

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÜROLOJİ ANABİLİM DALI**

**ÇOCUK ÜROLOJİSİNDE 4-18 YAŞ ARASI YAPILAN CERRAHİ
TEDAVİNİN YAŞAM KALİTESİ VE PSİKOLOJİK İYİLİK HALİ
İLE İLİŞKİSİ**

Dr. Berk HAZIR

**UZMANLIK TEZİ
olarak hazırlanmıştır**

**ANKARA
2021**

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÜROLOJİ ANABİLİM DALI**

**ÇOCUK ÜROLOJİSİNDE 4-18 YAŞ ARASI YAPILAN CERRAHİ
TEDAVİNİN YAŞAM KALİTESİ VE PSİKOLOJİK İYİLİK HALİ
İLE İLİŞKİSİ**

Dr. Berk HAZIR

**UZMANLIK TEZİ
olarak hazırlanmıştır**

**TEZ DANIŞMANLARI
Prof. Dr. Hasan Serkan DOĞAN
Doç. Dr. Halime Tuna ESEN ÇAK**

**ANKARA
2021**

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca kendisiyle çalışmaktan büyük bir keyif ve mutluluk duyduğum, akademik gelişimim üzerindeki etkisi sebebiyle her zaman kendisine minnettar olacağım ve bu araştırmanın gerçekleşmesi için gerekli şartların hazırlanmasında desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, araştırmanın oluşum aşamasında ve sonrasında değerli katkılarını ve desteğini sunan tez danışmanım Prof. Dr. Hasan Serkan Doğan'a,

Araştırmanın oluşum aşamasından yazım aşamasının sonuna kadar desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, bana vermiş olduğu destek, göstermiş olduğu hoşgörü ve sabırdan dolayı tez danışmanım Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Halime Tuna Çak Esen'e,

Araştırmanın başında çocuk ve ergen hastalarla yapılan psikiyatrik görüşmelerdeki katkısı sebebiyle aynı zamanda tıp fakültesinden dönem arkadaşım Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı araştırma görevlisi Dr. Kemal Saruhan'a,

Araştırmanın ilk aşamasında Bölüm 32 Çocuk Üroloji yataklı servisindeki veri toplama sürecinde desteklerini esirgemeyen başta Çocuk Gelişimi Uzmanı Nadire Oya Gündoğdu ve tüm hemşire arkadaşlara,

Mesleki kimliğimin oluşumunda ve gelişmesinde büyük katkıları olan, ürolojik cerrahi konusundaki bilgi ve becerilerini, temel ürolojik prensipleri ve cerrahi disiplini bana aktaran başta anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Serdar Tekgül olmak üzere tüm saygıdeğer hocalarıma,

İhtisas sürem boyunca çok şey paylaştığım tüm asistan arkadaşlarıma,

İş hayatında birlikte çalıştığımız servis, poliklinik ve ameliyathane hemşireleri, teknisyen ve personellerine,

Her zaman yanımda olduğunu bildiğim, benimle ilgili hayallerinden birini daha gerçekleştirdiğim için sonsuz mutluluğa sahip olduğum, hayatımın her aşamasında kendisini örnek almaya çalıştığım, çok özlediğim canım babam Zekayi Hazır'a,

Her zaman beni destekleyen ve her koşulda yanımda olan, üzerimde sonsuz emekleri olan ve oğlu olduğum için her zaman gurur duyduğum sevgili annem Serpil Hazır'a, ağabeyim Barış Hazır'a ve kardeşim Bulut Hazır'a,

Anlayışı, sabrı ve manevi desteğini asla eksik etmeyen Dilara Şahin'e,

Teşekkür ederim.

ÖZET

Hazır, B., Çocuk ürolojisinde 4-18 yaş arası yapılan cerrahi tedavinin yaşam kalitesi ve psikolojik iyilik hali ile ilişkisi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Tezi, Ankara, 2021. Çocuk üroloji alanında yapılan çalışmaların büyük bir kısmı bu yöntemlerin klinik sonuçlarını değerlendirmektedir; yaşam kalitesi ve psikososyal iyilik hali ile cerrahinin ilişkisine dair çocuk üroloji pratiğinde çok az çalışma mevcuttur. Özellikle de cerrahi yöntemin şeklinin cerrahi sonrası ruhsal etkileri ile yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmalara ihtiyaç olduğu gözlenmiştir. Bu çalışmada çocuk üroloji kliniğinde yatırılarak ameliyat edilen 4-18 yaş arası hastaların yaşam kalitesi ve psikolojik iyilik hali üzerine etkisi olabilecek; sosyodemografik, medikal, cerrahi ve ebeveyn ve çocuğa ait psikolojik faktörler araştırılmıştır. Bu amaçla hasta ve ebeveynler ameliyat öncesi dönemde ve ameliyat sonrası 7. ayda değerlendirilmiştir. Cerrahiden önce Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY-T) kullanılarak yapılan psikiyatrik görüşmede aktif herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı konan hastalar çalışma dışında bırakılmıştır. Ameliyat öncesi dönemde dahil edilme ölçütlerini karşılayan 98 hasta, ameliyat sonrası dönemde ise 63 hasta ile çalışma gerçekleştirilmiştir. Ameliyat öncesi ve sonrası 7. ay olmak üzere iki kez psikiyatrik belirti alanlarını değerlendirmek amacıyla çalışmaya dahil edilen tüm ebeveynlerden; Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği-Ebeveyn formu (ÇİYKÖ), Güçler Güçlükler Anketi Ebeveyn Formu (GGA); kendileri ile ilgili olarak ise Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Belirti Tarama Listesi'ni (SCL-90-R), Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği'ni (COPE) doldurmaları istenmiştir. Çocuk ve ergenler de Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ), Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği, Çocuklar için Durumluk – Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDKE – ÇSKE) doldurmuştur. Araştırma kapsamında değerlendirilen hastaların geçirdiği cerrahiler açık cerrahi/endoürolojik cerrahi ve majör cerrahi/minör cerrahi olarak iki farklı gruplandırma ile incelenmiştir. Yapılan doğrusal regresyon analizinde çocuklarda cerrahi sonrası hem ebeveynin bildirdiği yaşam kalitesi toplam puanını ($p<0,001$, düzeltilmiş R^2 : 0,304) hem de öz bildirim yaşam kalitesi toplam puanını ($p<0,001$, düzeltilmiş R^2 :0,304) en çok yordayan değişkenler ebeveyn SCL-90 Genel Şiddet skoru, geçirilmiş cerrahi sayısı ve kadın cinsiyet olarak bulunmuştur. Minör

cerrahi grubundaki ebeveynlerin ameliyat öncesi depresyon puanları (p: 0,023) ve SCL- 90 genel belirti düzeyi puanları (p: 0,010), majör cerrahi grubundan anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Ek olarak minör cerrahi grubunda cerrahi öncesi öz bildirim fiziksel yaşam kalitesi puanı daha yüksek bulunurken (p: 0,036), bu grupta cerrahi sonrası öz bildirim yaşam kalitesi toplam puanının istatistiksel olarak da arttığı (p: 0,037) görülmüştür. Majör cerrahi/minör cerrahi gruplandırmasının hem ameliyat öncesi hem de ameliyat sonrası hem çocuk hem de ebeveynin ruhsal iyilik hali ve çocuğun yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Ancak aynı anlamlılığın açık cerrahi/endoürolojik cerrahi gruplandırmasında görülmemesi, çocuk ve ebeveynleri cerrahi yöntemin şeklinden çok altta yatan ameliyat öncesi medikal ve psikolojik hastalıkla ilişkili faktörlerin etkilediği düşünülmektedir. Cerrahi yöntemin şekillerinin gelecekte daha büyük ve homojen örneklemelerde, daha uzun ve daha sık aralıklı psikososyal izlem ile takip edilmesi, ileride klinik uygulamalara karar verilirken cerrahlara ışık tutabilecektir.

