, öfke, stres algısı azalır Ağrı toleransı artar Özbenlik saygısı artar Olumlu ruh hali ortaya çıkar
Hormonal Sistem	Steroid ve endorfin hormonlarının salınmasına yol açarak hücre düzeyinde direnci arttırır
Bağışıklık Sistemi	IgM, IgG ve IgA miktarı yükselir B-lenfosit sayısında artış gözlenir Enfeksiyon gelişimi ve kanserli hücrelerin oluşumuna direnç artar Bağışıklık sisteminin etkinliği artar

(Özünlü 2000, Berk 2000, Sultanoff 2001, Sullivan 2001, Astedt-Kurki ve Isola 2001, Olsson et. al. 2002, Wooten 2002, Kurudirek 2016, Çiftçi 2019)

Ayrıca, tıbbi palyaçolardan şakalar duymanın, olumlu ödül deneyimlemede rol oynayan amigdala, ventralstriatum ve orta beyin dahil olmak üzere subkortikal bölgeler ağındaki artan aktivite ile ilişkili olduğu bilimsel olarak kanıtlanmıştır (Bekinschtein et. al. 2011). Bazı palyaçolar sadece eğlendirirken diğerleri 'terapötik palyaçolardır' ve profesyonel ekiplere entegre edilmiştir. Palyaçolar farklı şekilde adlandırılır ve potansiyel olarak farklı palyaço müdahalelerini (palyaço doktoru, profesyonel palyaço, tıbbi palyaço, terapötik palyaçolar ve hastane palyaçoları) yansıtır. Örneğin palyaço doktorlar, çocuğu katılma/dahil etme baskısından kurtarmak için her zaman çiftler halinde çalışır. Terapötik palyaçolar ise çocuğun savunmasızlığını yansıtmak için tek başlarına çalışırlar (Koller ve Gryski 2008).

Terapötik palyaçolar, yalnızca palyaçoluk becerileri için değil, aynı zamanda kişisel nitelikleri ile seçilen profesyonel kişilerdir. İletişim becerileri, şefkat ve empati özellikleri klinisyenleri tamamlamak için kullanılır ve hastane personeli ile birlikte çalışarak pediatrik bakım ekibinde ayrılmaz bir rol oynamalarını sağlar (Finlay, Baverstock ve Lenton 2013).

Palyaçolar, çocuğun yaşına ve tıbbi durumuna göre çeşitli teknikler (örneğin sihir numaraları, şakalar, oyunlar, sabun köpüğü, dans, şarkılar, hikayeler ve hatta sözlü olmayan sahneler) kullanır. Oyun, çocukların hastanedeyken yaşayabilecekleri korku, endişe, yalnızlık ve can sıkıntısı gibi çeşitli duygularla başa çıkmalarına yardımcı olabilir (Koller ve Gryski 2008). Oyun terapisi gibi danışmanlık veya psikoterapinin aksine, hastane palyaçoluğu mutlaka çocuğun katılımını gerektirmez. İletişimde yaş ve hastalıkla ilgili zorluklar nedeniyle, çocuk bir oyuncudan daha çok bir izleyici konumunda olabilir (Mortamet et. al. 2017).

Literatür, palyaçoların çocukların hastane çevrelerine uyum sağlamasına yardımcı olduğunu ve geleneksel klinik müdahaleleri tamamlamak için "eğlenceli dozlar" yoluyla ağrılı veya korkutucu işlemler esnasında dikkatlerini dağıtabileceğini, stresli durumlarda anksiyeteyi azaltacağını, mizah yoluyla umut sağlayarak çocuklar üzerinde olumlu etkileri olabileceğini ileri sürmektedir. Mizah ayrıca sağlık profesyoneli-hasta ilişkisini geliştirmeye yardımcı olabilir ve belirli durumlarda bir "buz kırıcı (ice-breaker)" işlevi görebilir (Vagnoli, Caprilli ve Messeri 2010, Finlay, Baverstock ve Lenton 2013, Meiri et. al. 2016).

2.8.1. Hastane Palyaçolarının Çocuk-Ebeveynin Anksiyete ve Memnuniyeti Üzerine Etkisi

Acil servis deneyimi genellikle pediatrik hastalar için korku, anksiyete ve sıkıntı yaratır. Bu duygusal tepkiler, kısmen, tanıdık olmayan çevre, algılanan tehditler (fiziksel, duygusal), acı verici prosedürler olasılığı ve kontrol kaybı ile şiddetlenir. Bununla birlikte çocuğun yaşı, baş etme stratejileri, çevredeki destek ve çocukla veya çevresinde meydana gelen etkileşimler gibi faktörlere bağlı olarak sıkıntı her hasta tarafından farklı görünebilir veya algılanabilir. Hizmetler genellikle fiziksel ve zihinsel sağlık yönüyle potansiyel olarak ciddi sonuçları olan psikolojik sıkıntının yaşanmasına neden olur (Horowitz, Kassam-Adams ve Bergstein 2001).

Nager ve arkadaşlarına göre (2010); yeterli baş etme becerilerine sahip olmayan ve tıbbi durumlarda yüksek düzeyde sıkıntı yaşayan çocuklar kalıcı tıbbi sekel yaşayabilir. Benzer şekilde, tıbbi işlemlerden olumsuz olarak etkilenen çocuklar, sağlık bakımına yönelik kaçınma davranışları geliştirebilir ve bu da yaşamlarının ilerleyen dönemlerinde sağlık hizmeti kullanımını, sağlık bakım uygulamalarına uyumu etkileyebilir. Ancak yoğun bir acil serviste, psikolojik ya da davranışsal sıkıntı belirtileri ve semptomları genellikle tanınmaz. Acil bakıma başvuran pediatrik hastaların ruh sağlığı gereksinimlerine gereken özen gösterilmeden yapılan uygulamalar, maksimum sağlık bakımı sonuç beklentilerini tehlikeye sokabilir (Nager, Mahrer ve Gold 2010).

Acil servis ortamı ve tıbbi işlemler, rutin tıbbi veya uygulanan tedavilerde yetersiz iş birliğine ve zorluklara yol açabilir. Acil servis ortamındaki ebeveynler, bakıcılar ve gözlemciler; çok sayıda çocuğun acil tedavisinden sonra duygusal ve davranışsal sorunlar yaşadığını bildirmektedir. Çocuğun zihinsel sağlığının ve stres tepkisinin fiziksel iyileşmeyi de etkilediği vurgulanmıştır (Nager, Mahrer ve Gold 2010). Çocuklara ve ailelerine yönelik duygusal düzenlemeyi artırmada yardımcı olmak için bilişsel-davranışçı yaklaşımlar kullanılabilir. Yaklaşım genel olarak korkuyu azaltma, sıkıntı ve acıyı en aza indirme ve çocuğun, ebeveynin veya bakıcının kontrol duygusunu artırmayı amaçlar (Khan ve Weisman 2007).

Bununla birlikte memnuniyet fiziksel ve psikolojik iyilik halinde önemli rol oynar (Falconier et. al. 2015). Çocuk ve ebeveynlerin deneyimi, hizmetin memnuniyetini ve kullanımını etkileyerek sağlık kurumlarına başvuruyu yönlendirebilir ve palyaço bu deneyimi olumlu etkileyebilir (Verma et. al. 2012, Barkmann et. al. 2013, Karisalmi et. al. 2020). Hastane palyaçosu, ek bir hizmettir ve sağlık tüketicilerine göre tıbbi ekibin bir parçasıdır (Weintraub et. al. 2014, Kocherov et. al. 2016).

Sağlık tüketicilerinin, tıbbi palyaçodan memnuniyetleri de dahil olmak üzere, tıbbi ekibin her bir üyesinden memnuniyetleri, hastaneden genel memnuniyetlerini etkiler (Nuttman-Shwartz, Scheyer ve Tzioni 2010, Tener et. al. 2010). Hastane palyaçosu hizmetlerinin genel hastane memnuniyeti üzerinde etkisi olduğu bilinir (Gomberg et. al. 2020). Günümüzde tıbbi palyaçolar, hastanelerde geleneksel tıbbi uygulamalara ek olarak terapötik yöntemle olumsuz duygulanım durumunu önlemede kullanılan, büyüyen bir olgudur (Raviv 2014). Palyaço kullanışlılığı, fiziksel ve psikolojik iyilik hali, olumsuz duygulanım, olumlu duygu seviyeleri ve genel memnuniyet gibi çeşitli ölçütlerle ölçülebilir (Higginson et. al. 2003, Gomberg et. al. 2020).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Araştırma acil serviste çocuk hastanesi erken uyarı skoruyla triyaj değerlendirmesi sürecinde triyaj kategorisi yeşil olan çocuklara palyaço uygulamasının çocuk-ebeveynin anksiyete ve memnuniyet düzeyine etkisini belirlemek amacıyla tek kör randomize kontrollü deneysel bir tasarım olarak gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

Triyaj değerlendirme sürecinde palyaço uygulaması yapılan

Çocukların;

Hipotez 1 (H_1): Anksiyete puanı ortalaması, yapılmayan çocuklara göre daha düşüktür.

Hipotez 2 (H_2): Memnuniyet puanı ortalaması, yapılmayan çocuklara göre daha yüksektir.

Ebeveynlerin;

Hipotez 3 (H_3): Anksiyete puanı ortalaması, yapılmayan ebeveynlere göre daha düşüktür.

Hipotez 4 (H_4): Memnuniyet puanı ortalaması, yapılmayan ebeveynlere göre daha yüksektir.

3.3. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişken; palyaço uygulaması,

Bağımlı Değişkenler; çocuklar-ebeveynlerin durumluk anksiyete puan ortalamaları, çocuklar-ebeveynlerin triyaj memnuniyet puan ortalamalarıdır.

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Servisi Triyaj Odası' nda yapıldı. Araştırma verileri Mayıs-Haziran 2021 tarihleri arasında, araştırmacının çocuk acilde bulunduğu randomizasyonla belirlenen günlerde hafta içi 16:00-08:00 saatleri ve hafta sonu 08-16:00/16:00-08:00 saatleri arasında toplandı. Çocuk acil servisinde Sağlık Bakanlığı 3' lü triyaj protokolü kullanılmaktadır.

Araştırmanın yapıldığı hastanenin çocuk acil servisinde 3. basamak sağlık hizmetleri (dahili nedenler) sunulmakta olup, yılda ortalama 113.576 hasta başvurusu yapılmaktadır. Çocuk Acil Kliniği' nde gündüz çalışan 2 uzman, 6 asistan hekim, 1 sorumlu hemşire, 6 acil

hemşiresi, 2 güvenlik, 2 temizlik görevlisi ve 2 sekreter olmak üzere toplam 21 kişi görevlidir. Gece 1 uzman, 7 asistan hekim, 4 hemşire, 1 triyaj hemşiresi, 2 temizlik personeli, 2 sekreter, 2 güvenlik ile birlikte 19 kişi çalışmaktadır.

Ünitede 1 izolasyon odası, 1 arena tipi perdeler ile ayrılmış 4 muayene alanı, 1 resüsitasyon odası, hafta içi 08:00-17:00 saatleri arasında hizmet veren 1 kan alma odası, 1 hemşire dinlenme odası ve 1 malzeme deposu bulunmaktadır. Serviste 13 hasta yatağı vardır. Triyaj odası; 1 sedye, 1 hemşire bankosu, 1 hasta sandalyesi, 1 malzeme dolabı, atık kutuları, 1 bilgisayar, 1 mobil monitör bulunan odadır. Çocuk acil hemşireleri 8, 16, 24 saat dönüşümlü olarak çalışmaktadır.

Triyaj odası hafta içi 16:00-08:00 saatleri arasında, hafta sonu ise 08:00-08:00 saatleri arasında, hafta içi gündüz koşullarında kan alma birimi olarak kullanılan yerde, görevli 1 hemşire ile hizmet vermektedir. Fiziksel alan yetersizliği nedeniyle hafta içi 08:00-16:00 saatleri arasında triyaj uygulaması yapılmamaktadır. Çocuk acilin giriş kısmında hastaların kabulü yapılmakta ve triyaj değerlendirmesi için 'Triyaj Odası' na geçmeleri sağlanmaktadır. Triyaj odasına sadece çocuk ve ebeveynleri alınmaktadır. Araştırma için çocukların vital bulgularını araştırmacı hemşire almıştır. Araştırmacı hemşire ile çalışmada görev alan 4 klinisyen hemşire lisans mezunu olup, 4 yıllık deneyimleri bulunmaktadır.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini, belirtilen tarihler arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Servisi' ne başvuran triyaj kategorisi yeşil olarak öngörülen çocuklar ve ebeveynleri, örneklemini ise alınma ölçütlerine uyan ve yapılan araştırmaya kendi rızası ile katılan çocuklar ve ebeveynleri oluşturdu. Araştırmaya alınacak örneklem sayısını belirlemek üzere güç (power) analizi yapıldı (G*Powerv3.1.7) (Faul et. al. 2007). Literatür incelemesi sonrası araştırma ile benzerlik gösteren bir çalışma (Wolyniez et. al. 2013) baz alınarak yapılan Power Analizi sonucunda; durumluk sürekli kaygı puan ortalamaları (palyaço grubu: 31±12, kontrol grubu: 37±13) dikkate alındığında; **Power:** 0,80, **α**=0,05, **d**=0,479 etki büyüklüğü ile tespit edilen örneklem sayısı her bir grup için en az 70 çocuk ve 70 ebeveyn olmak üzere toplam 280 olarak saptandı. Ancak olası vaka kayıpları göz önünde bulundurularak örneklemin her bir grup için yaklaşık %15 fazlası ile 80, toplamda 160 çocuk ve 160 ebeveyn olmak üzere 320 kişi alınması hedeflendi.

Çalışma sonrasında "Durumluk Kaygı" toplam puanı dikkate alınarak post-hoc güç analizi yeniden yapıldı. Gruplar arasındaki acil servisten ayrılış durumluk kaygı düzeylerine göre **Δ:** 0,925 için deney grubu (n=80) ve kontrol grubu (n=80) örneklem sayıları baz alındığında elde edilen güç %99 olarak saptandı (t_{158}= 1,975, Güç (1-β) = 0,999) (t_{158}: Test değeri 158 ise serbestlik derecesi).

Araştırmacının aynı gün içinde hem palyaço kıyafeti ile deney grubu için, hem de palyaço kıyafeti olmadan kontrol grubu için vaka toplaması kendisi için zor olacağı gibi, bu durumdan vakalar da etkileneceğinden deney ve kontrol gruplarına farklı günlerde vaka alındı. Hangi günlerde deney, hangi günlerde kontrol grubuna vaka alınacağına karar vermede kullanılmak üzere bilgisayar ortamında oluşturulan randomizasyon listesi kullanıldı. Grupların günlere göre randomizasyonu Tablo 3-1' de gösterildi.

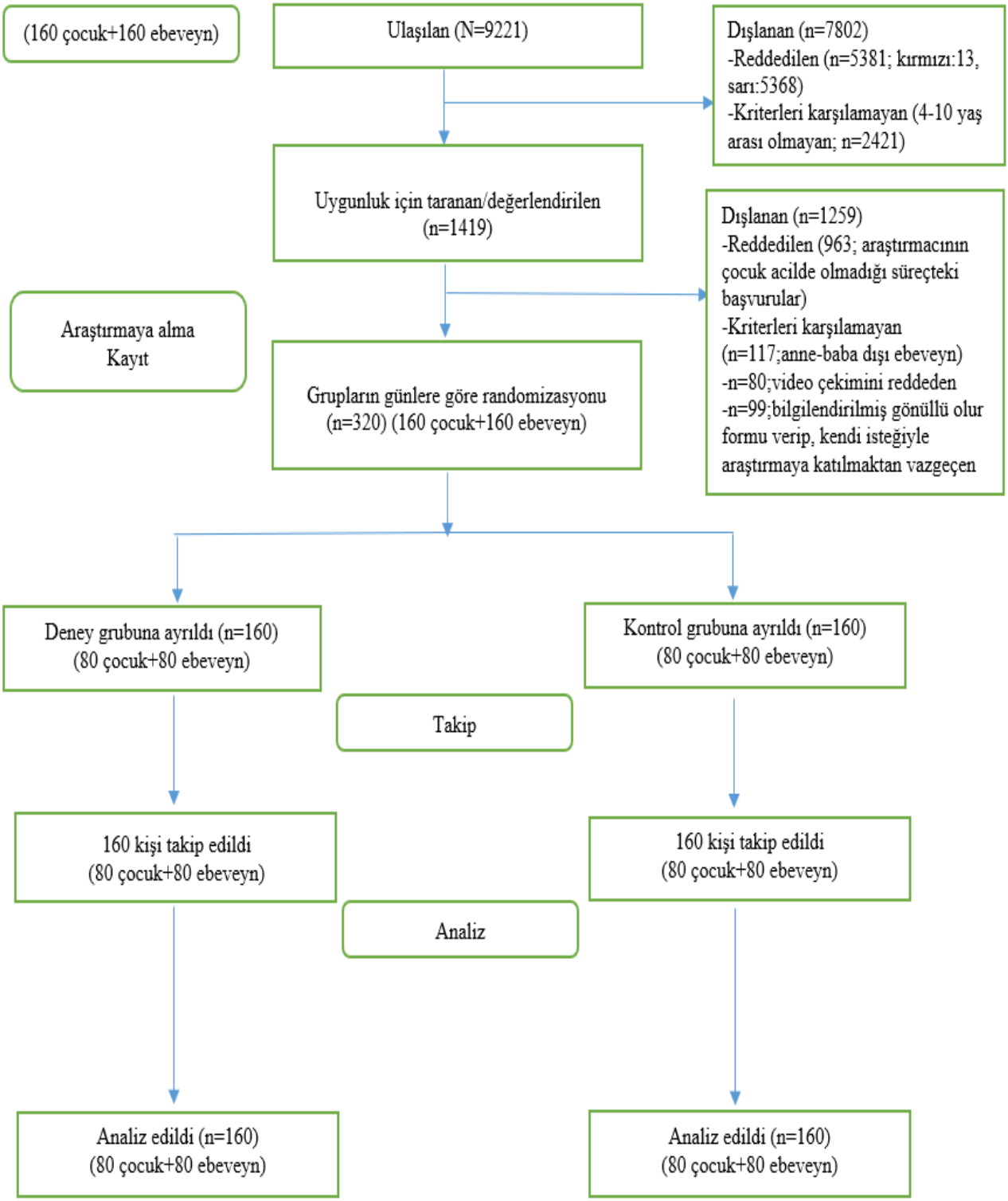
Tablo 3-1. Grupların Günlere Göre Randomizasyonu

Gruplar	**Günler**
Deney (A)	2.,3.,6.,7.,10.,12.,14.,16.,17.,19.,22.,24.,25.,28.,29.,32.,33.,35.,37.,40.,41.,44.
Kontrol (B)	1.,4.,5.,8.,9.,11.,13.,15.,18.,20.,21.,23.,26.,27.,30.,31.,34.,36.,38.,39.,42.,43.,45.

Kaynak: http://randomization.com

Örneklem seçim kriterlerine uygun olan çocuklar ve ebeveynleri örneklem grubuna dahil edildi. Çalışma sırasında vaka kaybı olmadı ve hedeflenen vaka sayısına ulaşıldı. Verileri elde edilen ilk 10 çocuk (5 palyaço grubu, 5 kontrol grubu) üzerinde veri toplama araçlarının uygulanabilirliği ön çalışma ile değerlendirildi. Formlarda bir değişiklik yapılmadığından bu çocuklar ve ebeveynleri de araştırmaya dahil edildi.

Araştırmanın evren ve örnekleminin standardizasyonu ile ilgili araştırmaların raporlanmasında konsolide standartları barındıran (Consolidated Standarts of Reporting Trials-CONSORT-SPI, 2018) akış diyagramı kullanıldı (Montgomery et.al. 2018) (Şekil 3-1).



Şekil 3-1. Consort 2018 Akış Diyagramı

Örneklem Seçim Kriterleri:

- Çocuk Acil Servisi' ne herhangi bir şikayet ile başvurması
- Çocuğun triyaj kategorisinin ön kabul sürecinde yeşil olarak belirlenmesi
- Çocuğun 4-10 yaş aralığında olması
- Ebeveynin ve çocuğun araştırmada bulunmaya onam formu aracılığı ile sözlü/yazılı gönüllü olması
- Çocuğun Türkçe' yi anlıyor, konuşuyor olması
- Çocuğun ona kadar sayabiliyor olması
- Ebeveynin Türkçe okur-yazar olması

Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri:

- Çocuğun/ebeveynin iletişim engelinin bulunması (konuşma ve işitme, mental, nörolojik sağlık problemleri)
- Çocuğun derecelendirme yapma becerisinin olmaması (çocuğun "Hangisi büyük yedi mi dört mü?" sorusunu doğru olarak cevaplayamaması)

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında aşağıda yer alan formlar ve araçlar kullanıldı.

- Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu
- Bilgi Formu
- Çocuk Hastanesi Erken Uyarı Skoru (ÇHEUS)
- Sağlık Bakanlığı Renk Kodlaması ve Triyaj Uygulaması Formu
- Çocuk Anksiyete Skalası-Durumluluk (ÇAS-D)
- Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri
- Çocuk Triyaj Memnuniyeti Skalası
- Ebeveyn Triyaj Memnuniyeti Skalası
- Vital Monitör
- Temassız Kızılötesi Ateş Ölçer
- Kamera

3.6.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (EK-1)

Araştırma öncesi ebeveynleri araştırma hakkında bilgilendirmek, planlanan araştırma süreci edinilen verilerin nasıl kullanılacağını açıklamak ve ebeveyn/çocuktan sözlü ve yazılı izin almak amacıyla hazırlanan formdur.

3.6.2. Bilgi Formu (EK-2)

Çalışmaya alınan çocuklara ve ebeveynlere ilişkin tanıtıcı bilgilerin kaydedildiği formdur. Form çocuk/ailenin sosyodemografik ve acil servise başvuru süreci ile ilgili tanıtıcı özelliklerini sorgulayan; 5 adet açık uçlu, 10 adet çoktan seçmeli toplam 15 farklı tipteki sorudan oluşmaktadır. Bu sorular çocuğun yaş, cinsiyet, acile geliş şekli, acile geliş şikayeti gibi tanıtıcı özelliklerini belirlemeye yönelik idi. Kullanılan form araştırmacı ile birlikte veri toplama aşamasında görev alan hemşire tarafından ebeveyn ile yüz yüze görüşülerek ortalama 5 dk. içerisinde dolduruldu.

3.6.3. Çocuk Hastanesi Erken Uyarı Skoru (ÇHEUS) (Children' s Hospital Early Warning Score: CHEWS) (EK-3)

Acil servise başvuran çocuk hastalara sağlık personeli tarafından yapılan triyaj uygulaması için değerlendirme sürecinde elde edilen vital bulguların kaydedildiği, muayene, tetkik, tedavi, tıbbi ve cerrahi girişimler bakımından öncelik sırasına göre kırmızı, sarı, yeşil renk kodlamasının yapıldığı formdur.

Boston Çocuk Hastanesi' nde McLellan, Gauvreu ve Connor tarafından 2013 yılında PEWS' den uyarlanarak geliştirilmiştir. Sağlığı kötüleşme riski altında olan çocukları fizyolojik parametrelere dayalı bir değer atayarak tanımlamak ve hastaneye yatırılırken tekrarlanabilir değerlendirilmesini sağlamak için geliştirilmiştir. Türk diline uyarlaması araştırmacılar tarafından yapılmış olup, yayın hazırlığı içindedir.

Puanlama sistemi beş alanı (davranış/nörolojik, kardiyovasküler, solunum, aile kaygısı ve sağlık personeli kaygısı) kapsamaktadır. Alan değerlendirmeleri yapılırken vücut ısısı, nabız, solunum hızı, oksijen saturasyonu, kan basıncı ve kapiller geri dolum gibi fizyolojik parametreler kullanılmaktadır (Chaiyakulsil ve Pandee, 2015). Uygulamada hemşireler değerlendirmelerini, beş alanın her biri için yapar, alınan puanları toplar ve hastanın aldığı toplam puana dayanarak üç aşamalı bir bakım algoritmasını takip ederler. Ölçek puanlamasında; davranış/nörolojik, kardiyovasküler, solunum alanlarında her bir alan için 0-3

puan aralığında, aile kaygısı ve sağlık personeli alanlarında ise kaygı durumunun varlığına göre var ise 1 yoksa 0 puan verilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 11' dir. Buna göre 0-2 puan arası yeşil, 3-4 puan arası sarı, 5 puan ve üzeri ise kırmızı triyaj kategorisine girmektedir. CHEWS, kalp hastalığı olan çocuklarda kritik bozulmayı belirlemede mükemmel bir ayrım göstermiş olup, resmi olarak (AUROC: 0.917, Duyarlılık: %95,3, Özgüllük: %76,2) doğrulanmıştır. Tüm hemşireler arasında değerlendiriciler arası güvenilirlik CHEWS skoru ≥ 3 için %100, κ =1.00' dir (McLellan, Gauvreu ve Connor, 2013). CHEWS' in Türk dilinde geçerlik-güvenirlik çalışmasında (Çocuk Hastanesi Erken Uyarı Skoru: ÇHEUS) kapsam geçerlik indeksi .88 bulunmuştur. Roc analiz sonuçlarında ÇHEUS toplam puanı için cut-off=2,5 ve altı yeşil AUC=0,921 (%95 güven aralığı, 0,884-0,957), p<0,001, Duyarlılık: 0,867, Özgüllük=0,967), cut-off 2,5-4,5 arası sarı AUC=0,962 (%95 güven aralığı 0,911-0,999), p<0,001, Duyarlılık: 0,993, Özgüllük=0,935), 4,5 ve üstü ise kırmızı olarak tanımlanmıştır. ÇHEUS araştırmada deney ve kontrol grubu çocukların triyaj değerlendirme sürecinde araştırmacı ile birlikte veri toplama aşamasında görev alan hemşirelerin çocuğun triyaj puanı ve renk kategorisini belirlemesi amacıyla kullanıldı (Çelik ve Yıldız 2022).

3.6.4. Sağlık Bakanlığı Renk Kodlaması ve Triyaj Uygulaması Formu (EK-4)

Türkiye' de 2009 yılından itibaren kullanılan, puanlama sistemi olmadan hastanın şikayetleri ve genel durumu değerlendirilerek yeşil, sarı ve kırmızı olmak üzere renk kodlaması yapılarak kullanılan bir sistemdir. Araştırmanın yapıldığı serviste bu sistem kullanıldığından; kliniğin rutinini bozmamak ve ÇHEUS' un geçerliliğini bu araştırmada da doğrulamak amacıyla kullanıldı.

3.6.5. Çocuk Anksiyete Skalası-Durumluluk (ÇAS-D) (EK-5)

Çocuk Anksiyete Skalası-Durumluluk, 4-10 yaş arasındaki çocukların durumluluk anksiyetesini ölçmek amacıyla 2013 yılında Ersig ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş (Ersig ve ark. 2013), Türkiye' de geçerlik ve güvenirliği ise Özalp Gerçeker ve arkadaşları (2018) tarafından yapılmıştır. Çocuk anksiyete skalası 10 bölmesi olan bir termometre görünümündedir ve kullanımı oldukça kolaydır. Aşağıdan yukarı doğru gidildikçe (0=sakin, 10=çok fazla kaygılı) anksiyetenin arttığını ifade etmektedir. Ölçeğin üzerindeki bölmelerden çocuğun 'şu an' hissettiğini işaretlemesi istenir (Özalp Gerçeker ve ark. 2018). Araştırmada ÇAS-D deney ve kontrol grubundaki çocuklara triyaj değerlendirmesi öncesi acil servise gelişte ve muayene sonrası acil servisten ayrılmadan önce anksiyete düzeylerini belirlemek için

kullanıldı. Ölçeğin çalışmada kullanımı için Türkiye' de geçerlik ve güvenirliğini yapan Özalp Gerçeker ve arkadaşlarından izin alındı (EK-13).

3.6.6. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (EK-6)

Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, Spielberg ve arkadaşları tarafından 1970 yılında geliştirilmiştir. Envanterin "Durumluk Kaygı" ve "Sürekli Kaygı" olmak üzere her biri 20' şer maddeden oluşan 2 bölümü bulunmaktadır. Araştırmada sadece "Durumluk Kaygı" bölümü kullanılmıştır. Ölçeğin Türk diline uyarlaması 1977 yılında Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır (Öner ve Le Compte, 1985).

Durumluk kaygı ölçeği (DKÖ) bireyin, belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler. DKÖ' nün yanıtlanmasında; maddelerin ifade ettiği duyuş, düşünce ya da davranışların şiddet derecesine göre "hiç", "biraz", "çok" ve "tamamıyla" şıklarından birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istenir. Ölçeklerde "doğrudan (düz)" ve "tersine çevrilmiş" ifadeler vardır. Envanterde yer alan 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18. maddeler için pozitif (toplam anksiyete puanını artıran), 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20. maddeler için ise negatif (toplam anksiyete puanını azaltan) puanlar verilmektedir. Değerlendirilme yapılırken her madde için maddenin pozitif ya da negatif özelliğine göre 1 (ya da -1) ile 4 (ya da -4) arasında bir puan verilmekte olup elde edilecek toplam puana 50 sabiti eklenmektedir. En yüksek puan 80, en düşük puan ise 20' dir. Toplam anksiyete puanı ne kadar yüksekse, envanteri dolduran kişinin anksiyete düzeyi o kadar yüksektir. Kuder-Richardson 20 formülünün genelleştirilmiş bir formu olan alfa korelasyonları ile saptanan iç tutarlılık ve test homojenliğini yansıtan katsayılar, durumluk kaygı ölçeği için .83 ile .92 arasında bulunmuştur (Öner ve Le Compte, 1985).

Araştırmada Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri deney ve kontrol grubundaki çocukların ebeveynlerine triyaj değerlendirmesi için acil servise geldiklerinde ve acil servisten ayrılırken hastaneden ayrılmadan önce durumluk kaygı düzeyini belirlemek için kullanıldı. Ölçeğin çalışmada kullanımı için Türkiye' de geçerlik ve güvenirliğini yapan Öner ve Le Compte' den izin alındı (EK-12).

3.6.7. Çocuk Triyaj Memnuniyet Skalası (EK-7)

Çocuk Triyaj Memnuniyet Skalası çocuk hastaların kolay anlayabileceği şekilde araştırmacı tarafından geliştirildi. Bu skalada çocukların acil triyaj uygulamasından memnun

olma durumuna karşılık gelen noktayı yuvarlak içerisine alarak belirtecekleri 0 ile 10 arasındaki rakamlar yatay bir çizgi üzerine yerleştirildi. Skalada 0 puan "hiç memnun olmamayı", 10 puan ise "son derece memnun olmayı" ifade etmektedir. Ayrıca puanların bulunduğu yerlere memnuniyet derecesini yansıtan görseller eklendi. Çocuğa hitap eden elinde balonları olan bir palyaço görseli ile birlikte skalanın nasıl kullanılacağını ifade eden bir açıklama metni de eklendi. Okuma-yazma becerisi olmayan çocuklara formun kullanışı açıklandı. Skala hasta memnuniyetini etkileyen herhangi bir faktörü değerlendirmeyi hedeflemediği için tüm hasta gruplarına uygulanabilmektedir. Araştırmada deney ve kontrol grubu çocuklara muayene sonrası acil servisten ayrılmadan önce uygulandı.

3.6.8. Ebeveyn Triyaj Memnuniyet Skalası (EK-8)

Ebeveyn Triyaj Memnuniyeti Skalası hastaların kolay anlayabileceği şekilde araştırmacı tarafından geliştirildi. Bu skalada hastaların acil triyaj uygulamasından memnun olma durumuna karşılık gelen noktayı yuvarlak içerisine alarak belirtecekleri 0 ile 10 arasındaki rakamlar yatay bir çizgi üzerine yerleştirildi. Skalada 0 puan "hiç memnun olmamayı", 10 puan ise "son derece memnun olmayı" ifade etmektedir. Ayrıca 0 puanın bulunduğu bölüme memnuniyetsiz, 10 puanın bulunduğu bölüme ise çok memnun bir yüz ifadesi olan görseller yerleştirildi. Skalanın nasıl kullanılacağını ifade eden bir açıklama metni de eklendi. Skala hasta memnuniyetini etkileyen herhangi bir faktörü değerlendirmeyi hedeflemediği için tüm hasta gruplarına uygulanabilmektedir. Araştırmada deney ve kontrol grubu çocukların ebeveynlerine muayene sonrası acil servisten ayrılmadan önce uygulandı.

3.6.9. Vital Monitör

Deney/kontrol grubu çocukların triyaj değerlendirmesinde yaşam bulgularının (nabız, kan basıncı değeri, oksijen saturasyon yüzdesi, solunum sayısı) ölçümü için "Nıhon Kohden marka 2301-K model (seri no: 1008140838)" cihazı kullanılmış olup kalibrasyonu yapılmıştır (17.03.2021 tarihinde yapılmış geçerlilik tarihi 17.03.2022 olan Rapor No: BSK0321B2040) (Şekil 3-2). Cihazın ekranında ölçümlenen her bir parametre göstergesi aynı anda izlenebilir. Cihaz CE (Conformité Européenné, **https://eur-lex.europa.eu/legal**, Erişim Tarihi: 28.11.2021) belgesine sahip olup, temassızlık anında görüntülü ve sesli uyarı vermektedir. Vital monitör cihazı ile çocuklarda kan basıncı ölçümü yaşa uygun manşon ile yapıldı (Şekil 3-3).



Şekil 3-2. Vital Monitör



Şekil 3-3. Vital Monitör Manşonları

3.6.10. Temassız Kızılötesi Ateş Ölçer

Deney/kontrol grubu çocukların triyaj değerlendirmesinde ateş ölçümü için "Kangjı marka KY-111 model (seri no: 20202070181)" cihazı kullanılmış olup kalibrasyonu yapılmıştır (Şekil 3-4). Cihaz ile vücut sıcaklığı kişiye temas etmeden kulak ve alın bölgesinden ölçülebilmektedir. Ölçüm yaparken termometre ile kişinin cildi arasına yaklaşık 3-5 cm mesafe bırakılmalıdır. Cihazın vücut sıcaklığı ölçüm aralığı 32-42,9 ºC olup ±0,3 ºC sapma gösterebilir. Cihaz 2 adet 3V alkalin pil ile çalışmaktadır. Cihazın ekranında ölçümlenen değer (ºC/F cinsinden) izlenebilmektedir. Temassızlık durumu, düşük ve yüksek ölçümlenen değerlerde sesli ve görüntülü uyarı vermektedir. Cihaz geniş bir ölçüm aralığına sahip olup hızlı ve güvenli sonuç verdiği için tercih edildi. Cihaz CE ve FDA (U.S Food and Drug Administration, www.fda.govFDA, Erişim Tarihi: 28.11.2021) belgesine sahiptir. Ateş ölçer çocuklarda kullanıma uygundur (Şekil 3-4).



Şekil 3-4.Temassız Ateş Ölçer

3.6.11. Kamera

Deney/kontrol grubu çocukların triyaj değerlendirmesi süreci Nikon marka COOLPIX L340 model cihaz (seri no:40220484) kullanılarak kayıt altına alındı. Bu ürünün standart numarası bulunmamakta olup AEEE (Atık Elektrikli ve Elektronik Eşyalar, https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/05/20120522-5.htm, Erişim Tarihi: 28.11.2021) yönetmeliğine uygundur. Cihaza ait pozlama ve çekim özellikleri; otomatik çekim modu, ±2 EV pozlama telafisi, VR (titreşim azaltma) görüntü sabitleyici özelliği, 1/1500 sn düşük enstantane, 4 sn yüksek enstantane, 4 x dijital zoom, hedef bulan AF, merkez otomatik, yüz algılama odaklanma özellikleri mevcuttur. Video çekim özellikleri ise; kayıt, HD 1280 x 720 piksel azami çözünürlük, MOV kayıt formatı, H.264/MPEG-4 sıkıştırma biçimi şeklindedir (https://www.nikon.com.tr/tr_TR/product/discontinued/digitalcameras/coolpix/2018/coolpix-l340-black, Erişim Tarihi:28.11.2021) (Şekil 3-5).



Şekil 3-5. Kamera

3.6.12. Palyaço Uygulaması

Araştırmada deney grubuna girişim aracı olarak palyaço uygulaması yapıldı.

- Araştırmacı, palyaço eğitimi veren kişilerin Covid-19 pandemisi sürecinde alınan önlemler kapsamında eğitim faaliyetlerini durdurması nedeniyle alması planlanan eğitimi "Eğlence ve fayda için palyaço: Palyaçoluk sanatını öğrenmek" (Clown for fun and profit: Learning the art of clowning) on-line olarak veren bir kurumdan eğitimci J.R.Boyle' den aldı (https://www.udemy.com/course/becomingaclown/learn/lecture/1986110#overview, Erişim Tarihi: 27 Nisan 2021). Eğitim, İngilizce dilinde ve İngilizce alt yazılı olup, 9 ana ve 22 alt bölümden oluşmakta ve toplam 1,5 saat sürmektedir. Eğitim içeriği EK-14' de yer almaktadır. Her bölümün sonunda bir sonraki bölüme geçiş için kısa sınavlar yapılmaktadır. Tüm eğitim bölümleri sonunda yapılan kısa sınavları ve eğitim süresini tamamlayan kişilere sertifika verilmektedir. Araştırmacının bu eğitim sonucu aldığı sertifika ektedir (EK-10).

- Palyaço uygulaması araştırmaya kabul edilen deney grubundaki 4-10 yaş hastalara uygulandı. Girişim esnasında araştırmacı palyaço triyaj hemşiresi olup, çocuğun sadece vital bulgularının ölçülmesi sürecinde monitörizasyonunu sağladı, bu süreçte uygulama kapsamında; makyaj uygulamaları, hastalara verilecek hediyeler yapma (balon kullanılarak köpek, çiçek vb. figürlerin yapılması) gibi faaliyetlerde bulundu.



Şekil 3-6. Palyaço Uygulaması

3.7. Araştırmanın Uygulanması

Gerekli yazılı izinler (kurum izni, etik kurul izni) alındıktan sonra araştırma yapılacak merkezin çocuk acil kliniğinde çalışan tüm sağlık personeline araştırmanın konusu ve amacı anlatıldı. Araştırmada kullanılacak palyaço uygulaması tanıtıldı ve triyaj odası hazırlandı. Araştırma sırasında kullanılacak kamera yerleştirildi. Araştırmacı ile birlikte CHEWS' in Türk diline uyarlanması geçerlik-güvenirlik sürecinde yer alan, CHEWS ölçüm aracının kullanımı ve uygulanması ile ilgili eğitim alan toplam 6 (lisans mezunu ve 4 yıllık deneyimleri olan) klinisyen hemşirelerin 4' ü veri toplama sürecinde yer aldı. Araştırmacının deney ve kontrol grubu verilerini toplayacağı günü belirlemek üzere oluşturulan liste kullanılarak gün randomizasyonu yapıldı. Araştırmanın uygulaması 3 aşamada gerçekleştirildi.

1. Uygulama Öncesi

Örneklem kriterlerine uyan çocuklar ve ebeveynleri araştırma dışı anketör tarafından çocuk ve ebeveyn 'Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu' aracılığıyla araştırma hakkında bilgilendirildi. Çocuk ve ebeveynlerden onamları alındı. Araştırmaya katılmayı kabul eden

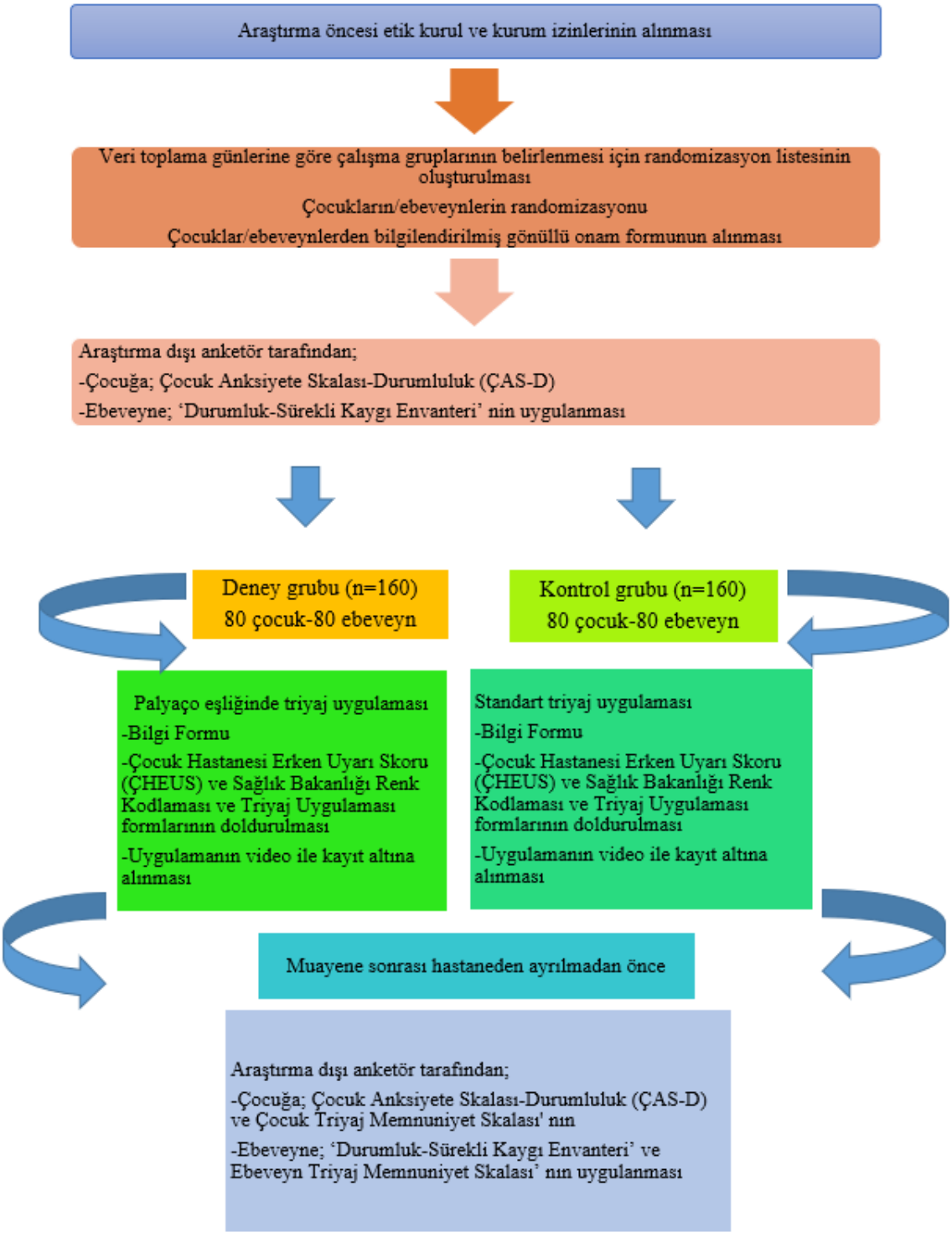
çocuk ve ebeveynine araştırma dışı anketör tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak ebeveyne ‘Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri’ çocuğa ise ‘Çocuk Anksiyete Skalası-Durumluluk (ÇAS-D)’ uygulandı.

2. Uygulama Sırası

- Çocuk ve ebeveyni triyaj odasına alındı.
- Araştırmacı ile birlikte triyaj değerlendirme sürecinde yer alan hemşire yüz yüze görüşme yöntemini kullanarak ‘Bilgi Formu’ ve ‘Çocuk Hastanesi Erken Uyarı Skoru (ÇHEUS)’ ile çocuğun triyaj değerlendirmesini yaptı. Triyaj değerlendirme süreci kamera kullanılarak kayıt altına alındı. Aynı zamanda Sağlık Bakanlığı Renk Kodlaması ve Triyaj Uygulaması formunu doldurdu.
- Araştırmacı hemşire triyaj değerlendirme sürecinde palyaço uygulamalarını gerçekleştirdi ve sadece çocukların monitörizasyonunu yaparak yaşam bulgularını aldı.
- Triyaj değerlendirmesi ~7 dk sürdü.
- Deney grubuna uygulanan palyaço uygulamasından acil servisteki diğer çocukların etkilenmemesi için palyaço hemşire triyaj yapılan odadan dışarı çıkmadı. Çocuk ve ebeveyn sadece triyaj değerlendirmesi sırasında palyaçoyu gördü. Palyaço eğitim sürecinde öğrendiği uygulamaları çocuklara yaptı.
- Kontrol grubuna; triyaj değerlendirmesinde ÇHEUS ve Sağlık Bakanlığı Renk Kodlaması ve Triyaj Uygulaması formu kullanılarak standart klinik uygulama yapıldı.

3. Uygulama Sonrası

- Araştırma dışı anketör tarafından çocuk ve ebeveyn muayene sonrası acil servisten ayrılmadan önce ebeveyne ‘Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri’ ve ‘Ebeveyn Triyaj Memnuniyet Skalası’ çocuğa ise ‘Çocuk Anksiyete Skalası-Durumluluk (ÇAS-D)’ ve ‘Çocuk Triyaj Memnuniyet Skalası’ uygulandı.
- Araştırmacı ile CHEWS’ in Türk diline uyarlanması geçerlik-güvenirlik sürecinde yer alan, CHEWS ölçüm aracının kullanımı ve uygulanması ile ilgili eğitim alan, 2 klinisyen hemşire video kayıtları üzerinden her iki gruba dahil olan çocukların triyaj değerlendirmesini birbirinden bağımsız şekilde triyaj değerlendirme formu üzerinde puanladı. Araştırmanın uygulama akış şeması Şekil 3-7’ de gösterildi.



Şekil 3-7: Araştırmanın Akış Şeması

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu ShapiroWilks testi, Q-Q grafikler ve histogramlar ile değerlendirildi. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma, frekans, yüzde) yanı sıra niceliksel verilerin iki grup arası değerlendirmelerinde Student-t testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren verilerin grup içi ve gruplar arası değerlendirmelerde sırasıyla Eşleştirilmiş Örneklem-t testi ve Student-t testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen verilerin gruplar arası değerlendirmelerinde Mann Whitney U testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren niceliksel verilerin ikiden fazla grup arası değerlendirmelerinde ise Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen ve tekrarlayan niceliksel veriler için ise Friedman testi kullanıldı. Niteliksel verilerin değerlendirilmesinde Pearson Ki-Kare testi, Continuiy (Yates) Düzeltmeli Ki-Kare testi ve Fisher Kesin Ki-Kare testi kullanıldı. Gözlemciler arası uyumun değerlendirilmesinde Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı (SİİK/ICC) hesaplandı. Anlamlılık $p<0,05$ ve $p<0,01$ düzeylerinde değerlendirildi.

3.9. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönleri

Araştırmanın etik ilkeler açısından uygunluğu Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirildi ve yazılı etik kurul izni (21.12.2020, Karar No:2020-25-18) **(EK-9)** ve kurum izni T.C Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü' nden (18.06.2021, Sayı: E-14679818-771) **(EK-11)** alındı.

Araştırmaya başlamadan önce araştırmaya dahil edilen tüm çocuklar ve ebeveynleri 'Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu' ndaki **(EK-1)** araştırmanın amacı, süresi, elde edilen verilerin nerede ve nasıl kullanılacağı, çocuk ve ebeveynin istedikleri zaman gerekçeli/gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilecekleri, araştırmaya alınan çocukların ve ebeveynlerinin kişisel bilgilerinin araştırmacı dışında kimseyle paylaşılmayacağı, ayrıca araştırmaya katılma ya da katılmama tercihinin çocuğun tıbbi bakımını etkilemeyeceği, bağlı bulundukları sosyal güvenlik kuruluşuna herhangi bir maddi gider yüklenmeyeceği, araştırma kapsamında uygulanan işlemler için ücret talep edilmeyeceği ve kendilerine de herhangi bir ödeme yapılmayacağı, çocuğun triyaj değerlendirme sürecinin video ile kayıt altına alınacağı konularına yönelik bilgilendirme yapıldı.

Çalışmaya katılan çocukların yaşları 4-10 aralığında olduğu için okuma yazma bilmeyen çocuklardan sözlü, bilen çocuklardan yazılı, ebeveynden de hem sözlü hem yazılı onam alındıktan sonra araştırmaya dahil edildi. Çocuk ve ebeveynlerin acil servis başvurusu ve triyaj değerlendirme sürecinin aksatılmadan sürdürülmesi sağlandı. Araştırmada kullanılan ölçüm araçlarının kullanım izinleri yazarlarından alındı **(EK- 12, EK-13)**.

3.10. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri

Güçlü Yönleri;

- Türkiye' de ve yurtdışında acil servislere başvuran çocuk ve ebeveynlerin triyaj değerlendirmesi sırasında anksiyete ve memnuniyet düzeyine yönelik etki edebilecek non-farmakolojik bir girişimi içeren herhangi bir çalışmanın olmaması yönüyle bu konuda ilk olması,
- Her iki grup arasında randomizasyon sağlanması,
- Tek kör, deneysel bir tasarım tipinde olması,
- Anksiyete ve memnuniyet skalalarının araştırmacı dışındaki deneyimli eğitilmiş triyaj hemşireleri tarafından uygulanması,
- Video kayıtları ile elde edilen triyaj değerlendirme görüntülerinin daha sonra bağımsız iki triyaj hemşiresi tarafından da değerlendirilmesi,
- Tüm ölçümlerin kalibrasyonu yapılmış aynı ölçüm araçları ile yapılmasıdır.

Sınırlı Yönleri;

- Araştırma verilerinin toplanacağı kurumdan alınan izinin ve etik kurulu onayı için gerekli yazışmaların Covid-19 pandemisi nedeniyle uzun bir süreçte elde edilmesi,
- Araştırmacının önce, Türkiye' de Hastane Palyaçoluğu yetiştirilmesi ile ilgili bir kurs ya da bir dernek olmadığı için palyaço eğitimi veren bir merkezden eğitim alması, planlanmış ancak Covid-19 pandemisi nedeniyle alınan önlemler kapsamında eğitim faaliyetlerinin durdurulması nedeniyle alınması planlanan eğitimi, yurtdışından on-line bir platformda almış olması,
- Araştırmaya dahil edilecek çocukların öncelikle yaş aralığının 9-12 olarak belirlenmesine rağmen veri toplama sürecinde belirtilen yaş grubunun çocuk acil başvuru sayısının az olması ve araştırmacının süre kısıtlılığı nedeniyle dahil edilen yaş

grubunun 4-10 yaş olarak yenilenmesi ve uygun ölçeğin belirlenerek mevcut ölçüm aracının değiştirilmesidir.

- Araştırmada triyaj değerlendirmesinde kullanılan CHEWS/ÇHEUS skalası geçerlik-güvenirliği yurtdışında ve Türkiye' de birer kez yapılmış olup henüz herhangi bir araştırmada kullanılmamıştır. Bu nedenle tartışma bölümü sınırlıdır.

4. BULGULAR

Bu bölümde; çocuk acil servise herhangi bir şikayetle, tanı ve tedavi amacıyla başvuran 4-10 yaş arasında, triyaj kategorisi yeşil olarak ön görülen çocuklara triyaj değerlendirmesinde palyaço uygulamasının çocuk-ebeveynin anksiyete ve memnuniyet düzeyine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü tek kör deneysel tasarım olarak gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen bulgular, istatistiksel analizleri doğrultusunda tablolar şeklinde aşağıdaki bölüm başlıkları altında verilmiştir.

Bölüm 1: Grupların ve Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması

Bölüm 2: Grupların Triyaj Değerlendirme Sonuçlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Bölüm 3: Grupların Anksiyete ve Memnuniyet Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Bölüm 4: Ebeveynlerin Anksiyete ve Memnuniyet Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Bölüm 1: Grupların ve EbeveynlerinTanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması

Bu bölümde çocuklara ve ebeveynlerine ait yaş, cinsiyet, acile geliş şekli, acile geliş şikayeti gibi tanıtıcı özelliklerini içeren ve acile başvuru sürecine yönelik tanımlayıcı faktörler ile ilgili bulgular bulunmaktadır. Çocuklara ve ebeveynlerine ait tanıtıcı özelliklerinin dağılımına yönelik bulgular Tablo 4-1' de verildi.