Anahtar kelimeler: Cerrahi, yaşam kalitesi, çocuk üroloji

ABSTRACT

Hazir, B., The relationship between the surgical treatment performed 4 to 18 years old children in pediatric urology with quality of life and psychological well-being, Hacettepe University Faculty of Medicine, Thesis in Urology, Ankara, 2021. Most of the studies conducted in pediatric urology investigate the clinical results. However, very few studies explore the relationship between surgery and quality of life and psychosocial well-being in pediatric urology practice. Especially after surgery, It was observed that the studies evaluating the mental effects of the surgical method and the quality of life were essential. The current study investigated the psychological factors of child and parent, sociodemographic, medical and surgical factors that may affect the quality of life and psychological well-being of patients aged 4-18 years who were hospitalized and operated in the pediatric urology clinic. For this purpose, patients and parents were evaluated in the preoperative period and at the 7th month postoperatively. Before the surgery, a patient diagnosed with an active psychiatric disorder in the psychiatric interview using the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children, Present and Lifetime Version (K- SADS-PL) were excluded from the study. The study was conducted with 98 patients who met the inclusion criteria in the preoperative period and 63 patients in the postoperative period. Of all the parents included in the study to evaluate the psychiatric symptom areas two times, preoperatively and postoperatively; Pediatric Quality of Life Inventory- Parent report, Strengths and Difficulties Questionnaire- Parent report (SDQ); in relation to themselves Beck Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory, Symptom Checklist (SCL-90-R), Orientation to Problems Experienced (COPE) inventory was requested to fill. Children and adolescents also filled in the Children's Depression Inventory (CDI), the Pediatric Quality of Life Inventory- self-report, and the State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAI-CH). The surgeries of the patients evaluated within the scope of the study were examined in two different groups as open surgery/endourological surgery and major surgery/minor surgery. In the linear regression analysis, the variables that most predicted both the total score of quality of life reported by parents ($p < 0,001$, adjusted R^2 : 0,304) and the total score of quality of life reported by children ($p < 0,001$, adjusted R^2 : 0,304) after surgery were found to be parental SCL-90 total score, number of previous surgeries, and female gender.

Preoperative depression scores and SCL-90 general symptom level scores of the minor surgery group's parents were significantly lower than those in the major surgery group (p: 0,023 and p: 0,010, respectively). In addition, the preoperative self-report quality of life physical score was higher in the minor surgery group (p: 0,036), while the post-surgical self-report quality of life total score increased statistically in this group (p: 0,037). Major surgery/minor surgery grouping was associated with both the child and parent's preoperative and postoperative mental well-being and the child's quality of life. However, the same significance was not seen in the open surgery/endourologic surgery grouping. This situation is clinically significant, and it was thought that factors related to the underlying preoperative psychological and medical disease rather than the type of surgical method affect the child and parents. In the future, following the forms of the surgical method in larger and homogeneous samples, with longer and more frequent psychosocial follow-ups, may shed light on surgeons when deciding on clinical applications in the future.

Keywords: Surgery, quality of life, pediatric urology

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR	xi
TABLOLAR DİZİNİ	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ	xv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Çocuklarda Ürolojik Cerrahi	3
2.2. Çocuklarda Yaşam Kalitesi	3
2.3. Çocukluk Çağında Anksiyete (Kaygı)	7
2.4. Çocukluk Çağında Depresif Belirtiler ve Depresyon	11
3. GEREÇ VE YÖNTEM	14
3.1. Araştırmanın Örnekleme	14
3.2. Araştırmanın Deseni	16
3.3. Araştırmadaki Veri Toplama Araçları	17
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu	17
3.3.2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşamboyu Versiyonu (ÇDŞG –ŞY - T) (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children, Present and Lifetime Version- K- SADS- PL)	17
3.3.3. Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) – Pediatric Quality of Life Questionnaire	18
3.3.4. Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)	19
3.3.5. Çocuklar İçin Durumluk - Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDKE- ÇSKE)	19
3.3.6. Güçler Güçlükler Anketi (GGA)	20
3.3.7. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	21
3.3.8. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)	21
3.3.9. Belirti Tarama Listesi (BTL) - Symptom Check List – 90 – Revised (SCL – 90 – R)	21

3.3.10. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)	22
3.4. Uygulama	23
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistikler	25
4. BULGULAR	27
4.1. Cerrahi Sonrası Dönemde Çalışmaya Devam Etmeyi Kabul Etmeyen/Ulaşılamayan Hastalar ile Ulaşılan Hastaların Karşılaştırılması	28
4.2. Açık ve Endoürolojik Cerrahi Gruplarının Karşılaştırılması	30
4.2.1. Açık ve Endoürolojik Cerrahi Gruplarında Sosyodemografik Özellikler	30
4.2.2. Açık ve Endoürolojik Cerrahi Gruplarında Medikal Özellikler	32
4.2.3. Açık ve Endoürolojik Cerrahi Gruplarında Çocukların Yaşam Kalitesi ve Psikiyatrik Belirti Düzeyleri	34
4.2.4. Açık ve Endoürolojik Cerrahi Gruplarında Ebeveynlerde Psikiyatrik Belirti Düzeyleri ve Başa Çıkma Tutumları	39
4.3. Majör ve Minör Cerrahi Gruplarının Karşılaştırılması	41
4.3.1. Majör ve Minör Cerrahi Gruplarında Sosyodemografik Özellikler	41
4.3.2. Majör ve Minör Cerrahi Gruplarında Medikal Özellikler	44
4.3.3. Majör ve Minör Cerrahi Gruplarında Çocukların Yaşam Kalitesi ve Psikiyatrik Belirti Düzeyleri	45
4.3.4. Majör ve Minör Cerrahi Gruplarında Ebeveynlerde Psikiyatrik Belirti Düzeyleri ve Başa Çıkma Tutumları	50
4.4. Korelasyon Analizleri	52
4.5. Tek Yönlü Varyans Analizleri	57
4.5.1. Açık ve Endoürolojik Cerrahi Grubunda Tek Yönlü Varyans Analizleri	57
4.5.2. Majör ve Minör Cerrahi Grubunda Tek Yönlü Varyans Analizleri	61
4.6. Doğrusal Regresyon Analizi	65
5. TARTIŞMA	70
5.1. Cerrahi Gruplarında Medikal ve Sosyodemografik Özellikler	71
5.2. Cerrahi Gruplarında Cerrahi Öncesi ve Sonrası Çocuklarda Yaşam Kalitesi	73

5.3. Cerrahi Gruplarında Cerrahi Öncesi ve Sonrası Çocuklarda Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ve Genel Psikiyatrik Belirtiler	77
5.4. Cerrahi Gruplarında Cerrahi Öncesi ve Sonrası Ebeveynlerde Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ve Genel Psikiyatrik Belirtiler	81
5.5. Çalışmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları	83
6. ÖNEMLİ BULGULAR, SONUÇ VE ÖNERİLER	84
7. GELECEKTEKİ ÇALIŞMALAR İÇİN ÖNERİLER	86
8. KAYNAKLAR	87
9. EKLER	
EK-1. Formları Dolduranın Adı Soyadı / Yakınlık Derecesi	
EK-2. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (Çocuk Formu)	
EK-3. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (Kendisi)	
EK-4. Çocuklar İçin Durumluk Kaygı Envanteri	
EK-5. Güçler Güçlükler Anketi	
EK-6. Beck Depresyon Ölçeği	
EK-7. Beck Anksiyete Ölçeği	
EK-8. SCL-90- R	
EK-9. COPE	

KISALTMALAR

BAÖ	Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
BTL(SCL-90)	Belirti Tarama Listesi
ÇDKE – ÇSKE	Çocuklar İçin Durumluk - Sürekli Kaygı Envanteri
ÇDÖ	Çocuklar için Depresyon Ölçeği
ÇDSG-ŞY-T	Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşamboyu Versiyonu
ÇİYKÖ	Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği
COPE	Baş Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği
DSM-3	Tanısal ve istatistiksel El Kitabı, 3. Baskı
DSM-4	Tanısal ve istatistiksel El Kitabı, 4. Baskı
DSM-5	Tanısal ve istatistiksel El Kitabı, 5. Baskı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GBD	Genel Belirti Düzeyi
GGA	Güçler Güçlükler Anketi
HÜTF	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
SİYK	Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa
2.1. Kaygı bozuklukları sınıflandırılması (DSM-5).	8
2.2. Yaygın anksiyete bozukluğu tanı kriterleri (DSM-5).	8
2.3. Ayrılık anksiyetesi bozukluğu tanı kriterleri (DSM-5)	9
2.4. DMS- 5 major depresif bozukluk tanı kriterleri.	11
4.1. Açık cerrahi ve endoürolojik cerrahi grubunda yer alan cerrahiler.	27
4.2. Majör ve minör cerrahi grubunda yer alan cerrahiler.	28
4.3. Cerrahi sonrası formu olan ile olmayan hastaların karşılaştırılması.	29
4.4. Açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında cinsiyet, yaş ve eğitim özellikleri.	30
4.5. Açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında anne- babaların eğitim düzeyi ve iş durumu.	31
4.6. Açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında önceden geçirilmiş cerrahi.	33
4.7. Açık ve endoürolojik cerrahi grubunda anestezi süresi.	33
4.8. Açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında cerrahi sonrası komplikasyon.	34
4.9. Açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında cerrahi sonrası yatış süresi.	34
4.10. Açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında cerrahi öncesi özbildirim ÇİYKÖ	35
4.11. Açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ve sonrası özbildirim ÇİYKÖ.	35
4.12. Açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ÇİYKÖ-ebeveyn formu.	36
4.13. Açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ve sonrası ÇİYKÖ – ebeveyn formu.	36
4.14. Açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ÇDÖ.	36
4.15. Açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ve sonrası ÇDÖ.	37
4.16. Açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ÇDKE – ÇSKE.	37
4.17. Açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ve sonrası ÇDKE – ÇSKE.	38
4.18. Açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında cerrahi öncesi GGA.	38
4.19. Açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ve sonrası GGA.	39
4.20. Açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ebeveyn BAÖ, BDÖ ve BTL genel belirti düzeyi.	39
4.21. Açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ve sonrası BAÖ, BDÖ ve BTL genel belirti düzeyi.	40

4.22. Açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında cerrahi öncesi COPE.	40
4.23. Açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ve sonrası COPE.	41
4.24. Majör ve minör cerrahi gruplarında cinsiyet, yaş ve eğitim özellikleri.	42
4.25. Majör ve minör cerrahi gruplarında anne- babaların eğitim düzeyi ve iş durumu.	42
4.26. Majör ve minör cerrahi gruplarında önceden geçirilmiş cerrahi.	44
4.27. Majör ve minör cerrahi gruplarında anestezi süresi.	44
4.28. Majör ve minör cerrahi gruplarında cerrahi sonrası komplikasyon.	45
4.29. Majör ve minör cerrahi gruplarında cerrahi sonrası yatış süresi.	45
4.30. Majör ve minör cerrahi gruplarında cerrahi öncesi özbildirim ÇİYKÖ.	46
4.31. Majör ve minör cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ve sonrası özbildirim ÇİYKÖ.	46
4.32. Majör ve minör cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ÇİYKÖ - ebeveyn formu.	47
4.33. Majör ve minör cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ve sonrası ÇİYKÖ - ebeveyn formu.	47
4.34. Majör ve minör cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ÇDÖ.	48
4.35. Majör ve minör cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ve sonrası ÇDÖ.	48
4.36. Majör ve minör cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ÇDKE – ÇSKE.	48
4.37. Majör ve minör cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ve sonrası ÇDKE – ÇSKE.	49
4.38. Majör ve minör cerrahi gruplarında cerrahi öncesi GGA.	49
4.39. Majör ve minör cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ve sonrası GGA.	50
4.40. Majör ve minör cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ebeveyn BAÖ, BDÖ ve BTL genel belirti düzeyi.	51
4.41. Majör ve minör cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ve sonrası BAÖ, BDÖ ve BTL genel belirti düzeyi	51
4.42. Majör cerrahi ve minör cerrahi grubunda cerrahi öncesi COPE.	52
4.43. Majör ve minör cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ve sonrası COPE.	52
4.44. Medikal ve psikososyal değişkenler ile çocuk ve ebeveyne ait cerrahi öncesi yaşam kalitesi ve ruhsal belirti düzeyleri arasındaki korelasyon katsayıları (r) (s=98).	55
4.45. Medikal ve psikososyal değişkenler ile çocuk ve ebeveyne ait cerrahi sonrası yaşam kalitesi ve ruhsal belirti düzeyleri arasındaki korelasyon katsayıları (r) (s=63).	56
4.46. Açık ve endoürolojik cerrahi grubunda ÇİYKÖ tüm puanlarının tek yönlü varyans analizi	57

4.47. Açık ve endoürolojik cerrahi grubunda ebeveynin bildirdiği ÇİYKÖ puanlarının tümünün tek yönlü varyans analizi.	58
4.48. Açık ve endoürolojik cerrahi grubunda ÇDÖ, ÇİSKE, ÇİDKE ve GGA toplam puanın tek yönlü varyans analizi	60
4.49. Açık ve endoürolojik cerrahi grubunda BAÖ ve BDÖ'nün tek yönlü varyans analizi.	61
4.50. Majör ve minör cerrahi grubunda ÇİYKÖ puanlarının tümünün tek yönlü varyans analizi.	62
4.51. Majör ve minör cerrahi grubunda ebeveynin bildirdiği ÇİYKÖ puanlarının tümünün tek yönlü varyans analizi.	63
4.52. Majör ve minör cerrahi grubunda ÇDÖ, ÇİSKE, ÇİDKE ve GGA toplam puanın tek yönlü varyans analizi.	63
4.53. Majör ve minör cerrahi grubunda BAÖ'nün tek yönlü varyans analizi	64
4.54. Majör ve minör cerrahi grubunda BDÖ'nün tek yönlü varyans analizi.	64
4.55. Çocuklar için özbildirim ÇİYKÖ doğrusal regresyon modelleri.	66
4.56. ÇDKE – ÇSKE – ÇDÖ için doğrusal regresyon modeli	67
4.57. Ebeveynin bildirdiği ÇİYKÖ puanları için doğrusal regresyon analizi	69
4.58. Ebeveynin bildirdiği çocuklar için GGA için doğrusal regresyon analizi.	69