Tablo 4-1. Grupların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması

		Deney (n=80)	**Kontrol (n=80)**	***Total (N=160)***	**Test Değeri**	**P Değeri**
Yaş (yıl)	**Min-Max**	4-8	4-10	*4-10*		
	Ort±SS	5,60±1,38	5,86±1,51	*5,73±1,45*	Z=-1,015	0,310
	Medyan (IQR)	5 (3)	6 (2)	*6 (3)*		
		n (%)	**n (%)**	***n (%)***		
Yaş grubu	**<6 yıl**	41 (51,3)	35 (43,8)	*76 (47,5)*	$^{1}\chi^{2}$=0,627	0,429
	≥6 yıl	39 (48,8)	45 (56,3)	*84 (52,5)*		
Cinsiyet	**Kız**	28 (35)	37 (46,3)	*65 (40,6)*	$^{1}\chi^{2}$=2,099	0,147
	Erkek	52 (65)	43 (53,8)	*95 (59,4)*		
Kronik hastalık	**Var**	15 (18,8)	14 (17,5)	*29 (18,1)*	$^{2}\chi^{2}$=0,001	1,000
	Yok	65 (81,3)	66 (82,5)	*131 (81,9)*		
***Kronik hastalıklar (n=29)**	**Solunum sistemi**	8 (53,3)	10 (71,4)	*18 (62,1)*	$^{2}\chi^{2}$=0,385	0,535
	Nörolojik sistem	3 (20)	-	*3 (10,3)*	-	-
	Gastrointestinal sistem	1 (6,7)	1 (7,1)	*2 (6,9)*	-	-
	Genetik ve metabolizma	1 (6,7)	1 (7,1)	*2 (6,9)*	-	-
	Psikiyatri	1 (6,7)	1 (7,1)	*2 (6,9)*	-	-
	Dermatoloji	-	1 (7,1)	*1 (3,4)*	-	-
	Dolaşım sistemi	1 (6,7)	-	*1 (3,4)*	-	-
	Hematoloji	-	1 (7,1)	*1 (3,4)*	-	-
İlaç kullanımı	**Var**	9 (11,3)	7 (8,8)	*16 (10)*	$^{2}\chi^{2}$=0,069	0,792
	Yok	71 (88,8)	73 (91,3)	*144 (90)*		
***Kullanılan ilaçlar (n=16)**	**İnhalan adrenerjik**	2 (22,2)	3 (42,9)	*5 (31,3)*	$^{3}\chi^{3}$=0,115	0,734
	İnhalan glikokortik	1 (11,1)	2 (28,6)	*3 (18,8)*	-	-
	Kortikoid	2 (22,2)	1 (14,3)	*3 (18,8)*	-	-
	Antiepileptik	2 (22,2)	-	*2 (12,5)*	-	-
	Kolşisin	1 (11,1)	1 (14,3)	*2 (12,5)*	-	-
	Antidepresan	1 (11,1)	-	*1 (%6,3)*	-	-
	Magnezyum oksit	-	1 (14,3)	*1 (6,3)*	-	-
	Antihistaminik	1 (11,1)	-	*1 (6,3)*	-	-
	Antipsikotik	-	1 (14,3)	*1 (6,3)*	-	-
	Kontakt laktasif	-	1 (14,3)	*1 (6,3)*	-	-
	Psikokostimülan	-	1 (14,3)	*1 (6,3)*	-	-
Araştırmaya katılan ebeveyn	**Anne**	64 (80)	58 (72,5)	*122 (76,3)*	$^{1}\chi^{2}$=1,242	0,265
	Baba	16 (20)	22 (27,5)	*38 (23,8)*		
Kardeş sayısı	**1**	12 (15)	21 (26,3)	*33 (20,6)*		
	2	28 (35)	33 (41,3)	*61 (38,1)*	$^{1}\chi^{2}$=7,170	0,067
	3	27 (33,8)	21 (26,3)	*48 (30)*		
	4 ve daha fazla	13 (16,3)	5 (6,3)	*18 (11,3)*		

Sosyal güvence	**Var**	77 (96,3)	77 (96,3)	*154 (96,3)*	$^{3}\chi^{2}$=0,001	1,000
	Yok	3 (3,8)	3 (3,8)	*6 (3,8)*		

Min-Max: Minimum-Maksimum Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma IQR: Çeyrekler Arası Genişlik

Z: Mann Whitney U Testi $^{1}\chi^{2}$: Pearson Ki-Kare Testi $^{2}\chi^{2}$: Continuity (Yates) Düzeltmeli Ki-Kare Testi

$^{2}\chi^{2}$: FisherKesin Ki-Kare Testi (*) Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Araştırmaya katılan çocukların yaşları 4-10 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması 5,73±1,45 yıl idi. Gruplara göre çocukların yaş ortalamaları incelendiğinde; deney grubunun 5,60±1,38 yıl, kontrol grubunun 5,86±1,51 yıl olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlendi (p>0,05).

Deney ve kontrol gruplarındaki çocuklar cinsiyetlerine göre değerlendirildiğinde; deney grubunun %65' inin (n=52) erkek, %35' inin (n=28) kız; kontrol grubunun ise %53,8' inin (n=43) erkek, %46,3' ünün (n=37) kız olduğu ve cinsiyet dağılımlarının birbirine benzer özellik gösterdiği saptandı (p>0,05).

Gruplardaki çocuklar kronik hastalık yönüyle incelendiğinde; deney grubunda %18,8' inde (n=15), kontrol grubunda ise %17,5' inde (n=14) kronik hastalık olduğu ve gruplar arasında kronik hastalık görülme oranları açısından birbirine benzer özellik gösterdiği belirlendi (p>0,05). Araştırmaya katılan çocukların çoğunluğunda (%62,1; n=18) solunum sistemi kronik hastalığı olduğu saptandı.

Deney ve kontrol grubundaki çocuklar ilaç kullanımına göre değerlendirildiğinde; deney grubunun %11,3' ü (n=9), kontrol grubunun ise %8,8' inin (n=7) ilaç kullandığı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlendi (p>0,05). Çocukların çoğunluğunun (%31,3; n=5) inhalan adrenerjik ilacını kullandığı saptandı.

Gruplardaki çocukların araştırmaya katılan ebeveynleri incelendiğinde; deney grubunda %80' inin (n=64) anne, %20' sinin (n=16) baba, kontrol grubunda ise %72,5' inin (n=58) anne, %27,5' inin (n=22) baba olduğu ve grupların araştırmaya katılan ebeveyn yönüyle benzer özellik gösterdiği saptandı (p>0,05).

Araştırmaya katılan çocuklar kardeş sayısı açısından incelendiğinde; deney grubunun çoğunluğunun 3 kardeş (%33,8; n=27), kontrol grubunun ise 2 kardeş (%41,3; n=33) olduğu ve grupların kardeş sayısı dağılımlarının birbirine benzer özellik gösterdiği belirlendi (p>0,05).

Gruplardaki çocukların sosyal güvence durumu değerlendirildiğinde; deney ve kontrol grubu çocukların benzer şekilde %96,3' ünün (n=77) sosyal güvencesinin olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptandı (p>0,05) (Tablo 4-1).

Araştırma kapsamında çocuklara ve ebeveynlerine ait acil başvuru sürecine yönelik tanımlayıcı faktörlerin dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 4-2' de verilmiştir.

Tablo 4-2. Grupların Acil Başvuru Sürecine Yönelik Tanımlayıcı FaktörleriniDağılımı ve Karşılaştırılması

		Deney (n=80)	**Kontrol (n=80)**	***Total (N=160)***	**Test Değeri**	**P Değeri**
		n (%)	**n (%)**	***n (%)***		
***Geliş şikayeti/ Şikayetleri**	**Enfeksiyon**	47 (58,8)	33 (41,3)	*80 (50)*	**$^{1}\chi^{2}$=4,900**	**0,027***
	Solunum	30 (37,5)	23 (28,8)	*53 (33,1)*	$^{1}\chi^{2}$=1,382	0,240
	Gastrointestinal	21 (26,3)	18 (22,5)	*39 (24,4)*	$^{2}\chi^{2}$=0,136	0,713
	Genel sistemik	7 (8,8)	8 (10)	*15 (9,4)*	$^{2}\chi^{2}$=0,001	1,000
	Dermatoloji	7 (8,8)	8 (10)	*15 (9,4)*	$^{2}\chi^{2}$=0,001	1,000
	Nöroloji	6 (7,5)	7 (8,8)	*13 (8,1)*	$^{2}\chi^{2}$=0,001	1,000
	KBB[a]	2 (2,5)	3 (3,8)	*5 (3,1)*	$^{3}\chi^{2}$=0,001	1,000
	Üroloji	1 (1,3)	2 (2,5)	*3 (1,9)*	-	-
	Cerrahi	2 (2,5)	-	*2 (1,3)*	-	-
	Göz	-	2 (2,5)	*2 (1,3)*	-	-
	Ortopedi	1 (1,3)	1 (1,3)	*2 (1,3)*	-	-
	Allerji	-	1 (1,3)	*1 (0,6)*	-	-
***Tanılar**	**Solunum**	49 (61,3)	48 (60)	*97 (60,6)*	$^{1}\chi^{2}$=0,001	1,000
	Gastrointestinal	18 (22,5)	17 (21,3)	*35 (21,9)*	$^{2}\chi^{2}$=0,001	1,000
	Dermatoloji	7 (8,8)	5 (6,3)	*12 (7,5)*	$^{2}\chi^{2}$=0,090	0,764
	Enfeksiyon	4 (5)	3 (3,8)	*7 (4,4)*	$^{3}\chi^{2}$=0,001	1,000
	Genel semptom	3 (3,8)	4 (5)	*7 (4,4)*	$^{3}\chi^{2}$=0,001	1,000
	KBB[a]	1 (1,3)	3 (3,8)	*4 (2,5)*	-	-
	Üroloji	1 (1,3)	3 (3,8)	*4 (2,5)*	-	-
	Göz	-	2 (2,5)	*2 (1,3)*	-	-
	Nöroloji	-	1 (1,3)	*1 (0,6)*	-	-
Çocuğu getiren ebeveyn	**Anne**	56 (70)	46 (57,5)	*102 (63,8)*		
	Baba	15 (18,8)	15 (18,8)	*30 (18,8)*	$^{1}\chi^{2}$=4,552	0,103
	Anne-Baba	9 (11,3)	19 (23,8)	*28 (17,5)*		
Tercih nedeni	**Memnuniyet**	43 (53,8)	45 (56,3)	*88 (55)*	$^{1}\chi^{2}$=0,101	0,751
	Eve yakınlık	9 (11,3)	9 (11,3)	*18 (11,3)*	$^{2}\chi^{2}$=0,001	1,000
	Güvenilir bulma	13 (16,3)	4 (5)	*17 (10,6)*	**$^{2}\chi^{2}$=4,212**	**0,040***
	EAH[b]	4 (5)	6 (7,5)	*10 (6,3)*	$^{2}\chi^{2}$=0,107	0,744
	Tavsiye	3 (3,8)	4 (5)	*7 (4,4)*	$^{3}\chi^{2}$=0,001	1,000
	Akut olay	4 (5)	2 (2,5)	*6 (3,8)*	$^{3}\chi^{2}$=0,173	0,677
	PRA[c]	3 (3,8)	3 (3,8)	*6 (3,8)*	$^{3}\chi^{2}$=0,001	1,000
	Branş/bölüm	1 (1,3)	2 (2,5)	*3 (1,9)*	-	-
	PKO[d]	-	3 (3,8)	*3 (1,9)*	-	-
	Ambulans	-	1 (1,3)	*1 (0,6)*	-	-
	Takipli hasta	-	1 (1,3)	*1 (0,6)*	-	-
Ebeveyne göre sağlık ciddiyeti	**Ciddi**	64 (80)	77 (96,3)	*141 (88,1)*	**$^{2}\chi^{2}$=10,093**	**0,001****
	Çok ciddi	16 (20)	3 (3,8)	*19 (11,9)*		
Daha önce acil servis başvurusu	**Var**	73 (91,3)	75 (93,8)	*148 (92,5)*	$^{3}\chi^{2}$=0,090	0,765
	Yok	7 (8,8)	5 (6,3)	*12 (7,5)*		
Acil servise başvuru sayısı (n=148)	**Min-Max**	1-73	1-74	*1-74*		
	Ort±SS	11,91±12,39	13,11±13,00	*12,51±12,67*	Z=-0,687	0,492
	Medyan (IQR)	8 (72)	9 (73)	*8 (73)*		
Kalış süresi (dk)	**Min-Max**	4-272	3-310	*3-310*	Z=-1,333	0,182
	Ort±SS	29,50±34,72	31,89±45,77	*30,69±40,52*		

Medyan (IQR)	22,5 (268)	18,5 (307)	*21 (17,75)*

Min-Max: Minimum-Maksimum Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma IQR: Çeyrekler Arası Genişlik

Z: Mann Whitney U Testi $^{1}\chi^{2}$*: Pearson Ki-Kare Testi* $^{2}\chi^{2}$*: Continuity (Yates) Düzeltmeli Ki-Kare Testi*

$^{2}\chi^{2}$*: Fisher Kesin Ki-Kare Testi (*) Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. *p<0,05 **p<0,01*

([a])KBB: Kulak Burun Boğaz ([b])EAH: Eğitim ve Araştırma Hastanesi ([c])PRA: Polikliniğe Randevu Alınamaması

([d]) PKO: Polikliniklerin Kapalı Olması

Çocukların acil servise geliş şikayeti/şikayetleri incelendiğinde; deney grubundaki çocukların çoğunluğu sırasıyla (enfeksiyon %58,8; n=47; solunum %37,5; n=30; gastrointestinal %26,3; n=21), kontrol grubunun ise sırasıyla (enfeksiyon %41,3; n=33; solunum %28,8; n=23, gastrointestinal %22,5; n=18) sorunlar olduğu belirlendi. Deney grubundaki çocuklarda enfeksiyon sorunlarının görülme oranı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı **(p=0,027).**

Araştırmaya katılan çocuklar acil servisteki tanıları yönüyle incelendiğinde; deney grubundaki çocukların çoğunluğu sırasıyla (solunum sistemi %61,3; n=49; gastrointestinal sistem %22,5; n=18), kontrol grubunun ise sırasıyla (solunum sistemi %60; n=48; gastrointestinal sistem %21,3; n=17) tanılarını aldığı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlendi (p>0,05).

Gruplar çocuğu acil servise getiren ebeveyn yönüyle değerlendirildiğinde; her iki grupta da benzer şekilde çocukların çoğunluğunun anneleri tarafından acil servise getirildikleri (D: %70, n=56; K: %57,5, n=46) belirlendi (p>0,05).

Ebeveynlerin acil servisi tercih etme nedenleri değerlendirildiğinde; deney grubundaki ebeveynlerin çoğunluğu sırasıyla (daha önceden memnun kalma %53,8; n=43, eve yakınlık %11,3; n=9; daha güvenilir bulma %16,3; n=13), kontrol grubunun ise sırasıyla (daha önceden memnun kalma %56,3; n=45, eve yakınlık %11,3; n=9, daha güvenilir bulma %5; n=4) olduğu belirlendi. Deney grubundaki ebeveynlerin ***"daha güvenilir bulması"*** nedeniyle acil servisi tercih etmeleri durumunun, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı **(p=0,040).**

Grupların ebeveynlerine göre çocuklarının sağlık ciddiyeti incelendiğinde; deney grubundaki ebeveynlerin %20' si (n=16), kontrol grubundaki ebeveynlerin ise %3,8' inin (n=3) çocuklarının sağlık durumunu çok ciddi olarak gördükleri ve deney grubundaki ebeveynlerin çocuğunun sağlık durumunu ***"çok ciddi görme"*** durumunun kontrol grubundaki ebeveynlere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlendi **(p=0,001).**

Gruplar, daha önce acil servise başvuru durumu yönüyle incelendiğinde; deney grubundaki çocukların %91,3' ünün (n=73), kontrol grubu çocukların ise %93,8' inin (n=75) daha önce acil servis başvurusunun olduğu ve gruplar arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık olmadığı belirlendi (p>0,05).

Daha önce acil servise getirilen çocukların başvuru sayıları 1-74 kez arasında değişmekte olup, ortalaması 12,51±12,67 kez idi. Gruplara göre çocukların daha önce acil servise başvuru sayıları incelendiğinde; deney grubunda 11,91±12,39 kez, kontrol grubunda ise 13,11±13,00 kez olduğu ve acil servise başvuru sayılarının istatistiksel yönden birbirine benzer özellik gösterdiği saptandı (p>0,05).

Çocukların acil serviste kalış süreleri (~7 dakikalık triyaj değerlendirmesi dışında) 3-310 dakika arasında değişmekte olup, ortalaması 30,69±40,52 dakika idi. Gruplara göre acil serviste kalış süreleri değerlendirildiğinde; deney grubunda 29,50±34,72 dk, kontrol grubunda ise 31,89±45,77 dk olduğu ve acilde kalış sürelerinin istatistiksel yönden birbirine benzer özellik gösterdiği saptandı (p>0,05) (Tablo 4-2).

Deney ve kontrol gruplarında yer alan çocukların triyaj değerlendirmesi sürecinde ölçümlenen yaşam bulgularının yaş gruplarına göre dağılımına yönelik bulgular Tablo 4-3' de verildi.

Tablo 4-3. Grupların Yaş Gruplarına Göre Vital Bulgu Değerlerinin Dağılımı

	Yaş Grupları	Deney (n=80)	Kontrol (n=80)	Z	P
		Min-Max Ort±SS Medyan (IQR)	Min-Max Ort±SS Medyan (IQR)		
Ateş (°C)	**<6 yıl**	36-38 36,66±0,39 36,6 (0,4)	36,2-37,6 36,65±0,34 36,6 (0,4)	0,283	0,777
	≥6 yıl	36-38,3 36,80±0,48 36,8 (0,5)	36,1-37,6 36,62±0,37 36,6 (0,45)	-1,892	0,058
	Z	-1,533	0,517		
	P	0,125	0,605		
Solunum (sayı/dk.)	**<6 yıl**	17-33 25,76±3,92 26 (6)	22-36 26,00±3,70 25 (6)	0,110	0,912
	≥6 yıl	18-35 23,72±3,88 23 (5)	18-34 22,56±3,76 22 (6)	-1,325	0,185
	Z	**-2,552**	**-3,794**		
	P	**0,011***	**0,001****		
Nabız (sayı/dk.)	**<6 yıl**	78-136 120,34±14,88 123 (25)	85-136 114,86±14,9 117 (25)	-1,852	0,064
	≥6 yıl	68-164 115,18±21 116 (25)	81-152 112,07±15,79 111 (24)	-0,785	0,482
	Z	-1,460	-0,975		
	P	0,144	0,329		
Sistolik Kan Basıncı (mmHg)	**<6 yıl**	87-157 122,02±15,34 121 (17)	93-160 119,31±14,57 116 (14)	-1,152	0,249
	≥6 yıl	89-122 153,79±177,09 128 (26)	102-163 126,62±14,28 125 (20)	-0,099	0,921
	Z	-1,295	**-2,513**		
	P	0,195	**0,012***		
Diyastolik Kan Basıncı (mmHg)	**<6 yıl**	41-113 71,37±12,30 69 (14,5)	46-97 69,40±12,10 69 (17)	-0,798	0,425
	≥6 yıl	45-109 74±13,04 74 (16)	56-96 75,49±9,39 76 (11)	-0,637	0,524
	Z	-1,079	**-2,650**		
	P	0,281	**0,008****		
Ortalama Kan Basıncı (mmHg)	**<6 yıl**	41-122 88,44±14,33 91 (15,5)	64-129 87,26±12,11 84 (16)	-0,912	0,362
	≥6 yıl	43-144 91,9±16,95 93 (20)	68-133 93,67±12,88 95 (17)	-0,673	0,501
	Z	-0,939	**-2,562**		
	P	0,348	**0,011***		
SPO2 (%)	**<6 yıl**	94-100 99,8±0,95 100 (0)	99-100 99,91±0,28 100 (0)	-0,167	0,867
	≥6 yıl	96-100	97-100	-0,929	0,353

	99,79±0,73 100 (0)	99,73±0,65 100 (0)	
Z	-0,462	-1,249	
P	0,644	0,212	

Min-Max: Minimum-Maksimum Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma IQR: Çeyrekler Arası Genişlik

*Z: Mann Whitney U Testi *p<0,05 **p<0,01*

Çalışmaya katılan deney ve kontrol grubundaki çocukların triyaj değerlendirmesinde ölçümlenen yaşam bulgularının ortalamaları gruplar arasında karşılaştırıldığında:

Altı yaşın altındaki çocukların ***ateş ortalamaları*** (D: 36,66±0,39 ℃, K: 36,65±0,34 ℃) 6 yaş ve üzeri çocukların ise (D: 36,80±0,48 ℃, K: 36,62±0,37 ℃) olduğu ve istatistiksel yönden gruplar arası anlamlı fark olmadığı görüldü (p>0,005).

Altı yaşın altındaki çocukların ***solunum ortalamaları*** (D: 25,76±3,92 /dk, K: 26,00±3,70 /dk) 6 yaş ve üzeri çocukların ise (D: 23,72±3,88 /dk, K: 22,56±3,76 /dk) olduğu ve istatistiksel yönden gruplar arası anlamlı fark olmadığı görüldü (p>0,005). Çocukların solunum sayısı ortalamaları açısından grup içi farkları incelendiğinde; deney grubunda 6 yaş ve üzerindeki çocukların solunum sayısı ortalamaları 6 yaş altı çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanırken **(p=0,011)**, kontrol grubunda 6 yaş altındaki çocukların, 6 yaş ve üstündeki çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı **(p=0,001)**.

Altı yaşın altındaki çocukların ***nabız ortalamaları*** (D: 120,34±14,88 /dk, K: 114,86±14,9 /dk) 6 yaş ve üzeri çocukların ise (D: 115,18±21 /dk, K: 112,07±15,79 /dk) olduğu ve istatistiksel yönden gruplar arası anlamlı fark olmadığı görüldü (p>0,005). Deney ve kontrol gruplarında grup içi nabız ortalaması arasında istatistiksel yönden fark bulunmadı (p>0,005).

Altı yaşın altındaki çocukların ***sistolik kan basıncı ortalamaları*** (D: 122,02±15,34 mmHg, K: 119,31±14,57 mmHg) 6 yaş ve üzeri çocukların ise (D: 153,79±177,09 mmHg, K: 126,62±14,28 mmHg) olduğu ve istatistiksel yönden gruplar arası anlamlı fark olmadığı görüldü (p>0,005). Çocukların sistolik kan basıncı ortalamaları açısından grup içi farkları incelendiğinde; deney grubunda grup içi farklılık bulunmazken (p>0,005), kontrol grubunda 6 yaş ve üzerindeki çocukların sistolik kan basıncı ortalamaları 6 yaş altı çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı **(p=0,012).**

Altı yaşın altındaki çocukların ***diyastolik kan basıncı ortalamaları*** (D: 71,37±12,30 mmHg, K: 69,40±12,10 mmHg) 6 yaş ve üzeri çocukların ise (D: 74±13,04 mmHg, K: 75,49±9,39 mmHg) olduğu ve istatistiksel yönden gruplar arası anlamlı fark olmadığı görüldü (p>0,005). Çocukların diyastolik kan basıncı ortalamaları açısından grup içi farkları incelendiğinde; deney grubunda grup içi farklılık bulunmazken (p>0,005), kontrol grubunda 6 yaş ve üzerindeki

çocukların sistolik kan basıncı ortalamaları 6 yaş altı çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı **(p=0,008).**

Altı yaşın altındaki çocukların ***kan basıncı ortalamaları*** (D: 88,44±14,33 mmHg, K: 87,26±12,11 mmHg) 6 yaş ve üzeri çocukların ise (D: 91,9±16,95 mmHg, K: 93,67±12,88 mmHg) olduğu ve istatistiksel yönden gruplar arası anlamlı fark olmadığı görüldü (p>0,005). Çocukların kan basıncı ortalamaları açısından grup içi farkları incelendiğinde; deney grubunda grup içi farklılık bulunmazken (p>0,005), kontrol grubunda 6 yaş ve üzerindeki çocukların kan basıncı ortalamaları 6 yaş altı çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı **(p=0,011).**

Altı yaşın altındaki çocukların SPO2 ortalamaları (D: 99,8±0,95 %, K: 99,91±0,28 %) 6 yaş ve üzeri çocukların ise (D: 99,79±0,73 %, K: 99,73±0,65 %) olduğu ve istatistiksel yönden gruplar arası anlamlı fark olmadığı görüldü (p>0,005). Çocukların SPO2 ortalamaları açısından grup içi farkları incelendiğinde; deney ve kontrol gruplarında grup içi farklılık bulunmadı (p>0,005) (Tablo 4-3).

Bölüm 2: Çocukların Triyaj Değerlendirme Sonuçlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Bu bölümde Çocuk Hastanesi Erken Uyarı Skorundan (ÇHEUS) (davranış/nörolojik, kardiyovasküler, solunum, aile kaygısı ve sağlık personeli kaygısı ve toplam puanı) elde edilen puan ortalamalarının dağılımları ile Sağlık Bakanlığı Renk Kodlaması ve Triyaj Uygulamasına göre triyaj renk kodunu belirleyen 1. Hemşire ve kamera kayıtları üzerinden aynı değerlendirme yöntemi ile triyaj renk kodunu belirleyen 2. ve 3. hemşirenin sonuçları ile ilgili bulgular bulunmaktadır.

Çocukların triyaj değerlendirme sonuçlarının dağılımı ve karşılaştırılmasına yönelik bulgular Tablo 4-4’ de verildi.

Tablo 4-4. ÇHEUS ve Sağlık Bakanlığı Renk Kodlaması ve Triyaj Uygulamasının Gözlemcilere Göre Değerlendirilmesi

	Deney (n=80)	Kontrol (n=80)	Z; P
	Min-Max; Ort±SS; Medyan (IQR)	Min-Max; Ort±SS; Medyan (IQR)	
Davranış/Nörolojik			
1. Gözlemci	0-2; 0,03±0,22; 0 (0)	0	-
2. Gözlemci	0-2; 0,05±0,31; 0 (0)	0	-
3. Gözlemci	0-1; 0,01±0,11; 0 (0)	0	-
χ^2; P	3,000; 0,223	-	-
Kardiyovasküler			
1. Gözlemci	0-2; 0,78±0,01; 0 (0)	0-2; 0,55±0,74; 0 (1)	-1,446; 0,148
2. Gözlemci	0-2; 0,76±0,90; 0 (0)	0-2; 0,55±0,74; 0 (1)	-1,321; 0,187
3. Gözlemci	0-2; 0,79±0,90; 0 (0)	0-2; 0,56±0,74; 0 (1)	-1,462; 0,144
χ^2; P	0,500; 0,779	2,000; 0,368	-
Solunum			
1. Gözlemci	0-1; 0,05±0,22; 0 (0)	0	-
2. Gözlemci	0-1; 0,038±0,19; 0 (0)	0	-
3. Gözlemci	0-1; 0,038±0,19; 0 (0)	0	-
χ^2; P	2,000; 0,368	-	-
Kaygı			
1. Gözlemci	0-1; 0,25±0,44; 0 (0,75)	0-1; 0,38±0,49; 0 (1)	-1,700; 0,089
2. Gözlemci	0-1; 0,28±0,45; 0 (1)	0-1; 0,38±0,49; 0 (1)	-1,346; 0,178
3. Gözlemci	0-1; 0,28±0,48; 0 (1)	0-1; 0,38±0,49; 0 (1)	-1,457; 0,145
χ^2; P	2,667; 0,264	-	-
ÇHEUS Toplam			
1. Gözlemci	0-2; 1,00±0,87; 1 (2)	0-2; 0,93±0,79; 1 (2)	-1,141; 0,254
2. Gözlemci	0-2; 1,13±0,86; 1 (2)	0-2; 0,93±0,79; 1 (2)	-1,539; 0,124
3. Gözlemci	0-2; 1,09±0,85; 0-2	0-2; 0,93±0,79; 1 (2)	-1,256; 0,209
χ^2; P	2,800; 0,247	-	-
Sağlık Bakanlığı Renk Kodlaması ve Triyaj Uygulaması	**n (%)**	**n (%)**	
1. Gözlemci	Yeşil; 80 (100,0)	Yeşil; 80 (100,0)	-
2. Gözlemci	Yeşil; 80 (100,0)	Yeşil; 80 (100,0)	-
3. Gözlemci	Yeşil; 80 (100,0)	Yeşil; 80 (100,0)	-

Min-Max: Minimum-Maksimum Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma IQR: Çeyrekler Arası Genişlik

Z: Mann Whitney U Testi χ^2: Friedman Testi

Deney, kontrol grupları arasında ve grup içinde; 1., 2. ve 3. gözlemci hemşirelerin Davranış/Nörolojik, Kardiyovasküler, Solunum, Kaygı ve ÇHEUS toplam skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

Gözlemci hemşirelerin tümünün ÇHEUS ile yapılan triyaj değerlendirme sonucunda 0-2 puan arasında değerlendirme yaptığı, bu sonuca göre çocukların triyaj değerlendirme kategorisini yeşil kategori olarak belirledikleri bulundu. Sağlık Bakanlığı Renk Kodlaması ve Triyaj Uygulamasına göre yapılan değerlendirmede de gözlemci hemşirelerin tümünün renk kategorisini yeşil olarak belirledikleri görüldü (Tablo 4-4).

Çocukların ÇHEUS değerlendirme skorlarının gözlemci hemşireler arası uyum değerlendirmesi Tablo 4-5' de verildi.