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	Sayfa
5.1. Açık ve endoürolojik cerrahi de ÇİYKÖ toplam puanının zamana karşı değişimi.	58
5.2. Açık ve endoürolojik cerrahide ÇDÖ'nün zamana karşı değişimi.	59
5.3. Açık ve endoürolojik cerrahide GGA toplam puanının zamana karşı değişimi.	60
5.4. Majör ve minör cerrahide ÇİYKÖ toplam puanının zamana karşı değişimi.	62
5.5. Majör ve minör cerrahide BDÖ'nün toplam puanının zamana karşı değişimi.	65

1. GİRİŞ

Çocuklarda ürolojik klinik problemlerin çoğu özelleşmiştir ve birçok yönden yetişkinden farklıdır (1). Yıllar geçtikçe, çocuk hasta grubunun anatomisi ile ilgili bilginin artması ve erişkin hasta ile farkının kavranmasıyla birlikte ürolojik bir rahatsızlığı olan çocuk hastaya yaklaşım değişmiştir. Örnek verecek olursak, Şu an çoğu Avrupa ülkesinde ve ülkemizde çocuk ürolojisi artık ürolojinin ve çocuk cerrahisinin altında bir yan dal uzmanlık alanı olarak kabul edilmektedir (1).

Çocuk ürolojisi içerisinde çok sayıda cerrahi yöntem mevcuttur ve aynı klinik problem için farklı cerrahi yöntemlerin klinik sonuçları değerlendirilerek ve cerrahi başarıdan ödün vermeksizin hasta için daha az morbiditeye sahip yöntemler araştırılmaktadır. Tecrübenin artması ve teknolojinin gelişmesi ile birlikte bu alandaki tedavi seçenekleri her geçen gün değişmekte ve çeşitlenmektedir. Cerrahi başarı için bir bileşen komplikasyonun en aza indirildiği ve fiziksel sonuçların yeterli düzeyde olmasıyken diğer bir bileşen ise cerrahi sürecinde hasta ve ebeveynlerinin yaşam kalitesi algısı ve ruhsal etkilenme düzeyleridir (2). Dünya Sağlık Örgütü “Sağlık”ı şöyle tanımlanmıştır: “Sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halidir.” (3). Bu tanımda da görüldüğü gibi bedensel ve ruhsal iyilik hali birlikte sağlığın bileşenleridir. Bu sebeple cerrahi şekline göre çocukta ve ailesinde ruhsal durum ve ruhsal durumun cerrahi sonrası nasıl değiştiği ve cerrahi sonrası ruhsal duruma etki eden faktörlerin öngörülebilmesi yapılabilecek girişimin şeklini belirlerken dikkate alınmalıdır. Şu ana kadar çocuk ürolojisi alanında yapılan çalışmaların büyük bir kısmı bu yöntemlerin klinik sonuçlarını değerlendirmektedir. Fakat, yaşam kalitesi ve özellikle de psikososyal iyilik hali ile cerrahinin ilişkisine dair çocuk ürolojisi pratiğinde çok az çalışma mevcuttur (2, 4, 5). Çocuk ürolojisi hastalarında gerçekleştirilen cerrahilerin çocuk ve ebeveynleri üzerinde psikososyal ve ruhsal etkileri ile yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmalara ihtiyaç vardır. Örnek olarak; literatürde yer alan bir çalışmaya göre vezikoüreteral reflü tanısına sahip hastaların yaşam kalitesini cerrahi tipten daha çok, hastane ziyareti sayısı, aldığı tedaviler ve yapılan tetkikler etkilemektedir (5).

Tüm bu nedenlerle, çalışmanın başlangıç noktası çocuğun psikolojik iyilik halini cerrahi yöntemin şeklinden çok, cerrahi sonrası çocuğun ve ebeveynin doktor ve hastaneyle ilişkisine dair algıları olduğu gözlemidir. Bu çalışmada çocuk üroloji kliniğinde yatırılarak ameliyat edilen 4-18 yaş arası çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesi ve psikolojik iyilik hali üzerine etkisi olabilecek; sosyodemografik, medikal, cerrahi ve ebeveyn ve çocuğa ait psikolojik faktörler araştırılmıştır. Bu amaçla hasta ve ebeveynler ameliyat öncesi dönemde ve ameliyat sonrası 7. ayda değerlendirilmiştir. Çalışmanın temel hipotezleri; (1) cerrahi öncesi medikal özellikler cerrahi öncesi çocuk ve ebeveynin ruhsal iyilik hali ve yaşam kalitesi ile ilişkili olacaktır, (2) cerrahi öncesi çocuğun ruhsal iyilik hali ve yaşam kalitesi ebeveynin ruhsal belirti düzeyi ile ilişkili olacaktır, (3) cerrahi sonrası çocuğun ruhsal iyilik hali ve yaşam kalitesi cerrahi tipinden (açık/endoürolojik) çok altta yatan medikal hastalık nedeniyle cerrahinin majör ya da minör olarak yapılması gerekliliği ile ilişkili olacaktır, (4) cerrahi sonrası çocuğun ruhsal iyilik hali ve yaşam kalitesi ebeveynin ruhsal belirti düzeyi ile ilişkili olacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çocuklarda Ürolojik Cerrahi

2000’li yıllara kadar çocuk ürolojide cerrahi tedavi temel olarak açık cerrahi prosedürlerden oluşmaktaydı. Ancak ilk olarak bir tanı aracı olarak kullanılan minimal invaziv yöntemler, teknolojik gelişim ile birlikte (daha küçük endoskopik aletler, yüksek çözünürlüklü kameralar) günümüzde çocuk üroloji pratiğinde gittikçe daha yaygın olarak kullanılır hale gelmiştir (6-8). Cerrahinin kozmetik sonuçlarındaki iyileşmeler, daha hızlı ameliyat sonrası taburculuk ve iyileşme süreleri nedeniyle minimal invaziv yöntemler doktorlar ve çocukların ebeveynleri tarafından daha fazla tercih edilmektedir (9-12). Öte yandan laparoskopi ve robotik cerrahi tekniklerinin öğrenimi, alt yapısının kurulması ve uygulanması için ciddi miktarda maddi kaynak gerektirmektedir (13, 14). Operasyon süreleri açısından bakıldığında ise minimal invaziv cerrahiler açık cerrahilere göre daha uzun sürmektedir ve cerrahin yeterliliğine son derece bağımlıdır (15-17). Bununla birlikte açık cerrahi ile minimal invaziv cerrahi sonuçlarını karşılaştıran verilerin yetersiz olması sebebiyle açık cerrahi halen çocuk ürolojideki çoğu hastalık için altın standart kabul edilmektedir (18).

2.2. Çocuklarda Yaşam Kalitesi

DSÖ; sağlığı hastalık ve sakatlığın olmaması ile birlikte fiziksel, ruhsal ve toplumsal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır. Bu alanda uzman pek çok kişi yaşam kalitesini çok katmanlı bir yapı olarak değerlendirmiştir (3). Bunlar;

1. Fiziksel fonksiyon: Hastanın kendi bakım aktivitelerini, işlevselliğini, fiziki aktivitelerini ve işindeki ya da aile içerisindeki sorumluluklarını yerine getirip getirmediğini denetlemektedir.

2. Psikolojik fonksiyon: Yaşamdan doyum alma, yararlı olduğunu düşünme, beden imgesi, kaygı, dinlenme ve meşguliyet ile ilgili durumlar, bir işi tamamlama, yaşamın anlamı ve mutluluk gibi duyguları içerir.

3. Sosyal fonksiyon: Bireysel fonksiyonlar, sosyal aktivitelerdeki rol işlevi, başkalarından destek alma gibi sosyal durumları içerir.