Tablo 4-5. ÇHEUS Puanlarının Gözlemciler Arası Uyum Değerlendirmesi

		SİKK	**%95 GA**		**F**	**P**
			Alt Sınır	**Üst Sınır**		
Deney (palyaço girişimi yapılan)	Davranış/Nörolojik	0,985	0,978	0,990	**64,866**	**0,001****
	Kardiyovasküler	**0,988**	0,982	0,992	**80,654**	**0,001****
	Solunum	**0,963**	0,946	0,975	**27,089**	**0,001****
	Kaygı	0,979	0,970	0,986	**47,729**	**0,001****
	ÇHEUS toplam	0,985	**0,978**	**0,990**	**64,866**	**0,001****
Kontrol (rutin girişim)	Davranış/Nörolojik	**0,999**	0,998	0,999	**1718,988**	**0,001****
	Kardiyovasküler	**0,997**	0,996	0,998	**396,848**	**0,001****
	Solunum	**0,999**	0,998	0,999	**1718,988**	**0,001****
	Kaygı	**0,999**	0,998	0,999	**1718,988**	**0,001****
	ÇHEUS toplam	**0,999**	0,998	0,999	**1718,988**	**0,001****
Total	Davranış/Nörolojik	0,988	0,982	0,992	**80,654**	**0,001****
	Kardiyovasküler	0,992	0,989	0,994	**121,843**	**0,001****
	Solunum	**0,964**	0,953	0,972	**27,547**	**0,001****
	Kaygı	0,991	0,988	0,993	**105,471**	**0,001****
	ÇHEUS toplam	**0,992**	0,989	0,994	**121,843**	**0,001****

SİKK: Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı *GA: Güven Aralığı* ***p<0,01*

Deney ve kontrol grubu çocukların triyaj değerlendirmelerini yapan hemşirelerin değerlendirme sonuçları incelendiğinde; 1., 2. ve 3. gözlemci hemşireler arasında

Davranış/Nörolojik, Kardiyovasküler, Solunum, Kaygı ve ÇHEUS toplam puanları bakımından deney grubunda; %96,3-98,8; kontrol grubunda; %99,7-99,9; tüm çocuklarda; %96,4-99,2 düzeylerinde oldukça yüksek uyumlar saptandı (p<0,01).

Deney grubunda; 1., 2. ve 3. gözlemci hemşireler arasında ÇHEUS toplam puanlar bakımından %98,5 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek bir uyum gözlenmiştir (%95 GA: 0,978-0,990, p=0,001; p<0,01).

Kontrol grubunda; 1., 2. ve 3. gözlemci hemşireler arasında ÇHEUS toplam puanlar bakımından %99,9 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek bir uyum gözlenmiştir (%95 GA: 0,998-0,999, p=0,001; p<0,01).

Toplamda; 1., 2. ve 3. gözlemci hemşireler arasında ÇHEUS toplam puanlar bakımından %99,2 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek bir uyum gözlenmiştir (%95 GA: 0,989-0,994, p=0,001; p<0,01).

Bölüm 3: Grupların Anksiyete ve Memnuniyet Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Bu bölümde çocukların Çocuk Anksiyete Skalası-Durumluluk ölçeği ve memnuniyet puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı ve karşılaştırılmasına yönelik bulgular verilmiştir.

Gruplarda yer alan çocukların Çocuk Anksiyete Skalası-Durumluluk ölçeği ve memnuniyet puan ortalamalarının dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 4-6' da verildi.

Tablo 4-6. Grupların Acile Geliş ve Acilden Ayrılış Anksiyete ve Memnuniyet Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

	Deney (n=80)		**Kontrol (n=80)**		**[1]t**	**P**
	Min-Max	**Ort±SS**	**Min-Max**	**Ort±SS**		
Anksiyete						
Acile geliş	4-10	7,20±2,39	3-10	6,58±1,88	**2,199**	**0,029***
Acilden ayrılış	1-8	2,39±1,73	1-8	4,16±2,08	**-5,870**	**<0,001****
Fark	[-9]-[-2]	-4,81±1,66	[-9]-[-1]	-2,41±1,88	**-8,553**	**<0,001****
[2]t	**25,901**		**11,474**			
P	**<0,001****		**<0,001****			
Memnuniyet						
Acilden ayrılış	7-10	9,55±0,83	3-10	7,69±1,15	**11,743**	**<0,001****

Min-Max: Minimum-Maksimum *Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma* **p<0,05* ***p<0,01*
[1]t: Student-t Testi *[2]t: Eşleştirilmiş Örneklem t-Testi*

Çocukların Çocuk Anksiyete Skalası-Durumluluk ölçeğinden alabilecekleri puan 0-10 arasında değişmektedir. Gruplardaki çocuklar acile geliş ve ayrılış anksiyete puan ortalamaları yönüyle incelendiğinde:

Deney grubundaki çocukların acile geliş anksiyete düzeyleri 4-10 puan arasında değişmekte olup, ortalaması 7,20±2,39 puan, kontrol grubunda ise 3-10 puan arasında değişmekte olup, ortalaması 6,58±1,88 puan idi. Deney grubundaki çocukların acile geliş anksiyete puan ortalaması kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı **(p=0,029).**

Deney grubundaki çocukların acilden ayrılış anksiyete düzeyleri 1-8 puan arasında değişmekte olup, ortalaması 2,39±1,73 puan, kontrol grubunda ise 1-8 puan arasında değişmekte olup, ortalaması 4,16±2,08 puan idi. Kontrol grubundaki çocukların acilden ayrılış anksiyete puan ortalamaları deney grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı ve ileri düzeyde yüksek saptandı **(p<0,001).**

Deney grubundaki çocukların acile gelişine göre acilden ayrılış anksiyete puan ortalamalarında görülen düşüş miktarı, kontrol grubundaki çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı ve ileri düzeyde yüksek saptandı **(p<0,001).**

Araştırmaya katılan çocukların memnuniyet puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunun 9,55±0,83 puan, kontrol grubunun ise 7,69±1,15 olduğu, deney grubunun kontrol grubuna göre memnuniyet puan ortalamaları istatistiksel yönde anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı **(p<0,001)** (Tablo 4-6).

Deney ve kontrol gruplarında yer alan çocukların tanımlayıcı özelliklerine göre acile geliş ve acilden ayrılış Çocuk Anksiyete Skalası-Durumluluk ölçeği anksiyete puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası değerlendirilmesi Tablo 4-7’ de verilmiştir.

Tablo 4-7. Çocukların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Acile Geliş ve Acilden Ayrılış Anksiyete Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplar Arası Değerlendirmesi

		Anksiyete Düzeyi											
		Deney (n=80)				Kontrol (n=80)				Gruplar Arası Fark			
		Acile geliş	Acilden ayrılış	[1]t	P	Acile geliş	Acilden ayrılış	[1]t	P	Acile geliş		Acilden ayrılış	
		Ort±SS	Ort±SS			Ort±SS	Ort±SS			[2]t	P	[2]t	P
Yaş (yıl)	**<6 yıl**	7,61±1,79	2,39±1,84	**19,375**	**<0,001****	6,83±1,89	4,37±2,00	**9,001**	**<0,001****	1,859	0,067	**-4,288**	**<0,001****
	≥6 yıl	6,77±1,53	2,38±1,63	**18,283**	**<0,001****	6,38±1,87	4,00±2,14	**7,664**	**<0,001****	0,625	0,534	**-4,163**	**<0,001****
	[2]t	**2,225**	0,014			0,544	0,388						
	P	**0,027***	0,989			0,588	0,707						
Cinsiyet	**Kız**	6,93±1,80	1,96±1,73	**13,862**	**<0,001****	6,43±1,88	3,95±2,16	**7,191**	**<0,001****	0,732	0,467	**-4,146**	**<0,001****
	Erkek	7,35±1,66	2,62±1,71	**22,218**	**<0,001****	6,70±1,90	4,35±2,01	**9,121**	**<0,001****	1,705	0,092	**-4,519**	**<0,001****
	[2]t	-1,043	-1,620			-0,542	-0,451						
	P	0,300	0,109			0,590	0,653						
Kronik hastalık	**Var**	7,27±1,62	2,53±2,17	**12,752**	**<0,001****	6,50±1,79	4,36±2,06	**3,873**	**0,002****	1,210	0,237	**-2,319**	**0,028***
	Yok	7,18±1,74	2,35±1,63	**22,655**	**<0,001****	6,59±1,91	4,12±2,09	**10,846**	**<0,001****	1,533	0,128	**-5,525**	**<0,001****
	[2]t	0,167	0,360			-0,118	0,424						
	P	0,868	0,720			0,906	0,673						
İlaç kullanımı	**Var**	7,67±1,66	2,89±2,52	**8,732**	**<0,001****	6,86±1,77	4,29±1,89	2,364	0,056	0,940	0,363	-1,220	0,243
	Yok	7,14±1,72	2,32±1,62	**24,218**	**<0,001****	6,55±1,90	4,15±2,11	**11,473**	**<0,001****	1,651	0,101	**-5,958**	**<0,001****
	[2]t	0,868	0,921			0,458	0,188						
	P	0,388	0,360			0,648	0,851						

Min-Max: Minimum-Maksimum *Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma* **p<0,05* ***p<0,01*

[1]t: Eşleştirilmiş Örneklem t-Testi *[2]t: Student-t Testi* *[3]F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)*

Gruplardaki çocukların tanımlayıcı özelliklerine göre acile geliş ve acilden ayrılış anksiyete puan ortalamaları grup içi ve gruplar arası incelendiğinde;

Deney grubunda, yaş gruplarına ($p<0,001$), cinsiyete ($p<0,001$), kronik hastalık varlığına ($p<0,001$) ve ilaç kullanım durumuna ($p<0,001$) göre acile geliş anksiyete puan ortalamaları, acilden ayrılışa göre istatistiksel olarak anlamlı ve ileri düzeyde yüksek saptandı **($p<0,01$)**. Ayrıca bu grupta acile geliş anksiyete puan ortalaması altı yaşın altındaki çocuklarda altı yaş ve üzeri olan çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı **($p=0,027$)**.

Kontrol grubunda, çocukların yaş gruplarına ($p<0,001$), cinsiyete ($p<0,001$), kronik hastalık varlığına ($p<0,001$) göre acile geliş anksiyete puan ortalamaları, acilden ayrılışa göre istatistiksel olarak anlamlı ve ileri düzeyde yüksek saptandı **($p<0,01$)**. Kronik hastalığı olan kontrol grubu çocuklarda anksiyete puan ortalamasının olmayanlara göre daha az azaldığı bulundu ($p=0,002$).

İlaç kullanan kontrol grubu çocuklarda acile geliş ve ayrılış anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak bir fark saptanmadı ($p>0,05$). İlaç kullanmayan çocuklarda ise acile geliş anksiyete puan ortalamaları, acilden ayrılışa göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı **($p<0,001$)** (Tablo 4-7).

Gruplar arası fark incelendiğinde;

Kontrol grubunda yaş gruplarına ($p<0,001$; $p<0,01$), cinsiyete ($p<0,001$; $p<0,01$), kronik hastalığın olma ($p=0,028$) ve olmama ($p<0,001$) durumuna göre acilden ayrılış anksiyete puan ortalamaları deney grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p<0,05$; $p<0,01$). Kontrol grubu ilaç kullanmayan çocuklarda anksiyete puan ortalaması deney grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p<0,001$; $p<0,01$) (Tablo 4-7).

Deney ve kontrol grubu çocukların tanımlayıcı özelliklerine göre acil servisten ayrılışta memnuniyet puan ortalamalarının dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 4-8' de verildi.

Tablo 4-8. Çocukların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Memnuniyet Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

		Acilden ayrılış Memnuniyet Düzeyi		^1t	P
		Deney (n=80)	Kontrol (n=80)		
		Ort±SS	Ort±SS		
Yaş (yıl)	**<6 yıl**	9,46±0,90	7,77±1,33	**6,581**	**<0,001****
	≥6 yıl	9,64±0,74	7,62±1,01	**10,321**	**<0,001****
	^2t	-0,962	0,571		
	P	0,339	0,569		
Cinsiyet	**Kız**	9,46±0,88	7,70±1,33	**6,066**	**<0,001****
	Erkek	9,60±0,80	7,67±0,99	**10,455**	**<0,001****
	^2t	-0,679	0,109		
	P	0,499	0,914		
Kronik hastalık	**Var**	9,73±0,59	7,57±1,34	**5,676**	**<0,001****
	Yok	9,51±0,87	7,71±1,12	**10,245**	**<0,001****
	^2t	0,954	-0,412		
	P	0,343	0,681		
İlaç kullanımı	**Var**	9,78±0,67	7,29±1,6	**4,247**	**<0,001****
	Yok	9,52±0,84	7,73±1,11	**10,915**	**<0,001****
	^2t	0,878	-0,964		
	P	0,383	0,338		

Min-Max: Minimum-Maksimum *Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma* **p<0,05* ***p<0,01*
^{1}t: Eşleştirilmiş Örneklem t-Testi *^{2}t: Student-t Testi* *^{3}F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)*

Araştırmaya katılan çocukların tanımlayıcı özelliklerine göre acilden ayrılış memnuniyet puan ortalamaları incelendiğinde;

Deney grubunda, yaş gruplarına (p<0,001), cinsiyete (p<0,001), kronik hastalık varlığına (p<0,001), ilaç kullanım durumuna (p<0,001) göre muayene sonrası memnuniyet puan ortalamaları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı **(p<0,001)** (Tablo 4-8).

Bölüm 4: Gruplardaki Ebeveynlerin Anksiyete ve Memnuniyet Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Bu bölümde çocukların ebeveynlerinin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ölçeği ve memnuniyet puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı ve karşılaştırılmasına yönelik bulgular verilmiştir.

Gruplardaki çocukların ebeveynlerinin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ölçeği ve memnuniyetpuan ortalamalarının dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 4-9' da verildi.

Tablo 4-9. Gruplardaki Ebeveynlerin Anksiyete ve Memnuniyet Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

	Deney (n=80)		**Kontrol (n=80)**		**^1t**	**P**
	Min-Max	**Ort±SS**	**Min-Max**	**Ort±SS**		
Anksiyete						
Acile geliş	45-80	68,88±8,32	49-80	66,45±8,46	1,827	0,070
Acilden ayrılış	36-80	58,68±10,35	37-80	60,85±9,28	-1,399	0,164
Fark	[-35]-[5]	-10,20±9,04	[-37]-[9]	-5,60±6,35	**-3,725**	**<0,001****
^2t	**10,094**		**7,891**			
P	**<0,001****		**<0,001****			
Memnuniyet						
Acilden ayrılış	6-10	9,74±0,67	4-10	9,01±1,58	**3,780**	**<0,001****

Min-Max: Minimum-Maksimum *Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma* ***p<0,01*
^1t: Student-t Testi *^2t: Eşleştirilmiş Örneklem t-Testi*

Ebeveynlerin gruplar arasında acile geliş ve ayrılış Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ölçeği puan ortalamaları değerlendirildiğinde; deney grubu ebeveynlerin acile gelişte 68,8±8,32, kontrol grubunun ise 66,45±8,46 puanı olduğu ve gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel yönden anlamlı bir fark olmadığı görüldü (p=0,070). Deney grubunun acilden ayrılışta 58,68±10,35, kontrol grubunun ise 60,85±9,28 puanı olduğu ve gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel yönden anlamlı bir fark olmadığı görüldü (p=0,164).

Ebeveynlerin grup içi karşılaştırmaları incelendiğinde; deney ve kontrol grubunda bulunan ebeveynlerin acile gelişe göre acilden ayrılış anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşüşler (D: **p<0,001**, K: **p<0,001**) bulunduğu belirlendi. Ancak deney grubundaki ebeveynlerin acile gelişe göre ayrılış anksiyete puanlarında görülen düşüş miktarı, kontrol grubundaki ebeveynlere göre istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı düzeyde yüksek olarak saptandı **(p<0,001)**.

Her iki gruptaki araştırmaya katılan ebeveynlerin acilden ayrılış memnuniyet puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubundaki ebeveynlerin memnuniyet puan ortalamalarının 9,74±0,67, kontrol grubundaki ebeveynlerin 9,01±1,58 olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi. Deney grubundaki ebeveynlerin memnuniyet düzeyi kontrol grubundakilere göre ileri derecede anlamlı düzeyde yüksek idi **(p<0,001)** (Tablo 4-9).

Araştırmaya katılan ebeveyne göre acile geliş ve ayrılış Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ölçeği anksiyete ve memnuniyet puan ortalamasının grup içi ve gruplar arası değerlendirmesi Tablo 4-10’ da verildi.

Tablo 4-10. Araştırmaya Katılan Ebeveyne Göre Acile Geliş ve Ayrılış Anksiyete ve Memnuniyet Puan Ortalamasının Değerlendirmesi

		Deney (n=80)				Kontrol (n=80)				Gruplar Arası Fark			
		Acile geliş	Acilden ayrılış	^1t	P	Acile geliş	Acilden ayrılış	^1t	P	Acile geliş		Acilden ayrılış	
		Ort±SS	Ort±SS			Ort±SS	Ort±SS			^2t	P	^2t	P
Anksiyete	**Anne**	68,81±8,09	59,06±10,54	**8,400**	**<0,001****	63,33±13,55	57,47±14,51	**6,584**	**<0,001****	**2,744**	**0,007****	**2,680**	**0,009****
	Baba	69,13±9,49	57,13±9,72	**6,013**	**<0,001****	63,04±21,18	58,18±21,53	**5,445**	**<0,001****	1,070	0,292	-0,183	0,856
	^2t	-0,133	0,667			0,071	-0,171						
	P	0,894	0,507			0,944	0,864						
Memnuniyet	**Anne**	-	9,70±0,73	-	-	-	8,90±1,65	-	-	-	-	**3,548**	**0,001****
	Baba	-	9,88±0,34	-	-	-	9,00±1,93	-	-	-	-	1,789	0,082
	^2t	-	-0,917			-	-0,239						
	P	-	0,362			-	0,812						

Min-Max: Minimum-Maksimum *Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma* ***p<0,01*

^1t: Eşleştirilmiş Örneklem t-Testi *^2t: Student-tTest*

Ebeveynlerin Anksiyete Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi;

Deney grubunda, annelerde acile geliş anksiyete puan ortalaması (68,81±8,09), acilden ayrılışa göre (59,06±10,54) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı **(p<0,001)**. Babalarda da benzer şekilde acile geliş anksiyete puan ortalamaları (69,13±9,49) acilden ayrılışa göre (57,13±9,72) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı **(p<0,001)**.

Kontrol grubunda, annelerde acile geliş anksiyete puan ortalamaları 63,33±13,55, acilden ayrılış puan ortalamaları 57,47±14,51olup istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı **(p<0,001)**. Babalarda ise acile geliş anksiyete puan ortalamaları 63,04±21,18, acilden ayrılış puan ortalamaları 58,18±21,53 olup istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı **(p<0,001)**. Anne-baba arasında anksiyete puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

Gruplar arası fark incelendiğinde; deney grubu anne ebeveynlerde acile geliş (p=0,007) ve acilden ayrılış (p=0,009) anksiyete puan ortalaması kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı **(p<0,001)** (Tablo 4-10).

Ebeveynlerin Memnuniyet Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi;

Deney grubunda, annelerin acilden ayrılış memnuniyet puan ortalamaları 9,70±0,73, babaların ise 9,88±0,34 olup anne-baba arasında acilden ayrılış memnuniyet puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

Kontrol grubunda, annelerin acilden ayrılış memnuniyet puan ortalamaları 8,90±1,65, babaların ise 9,00±1,93 olup anne-baba arasında acilden ayrılış memnuniyet puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

Gruplar arası fark incelendiğinde; deney grubu anne ebeveynlerde acilden ayrılış memnuniyet puan ortalaması kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p=0,001; p<0,01) (Tablo 4-10).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde; çocuk acil servise herhangi bir şikâyetle başvuran 4-10 yaş arasında, triyaj kategorisi yeşil olarak ön görülen çocuklara triyaj değerlendirmesinde palyaço uygulamasının çocuk-ebeveynin anksiyete ve memnuniyet düzeyine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü tek kör deneysel tasarım olarak gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen bulguların tartışması bulunmaktadır.

Araştırma sonuçları, bulguların veriliş sırası ve araştırmanın hipotezleri dikkate alınarak literatür bilgileri doğrultusunda aşağıdaki bölüm başlıkları altında tartışıldı. Ancak triyaj değerlendirmesinde çocukların ve ebeveynlerin anksiyetesini azaltmak ve memnuniyetini arttırmak amacıyla palyaço uygulamasının yapıldığı bir çalışmaya rastlanmadığından tartışma kendi bulgularımız ve palyaço uygulaması kullanılan diğer çalışmalarla yapılmıştır.

Bölüm 1: Grupların ve Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bölüm 2: Grupların Triyaj Değerlendirme Sonuçlarının Dağılımı ve Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bölüm 3: Grupların Anksiyete ve Memnuniyet Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bölüm 4: Ebeveynlerin Anksiyete ve Memnuniyet Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bölüm 1: Grupların ve Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde, araştırma kapsamındaki deney ve kontrol grubundaki çocuklar ile ebeveynlerinin tanıtıcı özelliklerinin gruplara ve literatüre göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Deney ve kontrol grubundaki çocukların yaş, yaş grubu, cinsiyet, kronik hastalık, ilaç kullanımı, araştırmaya katılan ebeveyn, kardeş sayısı, sosyal güvence durumuna göre dağılımında iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$; Tablo 4-1). Deney ve kontrol grubundaki çocukların ve ebeveynlerinin tanıtıcı özelliklerinin benzerlik göstermesinin, araştırma bulgularının güvenirliği açısından önemli bir sonuç olduğu düşünüldü.

Araştırmaya katılan çocukların yaşları 4-10 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması 5,73±1,45 yıl idi. Gruplara göre çocukların yaş ortalamaları incelendiğinde; deney ve kontrol grubunun yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlendi ($p>0,05$; Tablo 4-1). Çocukların hastane ziyaretlerinde anksiyetelerini azaltmaya yönelik palyaço girişiminin uygulandığı farklı türdeki çalışmalara bakıldığında ortanca yaşlarının 4-11 arasında değiştiği ve araştırma grubunun da yaş açısından literatüre benzer olduğu belirlendi (Weaver et. al. 2007, Viggiano et. al. 2015, Felluga et. al.2016).

Deney ve kontrol gruplarındaki çocuklar cinsiyetlerine göre değerlendirildiğinde; deney grubunun %65' inin, kontrol grubunun ise %53,8' inin erkek olduğu ve cinsiyet dağılımlarının birbirine benzer özellik gösterdiği saptandı ($p>0,05$; Tablo 4-1). Benzer şekilde; acil servise başvuran çocukların cinsiyet yönüyle ağırlıklı olarak erkek olduğu bildirilmiştir (Gibson, Jelinek ve Jiwa 2010, Alpern et. al. 2014, Christensen et. al. 2017, Blair et. al. 2018, Riva et. al. 2018).

Gruplardaki çocuklar kronik hastalık yönüyle incelendiğinde; deney grubunda %18,8' inde, kontrol grubunda ise %17,5' inde kronik hastalık olduğu ve gruplar arasında kronik hastalık görülme oranları açısından birbirine benzer özellik gösterdiği belirlendi ($p>0,05$; Tablo 4-1). Greenfield ve ark. (2021) benzer şekilde kronik hastalığı olan çocukların daha fazla acil servis başvurularının olduğunu bildirmiştir. Bununla birlikte kronik hastalığı olan çocukların acil servise kronik durumları ile ilgili olmayan problemler nedeniyle başvurdukları da vurgulanmaktadır.

Gruplar acil servisteki tanıları, çocuğu acil servise getiren ebeveyn, daha önce acil servise başvuru durumu, acil servise başvuru sayısı, acil serviste kalış süresi açısından

karşılaştırıldıklarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı, grupların acil başvuru sürecine yönelik benzer özellikte oldukları belirlendi (p>0,05; Tablo 4-2).

Çocukların acil servise geliş şikâyeti/şikâyetleri incelendiğinde; deney ve kontrol grubundaki çocukların çoğunluğunda sırasıyla enfeksiyon (D: %58,8, K: %41,3), solunum (D: %37,5, K: %28,8), gastrointestinal (D: %26,3, K: %22,5) sorunlar olduğu belirlendi. Deney grubundaki çocuklarda enfeksiyon sorunlarının görülme oranı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı (**p=0,027**; Tablo 4-2). Literatür incelendiğinde de çocukların acil servise başvuru şikayetlerinde ilk 3 sırada; enfeksiyon, solunum ve gastrointestinal kaynaklı sorunların yer aldığı belirlenmiştir (Ijaz ve ark. 2018; Karakaş ve ark. 2020).

Araştırmaya katılan çocuklar acil servisteki tanıları yönüyle incelendiğinde; deney ve kontrol grubundaki çocukların çoğunluğu sırasıyla solunum sistemi (D: %61,3, K: %60), gastrointestinal sistem (D: %22,5, K: %21,3) tanılarını aldığı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlendi (p>0,05; Tablo 4-2). Literatürde acil servise başvuran çocuklarda yaygın olarak görülen tanıların; tüm başvuruların yaklaşık üçte birini oluşturan solunum, enfeksiyon, gastrointestinal sistem tanıları olduğu vurgulanmaktadır (Gibson, Jelinek ve Jiwa 2010, Alpern et. al. 2014, Neuman et. al. 2014, Christensen et. al. 2017, Seguin et. al. 2018, Riva et. al. 2018, Leon et. al. 2019).

Ebeveynlerin acil servisi tercih etme nedenleri değerlendirildiğinde; deney ve kontrol grubundaki ebeveynlerin çoğunluğu sırasıyla daha önceden memnun kalma (D: %53,8, K: %56,3), eve yakınlık (D: %11,3, K: %11,3), daha güvenilir bulma (D: %16,3, K: %5) olduğu belirlendi. Deney grubundaki ebeveynlerin ***"daha güvenilir bulması"*** nedeniyle acil servisi tercih etmeleri durumunun, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı **(p=0,040**; Tablo 4-2). Benzer şekilde; Kua ve arkadaşlarının (2016) çocukların acil servise götürülmesiyle ilgili karar verme faktörlerini belirlemek için 49 ebeveynle yapmış oldukları nitel çalışmada ebeveynlerin; çocuğun semptomlarını ciddi olarak algılama, birinci basamak sağlık hizmetlerine mesai saatleri dışında ulaşamama, acil serviste pediatri uzmanının bulunması gibi faktörler olduğunu belirtmişlerdir.

Grupların ebeveynlerine göre çocuklarının sağlık ciddiyeti incelendiğinde; deney grubundaki ebeveynlerin %20' si, kontrol grubundaki ebeveynlerin ise %3,8' inin çocuklarının sağlık durumunu çok ciddi olarak gördükleri ve deney grubundaki ebeveynlerin çocuğunun sağlık durumunu ***"çok ciddi görme"*** durumunun kontrol grubundaki ebeveynlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi (**p=0,001**; Tablo 4-2). Benzer

şekilde; Kubicek ve arkadaşları (2012) çocuğu acil olmayan olarak triyaj yapılmasına rağmen, ebeveynlerin yarısından fazlasının (%63) çocuklarının durumunu "acil" ya da "çok acil" olarak tanımlamış olduklarını belirtmişlerdir.