4. Hastalık ve tedavi ile ilgili belirtiler: Bulantı, alopesi, sedasyon gibi tedavi yan etkilerinin, ağrı ya da solunumda zorluk gibi mevcut hastalık belirtilerinin bulunup bulunmadığını içerir (19-21).

Sağlık tanımı, DSÖ'nün aksine, dünyanın her yerinde uzun yıllar boyunca dar bir bakış açısıyla ele alınmış ve mortalite-morbidite ekseninde ölçülmeye ve tanımlanmaya çalışılmıştır (22). Engel'in 1977 yılında tavsiye ettiği biyopsikososyal model, bir dönem noktası olarak görülmektedir. Bu modele göre hastalık ve sağlık; biyolojik, sosyal ve psikolojik değişkenlerin etkileşimi ile şekillenmektedir. Hastaya sadece kendisiyle değil çevresiyle de birlikte ele alan, ruhen, bedenen ve sosyal yönden iyilik halini hedefleyen bir hasta merkezli yaklaşıma geçilmiştir (23).

Teknolojik gelişmeyle birlikte sağlık alanında önemli gelişmeler yaşanmış ve bu sayede tedavi yöntemlerindeki ilerlemelerle mortalite azalmış ve insanlar daha uzun süre kronik hastalıklarla yaşamak zorunda kalmıştır ve hastaların ruhen, bedenen ve sosyal yönden iyilik durumu daha ön plana çıkmıştır. Bunun sonucunda da hastaların değerlendirilmesinde, yaşam sürelerinin uzaması ve yakınmaların azalması gibi göstergeler yetersiz kalmış, hastaların kendi hayatları için yaptıkları değerlendirmeler gittikçe önem kazanmıştır ve bu değerlendirme "Yaşam Kalitesi" olarak adlandırılmıştır (24).

DSÖ yaşam kalitesini şu şekilde tanımlamıştır; "Bireylerin kendi yaşamlarını, içinde buldukları kültür ve değer sistemleri şartlarında, hedefleri, beklentileri, standartları ve ilgileri ile bağlantılı olarak algılama şekli" (25). Yaşam kalitesi, kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, kişisel inançları ve sosyal ilişkileri gibi birçok durumdan etkilenen geniş bir kavramdır (25). Yaşam kalitesinin diğer bir tanımı da bireyin yaşamdan doyum sağlaması, eğlenmeye yeteri kadar zaman ayırması, duygusal ve fiziksel durumunun yeterli düzeyde olması ve tüm gereksinimlerini karşılayabilmesidir(26).

Tıp literatürüne 1960 yılında giren “Yaşamın Niceliği ve Niteliği - On the Quantity and Quality of Life” isimli makalede ilk kez yaşam kalitesi ifadesi ele alınmıştır (27). 1980 yılından itibaren yaşam kalitesi içinde sağlığı etkileyen alanları kapsayacak şekilde “Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi” (SİYK) kavramı geliştirilmiştir (22). Hastalığın ve o hastalığın tedavisinin kişinin yaşamındaki fiziksel (ağrı ve rahatsızlık, enerji ve yorgunluk, uyku ve istirahat), duygusal (öğrenme, konsantrasyon, olumlu ve olumsuz duygular, düşünme ve benlik saygısı), ve çevresel (yaşadığı yer, finansal kaynaklar, sağlık merkezleri ve sosyal alanlara erişim, özgürlük, güvenlik) alanlara etkisini belirlemek için SİYK kavramı kullanılmaktadır (26).

Sağlığın yaşam kalitesi üzerindeki etkisini bilimsel bir şekilde ortaya koymak için SİYK ölçekleri geliştirilmiştir. Bu ölçekler temel olarak kişinin kendini değerlendirdiği anketlerden oluşturulmuştur. SİYK ölçümü ile hasta daha kapsamlı değerlendirebilmektedir. Böylece hasta hekim etkileşiminin artırılması ve tedavi etkinliğinin değerlendirilmesi sağlanmaktadır (26). Cerrahi geçiren çocuklar sıklıkla, erişkin hastalar gibi içinde bulunduğu klinik ve duygusal durumu ifade edememektedir. Bu sebeple, erişkinde kullanılan ölçeklerin ergen ya da çocuklarda kullanılmasının uygun olmadığı belirtilmekte ve her yaş grubuna uygun farklı ölçeklerin kullanılması gerektiği vurgulanmaktadır (28-31).

Çocukların yaşam kalitesi, ebeveynlerin gözünden mi yoksa direkt çocukların kendisinin bildirişi ile değerlendirilmesi gerektiği halen tartışılan konulardan biridir. Ancak günümüzde çocukların yaşam kalitesi ölçümü mümkün olduğunca kendilerinin bildirişi ile yapılması gerektiği düşüncesi baskın hale gelmiştir (30, 32). Ebeveynlerin ve çocukların paralel olarak doldurabileceği ölçekler bu konuda en uygun çözüm gibi gözükse de bu ölçekler az sayıdadır. Ayrıca ebeveyn-çocuk formlarının sonuçlarının her zaman birbiri ile çok uyumlu olması beklenmemektedir (28, 33, 34). SİYK ölçümü, çocukların ifade edemedikleri sorunlu alanları tespit etmemizi sağlayabileceği gibi fiziksel ve psikososyal sağlık ve yaşam kalitesi sorunlarını tanımak için, standart bir tarama aracı olarak önerilmektedir (35). Çocuklarda SİYK ile ilgili çalışmalar 1980’li yıllarda başlamıştır. 1986 yılında Herndon ve ark. tarafından yapılmış bir çalışmada, yanığa bağlı ağrısı olan 12 çocukta yaşam kalitesini fiziksel işlevsellik, yanık izi derecesi, psikososyal uyum açısından incelemişlerdir. Bu çalışma sonucunda

çocukların üçte birinde aşırı korku, nevrotik ve somatik semptomlar görülmüş ancak hepsinin içinde bulunduğu sıkıntılı duruma uyum sağladığı izlenmiştir. Bu çocuk hastaların geç adölesan ve erken yetişkinlik döneminde psikolojik etkilenmesine tekrar bakılması gerektiği vurgulanmıştır (36). 1987 yılında Ditesheim ve Templetom adlı araştırmacılar ise anüsü olmayan bebeklere yaptıkları cerrahi sonrasında çocukların okula devamlılık, sosyal ilişki ve fiziksel becerileri durumlarına bakarak yaşam kalitelerini değerlendirmişlerdir. Bu hasta grubunda cerrahi sonrası gayta inkontinansının yaşam kalitesi ile doğrudan ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu çalışma sonucunda fiziki morbiditenin yaşam kalitesine etkisinin önemi vurgulanmıştır (37). 1988 yılında Henning ve ark. ise son dönem böbrek hastalığı olan çocukların yaşam kalitesini, o çocukların boylarını ve davranışlarını göz önüne alarak incelemişlerdir. Çalışma sonucunda hastaların morbiditeleri sebebiyle sosyal ilişkilerinin zayıfladığı ve psikolojik iyilik halinin etkilendiği belirtilmiştir. Hastaların psikososyal durumlarını tespit edebilecek ölçeklerin geliştirilmesi gerektiği, bu sayede hastaların eksiksiz bir rehabilitasyona ulaşabileceği vurgulanmıştır (38). Çocuklarda yapılan bu ilk değerlendirmeler basit düzeyde olsa da genel ve hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçeklerinin gelişimine öncülük etmeleri açısından önemli oldukları vurgulanmaktadır (39).