Daha önce acil servise getirilen çocukların başvuru sayıları 1-74 kez arasında değişmekte olup, ortalaması 12,51±12,67 kez idi. Gruplara göre çocukların daha önce acil servise başvuru sayıları incelendiğinde; deney grubunda 11,91±12,39 kez, kontrol grubunda ise 13,11±13,00 kez olduğu ve acil servise başvuru sayılarının istatistiksel yönden birbirine benzer özellik gösterdiği saptandı (p>0,05; Tablo 4-2).

Literatürde bir yıl içerisinde dört veya beşten fazla olan acil servis başvurusu ***sık acil servis kullanımı*** olarak tanımlanmakta olup bu oranın %0,3-75 arasında değişmekte olduğu vurgulanmaktadır (Greenfield et. al. 2021). Gibson, Jelinek ve Jiwa (2010)' nın Avustralya' da yapmış olduğu çalışmada bizim çalışmamızdan daha fazla oranda bir yıl içerisinde 20 kezden daha fazla acil servis başvurusu olduğunu bildirmişlerdir.

Pediatri acil servisinde kalış süresi; acil servise giriş ile taburcu, kabul veya sevk arasındaki zaman olarak tanımlanır. Hastanın kalış süresi acil servisin genel verimliliğini ve hizmet kalitesini yansıtan önemli bir gösterge olup pediatrik hastalarda uzun kalış süresine neden olan durumlar memnuniyeti azaltır (Tezera et. al. 2021). Çalışmamızda çocukların acil serviste kalış süreleri (~7 dakikalık triyaj değerlendirmesi dışında) 3-310 dakika arasında değişmekte olup, ortalama 30,69±40,52 dakika idi. Gruplara göre acil serviste kalış süreleri değerlendirildiğinde; deney ve kontrol grubunda acilde kalış sürelerinin istatistiksel yönden birbirine benzer özellik gösterdiği saptandı (p>0,05; Tablo 4-2). Bourgeois ve Shannan (2007) pediatrik acil serviste hastaların bir doktor tarafından görülmek için ortalama 56,9 dakika beklediği ve acil serviste çalışmamıza kıyasla daha fazla süre bulundukları bildirilmiş olup, bu süre ortalama 168,5 dakikadır.

Çalışmaya katılan deney ve kontrol grubundaki çocukların triyaj değerlendirmesinde ölçümlenen yaşam bulgularının ortalamaları gruplar arasında karşılaştırıldığında: Deney ve kontrol grubundaki tüm çocukların ***ateş, solunum, nabız, sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, ortalama kan basıncı, SPO2*** ortalamalarının benzer olduğu ve istatistiksel yönden gruplar arası anlamlı fark olmadığı görüldü (p>0,005; Tablo 4-3).

Deney ve kontrol gruplarında ateş, SPO2 ve nabız ortalamaları açısından grup içi farkları incelendiğinde; deney ve kontrol gruplarında grup içi farklılık bulunmadı (p>0,005; Tablo 4-3).Altı yaş altı çocukların solunum sayısı ortalamaları (D: **0,011**, K: **0,001**) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (Tablo 4-3). Sistolik kan basıncı ortalamaları açısından; deney

grubunda grup içi farklılık bulunmazken (p>0,005), kontrol grubunda 6 yaş ve üzerindeki çocuklarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (**p=0,012**; Tablo 4-3). Diyastolik kan basıncı ortalamaları açısından; deney grubunda grup içi farklılık bulunmazken (p>0,005), kontrol grubunda 6 yaş ve üzerindeki çocuklarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (**p=0,008**; Tablo 4-3). Ortalama kan basıncı ortalamaları açısından; deney grubunda grup içi farklılık bulunmazken (p>0,005), kontrol grubunda 6 yaş ve üzerindeki çocuklarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (**p=0,011**; Tablo 4-3). Bu sonuçlar palyaço ile etkileşime giren deney grubundaki çocukların acil ortamındaki ve hastaneye gelişteki stresini azaltarak sistolik, diyastolik ve ortalama kan basınçlarını olumlu şekilde normal sınırlarda tuttuğunu düşündürdü. Benzer şekilde; Bertini ve arkadaşlarının (2011) solunum sıkıntısıyla hastaneye yatırılan çocuklarda palyaçoların etkisini inceledikleri çalışmada, palyaço ile etkileşime giren çocuklarda ateş, solunum hızı, diyastolik kan basıncı istatistiksel olarak önemli düzeyde daha düşük bulunmuştur. Yun, Kim ve Jung (2015) okul öncesi çocuklar ve ebeveynlerinin postoperatif ağrı ve anksiyetenin azaltılmasında palyaço hemşirenin etkisinin incelendiği araştırmada palyaço girişimi uygulanan çocukların sistolik kan basıncı ve ameliyat sonrası ağrısının önemli ölçüde daha düşük olduğu belirtilmiştir.

Bölüm 2. Grupların Triyaj Değerlendirme Sonuçlarının Dağılımı ve Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde çocukların triyaj değerlendirme sonuçlarının davranış/nörolojik, kardiyovasküler, solunum, aile kaygısı, sağlık personeli kaygısı ve toplam puanlama skoru yönüyle dağılımı ve karşılaştırılmasına ilişkin bulgular tartışıldı.

Çalışmaya triyaj kategorisi yeşil olarak ön görülen çocuklar dahil edildiğinden, hemşirelerin tümünün ÇHEUS ile yapılan triyaj değerlendirmesi sonucunda bu bölümden alabilecekleri 0-2 puan arasında değerlendirme yaptığı, bu sonuca göre çocukların triyaj değerlendirme kategorisini ön görüldüğü gibi yeşil kategori olarak belirledikleri bulundu (Tablo 4-4).

Deney ve kontrol grubu çocukların triyaj değerlendirmelerini yapan hemşirelerin sonuçları incelendiğinde; 1., 2. ve 3. gözlemci hemşireler arasında Davranış/Nörolojik, Kardiyovasküler, Solunum, Kaygı (aile-sağlık personeli) ve ÇHEUS toplam puanları bakımından deney grubunda; %96,3-98,8; kontrol grubunda; %99,7-99,9; tüm çocuklarda; %96,4-99,2 düzeylerinde oldukça yüksek uyumlar saptandı. ÇHEUS değerlendirme sonuçları

~%95 güven aralığında olup, deney grubunda 0,97-0,99, kontrol grubunda 0,99, toplamda 0,98-0,99 bulundu ($p<0,01$; Tablo 4-5). Bu sonuçlar ÇHEUS' un yeşil kategorideki triyajın değerlendirilmesi için güvenli/geçerli olduğunu gösterdi.

Grupların Sağlık Bakanlığı Renk Kodlaması ve Triyaj Uygulaması ile yapılan değerlendirmesinde de gözlemcilerin tüm çocukları yeşil kategorisinde değerlendirdikleri belirlendi (Tablo 4-4). Bu sonuçlar ÇHEUS' un yeşil kategorisi bakımından Sağlık Bakanlığı' nın uyguladığı triyaj sistemi ile benzer sonuçlar elde edildiğini gösterdi.

Bölüm 3. Grupların Anksiyete ve Memnuniyet Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde deney ve kontrol grubundaki çocukların Çocuk Anksiyete Skalası-Durumluluk ölçeği ve memnuniyet puan ortalamalarının gruplar arasında ve grup içinde karşılaştırılmasına ilişkin bulgular tartışıldı.

Acil servise başvuran çocuk ve ebeveynin aciliyet algıları ve anksiyete düzeyleri farklılık gösterir. Bu süreçte çocuk-ebeveyn psikolojik, sosyal ve fizyolojik travma yaşayabilir. Çocuğun yaşadığı travmalar hastaneye ve tedaviye uyumunu olumsuz yönde etkiler. Bununla birlikte ailenin rutini bozulur, gereksiz zaman ve maddi kayıp yaşanabilir (Kyle 2008, Bowden ve Greenberg 2010, Hockenberry ve Wilson 2015). Literatür, palyaçoların çocukların hastane çevrelerine uyum sağlamasına yardımcı olduğunu ve geleneksel klinik müdahaleleri tamamlamak için "eğlenceli dozlar" yoluyla ağrılı veya korkutucu prosedürler esnasında dikkatlerini dağıtabileceğini, stresli durumlarda kaygıyı azaltacağını, mizah yoluyla umut sağlayarak çocuklar üzerinde olumlu etkileri olabileceğini ileri sürmektedir (Vagnoli, Caprilli ve Messeri 2010, Finlay, Baverstock ve Lenton 2013, Meiri et. al. 2016).

Çocuk Anksiyete Skalası-Durumluluk ölçeğinden alınabilecek puan 0-10 arasında değişmektedir. Gruplardaki çocuklar acile geliş ve ayrılış anksiyete puan ortalamaları yönüyle incelendiğinde: Deney grubundaki çocukların acile geliş anksiyete düzeyleri 4-10 puan arasında değişmekte olup, ortalaması 7,20±2,39 puan, kontrol grubunda ise 3-10 puan arasında değişmekte olup, ortalaması 6,58±1,88 puan idi. Deney grubundaki çocukların acile geliş anksiyete puan ortalaması kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (**$p=0,029$**; Tablo 4-6).

Çocukların acilden ayrılış anksiyete düzeyleri 1-8 puan arasında değişmekte olup, deney grubunda 2,39±1,73 puan, kontrol grubunda ise 4,16±2,08 puan idi. Kontrol grubundaki

çocukların acilden ayrılış anksiyete puan ortalamaları deney grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı ve ileri düzeyde yüksek saptandı (**p<0,001**; Tablo 4-6). Deney grubundaki çocukların acile gelişine göre acilden ayrılış anksiyete puan ortalamalarında görülen düşüş miktarı, kontrol grubundaki çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı ve ileri düzeyde yüksek saptandı (**p<0,001**; Tablo 4-6). Literatür, çocukların hastane ortamında anksiyete, korku ve acısını azaltmak ve değerlendirilmesini kolaylaştırmak için çeşitli bilişsel psikolojik ve dikkati başka yöne çekme teknikleri farmakolojik olmayan yaklaşımlar (balon şişirme, kitaplar, video oyunları veya çizgi film videoları) önerilmiştir. Anksiteyi azaltmak için kullanılan yöntemler arasında hastane palyaçosu, komik videolar ya da gülme terapisi gibi endorfin salınımını destekleyen ve stres hormonlarını azaltan mizah yöntemleri yer alır. Bu doğrultuda palyaçoların varlığı, rahatsızlığı gidererek ve kahkahayı tetikleyerek, hastaların ağrılarını ve kaygılarını azaltmak için uygulanabilir (Dowling, Hockenberry ve Gregory 2003, Fernandes ve Arriaga 2010, Dionigi, Sangiorgi ve Flangini 2014, Felluga ve ark. 2015).

Bu sonuç, triyaj değerlendirmesinde kullanılan palyaço uygulamasının çocukların acil servise kabulde yaşadığı stres/anksiyeteyi azaltmada etkili olduğu şeklinde yorumlandı. Elde edilen bulgular H_1 hipotezi olan ***"Triyaj değerlendirme sürecinde palyaço uygulaması yapılan çocukların anksiyete puanı ortalaması, yapılmayan çocuklara göre daha düşüktür."*** hipotezini desteklemektedir. Capua ve ark. (2018) acil servis ortamını çocukların yoğun fiziksel acı ve duygusal stres yaşayabileceği bir ortam olarak betimlemekte, palyaçoların, farmakolojik olmayan ve anksiyete yönetiminde kullanılan yöntemler arasında yer aldığı bildirmektedir. İsrail' de akredite pediatrik acil tıp kliniklerinin %95' inde palyaçoların bulunduğu vurgulanmaktadır.

Benzer şekilde; Weaver ve arkadaşları (2007) 4-11 yaşları arasındaki çocukların hastaneye ziyaretlerinin negatif etkilerinin çalışmamıza benzer şekilde palyaço mizahı ile azaltılabilir olduğunu belirtmişlerdir. Meiri ve arkadaşlarının (2017) yapmış olduğu çalışmada 2-6 yaş arasındaki 93 çocuk randomize edilmiş (D: 44, K: 49), çocukların acil servisteki fizik muayeneleri deney grubunda ebeveyn ve palyaço, kontrol grubunda ise ebeveyn yardımıyla yapılmış, deney grubundaki çocukların %94' üne tam fizik muayene yapılmış, muayeneye dirençlerinde azalma bildirilmiştir.

Felluga ve ark. (2016) acil serviste palyaço terapisinin çocukların kaygı ve ağrı düzeyleri üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları yarı randomize kontrollü çalışmada 4-11 yaş arası 40 çocuk (D: 20, K: 20) gruplara ayrılmış, deney grubu çocuklar muayene ve ağrılı işlemi tamamlamak için gereken süre boyunca acil serviste 2 palyaço ile etkileşime

girmiş, kontrol grubundaki çocuklar ise ebeveynlerinin katılımıyla sağladığı oyalama (hastanın yaşına göre sabun köpüğü, video oyunları, televizyon, kitaplar) teknikleri uygulanmış deney grubu çocukların anksiyete düzeylerinde çalışmamıza benzer şekilde anlamlı derecede azalma saptanmıştır.

Antonelli ve ark. (2016) çalışmalarında acil servise gelen çocukların duygusal durumları üzerine farmakolojik olmayan müdahalelerin karşılaştırılması amacıyla 3-16 yaş arası 105 çocuğu palyaço uygulaması (n=18), hayvan destekli müdahale-köpek (n=24), canlı müzik dinletisi (n=15) ve kontrol (n=48) grubu olmak üzere 4 gruba ayırmış, 3 müdahalenin gruplar üzerinde benzer etkisinin olduğu ve gruplar arasında farklılık olmadığı sonucuna varmış, bununla birlikte farklı farmakolojik olmayan müdahalelerin çocukların duygusal durumlarını olumlu yönde güçlendirdiğini ancak ağrı üzerine etkisi olmadığını bildirmişlerdir.

Literatür incelendiğinde; Rimon ve ark. (2016) yaptıkları randomize kontrollü çalışmada pediatrik acil serviste 2-15 yaş 53 çocukta intravenöz girişim (kan alma/periferik katater uygulaması) sırasında çocuğun ağrısını/sıkıntısını azaltmak için palyaço destekli müdahalenin anksiyete ve kortizol seviyesi üzerine etkisini belirlemeyi amaçlamışlardır. Deney grubundaki çocuklara (n=29) işlem sırasında palyaço müdahalesi, kontrol grubu çocuklara (n=24) ise rutin klinik uygulama yapılmış, palyaço müdahalesi yapılan çocuklarda çalışmamıza benzer şekilde intravenöz işlem nedeniyle oluşan anksiyete azalmış, kortizol seviyeleri üzerinde herhangi bir değişim gözlenmemiştir.

Wolyniez ve ark. (2013), pediatri acil serviste intrevenöz kateter uygulaması sırasında tıbbi palyaço müdahalesinin ağrı ve anksiyete düzeyine etkisini incelemişlerdir. Çalışmaya dahil edilen 47 çocuğu iki gruba (26 palyaço, 21 kontrol) randomize olarak atamışlardır. Palyaço grubuna 15 dk' lık müdahale sonunda çalışmamıza benzer şekilde anksiyete düzeyinde azalma olduğu sonucuna varmışlardır.

Javed ve ark. (2021) randomize kontrollü çalışmalarında 6-12 yaş 76 çocukta periferik intravenöz katater yerleştirme sırasında palyaço ve sabun köpüğü ile dikkat dağıtmanın çocukların anksiyete düzeyi üzerine etkisini belirlemeyi amaçlamıştır. Deney grubunda (n=38) bulunan çocuklara işlem sırasında palyaço ve sabun köpüğü ile dikkat dağıtma uygulanmış, kontrol grubuna (n=38) ise rutin klinik uygulama yapılmış, deney grubu çocuklarda kaygı ve algılanan ağrıyı azaltmada farmakolojik olmayan etkili yöntemler olduğu sonucuna varılmıştır.

Kurudirek (2020) 7-12 yaş grubu 74 çocuk (D: 38, K:36) gruplara ayrılmış, deney grubuna palyaço ile terapötik mizah uygulaması kontrol grubuna ise rutin klinik uygulama

yapılmış intratekal kemoterapi sırasında palyaço ile yapılan terapötik mizahın anksiyeteyi kontrol grubuna göre önemli düzeyde azalttığı bildirilmiştir.

Viggiano ve arkadaşları (2015) 4-11 yaş arası manyetik rezonans görüntüleme işlemi yapılacak 105 çocuk hiçbir müdahale yapılmayan bir kontrol grubu ve üç farklı etkinliğin yapıldığı bir deney grubuna ayrılmış, deney grubuna yapılacak olan 3 farklı etkinlikten rastgele biri (palyaço gösterisi, köpek etkileşimi, canlı müzik) seçilerek uygulanmıştır. Çalışmanın sonunda faaliyetlere katılımın yüksek olduğu, 3 etkinliğin benzer şekilde anksiyete düzeyini azaltmada etkin olduğu ve sedasyon ihtiyacını azalttığı bildirilmiştir.

Diğer taraftan palyaço girişiminin etkin olmadığını ve çocuklarda korkuya neden olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Meiri ve ark. (2017) tarafından yapılan çalışmada 1160 çocuk palyaço ile etkileşime girmiş, çocukların 14' ü (%1,2) korku yaşamıştır. Korku yaşayan çocukların yaş ortalaması 3,5 yıl, yaşları 1-15 yıl arasında değişmekte olup, çoğu kız (n=12; %85,7)' dır. Palyaçodan önemli ölçüde korkan çocuklar aynı zamanda palyaço ziyaretleriyle karşılaşmaktan ve bu durumu düşünmekten de önemli ölçüde korktuklarını bildirmişlerdir.

Heilbrunn ve ark. (2014), çocuk acil serviste uygulanan tıbbi palyaço müdahalesi ve çocuk yaşam uygulamasının anksiyeteyi azaltmada etkisini incelemişlerdir. Çalışmaya dahil edilen 5-12 yaş arası 113 çocuğu üç gruba (43 palyaço, 41 çocuk yaşamı hizmetleri, 29 kontrol) randomize olarak atamışlardır. Çocuk yaşamı hizmetleri girişimi ile anksiyetede anlamlı düzeyde azalma görülmüştür. Palyaço grubuna 5 dk' lık uygulamasının sonunda, çalışmamızın aksine palyaço uygulamasının anksiyete düzeyini azaltmada etkili olduğu saptanmamıştır. Buna rağmen, palyaço girişiminin çocuk acil servisinde kullanımını önermişlerdir. Meisel ve ark. (2009) çalışmalarında 3-12 yaş 61 günübirlik cerrahi geçiren çocuklar (D: 28, K: 33) gruplara ayrılmış, palyaço uygulamasının anksiyete ve uyumsuz davranışlar üzerindeki etkisini değerlendirmeyi amaçlamışlardır. Palyaço grubundaki çocukların ameliyat sonrasında uyumsuz davranışları azalmış, ancak anksiyete düzeylerinde herhangi bir değişim saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan çocukların memnuniyet puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunun 9,55±0,83 puan, kontrol grubunun ise 7,69±1,15 puan olduğu, deney grubunun kontrol grubuna göre memnuniyet puan ortalamalarının istatistiksel yönden anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı (**p<0,001**; Tablo 4-6). Tanımlayıcı özellikler yönü ile de (yaş, cinsiyet, kronik hastalık, ilaç kullanımı) deney grubunda memnuniyet puanları istatistiksel yönden anlamlı düzeyde yüksekti (**p<0,001**; Tablo 4-8).

Bu sonuç, triyaj değerlendirmesinde palyaço uygulamasının çocukları rahatlattığı ve memnuniyet düzeylerini arttırdığı düşünüldü. Çocuk ve ebeveynlerin psikolojik ve fiziksel stresi/anksiyetesi terapötik bakımın başlatılmasına yönelik kullanılan palyaço girişimi ile azalmış ve bu durumun memnuniyetin artmasına neden olduğu şeklinde yorumlandı. Bu bulgular H_2 hipotezi olan ***"Triyaj değerlendirme sürecinde palyaço uygulaması yapılan çocukların memnuniyet puan ortalaması, yapılmayan çocuklara göre daha yüksektir."*** hipotezini desteklemektedir.

Benzer şekilde; Efrat-Triester ve ark. (2021) pediatrik ve yetişkin hastane servislerinde memnuniyeti arttırmada ve saldırgan eğilimleri azaltmada palyaçoların yararlılığını incelediği çalışmada palyaçoların çocukların memnuniyetini arttırdığı ve saldırgan eğilimlerini azaltmada faydalı olduğunu belirtmişlerdir.

Bölüm 4. Ebeveynlerin Anksiyete ve Memnuniyet Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde deney ve kontrol grubundaki ebeveynlerinin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ölçeği ve memnuniyet puan ortalamalarının gruplar arasında ve grup içinde karşılaştırılmasına ilişkin bulgular tartışıldı.

Ebeveynlerin gruplar arasında acile geliş ve ayrılış Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ölçeği puan ortalamaları değerlendirildiğinde; deney grubu ve kontrol grubu ebeveynlerin acile geliş ve ayrılıştaki anksiyete puanları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark olmadığı görüldü. Araştırmada, triyaj değerlendirmesinde yapılan palyaço uygulamasının deney grubu ebeveynlerin anksiyetelerini kontrol grubuna göre önemli düzeyde azalttığı saptandı (**p<0,001**; Tablo 4-6).

Ancak; deney ve kontrol grubunda bulunan ebeveynlerin acile gelişe göre acilden ayrılış anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşüşler (D: **p<0,001**, K: **p<0,001**) bulunduğu belirlendi. Deney grubundaki ebeveynlerin acile gelişe göre ayrılış anksiyete puanlarında görülen düşüş miktarı, kontrol grubundaki ebeveynlere göre istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı düzeyde yüksek olarak saptandı (**p<0,001**; Tablo 4-9). Bu sonuç, literatürde olduğu gibi (Vagnoli ve ark. 2005, Koç 2006, Vagnoli ve ark. 2010, Fernandes ve ark. 2010, Diogini ve ark. 2014, Shidharan ve Sivamakrishnan 2016, Zhang et. al. 2017, Çiftçi 2019, Newman ve ark. 2019) palyaço girişiminin ebeveynlerin anksiyete düzeyini düşürdüğü/azalttığı şeklinde yorumlandı. Bulgular H_3 hipotezi olan ***"Triyaj değerlendirme***

sürecinde palyaço uygulaması yapılan ebeveynlerin, anksiyete puanı ortalaması, yapılmayan ebeveynlere göre daha düşüktür.” hipotezini desteklemektedir.

Deney ve kontrol grubu annelerde olduğu gibi babalarda da acile geliş anksiyete puan ortalaması acilden ayrılışa göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Anne-baba arasında anksiyete puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$; Tablo 4-10).

Sınırlı iletişim ve analiz yetenekleri nedeniyle küçük çocuklar genellikle ebeveynlerinin beden dilini ve ifadelerini yorumlayarak tepki verirler. Ebeveynin kaygılı olduğu durumda, bu doğal davranış çocuğun kaygısını daha da arttırmaya neden olur. Çocuklarda ebeveyn kaygısı ile davranışsal ve duygusal tepkiler arasında bağlantı olmasına rağmen çok az çalışma tıbbi palyaço terapisinin ebeveyn stresi üzerindeki etkisini değerlendirmektedir (Vagnoli et. al. 2005, Newman et. al. 2019).

Benzer şekilde; Vagnoli ve ark. (2005) randomize kontrollü çalışmalarında günübirlik cerrahi geçiren 5-12 yaş 40 çocukta palyaço uygulamasının çocuk ve ebeveynin anksiyete düzeyleri üzerine etkisini belirlemeyi amaçlamışlardır. Ameliyat öncesi bekleme odasında ve anestezi indüksiyonu sırasında deney grubunda çocuğa ve ebeveyne palyaço eşlik etmiş, kontrol grubuna ise sadece ebeveyn eşlik etmiştir. Sonuçta deney grubundaki çocuk-ebeveynin anksiyete düzeyinde önemli ölçüde azalma saptanmıştır. Yine Vagnoli ve ark. (2010) yapmış olduğu çalışmada 5-12 yaş arası 75 çocuk 3 gruba ayrılmış; palyaço grubu (çocuğa ameliyat öncesi bekleme odasında ebeveyn ve palyaço eşlik etmiş), premedikasyon grubu (çocuğa ebeveyn eşlik etmiş ve oral midazolam verilmiş), kontrol grubu (çocuğa sadece ebeveyn eşlik etmiş), palyaço grubundaki çocuk ve ebeveynlerin premedikasyon grubu ve kontrol grubuna göre anksiyete düzeyinde önemli ölçüde azalma olduğu belirlenmiştir. Ayrıca kontrol grubu ile premedikasyon grubu arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bu çalışmada palyaço müdahalesi ve ebeveyn varlığının preoperatif dönemde çocuklarda anksiyeteyi azaltmada midazolam premedikasyonu olan veya olmayan ebeveyne göre daha etkili olduğu sonucuna varılmıştır.

Koç (2006) özel hastanede acil yatışı olmayan 7-14 yaş arası 64 çocuk hasta ve ebeveynleri üzerinde hastane palyaçolarının ameliyat öncesi dönemdeki çocukların ve ebeveynlerin anksiyete düzeylerine etkisi için preoperatif dönemde ebeveyn ve çocuklara eğitimli palyaço hemşireler tarafından 30 dakika palyaço ziyareti yapılmış, ziyaret öncesinde ve sonrasında çocuk ve ebeveynlerinin durumluluk anksiyete düzeylerini değerlendirmiştir. Çocukların ve ebeveynlerin palyaço öncesi ve sonrasında kaygı ölçeğinden aldıkları puan

ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulmuş, bilgi verilen ebeveynlerin anksiyete düzeylerinde düşüş olduğunu ancak çocuklarda anlamlı fark olmadığını belirlemiştir.

Fernandes ve ark. (2010) çalışmalarında palyaço müdahalesinin ebeveyn kaygısı üzerine etkisine paralel olarak, palyaço müdahalesinin çocuklarda ameliyat öncesi anksiyete üzerindeki etkisini incelemeyi amaçlamıştır. Örneklem grubunu oluşturan 70 çocuk rastgele deney (çocuğa ebeveyn ve 2 palyaço eşlik etmiş) ve kontrol (çocuğa sadece ebeveyn eşlik etmiş) gruplarına atanmış, ameliyat öncesi çocuk ve ebeveynlerin anksiyete düzeylerinde ve duygusal tepkilerinde azalma olduğu belirlenmiştir.

Dionigi ve ark. (2014) randomize kontrollü çalışmalarında (77 çocuk ve 119 ebeveyn) palyaço doktor müdahalesinin ameliyat için hastaneye yatırılan çocuklarda ve ebeveynlerinde preoperatif anksiyeteyi azaltmayı amaçlamışlardır. Deney grubu çocuğa ebeveynin ve 2 palyaçonun eşlik ettiği 52 çocuk, kontrol grubu ise çocuğa sadece ebeveynlerinin eşlik ettiği çocuklardan oluşmuş, palyaço müdahalesi ile çocukların preoperatif anksiyete düzeyleri önemli ölçüde azalmış, palyaçonun varlığından fayda sağlamış ve daha iyi uyum göstermiştir. Bununla birlikte kontrol grubu annelerin deney grubundaki annelere göre anksiyete düzeyi daha yüksek saptanmıştır.

Çiftçi (2019) günübirlik cerrahi geçirecek 7-10 yaş 105 çocuk ve ebeveyn rutin ameliyat öncesi ve sonrası tedavi süreci (K: 35), hemşirenin oyuncak bebek üzerinde ameliyat öncesi bilgi verdiği (D1: 35), hastane palyaçosunun terapötik oyun uyguladığı (D2: 35) gruplarına randomize atanmış, hastane palyaçoluğunun ameliyat öncesi ve sonrasında çocuk ve ebeveynin anksiyetesini önemli ölçüde azalttığı belirtilmiştir.

Newman ve ark. (2019) çalışmalarında tıbbi palyaçoların çocuklarda ve ebeveynlerinde postoperatif ağrı ve anksiyete üzerine etkisini belirlemeyi amaçlamışlardır. Dört yaş ve üzeri elektif fıtık onarımı planlanan 45 çocuğu çocuk ve ebeveyne palyaçonun ortalama 30-60 dk eşlik etmiş, (D: 23) ve rutin klinik (K: 22) uygulama olmak üzere 2 gruba ayırmış, gruplar arası çocuklarda ağrı ve stres yönüyle fark bulunmamış, deney grubu ebeveynlerde önemli düzeyde stresin azaldığını saptamışlardır. Ayrıca literatürde yakın tarihli 2 meta-analiz çalışması, ameliyat ya da invaziv işlemler öncesi yapılan palyaço terapisinin çocuk ve ebeveynin stres ve anksiyete düzeyini azaltmada etkili olduğu sonucunu vurgulamaktadır (Shidharan ve Sivamakrishnan 2016, Zhang et. al. 2017).

Farklı olarak Alparslan ve Bozkurt (2018) 7-13 yaş arasında hastanede yatışı olan 90 çocuk ve ebeveynlerinin anksiyete ve depresyonları üzerinde hastane palyaçoluğunun etkisi üzerine gerçekleştirmiş oldukları çalışmada hastane palyaçolarının varlığı çocuğun anksiyete

ve depresyonunu yönetmek için yararlı bulunmuş ancak ebeveynler yönüyle anlamlı bir sonuca ulaşamadıklarını bildirmişlerdir.

Her iki gruptaki araştırmaya katılan ebeveynlerin acilden ayrılış memnuniyet puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubundaki ebeveynlerin memnuniyet puan ortalamalarının kontrol grubundakilere göre ileri derecede anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi (**p<0,001**; Tablo 4-9). Acil servis kabulünde anksiyeteyi azaltmaya yönelik kullanılan palyaço girişiminin olumlu etkileri nedeniyle sürecin memnuniyetle sonuçlandığı ön görüldü. Bu bulgular H_4 hipotezi olan ***"Triyaj değerlendirme sürecinde palyaço uygulaması yapılan ebeveynlerin, memnuniyet puanı ortalaması, yapılmayan ebeveynlere göre daha yüksektir."*** hipotezini desteklemektedir.

Deney ve kontrol grubunda, annelerin ve babaların acilden ayrılış memnuniyet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05; Tablo 4-10). Ancak palyaço uygulamasının deney grubu ebeveynlerin memnuniyetleri kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yükselttiği saptandı (**p<0,001**; Tablo 4-6).

Benzer şekilde; Mortamet ve ark. (2017) pediatrik yoğun bakım ünitelerinde palyaço bakımına yönelik ebeveyn algılarının incelendiği çalışmada (n=33) çoğu ebeveynin, çocuğun hastalığının ciddiyeti ne olursa olsun, kritik durumdaki çocuklarının başucundaki palyaçolar tarafından sağlanan destekten memnun olduğunu vurgulamış, palyaço bakımının ebeveynleri ve sağlık profesyonellerini desteklemeye yardımcı olduğunu düşündüklerini raporlamışlardır. Barkmann ve ark. (2013) çalışmalarında pediatri bölümlerinde aktif olan hastane palyaçolarına yönelik ülke çapında çevrimiçi anket uygulaması ile saha değerlendirmesi yapmış olup 37 ebeveyn (%83,8' i anne) katılım sağlamıştır. Bu çalışmada ebeveynler; belirli işlemler (örneğin kan alma gibi) sırasında palyaço varlığının çocuklarına "çok" veya "oldukça" yardımcı olacağını, palyaço ziyaretlerinden çok memnun kaldıklarını, hastane palyaçolarının haftada 1-2 kez düzenlenmesi gerektiğini, palyaçoların daha farklı ve iyi uygulamalar yapabileceklerini ifade etmişlerdir.

Ancak, Efrat-Triester ve ark. (2021) pediatrik ve yetişkin hastane servislerinde memnuniyeti arttırmada ve saldırgan eğilimleri azaltmada palyaçoların yararlılığını incelediği çalışmada ise çalışma sonuçlarından farklı olarak yetişkinlerin palyaço etkileşimi sonrası daha düşük memnuniyet ve daha yüksek agresif eğilimler gösterdiğini belirtmişlerdir.

Sonuç olarak acil servisle ilk temasın gerçekleştiği triyaj değerlendirmesinde başlatılan atravmatik bakım kapsamında kullanılan palyaço girişimi, çocuk-ebeveynin anksiyetesinin

azaltılması, hemşire-çocuk-aile etkileşiminin arttırılmasına ve sürecin memnuniyetle sonlanmasına üzerinde katkı sağladığı belirlendi.

Sonuç ve Öneriler

Araştırmada şu sonuçlar bulundu;

- Araştırma kapsamında deney ve kontrol grubundaki çocukların tanımlayıcı özellikleri (yaş, cinsiyet, kronik hastalık, ilaç kullanımı, vb.) özellikleri açısından benzer olduğu belirlendi.
- Deney ve kontrol grubu çocukların acil servise başvuru sürecine yönelik özellikleri (tanı, çocuğu acil servise getiren ebeveyn, daha önce acil servise başvuru durumu, vb.) açısından benzer olduğu bulundu.
- Çalışmaya katılan deney ve kontrol grubundaki çocukların triyaj değerlendirmesinde ölçümlenen yaşam bulgularının (***ateş, solunum, nabız, kan basıncı, SPO2)*** benzer olduğu saptandı.
- Hemşirelerin araştırmaya katılan deney ve kontrol grubu çocukları ÇHEUS ile yapılan triyaj değerlendirmesi sonucunda ön görüldüğü gibi yeşil kategori olarak belirledikleri, Sağlık Bakanlığı Renk Kodlaması ve Triyaj Uygulaması ile yapılan değerlendirmesinde de tüm çocukları yeşil kategorisinde değerlendirdikleri bulundu.
- Acile gelişine göre acilden ayrılış anksiyete puan ortalamalarında görülen düşüş miktarı deney grubu çocuklarda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı derecede yüksekti.
- Acilden ayrılışta deney grubu memnuniyet puan ortalamalarının kontrol grubuna göre istatistiksel yönden anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı.
- Ebeveyenlerin acile gelişe göre ayrılış anksiyete puan ortalamaları deney grubu ebeveylerde kontrol grubu ebeveynlere göre anksiyete düzeylerindeki düşüş istatistiksel yönde anlamlı düzeyde yüksekti.
- Ebeveynlerin acilden ayrılışta deney grubu memnuniyet puan ortalamalarının kontrol grubuna göre istatistiksel yönden anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi.

  Araştırmanın sonuçları doğrultusunda hastane palyaçoluğunun;
- Acil servise kabul süreci ile başlayan, stresli tıbbi işlemler ile devam eden süreçte çocukların ve ebeveynlerin anksiyetesini azaltmak, memnuniyetlerini arttırmak için yaygınlaştırılması,

- Farklı klinik alanlar ve yaş gruplarında kullanılıp etkinliğinin incelenmesi,
- Rutin tamamlayıcı hemşirelik bakım uygulamaları arasına girip standartlaştırılması,
- Türkiye' de standart eğitim programlarının oluşturulması ve yaygınlaştırılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

Abuqamar, M., Arabiat, D. H., Holmes, S.(2016).Parents' perceived satisfaction of care, communication and environment of the pediatric intensive care units at a tertiary children's hospital. Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families.31(3):77-184.

Aitken, P., Wiltshire, M.(2005).Parental satisfaction with a nurse-led emergency assessment unit. Pediatric Nursing.17(9):31.

Akre M., Finkelstein M., Erickson M., Liu M., Vanderbilt L., Billman G.(2010).Sensitivity of the pediatric early warning score to identify patient deterioration. Pediatrics.125(4).

Allen AR, Spittal MJ, Nicolas C, Oakley E, Freed GL.(2015).Accuracy and interrater reliability of paediatric emergency department triage. Emerg Med Australas.27(5):447-452.

Alpern ER, Clark AE, Alessandrini EA, et al.(2014).Recurrent and high-frequency use of the emergency department by pediatric patients. Acad Emerg Med.21:365–373.

Antonelli E., Vagnoli L., Giucci E., Vernucci C., Lachi F., Messeri A.(2019).A comprasion of non pharmacologic interventions on the emotional state of children in emergency department. Pediatr Emerg Care.(35).2:81-88.

Araslı Yılmaz A., Köksal AO., Özdemir O., Yılmaz Ş., Yıldız D., Koçak M., Hızlı Ş., Andıran N., Günbey S.(2015).Bir eğitim araştırma hastanesi çocuk acil kliniğine başvuran olguların değerlendirilmesi. Turkısh Journal of Pediatric Disease.9(1):18-21.

Arıkan D., Saban F., Gürarslan Baş N.(2014).Çocuğu hastanede yatan ebeveynlerin hastaneye ve sağlık bakımına yönelik memnuniyet düzeyleri. İzmir Dr Behçet Uz Çocuk Hast Dergisi.4(2):109-116.

Arıkan, D., Tüfekci, F. G., Taştekin, A.(2007).Çocuk kliniklerindeki refakatçilerin hastanede yaşadıkları sorunlar, beklentileri ve problem çözme düzeyleri ile ilişkisi. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences.10(2):49-57.

Arslan D.(2014).Acile servise başvuran ebeveynlerde kaygı ve memnuniyetin değerlendirilmesi, etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Tez Danışmanı Doç. Dr.Duygu ARIKAN.Erzurum.

Aşılıoğlu, N., Akkuş, T., Baysal, K.(2009).Çocuk acil servisinde ebeveyn memnuniyeti ve etkileyen etmenlerin araştırılması. Turkish Journal of Emergency Medicine.9(2):65-72.

Ataseven Tarhan M., Akın S.(2016).Triyaj uygulamalarında hemşirelerin rolleri. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi.3(2):170-174.

Atık Elektrikli ve Elektronik Eşyalar, https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/05/20120522-5.htm, Erişim Tarihi: 28.11.2021

Australian Government Department of Health and Ageing.(2008).Emergency Triage EducationKit,http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/5E3156CFFF0A34B1CA2573D0007BB905/$File/Triage%20Education%20Kit.pdf. Erişim Tarihi: 20.12.2020.

Balcı S., Ar I.(2016).Çocuk acil hemşiresinin rol ve sorumlulukları.Türkiye Klinikleri J Pediatr Nurs-Special Topics.2(3):15-18.

Ball JW., Bindler RC.(2008).Nursing Considerations for the Hospitalized Child.Pearson Prentice Hall.p:405-442.

Barkmann C, Siem AK, Wessolowski N, Schulte-Markwort M.(2013).Clowning as a supportive measure in paediatrics—a survey of clowns, parents and nursing staff. BMC Pediatr.13:166. doi:10.1186/1471-2431-13-166.

Battrick C, Glasper EA, Prudhoe G, Weaver K.(2007).Clown humour: the perceptions of doctors, nurses, parents and children. Nurs Child Young People 1(4):174–179. doi:10.12968/jcyn.2007.1.4.24403

Bayat M., Uslu N.(2016).Triyaj. Turkiye Klinikleri J Pediatr Nurs-Special Topics;2(3),42-47.

Beal, A. C., Dougherty, D., Jorsling, T., Kam, J, Perrin, J., Palmer, R. H.(2004).Quality measures for children's health care. Pediatrics.113(1):199-209.

Bekinschtein TA., Davis MH., Rodd JM., Owen AM.(2011).Why clowns taste funny: the relationship between humor and semantic ambiguity. J Neurosci 31:9665–9671.

Bergeron S., Gouin S., Bailey B., Amre DK., Patel H.(2004).Agreement among pediatric health care professionals with the pediatric Canadian Triage and Acuity Scale Guidelines. Pediatr Emerg Care.20(8):514-518.

Bertini M., Isola GP., Curcio G.(2011).Clowns benefit children hospitalized for respiratory pathologies. Evidence Based Complement Alternative Med.

Biçer S., Karaböcüoğlu M.(2012).Triyaj. İçinden: Çocuk Acil Tıp. Ed: Karaböcüoğlu M., Yılmaz HI., Duman M.1.Baskı.15-24. İstanbul Medikal Yayıncılık.

Bishop K.(2010).The experience of waiting in an emergency department: what's it like for children and their families. Report, Association for the wellbeing of children in healthcare, NSW, Australia.

Blair M., Poots AJ., Lim V., et. al.(2018).Preschool children who are frequent attenders in emergency departments: an observational study of associated demographics and clinical characteristics. Arch Dis Child.103:19–23.

Bornstein, Y.(2008).Medical clowns at hospitals and their effect on hospitalized children. Harefuah,147(1):30–32.

Boudreaux, E. D., Mandry, C. V., Wood, K.(2003).Patient satisfaction data as a quality indicator: a tale of two emergency departments. Academic Emergency Medicine.10(3):261-268.

Bourgeois F., Shannan M.(2007).Emergency car efor children in pediatric and general emergency departments. Pediatric Emergency Care.23(2):94-102.

Bowden VR., Greenberg CS.(2010).Children and Their Families: The Continuum of Care. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Bradman K., Maconochie I.(2008).Can paediatric early warning score be used as a triage tool in paediatric accident and emergency? .European Journal of Emergency Medicine.15(6):359-360.

Brown S.R., Martinez Garcia D., Agulnik A.(2019).Scoping review of pediatric early warning systems (pews) in resource-limited and humanitarian setting. Front Pediatr. https://doi.org/10.3389/fped.2018.00410, Erişim Tarihi: 10.01.2021.

Byczkowski, T. L., Fitzgerald, M., Kennebeck, S., Vaughn, L., Myers, K., Kachelmeyer, A., Timm, N.(2013).A comprehensive view of parental satisfaction with pediatric emergency department visits. Annals of emergency medicine.62 (4):340-350.

Canbulat Şahiner N.(2021).Gelişimsel ve Psikososyal Faktörler. İçinden: Çocuk Acil Hemşireliği. Ed:Kuğuoğlu S., Sönmez Düzkaya D.1. Baskı.33-55. Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.Ankara.

Capua T., Bar Kama Z., Rimon A.(2018).The influence of an accredited pediatric emergency medicine program on the management of pediatric pain and anxiety. Israel Journal of Health Policy Research.7:17,https://doi.org/10.1186/s13584-018-0211-6.Erişim Tarihi:10.12.2021.

Chaiyakulsil C., Pandee U.(2015).Validation of pediatric early warning score in pediatric emergency department.Pediatrics International.doi:10.1097/NCQ.0000000000000162.

Chan JN., Chau j.(2005).Patient satisfaction with triage nursing care in Hong Kong. J Adv Nurs.50(5):498-507.

Christ M., Grossmann F., Winter D., Bingisser R., Platz E.(2010).Modern triage in the emergency department. Dtsch Arztebl.107(50):892–8.doi: 10.3238/arztebl.2010.0892.

Christensen EW, Kharbanda AB, Velden HV, et al.(2017).Predicting frequent emergency department use by pediatric Medicaid patients. Popul Health Manag.20:208–15.

Committee on Pediatric Emergency Medicine.(2007).Patient safety in the pediatric emergency care setting.Pediatrics.120(6):1367-1375.https://doi.org/10.1542/peds.2007-2902, Erişim Tarihi: 25.01.2021.

Conformité Européenné, **https://eur-lex.europa.eu/legal**, Erişim Tarihi: 28.11.2021

Crellin DJ., Johnston L.(2003).Poor agrement in application of the Australasian Triage Scale to paediatric emergency deparment presentations. Contemp Nurse.15(1-2):48-60.

Çavuşoğlu H.(2008).Çocuk Sağlığı Hemşireliği.(8):54-69.Sistem Ofset Yayınevi.Ankara.

Çelik S., Yıldız S.(2022). Çocuk hastanesi erken uyan skorunun Türkçe'ye uyarlanması ve pediatrik triyajda kullanılması.(yayın hazırlığı aşamasında).

Çınar N., Doğu Kökçü Ö.(2021).Kritik Karar Verme ve Değerlendirme. İçinden: Çocuk Acil Hemşireliği.Ed:Kuğuoğlu S., Sönmez Düzkaya D.1. Baskı.73-81.Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.Ankara.

Çiftçi.(2019).Bir Mizah Girişiminin Çocuk ve Ebeveynin Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyetesini Azaltmaya Etkisi: Hastane Palyaçoluğu. Yüksek Lisans Tezi. Tez Danışmanı Dr. Öğr. Üyesi Müge SEVAL.Zonguldak.

Çocuk Acil Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı.(2014). https://shgm.saglik.gov.tr/TR,25231/cocuk-acil-hemsireligi-sertifikali-egitim-programi-standartlari-hakkinda-duyuru.html#, Erişim Tarihi: 06.12.2021.

Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, et al.(2007).Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004–2005.Crit Care Med.35:605–22.

Derlet RW., Richards JR.(2002).Emergency department overcrowding in Florida, NewYork, and Texas. Southern Medical Journal.95(8).

Devictor D.(2015).Clowns in pediatrics. Arch Pediatr.22:1–3.

Dionigi A., Sangiorgi D., Flangini R.(2014).Clown intervention to reduce preoperative anxiety in children and parents: a randomized controlled trial. Journal of Health Psychology.19(3):369-80. doi: 10.1177/1359105312471567

Doan O., Wong H., Meckler G., Johnson D., Stang A., Dixon A. Sawyer S., Prensibi T., Kam NT., Joubert G., Gravel J., Jabbour M., Guttman A.(2019).The impact of pediatric emergency department crowding on patient and health care system outcomes: a multicentre cohort study.Canadian Medical Association Journal.10:191(23);627-635. doi:10.1503/cmaj.181426.

Dowling JS., Hockenberry M., Gregory RL.(2003).Sense of humor, childhood cancer stressors, and outcomes of psychosocial adjustment, immune function, and infection. Journal of Pediatric Oncology Nursing.20(6):271-92.doi: 10.1177/1043454203254046.

Ebrahim, S., Singh, S., Parshuram, CS.(2013).Parental satisfaction, involvement, and presence after pediatric intensive care unit admission. Journal of critical care, 28(1):40-45.

Edwards E.D., Powell C.V., Mason B.W., Oliver A.(2009).Prospective cohort study to test the predictability of the Cardiff and vale paediatric early warning system.Arch Dis Child.94(8):602-606.

Efrat-Trieste D., Altman D., Friedmann E., Margalit DL., Teoderesu K.(2021).Exploring the usefulness of medical clowns in elevating satisfaction and reducing aggressive tendencies in pediatric and adult hospital wards. BMC Health Services Research.21:15 https://doi.org/10.1186/s12913-020-05987-9

Embong H.E., Ting C.Y., Ramli M.S., Harunarashid H.(2020).Heightened anxiety state among parents of sick children attending emergency department using state-trait anxiety ınventory.Hong Kong Journal of Medicine, 27(2):65-70.doi:10.1177/1024907918807384.

Engiz, O.(1997).Sağlık hizmetlerinde hasta tatmini.İçinde: Hayran O, Sur H. Hastane yöneticiliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri:61-87.

Erdem Y.(2021).Acil Bakım Ünitesinde Hasta Güvenliği.İçinden:Çocuk Acil Hemşireliği.Ed:Kuğuoğlu S., Sönmez Düzkaya D.1. Baskı:129-140.Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.Ankara.

Ergezen E., Efe E.(2019).Çocuk acil biriminde ebeveyn memnuniyeti ve etkileyen faktörler. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.8(3):302-307.

Falconier MK, Nussbeck F, Bodenmann G, Schneider H, Bradbury T.(2015).Stress from daily hassles in couples: its effects on Intradyadic stress, relationship satisfaction, and physical and psychological well-being. J Marital Fam Ther.41(2):221–35.

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A.(2007).G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior research methods.39(2):175-191.

Fein JA, Zempsky WT, Cravero JP.(2012).Relief of pain and anxiety in pediatric patients in emergency medical systems. Pediatrics.130:1391–1398.

Felluga M, Rabach I, Minute M, Montico M, Giorgi G, Lonciari I, et al.(2016).A quasi randomized-controlled trial to evaluate the effectiveness of clown therapy on children's anxiety and pain levels in emergency department. Eur J Paediatr.175:645-650.

Fernandes SC, Arriaga P.(2010).The effects of clown intervention on worries and emotional responses in children undergoing surgery. J Health Psychol 15(3):405–415.doi:10.1177 /1359105309350231

Fernández-Castillo, A.,Vílchez-Lara, M. J.(2015).Factors related to dissatisfaction and anger in parents of children treated at paediatric emergency services. Anales de Pediatría (English Edition).82 (1):12-18.

Finlay F, Baverstock A, Lenton S.(2014).Therapeutic clowning in paediatric practice. Clin Child Psychol Psychiatry 19(4):596–605. doi:10.1177/1359104513492746.

Gibson NP, Jelinek GA, Jiwa M.(2010).Paediatric frequent attenders at emergency departments: a linked-data population study: paediatric frequent attenders at emergency departments. J Paediatr Child Health.46:723–728.

Gilboy N, Tanabe P, Travers D, Rosenau AM.(2012).Emergency Severity Index (ESI): a triage tool for emergency department care, version 4. Implementation Handbook, Edition, 12-0014 APN Rockville.
Gilboy N., Tanabe P., Travers D.(2005).Emergency severity index, version: 4 changes to ESI level 1 an pediatric fever criteria. Journal Emerg Nurse.31:357-362.

Glasper EA, Prudhoe G, Weaver K.(2007).Does clowning benefit children in hospital? Views of Theodora Children's Trust clown doctors. Nurs Child Young People 1(1):24–28. doi:10.12968/jcyn.2007.1.1.23304

Golan G, Tighe P, Nobija N, et al.(2009).Clowns for the prevention of preoperative anxiety in children: a randomized controlled trial. Pediatric Anesthesia.19:262–266.PubMed: 19143948, doi:10.1111/j.1460-9592.2008.02903.x

Gold DL, Mihalov LK, Cohen DM.(2014).Evaluating the pediatric early warning score (PEWS) system for admitted patients in the pediatric emergency department. Society for Academic Emergency Medicine.1249-1255.doi:10.1111/acem.12514.

Goldberg A, Stauber T, Peleg O, Hanuka P, Eshayek L, ConfinoCohen R.(2014).Medical clowns ease anxiety and pain perceived by children undergoing allergy prick skin tests. Allergy 69(10):1372– 1379. doi:10.1111/all.12463.

Gomberg J, Raviv A, Fenig E, Meiri N.(2020).Saving costs for hospitals through medical clowning: a study of hospital staff perspectives on the impact of the medical clown. Clin Med Insights Pediatr.14:1–7.

Greenfield G., Okoli O., Quezada-Yamamoto H., Blair M., Saxena S., Majeed A., Hayhoe B.(2021). Characteristics of frequently attending children in hospital emergency departments: a systematic review. BMJ Open.11:e051409. doi:10.1136/bmjopen-2021-051409.

Gulati G, Novero A, Loring SH, et al.(2013).Pleural pressure and optimal positive end-expiratory pressure based on esophageal pressure versus chest wall elastance: incompatible results. Crit Care Med.41:1951–7.

Habib IM., Khan KM.(2017).Overcrowding and possible solutions for a busy paediatric emergency department. Journal of the Pakıstan Medical Association.67(9):1398-1403.
Haines C, Perrott M, Weir P.(2006).Promoting car efor acutely ill children-development and evaulation of a paediatric early warning tool.Intensive Crit Care Nurs.22(2):73-81.

Heidegger, T., Saal, D., Nuebling, M.(2006).Patient satisfaction with anaesthesia care: what is patient satisfaction, how should it be measured, and what is the evidence for assuring high patient satisfaction? Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology.20(2):331-346.

Heilbrunn B.R., Wittern R.E., Lee J., Pham P.K., Hamilton A.H., Nager A.L.(2014). Reducing Anxiety in the Pediatric Emergency Department: A Comparative Trial. J Emerg Med. 47(6): 623–631. doi:10.1016/j.jemermed.2014.06.052.

Higginson IJ, Finlay IG, Goodwin DM, Hood K, Edwards AGK, Cook A, et al.(2003).Is there evidence that palliative care teams alter end-of-life experiences of patients and their caregivers? J Pain Symptom Manag.25(2):150–68.

Hockenberry MJ., Wilson D.(2015).Wong’s Nursing Care of Infants and Children. 10th ed. St. Louis: Mosby.

Hodge, A., Hugman, A., Varndell, W., Howes K.(2013).A rewiev of the quality assurance processes fort he Australasian Triage Scale (ATS) and implications for future practice. Australas Emerg Nurs J.16(1):21-9.

Hohenhaus SM, Travers D, Mecham N.(2008).Pediatric triage: a review of emergency education literature. J Emerg Nurs.34(4):308-313.

Holm L and Fitzmaurice L.(2004).Factors influencing parent anxiety levels in a pediatric emergency department waiting area. Pediatr Res.56: 672.

Holm L, Fitzmaurice L.(2008).Emergency department waiting room stress: can music or aromatherapy improve anxiety scores? Pediatric Emergency Care.24(12):836–838.

Hong SS., Murphy SO., Connolly PM.(2008). Parental satisfaction with nurses' communication and pain management in a pediatric unit. Pediatric nursing.34(4):289.

Horowitz L, Kassam-Adams N, Bergstein J.(2001).Mental health aspects of emergency medical services for children: summary of a consensus conference. J Pediatr Psychol.26(8):491-502.

Ijaz N., Strehlow M., Wang NE., Pirrota E., Tarıq A., Mahmood N., Mahadevan S.(2018). Epidemiology of patients presenting to a pediatric emergency department in Karachi, Pakistan. BMC Emergency Medicine.18-22.

Iserson K., Moskop J.(2007).Triage in medicine, part I concept, history and types. Ann Emerg Med.49:275-281.

Javed T, Khan A S, Jarral NA., Taqui Z., Raza M., Shahia Z.(2021).Medical Clowning: A Cost-Effective Way to Reduce Stress Among Children Undergoing Invasive Procedures. Cureus 13(10):e18886.doi 10.7759/cureus.18886.

Jee RA., Shepherd JR., Boyles CE., Marsh MJ., Thomas PW., Ross OC.(2012).Evaluation and comparison of parental needs, stressors, and coping strategies in a pediatric intensive care unit. Pediatric Critical Care Medicine.13(3):166-175.

Kabaroğlu K., Eroğlu S. E., Onur Ö. E., Denizbaşı A., Akoğlu H.(2013).Acil serviste hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerin araştırılması.Marmara Medical Journal.26(2):82- 89.

Kalemoğlu M., Keskin Ö., Demirbaş S., Özışık T.(2004).Non-urgent patients in an emergency medical service. Rev Med Chil.132(9):1085-1089.