Çocuklarda cerrahinin SİYK'ye etkisi ise son zamanlarda sık tartışılan konulardan bir haline gelmiştir. Schönbucher ve ark.'nın yaptığı 2008 yılındaki bir çalışmada ise hipospadias cerrahisi geçiren 77 çocuk ile kontrol grubu yaşam kalitesi açısından karşılaştırılmıştır (4). Yao ve arkadaşları da 2011 yılında yaptığı çalışmada vezikoüreteral reflü tanısı olan 353 çocukta, üreter reimplantasyonu cerrahisi sonrası yaşam kalitesi değişimini cerrahi olmayan grubun yaşam kalitesi değişimi ile karşılaştırmıştır (2). Rabbitts ve arkadaşları 2015 yılında cerrahi kliniğe başvuran ve majör ortopedik cerrahi planı olan 60 çocukta cerrahi öncesi ve sonrası yaşam kalitesini ölçmüştür. Cerrahi öncesi kaygı düzeyi yüksekliğinin cerrahi sonrası düşük yaşam kalitesiyle ilişkili olduğu bulunmuştur (40). Taskinen ve ark.'nın 2015 yılında bir çalışmada mesane ekstrofisi ve epispadias cerrahisi geçirmiş adölesanlarda yaşam kalitesini incelemiştir. Genital yapıda kozmetik görüntünün olmaması, üriner

inkontinans varlığı ve mesane augmentasyonu hikayesi olan hastalar, düşük yaşam kalitesi ve yüksek psikiyatrik belirtilere daha yatkın olduğu bulunmuştur (41).

Sonuç olarak, SİYK verilerinin sistematik olarak toplanması, analiz edilerek sağlık politikası belirleyenlere sunulması daha verimli ve etkili sağlık politikalarının yaratılmasında yardımcı olabilir (26). Gelecekte yüksek olasılıkla yaşam kalitesi hastanın gerekli tedavi biçimine karar vermede ilk düşünülmesi gereken unsurlardan biri olacaktır.

2.3. Çocukluk Çağında Anksiyete (Kaygı)

Anksiyete, bireye yönelik olası bir tehdit karşısında gereken cevabın verilmesi için harekete geçmesine hazırlayan bir biyolojik olarak hayatta kalmaya yarayan bir stratejidir (42). Anksiyete bozukluklarında ise genelde tetikleyici bir faktör olmaz ya da tetikleyici faktöre abartılı bir tepki söz konusudur. Anksiyetenin birey üzerinde bir takım fiziksel ve zihinsel etkiler mevcuttur. Anksiyetenin zihinsel etkileri, kötü bir durum olacak hissi, hafızada bozulma, konsantrasyonda zayıflama ve irritabilite olarak sayılabilir. Anksiyetede sempatik sinir sistemi uyarımı sebebiyle oluşan fiziksel belirtiler; terleme, ağız kuruluğu, el ve ayaklarda titreme, yutkunmada zorlanma, barsak hareketlerinde artma veya azalma, çarpıntı, kalp üzerinde ağrı, nefes almada zorluk, sık nefes alıp verme, kulakta çınlama ve baş dönmesi olarak sıralanabilir (43). Dünya üzerinde anksiyete bozukluğu yaşayan tahmini kişi sayısı 250 milyonun üzerindedir (genel yaygınlık %3,6); yaygınlık kadınlarda (%4,6) erkeklere (%2,6) göre daha fazladır (44). Tablo 2.1’de kaygı bozuklarının ruhsal bozuklukların tanısal ve istatistiksel el kitabı, 5. baskısına (DSM-5) göre en son sınıflandırılması ve Tablo 2.2’de yaygın kaygı bozukluğunun tanı ölçütleri, Tablo 2.3’de ise çocukluk çağında en sık görülen kaygı bozukluğu olan ayrılık kaygısı bozukluğunun tanı ölçütleri verilmiştir (45).

Tablo 2.1. Kaygı bozuklukları sınıflandırılması (DSM-5).

A- Ayrılık kaygısı bozukluğu
B- Seçici konuşmazlık (mutizm)
C- Özgül fobi
D- Toplumsal kaygı bozukluğu (sosyal fobi)
E- Panik bozukluk
F- Agarofobi
G- Yaygın anksiyete bozukluğu
H- Madde veya ilacın neden olduğu kaygı bozukluğu
İ- Başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu
J- Tanımlanmış diğer bir kaygı bozukluğu
K- Tanımlanmamış kaygı bozukluğu

Tablo 2.2. Yaygın anksiyete bozukluğu tanı kriterleri (DSM-5).

A- En az 6 aylık bir sürenin çoğu gününde, birtakım olaylar veya etkinliklerle (işte ya da okulda başarı gösterebilme gibi) ilgili olarak, aşırı bir kaygı ve kuruntu (kaygılı beklenti) vardır.
B- Kişi kuruntularını denetim altına almakta güçlük çeker.
C- Bu kaygı ve kuruntuya, aşağıdaki altı belirtiden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder (en azından kimi belirtiler son altı ayın çoğu gününde bulunmuştur).
1- Dinginleşememe (huzursuzluk) ya da gergin ya da sürekli diken üzerinde olma.
2- Kolay yorulma.
3- Odaklanmada güçlük çekme ya da zihin boşalması.
4- Kolay kızma.
5- Kas gerginliği.
6- Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çekme ya da dinlendirmeyen, doyurucu olmayan bir uyku uyuma).
D- Kaygı, kuruntu ya da bedensel belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
E- Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. hipertiroidi) fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.
F- Bu bozukluk başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. Panik bozukluğunda panik atakları olacağına ilişkin kaygı ya da kuruntu, toplumsal kaygı bozukluğunda (sosyal fobi) olumsuz değerlendirme, takıntı-zorlantı bozukluğunda bulaşma ya da diğer takıntılar, ayrılma kaygısı bozukluğunda bağlandığı kişilerden ayrılma, örselenme sonrası gerginlik bozukluğunda örseleyici olayların anımsatıcıları, anoreksiya nervozada kilo alma, bedensel belirti bozukluğunda bedensel yakınmalar, beden algısı bozukluğunda algılanan görünün kusurları, hastalık kaygısı bozukluğunda önemli bir hastalığı olma ya da şizofreni ya da sanrısız bozuklukta sanrısız inançların içeriği).

Tablo 2.3. Ayrılık anksiyetesi bozukluğu tanı kriterleri (DSM-5)

A. Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) olması ile belirli, kişinin evden ya da bağlandığı insanlardan ayrılmasıyla ilgili, gelişimsel olarak uygunsuz ve aşırı anksiyetesinin olması veya korku duyulması:
1. Evden yahut bağlandığı kişilerden ayrılacak gibi olduğunda veya ayrıldığında aşırı kaygı duyma.
2. Bağlandığı başlıca kişileri yitireceği veya kişilerin başına kötü bir olay gelmesiyle ilgili olarak yoğun biçimde tasalanma.
3. Beklenmedik kötü bir olayın, bağlandığı kişilerden ayrılmasına sebep olacağına dair yoğun kaygı.
4. Ayrılma kaygısı dolayısıyla evden uzaklaşması gerek durumlardan kaçınma davranımı, okula veya işe gitmeme.
5. Evde yahut evin dışında yalnız olmaktan veya bağlı olduğu kişilerden ayrı olmaktan, devamlı yoğun korku duyma ya da isteksizlik.
6. Bağlandığı kişiler yanında olmadan ya da evin dışında uyumayı reddetme veya uyumak konusunda isteksizlik gösterme.
7. Ayrılma hakkında yenileyen kâbus görme
8. Bağlı olduğu kişilerden ayrılma durumunda yahut ayrılmaya dair işaretler belirlediğinde tekrarlanan fiziksel belirtilerin oluşması (karın ağrıları, baş ağrıları, kusma, bulantı).
B. Bu kaygı durumu veya kaçınma davranışı devamlılık gösterir. Çocuk ve ergenler de belirtilerin en az dört hafta, yetişkinlerde ise altı ay ya da daha uzun devam etmesi gerekir
C. Bu kaygı, klinik açıdan gözle görülür bir sıkıntıya veya toplumsal, işle alakalı ve/veya okulla alakalı açıdan önemli işlevsellik kaybına neden olur.
D. Bu bozukluk, otizmlle, psikozla, yaygın kaygı bozukluğuyla, agorafobiyle veya hastalık kaygısı bozukluğu gibi diğer ruhsal bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

Normal anksiyete, gelişimsel olarak bebeklik döneminde görülmeye başlar. Çocuklarda farklı tepkilerle ortaya çıkması beklenen normal anksiyetelere; ayrılma anksiyetesi, kastrasyon (iğdiş etme) anksiyetesi örnek verilebilir. Bu durumlar yaş ilerledikçe bireyin günlük fonksiyonlarını ve performansını etkileyecek seviyeye yükselirse patolojik olarak değerlendirilir. Anksiyete yaşa ve farklı şartlara göre normal veya patolojik olarak sınıflandırılır. İlk 2 yaşta çocuğun ebeveyninden ayrılmasına tepki olarak gösterdiği ayrılık anksiyetesi doğal olarak karşılanırken, oldukça iyi imkanlara rağmen yaşadığı şehri terk edemeyen kişinin ayrılma anksiyetesi doğal karşılanmamaktadır (46). İleri yaşlardaki ruhsal tepkilerin temelini çocuklukta anksiyete yaratan durumlar oluşturmaktadır. Bebeklik dönemindeki çocukların temel ihtiyaçlarının karşılanmaması veya aşırı düzeyde anneye bağımlı hale getirilmesi ilkel anksiyete denilen durumun etkenleridir. Bununla birlikte gereksinimleri anne tarafından tamamen karşılanan çocuğun, annesinden ayrılmak zorunda kalması çocukta güvensizlik ve anksiyete oluşturabilir. Küçük çocukları endişelendiren önemli

unsurlardan birisi de beklenmedik bir şekilde ortaya çıkan çevre değişiklikleridir. Çocukların alıştıkları günlük işlerin bozulması veya sahip olduğu bir şeyi yitirmeleri durumunda da (aniden memeden kesilme durumu ya da anne memesinden yoksunluk) anksiyete duygusu ortaya çıkabilir. 3-4 yaşındaki erkek çocuklarda iğdiş edilme, kızlarda ise erkeklerdeki cinsel organdan farklı bir cinsel organa sahip olduğunun anlaşılmasına bağlı anksiyeteler görülür. Yaş ilerledikçe okul, kardeş doğumu, arkadaş kazanamama, hedeflenen başarıya ulaşamama ve arkadaşları tarafından hor görülme anksiyetesi görülebilmektedir. Ergenlikteki anksiyete ise gencin dış görünüşüne, varlığına tehdit olarak algıladığı durumlara, içsel veya sosyal çatışmaya, akran ilişkilerine, karşı cinsle olan ilişkisine ve anne-babanın tavrına bağlı olarak görülebilmektedir (47). Çocuğun anksiyete duygusu, ebeveyninin, öğretmenlerinin ve arkadaşlarının tutum ve davranışı sonucu meydana gelmektedir. Bulaşıcı bir duygu olan anksiyeteye çocuğun tepkisi; çevresindeki insanların hangi durumlarda anksiyete yaşadığının çocuk tarafından anlaşılması veya özdeşim kurmasıyla şekillenebilmektedir (47).

Çocuklarda hastalık, hastanede yatış ve cerrahi uygulama sürecinde anksiyete düzeylerinde yükselme olmaktadır (48). Özellikle yapılacak cerrahi ilk kez olacaksa çocuklar ve ailelerinin duyduğu anksiyete en yüksek düzeye ulaşabilmektedir (49). Hastanedeki yatış sürecinde hasta ziyaretindeki kısıtlamalardan kaynaklanan sosyal bağlantılardan kopma, aileden ve kardeşlerden uzak kalma, hastalık ya da cerrahi sonucu ağrı, sakat kalma ve ölüm korkusu hastaneyi potansiyel olarak stresli bir alan haline getirmektedir (50). Bununla birlikte ailelerin anksiyetesi çocuğun anksiyete düzeylerini hem cerrahi öncesi hem de cerrahi sonrası önemli oranda etkilemektedir (51). Çocukları ameliyat olan ebeveynlerin kaygı düzeyi ciddi oranda artmaktadır (52). Ebeveynin anksiyetesinin artması, çocuğun anksiyetesini de paralel olarak arttırmaktadır (53). Bununla birlikte ebeveynlerin, çocukların geçirdikleri cerrahi anlamasında ve stres düzeylerinin düşmesinde önemli bir rol oynadığı bilinmektedir (54, 55).

2.4. Çocukluk Çağında Depresif Belirtiler ve Depresyon

Depresyon genel olarak, yaşama karşı motivasyonun kaybolması, yaşamdan keyif alamama ve yoğun bir keder içinde hissetme hali, geleceğe ilişkin karamsar düşüncelerin varlığı, geçmişe yönelik derin pişmanlık ve suçluluk hissinin olduğu bir hastalık olarak tanımlanmıştır. Uyku ve iştah bozukluğu gibi fizyolojik problemlerin de olduğu bu hastalıkta intihar düşüncesi ve girişimi olabilir ve sonucunda ölüm görülebilir (56). 2015 yılında yapılmış bir çalışmada dünya nüfusundaki depresyon yaygınlığı %4,4 olarak bulunmuştur. Depresyonun kadınlardaki yaygınlığı %5,1 iken, erkeklerde %3,6'dır (44). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise yeti kaybına en çok sebep olan hastalığın depresyon olduğu saptanmıştır (57).

DSM-5'e göre majör depresif bozukluk tanı ölçütleri Tablo 2.3'de belirtilmiştir (45).

Tablo 2.4. DMS- 5 major depresif bozukluk tanı kriterleri.

A- Ardışık iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu Belirtilerden en az biri 1 ya da 2. maddedir.
1- Günün çoğunda depresif duygudurum hali (üzgün, boş, ümitsiz hissetme, dışardan bakılınca ağlamaklı görünmek), çocuklarda ve ergenlerde sınırlı, alıngan ruh hali
2- Neredeyse her gün ve günün neredeyse tüm aktivitelerinde ilgi kaybı, aktivitelerden zevk alamama
3- Hemen hemen her gün iştahın azalması veya artması, kilo alma veya diyet yapmadan kilo verme (bir ayda vücut ağırlığında %5 den fazla değişiklik olması), çocuklarda kilo almı olmayabilir
4- Neredeyse her gün uykusuzluk ya da fazla uyuma
5- Neredeyse her gün psikomotor ajitasyon veya retardasyon (sadece kendi hissettiği huzursuzluk ya da yavaşlama değil, başkaları tarafından da gözlemlenebilir olması)
6- Neredeyse her gün yorgunluk veya enerji kaybı
7- Neredeyse her gün değersizlik, aşırı veya uygunsuz suçluluk duygusu (sanrısız olabilir)
8- Hemen hemen her gün düşünme ve konsantrasyon becerisinde azalma (kendi farketmediği veya başkaları tarafından gözlemlenebilen)
9- Tekrarlayan ölüm düşünceleri (sadece ölüm korkusu değil), belirli bir plan olmaksızın tekrarlayan intihar düşüncesi ya da intihar girişimi veya intihar için özel bir plan
B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte azalmaya neden olur.
C. Bu dönem bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojisiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
D. Yeğlin depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz
E. Hiçbir zaman mani dönemi ya da hipomani dönemi geçirilmemiştir.