Karaböcüoğlu M., Duman M.(2012).Çocuk Acil Tıp Kapsamlı ve Kolay Yaklaşım.Ed: Karaböcüoğlu M., Yılmaz HL., Duman M.1. Baskı.25-35.İstanbul Tıp Kitabevi.İstanbul.

Karaböcüoğlu, M. (2010). Acil hastaya yaklaşım.İçinden: Pediyatri.4.Baskı:1939-1940. Nobel Tıp Kitabevleri.İstanbul.

Karaçay P., Sevinç S.(2007).Acil servislerde triyaj uygulaması. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi.4(2):9-15.

Karakaş NM., Özdemir B., Kılıç S., Akbulut Ö.(2020).Ebeveynleri çocuk acile getiren nedenler: 4 yıllık izlem. Osmangazi Journal of Medicine.42(1):67-74.

Karisalmi N, Mäenpää K, Kaipio J, Lahdenne P.(2020).Measuring patient experiences in a Children's hospital with a medical clowning intervention: a case-control study. BMC Health Serv Res.20(360):1–12.

Kelly A., Richardson D.(2001).Training for the role of triage in Australasia. Emerg Med. (Fremantle).13(2):230-232.

Khan KA, Weisman SJ.(2007).Nonpharmacologic pain management strategies in the pediatric emergency department. Clin Ped Emerg Med.8:240-247.

Kingsnorth S, Blain S, Mckeever P.(2011).Physiological and emotional responses of disabled children to therapeutic clowns: a pilot study. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine;1–10.

Koç S.(2011).Hastane palyaçolarının ameliyat öncesi dönemdeki çocuklar ve ebeveynlerinin anksiyete düzeylerine etkisinin belirlenmesi.Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi.8(3):26-31.

Koç S., Wooten P., Yazgaç R.(2015).İyileşme ve İyileştirmede Gülümsemenin Gücü Hastane Palyaçoları. Akademisyen Yayınevi Kitabevi.

Kocherov S, Hen Y, Jaworowski S, Ostrovsky I, Eidelman AI, Gozal Y, et al.(2016).Medical clowns reduce pre-operative anxiety, post-operative pain and medical costs in children undergoing outpatient penile surgery: a randomised controlled trial. J Paediatr Child Health.52(9):877–81

Koller D, Gryski C.(2008).The life threatened child and the life enhancing clown: towards a model of therapeutic clowning. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine.5(1):17–25.

Kua PHJ., Wu L., Ong ET., Lim ZY., Yiew JL., Thia XHM., Sung CS.(2016). Understanding decisions leading to nourgent visits to the paediatric emergency department: caregiver's perspectives. Singapore Med J.57(6): 314-319doi: 10.11622/smedj.20160

Kubicek K., Supan J., Weiss G., Lu Y., Kipke DM.(2012). A profile of non-urgent emergency department usage in an urban pediatric hospital. Pediatr Emerg Care.28(10):977–984. doi:10.1097/PEC.0b013e31826c9aab.

Kurudirek F., Arıkan D.(2020).Effects of therapeutic clowning on pain and anxiety during intrathecal chemotherapy in Turkey.Journal of Pediatric Nursing, https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.01.015

Kurudirek.(2016).Kemoterapi Sırasında Palyaço ile Uygulanan Terapötik Mizahın Ağrı ve Anksiyeteye Etkisi.Doktora Tezi.Tez Danışmanı Prof. Dr. Duygu Arıkan.Erzurum.

Kuzu C., Ulus B.(2014).Cerrahi kliniklerde tedavi gören hastaların aldıkları hemşirelik bakımından memnuniyet durumlarının belirlenmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.5(2):129-134.

Kyle T.(2008).Essential of Pediatric Nursing. Hong Kong: Lippincott Williams and Wilkins:288-301.

Latour, J. M., Van Goudoever, J. B., Hazelzet, J. A.(2008).Parent satisfaction in the pediatric ICU. Pediatric Clinics.55(3):779-790.

Leon SL, Polihronis C, Cloutier P, et al.(2019). Family factors and repeat pediatric emergency department visits for mental health: a retrospective cohort study. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.28:9–20.

Linge L.(2012).Magical attachment: children in magical relations with hospital clowns. Int J Qualitative Stud Health Well-being.7:1–12.

Maclaren JE, Thompson C, Weinber M, et al.(2009).Prediction of preoperative anxiety in children: who is most accurate?Anesthesia & Analgesia.6:1777–1782.

Magaret, N. D., Clark, T. A., Warden, C. R., Magnusson, A. R., Hedges, J. R.(2002).Patient satisfaction in the emergency department a survey of pediatric patients and their parents. Academic Emergency Medicine.9(12):1379-1388.

McLellan M.C., Connor J.A.(2013).The cardiac children's hospital early warning score.Journal of Pediatric Nursing,28(2):171-178.

McLellan M.C., Gauvreau K., Connor J.A.(2017).Validation of the children's hospital early warning system for critical deterioration recognition.Journal of Pediatric Nursing.32:52-58.

Meiri N, Ankri A, Hamad-Saied M, et al.(2016).The effect of medical clowning on reducing pain, crying, and anxiety in children aged 2–10 years old undergoing venous blood drawing-a randomized controlled study. Eur J Pediatr.175:373–9.

Meisel V, Chellew K, Ponsell E, Ferreira A, Bordas L. Garcia-Banda G.(2009).The effect of hospital clowns on distress and maladaptive behaviours of who are undergoing minor surgery]. Psicothema.21:604–609.

Mersinlioğlu G., Öztürk H.(2015).Acil servise başvuran hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyi. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi.2(2):70-82.

Moll HA.(2010).Challanges in the validation of triage systems at emergency departments. J Clin Epidemiol.63(4):384-388.

Montgomery P., Grant S., Mayo-Wilson E., Macdonald G., Michie S., Hopewell S., Moher D.(2018).Reporting randomised trials of social and psychological interventions: the consort-SPI 2018 extension.BMC.19:407, https://doi.org/10.1186/s13063-018-2773-1 Erişim Tarihi: 12.12.2020.

Mortamet G, Roumeliotis N, Vinit F, et.al.(2017).Is there a role for clowns in paediatric intensive care units?BMJ.1-4.doi:10.1136/archdischild-2016-311583.

Mosleh S., Alja'afreh M., Lee A. J.(2015).Patient and family/friend satisfaction in a sample of Jordanian Critical Care Units.Intensive and Critical Care Nursing.31(6):366-374.

Moylan A., Maconochie I.(2019).Demand, overcrowding and the pediatric emergency department.Canadian Medical Association Journal.10:191(23):625-626.doi:10.1503/cmaj. 190610.Epub2019Jun10.

Mutlu B., Savaşer S.(2009).Kalp ameliyatı sonrası çocuklarını ilk kez görecek olan annelerin anksiyetelerinin azaltılmasında eğitiminin önemi.İ.Ü.F.N.Hem.Derg.17(2):94-102.

Mutlu B., Yıldız S.(2016).Çocuğun acil servise kabulü.Türkiye Klinikleri J Pediatr Nurs-Special Topics.2(3):1-4.

Nager AL, Mahrer NE, Gold IJ.(2010).State trait anxiety in the emergency department. Pediatric Emergency Care.26(12):897-901.

Newman N., Kogan S., Stavsky M., Pintov S., Lior Y.(2019).The impact of medical clowns exposure over postoperative pain and anxiety in children and caregivers: an Israeli experience.Pediatric Reports(11):8165.

Niska R., Bhuiya F., Xu J.(2010).National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2007 Emergency Department Summary. Natl Health Stat Report.6(26):1-31.

Nuttman-Shwartz O, Scheyer R, Tzioni H.(2010).Medical clowning: even adults deserve a dream. Soc Work Health Care.49(6):581–98.

O'neill KA., Molczan K.(2003).Pediatric triage: a 2-tier, 5 level system in the United States. Pediatr Emerg Care.19(4):285-290.

O'Donnell JJ, Maurice SC, Beattie TF.(2002).Emergency analgesia in the paediatric population. Part III non-pharmacological measures of pain relief and anxiolysis. Emerg Med J.19:195–197.

Olgun N., Kuğuoğlu S.(2004).Triyaj: Acil bakımda önceliklerin belirlenmesi ve pediatrik triyajın önemi. Ed: Şelimen D. 3. Baskı:57-87.Yüce Yayım. İstanbul.

Öner, N., Le Compte, A.(1985).Süreksiz durumluk/sürekli kaygı envanteri el kitabı. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları. İstanbul.

Önsüz M. F., Topuzoğlu A., Cöbek U. C., Ertürk S., Yılmaz F., Birol, S.(2008).İstanbul'da bir tıp fakültesi hastanesinde yatan hastaların memnuniyet düzeyi. Marmara Medical Journal. 21(1):33-49.

Ordelt, K.(2013).Nursing Care of Children During Illness and Hospitalization. In: Kyle T, Carman S, eds. Essentials of Pediatric Nursing. Second ed. China: Wolters Kluwer Health |Lippincott Williams & Wilkins:300-330.

Öztürk A., Karaböcüoğlu M.(2004).Acil Hastanın Özellikleri ve Acil Hastaya Yaklaşım. Ed: Karaböcüoğlu M., Uzel N., Yılmaz L. İçinden: Çocuk Acil Tıp Kitabı. Çapa Tıp Kitabevi.İstanbul.

Pagnamenta, R., Benger, J. R.(2008).Factors influencing parent satisfaction in a children's emergency department: prospective questionnaire-based study. Emergency Medicine Journal, 25(7):417-419.

Parshuram C.S., Bayliss A, Reimer J, Middaugh K, Blanchard N.(2011).Implementing the bedside paediatric early warniing system in a community hospital: a prospective observational study.Paediatr Child Health.16(3):18-22.

Pekdemir M., Çevik A., Eray O., Çete Y., Atilla R., Topuzoğlu A. ve ark.(2004).Triyaj travma skorlarının acil servis performanslarının değerlendirilmesi. Türkiye Acil Tıp Dergisi.4:4.

Perktaş E., Özmert E.(2017).Çocukların hastane kaygılarının azaltılması üzerine bir değerlendirme: Hastane palyaço projesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi.60:83-87.

Quereshi NA.(2010).Triage systems: a review of the literatüre with reference to Saudi Arabia.East Mediterr Health J.16(6):690-698.

Raviv A.(2013).Humor in the Btwilight zone: my work as a medical clown with patients with dementia. J Holist Nurs 32:226–231.

Raviv A.(2014).Humor in the twilight zone my work as a medical clown with patients with dementia. J Holist Nurs.32(3):226–31.

Recznik CT., Simko LM.(2018).Pediatric triage education: an integrative literatüre review. Emergency Nurses Association. https://doi.org/10.1016/j.jen2018.01.003 , Erişim Tarihi: 03.04.2021.

Rimon A, Shalom S, Wolyniez I, Gruber A, Schachter-Davidov A, Glatstein M.(2016).Medical clowns and cortisol levels in children undergoing venipuncture in the emergency Department: A pilot study. IMAJ.18:680-3.

Riva B, Clavenna A, Cartabia M, et al.(2018).Emergency department use by paediatric patients in Lombardy region, Italy: a population study.BMJ Paediatr Open.2:e000247.

Rochat C.P., Gaucher N., Bailey B.(2018).Measuring anxiety in the pediatric emergency department.Pediatr Emer Care.34:558-563.

Rocovich C., Patel T.(2012).Emergency department visits: Why adults choose the emergency roomover a primary care physician visit during regular Office hours?.World J Emerg Med.3(2):91-97.

Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü İstatistik, Analiz, Raporlama ve Stratejik Yönetim Dairesi Başkanlığı.(2017).https://khgm.saglik.gov.tr/Eklenti/21853/0/kamu-hastaneleri-istatistik-raporu--2017pdf.pdf, Erişim Tarihi: 14.01.2021.

Sağlık Uygulama Tebliği SUT Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ.(2015). https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/08/20150805-10.htm, Erişim Tarihi: 27.12.2020.

Scheyer, R., Nuttman-Shwartz, O., & Ziyoni, H.(2008).The definition of the medical clown's role with adult patients. Harefuah.147(1):25–29.

Schreiber KM, Cunningham SJ, Kunkov S, et al.(2006).The association of preprocedural anxiety and the success of procedural sedation in children. Am J Emerg Med.24:397–401.

Seflon G., McGrath C., Turne L., Lane S., Lisboa PT., Carrol ED.(2015).What impact did a Paediatric Early Warning System have on emergency admissions to the paediatric intensive care unit? An observational cohort study. Intensive Crit Care Nurs.31(2):91-99.

Seguin J., Osmanlliu E., Zhang X., Clavel V., Eisman H., Rodrigues R., Oskoui M.(2018).Frequent users of the pediatric emergency department. Canadian Associations of Emergency Physicians.20(3): 401-408.doi: 10.1017/cem.2017.15.Epub2017Apr6.

Seiger N., Maconochie I., Oostenbrink R., Moll H.A.(2013).Validity of different pediatric early warning scores in the emergency department, www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.20123594.doi:10.1542/peds.2012-3594. Erişim Tarihi:10.12.2019.

Sheridan EA.(2007).Care of Chıldren Who Are Hospitalized.Pediatric Nursing.Thomson Delmar Learning.p:451-469.

Shidharan K., Sivaramakrishrian G.(2016).Therapeutic clowns in pediatrics: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.Eur J Pediatr. doi 10.1007/s00431-016-2764-0.

Skaletzky S.M., Raszynski A., Totapally B.R.(2015).Validation of a modified pediatric early warning system score:a retrospective case-control study.Clinical Pediatrics.51(5):431-435.

Small L.(2002).Early predictors of poor coping outcomes in children following intensive care hospitalization and stressful medical encounters. Pediatr Nurs.28: 393–398.

Soremekun O. A, Takayesu J. K., Bohan S. J.(2011).Framework for analyzing wait times and other factors that impact patient satisfaction in the emergency department. Journal of Emergency Medicine.41:686–692.

Söylet Y., Emir H.(2006).Pediatrik Travma. Ed: Tavlioğlu K., Ertekin C., Güloğlu R. Travma ve Resüsitasyon Kursu Kitabı. Logos Yayıncılık.İstanbul.

Sridharan K, Sivaramakrishnan G.(2016).Therapeutic clowns in pediatrics: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Eur J Pediatr 175(1):1353–1360. doi:10.1007/s00431-016-2764-0.

Sungur E., Aksoy B., Biçer S., Aydoğan G.(2009).Acil servis hemşireleri arasında triyaj bilgi düzeyinin değerlendirilmesi. JOOP.1(1):14-18.

TDK-Türk Dil Kurumu. Anksiyete tanımı. Erişim.06.06.2021, https://sozluk.gov.tr/

Tekşam Ö.(2009).Çocuk acil servislerinin kalabalığına genel bakış ve çözüm önerisi olarak triyaj. Haccettepe Tıp Dergisi.40:125-132.

Tener D, Lev-Wiesel R, Franco NL, Ofir S.(2010).Laughing through this pain: medical clowning during examination of sexually abused children: an innovative approach. J Child Sex Abus.19(2):128–40.

Tezera N., Negasi KB., Tefera A., Getachew M.(2021).Length of stay in the emergency department and it's associated factors among pediatrics patients attending at Wolaitu Sodo University Taeching and Refferal Hospital Southern, Ethiopia.Research Square:1-25.

Törüner, E. K., Büyükgönenç, L.(2012).Çocuk Sağlığı (Pediatri) Hemşireliği. Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları.Göktuğ Yayıncılık, Ankara:21-34.

Tosun, A., Tüfekçi, F. G.(2015).Çocuk kliniklerinde aile merkezli bakım uygulamalarının incelenmesi. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences.18(2):131-139.

Travers DA, Waller AE, Katznelson J, Agans R.(2009).Reliability and validity of the emergency severity index for pediatric triage. Acad Emerg Med.16(9):843-849.

Trzeciak S., Rivers EP.(2003).Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health. Emergency Medicine Journal.20:402-405. http://dx.doi.org/10.1136/emj.20.5.402, Erişim Tarihi: 21.01.2021.

Türkiye' de ve Dünya' da Çocuk Acil Tıp Hizmetleri.(2008).Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği, http://www.acilpediatri.com, Erişim Tarihi: 19.12.2020.

U.S Food and Drug Administration, www.fda.govFDA, Erişim Tarihi: 28.11.2021

Ülker V.(2020).Triyaj. İçinden: Acil Tıp Temel Başvuru Kitabı .Ed:Çakır ZG., Gül M., Al B.2.Baskı.275-285.İstanbul Tıp Kitabevleri.

Ulus B., Kubilay G.(2012).PedsQL sağlık bakımı ebeveyn memnuniyet ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması.Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.3(1):44-50.

Uslu Y., Kuğuoğlu S.(2021).Pediatrik Triyaj. İçinden: Çocuk Acil Hemşireliği.Ed:Kuğuoğlu S., Sönmez Düzkaya D.1. Baskı.85-95.Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.Ankara.

Uysal, G., Cirlak, A.(2014).The expectations related to nursing and the satisfaction levels of the parents of the children who have acute health problems. Procedia-Social and Behavioral Sciences.152:435-439.

Vagnoli L, Caprilli S, Messeri A.(2010).Parental presence, clowns or sedative premedication to treat preoperative anxiety in children: what could be the most promising option? Paediatr Anaesth.20:937–43.

Vagnoli L, Caprilli S, Robiglio A, Messeri A.(2005).Clown doctors as a treatment for preoperative anxiety in children: a randomized, prospective study. Pediatrics.116:563–567.

Valdez AM.(2008).Transitioning from novice to competent: what can we learn from the literatüre about graduate nurses in the emergency setting? J Emerg Nurs.34(5):435-440.

Van Veen M., Moll HA.(2009).Reliability and validity of triage systems in paediatric emergency care. SacndJ Trauma Resusc Emerg Med:17:38.

Venrooij LT, Barnhoorn PC.(2017).Hospital clowning: a paediatrician's view.Eur J Pediatr.176:191-197.doi:10.1007/s00431-016-2821-8.

Verma R, Teixeira J, Patrício L, Nunes NJ, Nóbrega L, Fisk RP, et al.(2012).Customer experience modeling: from customer experience to service design. J Serv Manag.23(3):362–76.

Vredebregt S.J., Moll H.A., Smit F.J., Verhoeven.(2018).Recognizing critically ill children with a modified pediatric early warning score at the emergency department, a feasibility study.European Journal of Pediatrics.Erişim Tarihi:20.01.2020, https://doi.org/10.1007/s00431-018-3285-9.

Weaver K., Prudhoe G., Battrick C., Glasper EA.(2007). Sick children's perceptions of clown doctor humour. Journal of Children's and Young People's Nursing.(1):359-365.

Weintraub Y, Rabinowicz N, Hanuka P, Rothschild M, Kotzki S, Uziel Y.(2014).Medical clowns facilitate nitrous oxide sedation during intra-articular corticosteroid injection for juvenile idiopathic arthritis. Isr Med Assoc J.16:771–3.

Wentlandt K., Seccareccia D., Kevork N., Workentin K., Blacker S., Grossman D., Zimmermann C.(2016).Quality of care and satisfaction with care on palliative care units. Journal of Pain and Symptom Management.51(2):184-192.

Wigert H, Dellenmark MB, Bry K.(2013).Strengths and weaknesses of parent-staff communication in the NICU: a survey assessment. BMC Pediatr 13:71.

Wolyniez I, Rimon A, Scolnik D, Gruber A, Tavor O, Haviv E, et al.(2013).The effect of a medical clown on pain during intravenous access in the pediatric emergency department: a randomized prospective pilot study. Clin Pediatr (Phila).52:1168-72.

Xun N., Bradley T., Elizabeth D., Hitomi K., Kelley R., Mindi J., Bethany P., Claire M., Rhonda C., Prashant M.(2016).Feasibilty and reliability of pediatric early warning score in the emergency department.Journal of Nursing Care Quality.31:2:161-166.

Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ.(2009).https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/10/20091016-16.htm,Erişim Tarihi: 20.01.2021.

Yates MT., Ishikawa T., Schneeberg A., Brusson M.(2016).Pediatric canadian triage and acuity scale (PaedsCTAS) as a measure of ınjury severetiy.Int J Environ Res Public Health.13(7):659, doi: 10.3390/ijerph13070659

Yavuz, Ş.(2003).Acil serviste hasta ve hasta yakınının memnuniyeti ve bunu etkileyen faktörler.Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Yıldız İ.(2021).Çocuk Acil Hemşireliği Yönetmi. İçinden: Çocuk Acil Hemşireliği.Ed:Kuğuoğlu S., Sönmez Düzkaya D.1. Baskı.11-21.Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.Ankara.

Yıldız S.(2006).Acile başvuran çocuk ve aileye psikososyal yaklaşım. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.9(3):69-77.

Yıldız S.(2021).Dünya' da ve Ülkemizde Çocuk Acil Bakım Sisteminin Gelişimi. İçinden: Çocuk Acil Hemşireliği.Ed:Kuğuoğlu S., Sönmez Düzkaya D.1. Baskı.3-21.Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.Ankara.

Yıldız Y., Kanburoğlu MK.(2021).Çocuk acil servisinde sağlık hizmetleri sunum kalitesi ve hasta memnuniyeti. Journal Pediatr Emerg Intensive Care Med.8:7-14. Doi:10.4274/cayd.galenos.2020.08379.

Yun OB., Kim SJ. Jung D.(2015).Effects of a clown-nurse educational intervention on the reduction of postoperative anxiety and pain among preschool children and their accompanying parents in South Korea. J Pediatr Nurse.30(6):89-99.

Zimmermann PG.(2001).The case for a universal, valid, reliable, 5-tier triage acuity scale for US emergency departments. Journal of Emergency Nursing.27(3):246-254.

FORMLAR

EK-1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

EK-2. Bilgi Formu

EK-3. Çocuk Hastanesi Erken Uyarı Skoru

EK-4. Sağlık Bakanlığı Renk Kodlaması ve Triyaj Uygulaması Formu

EK-5. Çocuk Anksiyete Skalası-Durumluluk (ÇAS-D)

EK-6. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri

EK-7. Çocuk Triyaj Memnuniyet Skalası

EK-8. Ebeveyn Triyaj Memnuniyet Skalası

EK-9. Etik Kurul Kararı

EK-10. Palyaço Eğitim Sertifikası

EK-11. Kurum İzni

EK-12. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Kullanım İzni

EK-13. Çocuk Anksiyete Skalası-Durumluluk (ÇAS-D) Ölçeği Kullanım İzni

EK-14. Palyaço Kursu Eğitim İçeriği

EK-15. Uygulama Sürecinde Çekilen Fotoğraflar

EK-1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU (EBEVEYN İÇİN)

Sevgili anne-babalar,

Acil servislere başvuran çocukların hastaneye kabulü hastanenin diğer servislerine yatırılan çocukların hastaneye kabulünden farklı olup en travmatik hastane deneyimlerinden biridir. Aniden gelişen bir olay olduğu için çocuk ve ailede yoğun strese, dolayısıyla bilinmeyen bu süreç kaygı ve korkuya neden olmaktadır. Bununla birlikte günün 24 saati hizmet sunması ve hasta memnuniyetinde büyük bir etken olması nedeniyle hastanelerin açık vitrinleri olan acil servisler verdikleri hizmetle hastanın klinikten memnun ayrılmasına ve önerilen tedaviye uyumunu arttırarak iyileşmesine olumlu katkı sağlamaktadır.

Çalışma kapsamında triyaj uygulamasından önce sizin ve çocuğunuzun kaygı durumunuzu belirlemek amacıyla bir ölçüm aracı uygulanacak, muayene sonrası hastaneden ayrılmadan önce tekrar ölçüm aracı uygulanacak ve memnuniyet düzeyinizi tespit etmeye yönelik araştırmacı tarafından geliştirilen skala uygulanacaktır.

Triyaj değerlendirmesinde çocuğunuzun hayati belirti ve bulguları ölçümlenecek ve kaydedilecek, bununla birlikte başvurunuza yönelik soruları içeren 4-5 dk nızı alacak sorular sorulacak, tüm süreç kamera kullanılarak kayıt altına alınacaktır. Yapılan değerlendirmeler sizi ve çocuğunuzu rahatsız etmeyecektir. Kullanılan yöntem çocuğunuza zarar vermeyecektir.

Bu çalışma için sizden herhangi bir ücret alınmayacak, size de herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Bağlı bulunduğunuz Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)' dan da herhangi bir ücret alınmayacaktır.

Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, çalışmadan istediğiniz zaman ayrılma hakkına sahipsiniz. Gerek araştırma yürütülürken gerekse yayınlanırken kimliğiniz gizli tutulacaktır.

Katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederiz.

Uzm. Hem. Serap ÇELİK
(İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora öğrencisi)
Tel: 0530-389-22-90

İmza:

Prof. Dr. Suzan YILDIZ (Danışman)

Yukarıda yer alan araştırmaya ilişkin bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Verilen Tüm açıklamaları okudum. Kendi rızamla çocuğumun yukarıdaki araştırmaya katılmasını kabul ediyorum.

Tarih:

Veli adı-soyadı, imzası:

Telefon No:

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU (ÇOCUK İÇİN)

Sevgili arkadaşım,

Merhaba, sana hastalığından dolayı acil servise gelmen nedeniyle sorular sorulacaktır. Başvuru sürecinde sağlık durumunu değerlendirebilmek için hayati bulguların (ateş, tansiyon gibi) ölçümlenecek, bu süreç kamera ile kayıt altına alınacaktır. Acil servise hastalığından dolayı gelmen sende kaygı ve korkuya neden olabilir. Bu durumu belirlemek için kendini nasıl hissettiğine yönelik sorulardan oluşan bir ölçüm aracı verilecektir. Kendini nasıl hissediyorsan o cümlenin yer aldığı kutucuğu işaretleyebilirsin. Muayenen bittiğinde tekrar aynı ölçüm formunu dolduracak ve memnun kalıp kalmadığını başka bir form üzerinde işaretleyebileceksin. Yapılan işlemler sende herhangi bir rahatsızlığa neden olmayacaktır. Bu araştırmaya katılıp katılmamak için karar vermeden önce annen ile konuşmalısın. Annene de bu araştırmadan bahsedip onayını ve iznini alacağız. Annen tamam dese bile sen kabul etmeyebilirsin. Bu araştırmaya katılmak senin isteğine bağlı ve sen istemezsen katılmazsın. Bu nedenle hiç kimse sana kızmaz ve küsmez. Önce katılmayı kabul etsen bile sonradan vazgeçebilirsin, bu tamamen sana bağlı. Kabul etmediğin durumda da hemşireler ve doktorlar muayene ve diğer işlemlerde sana önceden olduğu gibi iyi davranır, önceye göre farklılık olmaz.

Aklına şimdi gelen ve daha sonra gelecek olan soruları istediğin zaman bana sorabilirsin. Bu araştırmada seninle ilgili bilgiler gizli tutulacaktır.

Telefon numaram 0530-389-22-90, bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorsan aşağıya lütfen adını ve soyadını yaz ve imzanı at. İmzaladıktan sonra sana ve ailene bu formun bir kopyası verilecektir.

Katılımın ve desteğin için teşekkür ederiz.

Uzm. Hem. Serap ÇELİK
(İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora öğrencisi)
Prof. Dr. Suzan YILDIZ (Danışman)

Yukarıda anlatılan araştırmayla ilgili bilgileri anladım. Anne ve babam uygun gördüğü takdirde bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:
Çocuğun adı-soyadı:
Veli adı-soyadı, imzası:
Telefon No:

EK-2. BİLGİ FORMU

Hasta Adı-Soyadı:
.....
Protokol No:
.....

1. Acil servise getirilen çocuğun doğum tarihi: …../…../…..

2. Çocuğun cinsiyeti: a) Kız b) Erkek

3. Çocuğun geliş şikayeti: ……

4. Çocuğun önceden var olan herhangi bir hastalığı var mı? a) Evet b) Hayır

Evet ise hastalığı nedir? ……

5. Çocuğun sürekli kullandığı ilaç ya da ilaçlar var mı? a) Evet b) Hayır

Evet ise kullandığı ilaçlar nedir? ……

6. Çocuğun acil servise kabul tanısı (dosyadan): ……

7. Acil servise çocuğu getiren ebeveyn kimdir?

a) Anne b) Baba c) Anne-baba birlikte

8. Araştırmaya katılan ebeveyn kimdir? a) Anne b) Baba

9. Kaç çocuğunuz var? a) 1 c) 3
b) 2 d) 4 ve daha fazla

10. Sosyal güvenceniz? a) Var b) Yok

11. Daha önce hiç çocuk acil servise başvurdunuz mu? a) Evet b) Hayır

12. Soruya cevabınız **"Evet"** ise kaç kez götürdünüz? (Bugün de dahil olmak üzere): …

13. Bugün acil servise geliş nedeniniz?

a) Polikliniklerin akşamları/hafta sonları açık olmaması
b) Polikliniğe randevu alamadığım için.
c) Sosyal güvencem/param olmadığı için.
d) Daha önceden memnun kaldığım için.
e) Diğer……

14. Size göre çocuğunuzun sağlık ciddiyeti nedir? a) Çok ciddi b) Ciddi

15. Çocuğun acil serviste kalış süresi nedir? Saat: …… Dk: ……..
(Giriş Saati-Çıkış Saati)

EK-3. ÇOCUK HASTANESİ ERKEN UYARI SKORU (ÇHEUS)

Çocuk Hastanesi Erken Uyarı Skoru					
	0	1	2	3	Puan
Davranış/Nörolojik	° Uygun şekilde oynama/uyuma ° Hastanın ilk değerlendirmesinde uyanık	° Uykulu, rahatsız edilmediğinde uyuklayan bir halde	° Hırçın, avutulması zor ° Hastanın bazal nöbet aktivitesinde artış	° Laterjik, konfüze, hipotonik ° Ağrıya tepkide azalma ° Uzamış ya da sık nöbetler ° Pupillerde asimetri ya da yavaş pupil yanıtı	
Kardiyovasküler	° Hasta için uygun cilt tonu ° Kapiller geri dolum ≤ 2 sn.	° Soluk cilt ° Kapiller geri dolum 3-4 sn. ° Hafif* derecede taşikardi ° Aralıklı ektopik /ekstra atım ya da düzensiz kalp atışı (yeni olmayan)	° Gri cilt ° Kapiller geri dolum 4-5 sn. ° Orta* derecede taşikardi	° Gri ve benekli cilt ° Kapiller geri dolum> 5 sn. ° Şiddetli* derecede taşikardi ° Yeni başlayan bradikardi ° Yeni başlayan/artmış ektopi, düzensiz kalp ritmi veya bloğu	
Solunum	° Normal değer aralığında ° Retraksiyonlar yok	° Hafif takipne*/artmış solunum çabası (burun kanatlarının solunuma katılması, retraksiyon) ° %40'a kadar oksijen desteği ° 1 lt ye kadar nazal kanül ile O2> hastanın bazal ihtiyacı ° Hafif desaturasyonlar <hastanın bazali ° Kendiliğinden çözümlenen aralıklı apne	° Orta derecede* takipne/artmış solunum çabası (burun kanatlarının solunuma katılması, retraksiyon, inleme, yardımcı solunum kaslarının kullanımı) ° %40-60 maske ile oksijen verme ° 1-2L nazal kanül ile O2> hastanın bazal ihtiyacı ° Her 1-2 saatte nebul uygulanması ° Orta dereceli desaturasyonlar <hastanın bazali ° Yeniden pozisyonlandırma veya stimülasyon gerektiren apne	° Şiddetli* takipne ° Solunum hızı <yaşa göre normal değer ° Şiddetli derecede artan solunum çabası (örneğin kafa sallama, paradoksal solunum) °> %60 maske ile oksijen °> 2 L nazal kanül ile O2> hastanın bazal ihtiyacı ° Her 30-60 dakikada bir nebul uygulanması ° Şiddetli desaturasyonlar <hastanın bazali ° Tekrar pozisyon verme ya da uyaran verme dışında girişimler gerektiren apne	
Sağlık personeli kaygısı		Kaygılı			
Aile kaygısı		Kaygılı veya dalgın			
					Toplam
		Hafif*	**Orta***	**Şiddetli***	
Bebek		≥10% ↑ yaş için	≥15% ↑ yaş için	≥25% ↑ yaş için	
1-3 yaş ve daha büyük çocuklar		≥10% ↑ yaş için	≥25% ↑ yaş için	≥50% ↑ yaş için	

ÇOCUK HASTANESİ ERKEN UYARI SKORU BAKIM ALGORİTMASI		
0-2 YEŞİL	**3-4 SARI**	**5-6 KIRMIZI**
• Rutin değerlendirmeye devam	• Vital bulguların ölçüm sıklığını ve Çocuk Hastanesi Erken Uyarı Skoru değerlendirme sıklığını arttırın • Sorumlu hemşire, doktor, hemşire ya da asistan doktoru bilgilendirin • Tedavi planını ekiple tartışın • Daha ileri düzey bakım düşünün • Müdahaleleri kaydedin *Yoğun bakım birimi değerlendirmesini göz önünde bulundurun/düşünün.	• Hastabaşı doktor, hemşire ya da asistan değerlendirmesi • İlgili doktoru bilgilendirin • Tedavi planını ekiple tartışın • Müdahaleleri kaydedin *Bir yoğun bakım birimi hızlı yanıt ekibini aktive etmeyi düşünün/göz önünde bulundurun.
*** Yoğun Bakım Ünitesi Mavi Durumu/Kodu Herhangi Biri Tarafından Her An Aktive Edilebilir/Etkinleştirilebilir *** **SBAR Metodunu Kullanın (Situation, Background, Assessment, Recommendation-Hastanın Durumu, Geçmişi, Değerlendirilmesi ve Öneriler)**		

ÇHEUS Nabız ve Solunum Hızı Referans Aracı

Çocuklar ve Yetişkinler İçin Nabız Sayısı

		ÇHEUS Puanlama Aracına Göre Nabız Sayısında Artışlar (uyanıkken) (Aşağıya bakınız)				ÇHEUS Puanlama Aracına Göre Nabız Sayısında Artışlar (uyurken) (Aşağıya bakınız)		
Yaş	**Uyanıkken Normal Nabız (Dk.)**	**Hafif**	**Orta**	**Şiddetli**	**Uyurken Normal Nabız Sayısı (Dk.)**	**Hafif**	**Orta**	**Şiddetli**
Yenidoğan (termde)	100-180	198	207	225	80-160	176	184	200
Bebek (1-6 ay)	100-160	176	184	200	75-160	176	184	200
1-3 yaş	80-110	121	137	165	60-90	99	112	135
3-5 yaş	70-110	121	137	165	60-90	99	112	135
6-12 yaş	65-110	121	137	165	60-90	99	112	135
12-18 yaş	60-90	99	112	135	50-90	99	112	135
Yetişkin	55-90	99	112	135	50-90	99	112	135

Çocuklar ve Yetişkinler İçin Solunum Hızları

		ÇHEUS Puanlama Aracına Göre Solunum Hızındaki Artışlar (Aşağıya bakınız)		
Yaş	**Normal Solunum Hızı (Dk.)**	**Hafif**	**Orta**	**Şiddetli**
Yenidoğan (termde)	30-60	66	69	75
Bebek (1-6 ay)	30-60	66	69	75
1-3 yaş	24-40	44	50	60
3-5 yaş	22-34	37	42	51
6-12 yaş	18-30	33	37	45
12-18 yaş	12-16	17	20	24
Yetişkin	12-16	17	20	24

ÇHEUS Puanlama Aracından:		**Hafif**	**Orta**	**Şiddetli**
Solunum hızı ve nabız sayısı	**Bebek**	≥ 10% ↑ yaş için	≥ 15% ↑ yaş için	≥ 25% ↑ yaş için
	1-3 yaş ve daha büyük çocuklar	≤ 10% ↑ yaş için	≤ 25% ↑ yaş için	≤ 50% ↑ yaş için
Hastanın bazal saturasyonundan kaynaklı desturasyon	**Tüm yaşlar**	5 puan	10 puan	15 puan

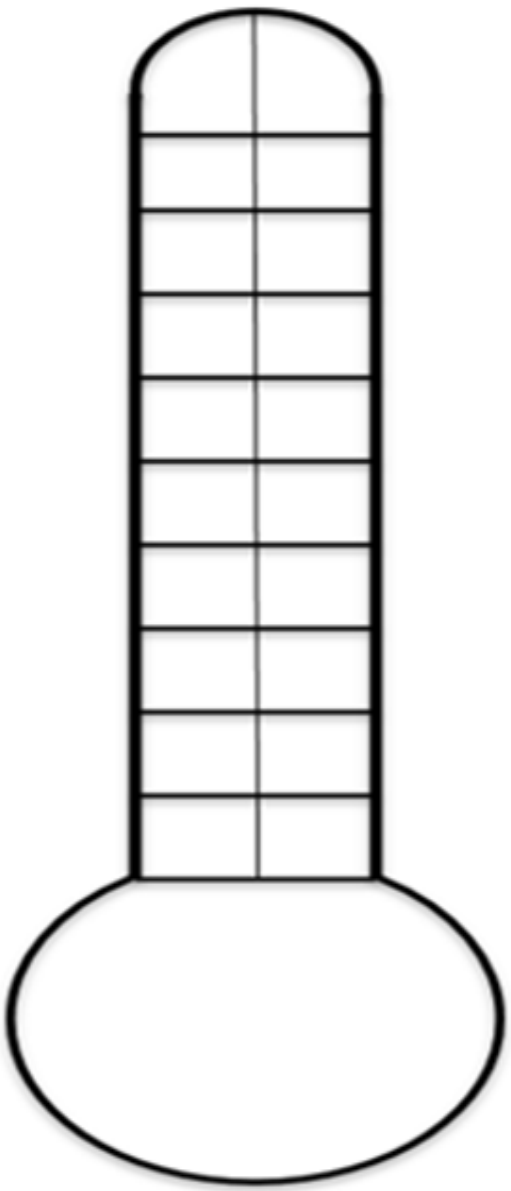
EK-4. SAĞLIK BAKANLIĞI RENK KODLAMASI ve TRİYAJ UYGULAMASI FORMU

Hasta Adı-Soyadı: ……			**Protokol No: ……**	
Ateş: ……°C	**DSS: …… /dk.**	**KTA: ……/ dk.**	**TA: ……-……(……) mmHg**	**SaO2: %……**

Yaş	**Ateş**	**Solunum**	**Nabız**	**Kan Basıncı**	**SPO2**
Prematüre-Yenidoğan	**Timpanik** 36-37.2 ºC	40-70	100-170	60-90/20-60	%93-100
1-12 ay		22-40	70-110	87-105/53-66	%97-99
1-3 yaş		22-40	70-110	95-105/53-66	
3-5 yaş		22-40	70-110	95-110/56-70	
6-12 yaş		18-30	65-110	97-112/57-71	
12 yaş ve üzeri		12-16	60-100	110-130/65-80	

RENK	**ALAN ve VAKA NİTELİĞİ**	**VAKANIN YÖNLENDİRİLDİĞİ BİRİM KRİTERLERİ**	**TRİYAJ KATEGORİSİ** (UYGUN OLANI İŞARETLEYİNİZ)
YEŞİL	**Kategori 1:** Ayaktan başvuran, genel durum itibariyle stabil olan, akut semptomları sebebiyle 1 saatten fazla beklemesi hayati tehdit, morbidite veya komplikasyon oluşturabilecek basit sağlık sorunları bulunan hastalar	Bu kategoride olan hastalar acil servis içerisinde yeşil alanda muayene edilmelidir.	
	Kategori 2: Ayaktan başvuran, genel durumu itibariyle stabil olan ve ayaktan tedavisi sağlanabilecek 1-4 saat arası beklemekle morbidite veya hayati tehdit oluşturmayan basit sağlık sorunları bulunan hastalar.	Bu kategoride olan hastalar acil servise entegre edilmiş olan mesai kaydırma veya vardiya branş polikliniklerine yönlendirilirler.	
SARI	**Kategori 1:** Hayatı tehdit etme olasılığı, uzuv kaybı riski ve önemli morbidite durumu oranı olan durumlar.	Bu kategoride değerlendirilen hastalar triyajdan sorumlu hekimin bilgisi dahilinde doğrudan ilgili tanı/tedavi alanına alınmalıdır.	
	Kategori 2: Orta ve uzamış dönem belirtileri olan ve ciddiyet potansiyeli taşıyan durumlar (solunum sayısı, nabız, kan basıncı, oksijen saturasyonu, vücut sıcaklığı anormal olan hastalar ile medikal tedavi ihtiyacı olan hastalar ve sübjektif ağrı skoru maksimum skorun %80'i olan hastalar)	Bu kategoride değerlendirilen hastalar triyajdan sorumlu hekimin bilgisi dahilinde doğrudan ilgili tanı/tedavi alanına alınmalıdır.	
KIRMIZI	**Kategori 1:** Hayatı tehdit eden ve hızlı agresif yaklaşım ve acil olarak eş zamanlı değerlendirme ve tedavi gerektiren durumlar. Bu durumlarda hasta hiç bekletilmeden kırmızı alana alınır.	Kırmızı ana renk kodunda değerlendirilen hastalardan bilinci kapalı, hava yolu güvenliği, solunum ve dolaşım olmayan hastalar derhal yeniden canlandırma (resüsitasyon) odasına alınacaktır.	
	Kategorisi 2: Hayatı tehdit etme olasılığı yüksek olan ve 10 dakika içerisinde değerlendirilip tedavi edilmesi gerekli durumlar.	Bilinci kapanabilecek, hava yolu güvensiz ve solunumu durabileceği ön görülen hastalar doğrudan kırmızı alana alınacaktır.	

EK-5. ÇOCUK ANKSİYETE SKALASI-DURUMLULUK (ÇAS-D)



ÇOK FAZLA GERGİN VEYA KAYGILI

SAKİN: GERGİN VEYA KAYGILI DEĞİL

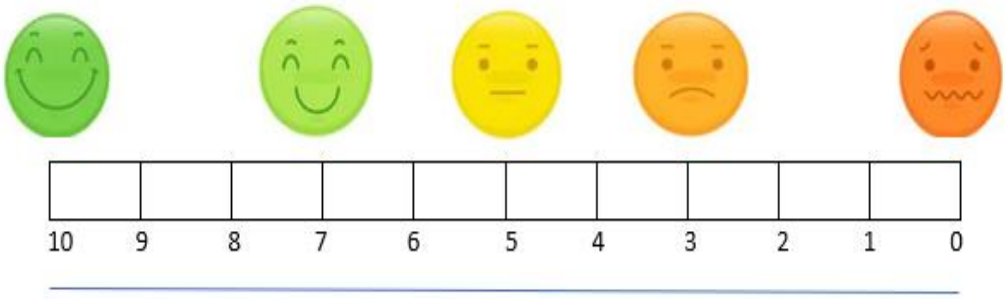
EK-6. DURUMLUK-SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ

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

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

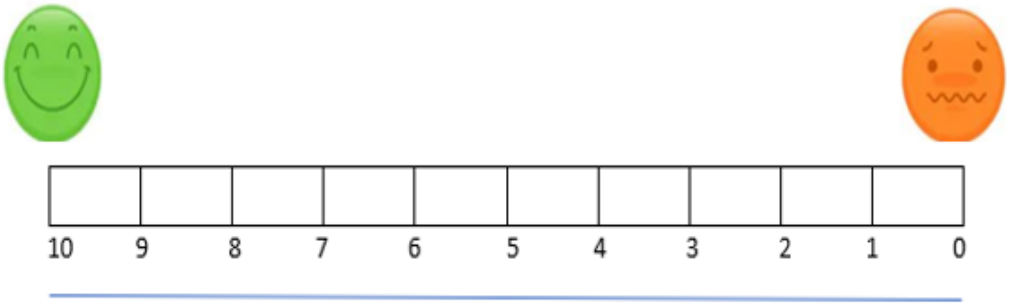
EK-7. ÇOCUK TRİYAJ MEMNUNİYET SKALASI





Uygun sayıyı yuvarlak içerisine alalım.

EK-8. EBEVEYN TRİYAJ MEMNUNİYETİ SKALASI



Triyaj uygulamasından ne ölçüde memnun kaldınız?

- Çizgi üzerinde memnun olma derecenizi yuvarlak içerisine alınız.
- Memnuniyet düzeyiniz yüksekse sol uca, değilse sağ uca doğru işaretleme yapınız.

EK-10. PALYAÇO EĞİTİM SERTİFİKASI



EK-11. KURUM İZNİ

EK-12. DURUMLUK-SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ KULLANIM İZNİ

EK-13. ÇOCUK ANKSİYETE SKALASI-DURUMLULUK (ÇAS-D) KULLANIM İZNİ

Gmail

serap çelik <hms.serapcelik@gmail.com>

Çocuk Anksiyete Skalası-Durumluluk (ÇAS-D)

3 ileti

serap çelik <hms.serapcelik@gmail.com> 11 Haziran 2021 11:19
Alıcı: gulcinozalp@gmail.com

Sayın Gülçin Hocam,

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı doktora öğrencisiyim. Prof.Dr. Suzan YILDIZ danışmanlığında yapacağım tez çalışmamda " Özalp Gerçeker, G., Ayar, D., Özdemir, Z.,& Bektaş, M. (2018). Çocuk Anksiyete Skalası- Durumluluk ve Çocuk Korku Ölçeğinin Türk diline kazandırılması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, *11*(1), 9-13. " ölçeğinizi benimle paylaşmanız halinde kaynak göstererek, veri toplama aracı olarak kullanmak istiyorum. Literatüre kattığınız bilgilerden dolayı çok teşekkür ederim. Geri dönüşünüz benim için çok kıymetlidir.

Saygılarımla

Uzm.Hem.Serap ÇELİK

gülçin özalp <gulcinozalp@gmail.com> 11 Haziran 2021 11:52
Alıcı: serap çelik <hms.serapcelik@gmail.com>

Ektedir.
Çocuk Anksiyete Skalası-Durumluluk ve Çocuk Korku Ölçeği ektedir.
Çocuk Anksiyete Skalası-Durumluluk 0-10
Çocuk Korku Ölçeği 0-4 şeklinde puanlanmaktadır.
Çalışmanızda başarılarım dilerim.

serap çelik <hms.serapcelik@gmail.com>, 11 Haz 2021 Cum, 11:20 tarihinde şunu yazdı:
[Alıntılanan metin gizlendi]

--
Doç. Dr. Gülçin ÖZALP GERÇEKER
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
İzmir, Türkiye

Gülçin ÖZALP GERÇEKER, R.N., Assoc. Professor
Department of Pediatric Nursing
Dokuz Eylül University Nursing Faculty
İzmir, Turkey

2 eklenti

CAS-D.docx
34K

ÇKÖ.docx
70K

serap çelik <hms.serapcelik@gmail.com> 11 Haziran 2021 11:59
Alıcı: Suzan Yıldız <suzyil58@gmail.com>, SUZAN YILDIZ <suzyil@istanbul.edu.tr>

[Alıntılanan metin gizlendi]

EK-14. PALYAÇO KURSU EĞİTİM İÇERİĞİ

CLOWN FOR FUN AND PROFİT: LEARNİNG THE ART OF CLOWNİNG

Course Content

Episode 1: Introduction

1.1. Introduction to course and objectives
1.2. Types of Clowns and Clown Work: Different clown types and their personalities
1.3. Clown Jobs: Different clowns have different functions and jobs that they do

Exam 1: General Clowning Quiz

Episode 2: What to Wear

2.1. It' s all about the hair: Finding the clown wig that works for you as a clown

2.2. Clown clothes: How to find a outfit suitable for your clown personality

2.3. Finding the best clown shoes so you don't break your budget or your neck

2.4. What not to wear or how not to be a clown or how a fake clown dress

Exam 2: What to Wear Quiz

Episode 3: Make up

3.1. Who stole my face? Tips on avoiding clown face indentity theft and get your own

3.2. Not just any make up will do. Picking clown make up to have your best face

3.3. Doing make up right takes practice and time, learn how to do it properly

Exam 3: Make up Quiz

Episode 4: Your Clown Personality

4.1. Developing a clown personality, the clown is a different person all together

Exam 4: Personality Quiz

Episode 5: What to Do

5.1. Balloons how they work and how to use them effectively in you clown act

5.2. Prop it up: Using the best props fort the best laugh and function or occation

Exam 5: What to Do Quiz

Episode 6: Do's and Don'ts When a Clown

6.1. Rules of Clowning: Rules that every clown should adheare to when clowning

6.2. Clowns get a Bad Wrap: Don't perpetuate the negative image of Hollywood

Exam 6: Professionalism Quiz

Episode 7: Professional Development

7.1. Alleys, Associations and Conventions…Oh My: Honing your skill with others

7.2. Finding an alley, association, and convention: Where to find help getting involved

7.3. Finding Work

Exam 7: Professional Development Quiz

Episode 8: Helpful Tips for New (and Old) Clowns

8.1. Professional/Practical Clowning a Birthday Party: More than just fun and games

8.2. Tips for Clowning a Prademaking the most of your act to big and distant group

Exam 7: Clowning Quiz

Episode 9: Conclution and Wrap up

9.1. Where we have been where we can go on to becoming a professional clown

EK-15. UYGULAMA SÜRECİNDE ÇEKİLEN FOTOĞRAFLAR













EK-9. ETİK KURUL KARARI

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

ÇELİK-2702170239

ORİJİNALLİK RAPORU

%18	%18	%6	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	%2
2	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%1
3	earsiv.atauni.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
4	openaccess.maltepe.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
5	acikerisim.istanbul.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
6	acikerisim.kku.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
7	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	<%1
8	acikerisim.akdeniz.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
9	www.edb.adalet.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Serap	**Soyadı**	ÇELİK
Doğ.Yeri		**Doğ.Tar.**	
Uyruğu		**TC Kim No**	
Email		**Tel**	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mez. Yılı**
Doktora		
Yük.Lis.	İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	23.08.2016
Lisans	Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Sağlık Yönetimi	20.01.2019
Lisans	Kocaeli Üniversitesi Kocaeli Sağlık Yüksekokulu	25.06.2010
Ön Lisans	Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği	10.09.2012
Lise	Çemberlitaş Kız Lisesi Yabancı Dil Ağırlıklı	10.06.2005

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1.Sorumlu Hemşire	Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği	14.02.2014-…(halen)
2. Hemşire	Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Servisi	17.01.2012-14.02.2014
3. Hemşire	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Gastro-Hepatoloji Servisi	15.09.2011-26.12.2011
4. Hemşire	Medical Park Hastanesi Karma Servis, Pediatrik Kit Ünitesi	11.08.2010-12.08.2011

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**KPDS/ÜDS Puanı**	**(Diğer) Puanı**
İngilizce	Çok İyi	Orta	İyi		73,750

***Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
ALES Puanı	70,37792		
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
Microsoft Office Programları (word, excel, power point)	İyi
SPSS Programı	Orta

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri

Sertifikalar

Sertifika Adı	**Tarih**
Neonatal Resusitasyon Programı Uygulayıcı Sertifikası	11-13.09.2012
İşaret Dili Kurs Bitirme Belgesi	27.03.2015
Pedagojik Formasyon Eğitimi	15.07.2015
İlk Yardım Eğitmeni Yetki Belgesi	10-15.01.2017
Yara Bakım Hemşireliği Sertifikası	21-23.04.2017
Acil Bakım Hemşireliği Sertifikası	09.04.2018

- **Tezleri**

Çelik S.(2016).Pediatri Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Parenteral İlaç Uygulamalarının İncelenmesi. Danışman: Doç. Dr. Serap BALCI. İstanbul.(Yüksek Lisans Tezi).

- **Kitap&Kitap Bölümleri**

Çelik S.2019.Afetlerde hemşirelik hizmetleri. Özüçelik DN, editör. Afetlerde Acil Tıp Hizmetleri.1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri.p:77-82.

Çelik S.2020.İlk Yardım Okulu:Kahramanlar İş Başında.T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Özel Eğitim ve Rehberlik Hizmetleri Genel Müdürlüğü.1.Baskı,Ankara.

Çelik S.2020.Acil Algoritmaları.İçinden:Pediatrik Aciller.Ed:Doç. Dr. Halil Doğan.Ema Tıp Kitabevi.1.Baskı,p:235-246.İstanbul.

- **Hakemli Kongre/Sempozyum Bildiri Kitaplarında Yer Alan Yayınlar**

Celik S.2021.Yetişkinlerde Kardiyopulmoner Canlandırma (CPR Yönetimi). 1th International 6th National Emergency Nurses Congress. June 4-6. On-line.

Sancı Y.,Celik S.,Yıldız S.2021.The Effect Of Video-Based Covıd-19 Pediatric Patient Education On State Anxiety in Children Admitted to Hospital with Suspected Covıd-19.4th International Conference on Covıd-19 Studies,April 17-19,İstanbul.

Celik S.,Doğan H.,Isik S.,Tosun O.,Ozucelik DN.2018.Assessment of Compassionate Fatigue in Nurses and Doctors Working at Emergency Medicine Department.3rd Global Conference on Emergency Nursing&Trauma Care,4-6 October,Noordwijkerhout, The Netherlands.

Ozturk A., Celik S., Ozkaya Odül B., Cavuslu M., Sahin M., Tatlıcı F., Kocabey M.2018.Neonatal intensive care nursing and burnout syndrome.7th International Nursing Management Conference.25-27 October, Bodrum/Turkey.

Celik S., Ozturk A., Polat S., Doğan H., Özüçelik DN.2018.Investigations on the reasons of turnover nurses in emergency services. 7th International Nursing Management Conference.25-27 October, Bodrum/Turkey.

Celik S.,Balcı S.,Özüçelik DN.2017.Investigation of Parenteral Drug Aplications of Nurses Working in Pediatric Units. 9th Asıan Conference on Emergency Medicine 13th Turkısh Emergency Medicine Congress. November 8-11, Antalya.

Çelik, S., Özüçelik, N.D., Zeydan, A., Doruk, N., Aydın, F., Doğan, H., Hergünsel, O., Çukurova, Z.(2015). Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi' nde yapılan mavi kod uygulamalarının değerlendirilmesi. 3th National Emergency Nursing Congress with International Participation.1-4 April, Antalya.

- **Dergilerde Yayınlanan Makaleler**

Çelik S.2020.Acil Hemşireliği.***Journal of ADEM***.1(1):44-46.

Celik S.,Balcı S.,Özüçelik DN.2021.Evaulation of Parenteral Drug Administration Errors of Nurses Who Work in Pediatric Units.***IAR J Med Sci***.2(2):169-180.

Celik S., Özüçelik DN.2022.Compassion levels of healthcare workers in the Crowded ED. ***IAR J Med Sci***.3(1):11-28.