Depresif bozukluklar, çocuk ve adölesan yaş grubunda da sıkça görülmektedir. Psikososyal fonksiyonları etkilemesinin yanında önemli bir diğer nokta ise genellikle farklı psikopatolojilerle birlikte görülebilmesidir. Çocukluk çağı depresyonları bütün bu zararlı etkilerine rağmen yeterli şekilde tedavi edilmemektedir (58). Çocukluk çağında depresyon riski yaş ilerledikçe artmaktadır (59). Depresyonun ömür boyu yaygınlığı 6-11 yaş grubundaki çocuklarda %2 iken, 12-17 yaş grubunda adölesanlarda %7 olarak ölçülmüştür (58). Öte yandan depresyon yaygınlığı prepubertal dönemde erkeklerde daha sıkken, adölesan dönemdeki kızlarda erkeklerden 2 kat fazla görülmektedir (60, 61).

Çocukluk çağı depresyonu için tanımlanmış risk faktörleri (58):

- Düşük doğum ağırlığı
- Çocuğun birinci derece yakınında anksiyete veya depresyon (ante partum ve post partum maternal depresyon da dahil)
- Aile ve çocuk arasında çatışma
- İhmal, istismar ve kayıp gibi erken karşılaşılan zorluklar
- Psikososyal faktörler (akranlarla sorunlar, akademik zorluklar, şiddete maruz kalma)
- Cinsiyet hoşnutsuzluğu ve homoseksüelite (özellikle şiddet mağduru gençler)
- Travmatik beyin hasarı
- Madde bağımlılığı
- Anksiyete bozukluğu öyküsü
- Öğrenme güçlüğü ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu öyküsü
- Karşıt olma- karşıt gelme bozukluğu öyküsü

- Kronik hastalık varlığı

Depresif bozukluk şüphesi olan çocuğun ilk klinik değerlendirmesi sırasında genel ve psikiyatrik özgeçmiş, fizik muayene, gerekli laboratuvar testleri ve ruhsal durum birlikte değerlendirilmelidir. Aileden ve öğretmenlerden alınan bilgilerle hastanın hikayesi desteklenmelidir. Öte yandan intihar ve başka birine zarar verme düşüncesinin olup olmadığı, alışkanlık, komorbid hastalıklar ve psikososyal işlevsellik not edilmelidir (58). Çocukluk çağı depresyonlarına karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, anskiyete bozuklukları, madde bağımlılığı, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu eşlik edebilir. Ek olarak depresyon, gençlerde erken kardiyovasküler hastalığa yatkınlık oluşturabilir (58). Çocuk ve ergenlerin depresyon tedavisinde kanıtlanan tedavi biçimleri; antidepresan ilaç, bilişsel davranışçı terapi ve kişiler arası terapidir (62).

Çocuklarda cerrahi tedavinin depresif bozukluklarla ilişkisini araştıran çalışmalar yapılmıştır. Bariyatrik cerrahinin çocuklardaki depresif belirtilerde iyi yönde gerileme yaptığı belirtilmiştir (63). Başka bir çalışmada ise tonsillektomi sonrası depresif bozukluk ortaya çıkan çocuk hastalar bildirilmiştir (64).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmaya 1 Eylül 2020- 1 Temmuz 2021 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi (HÜTF) Üroloji Anabilim Dalı Çocuk Üroloji Bilim Dalı tarafından yatırılarak ameliyat edilen hastalar alınmıştır. Çalışmaya bu hastalarla birlikte bu hastalara refakat eden ebeveynleri de dahil edilmiştir.

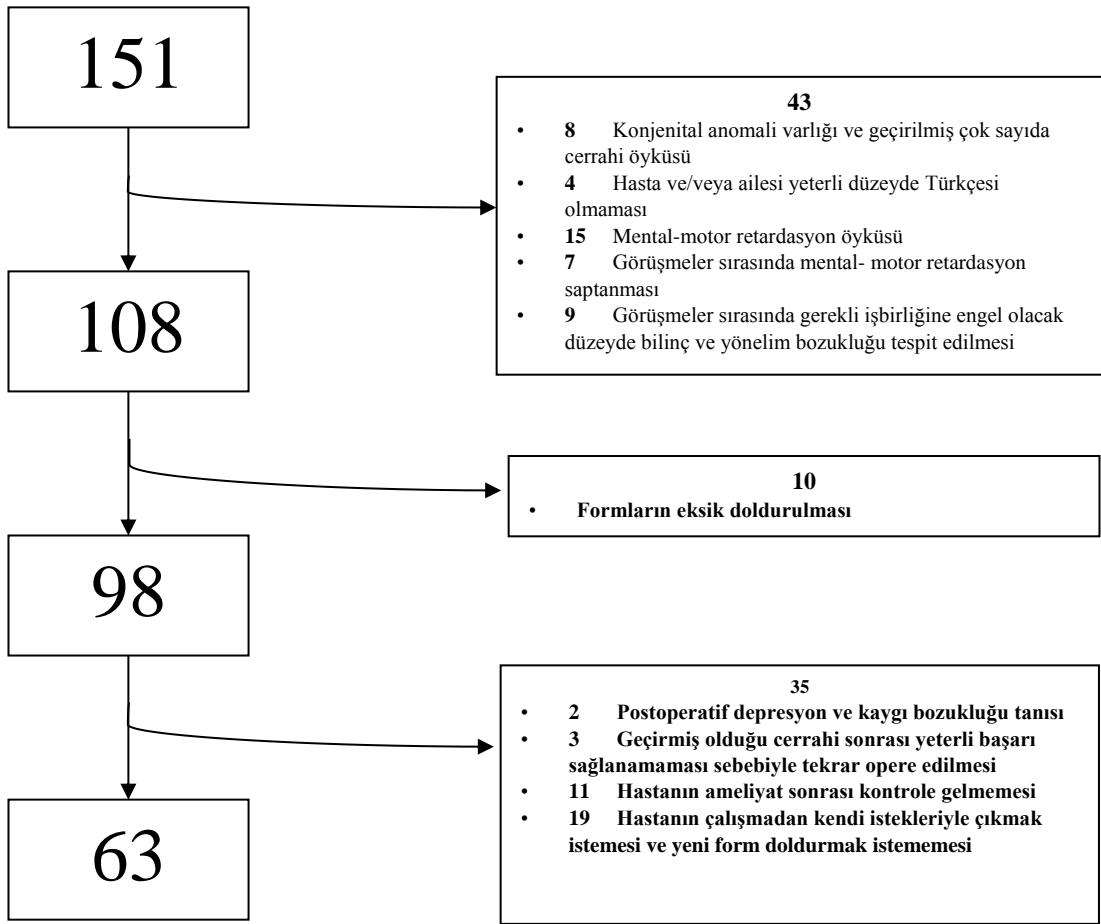
Araştırmadaki hasta seçimi belirli ölçülere göre yapılmış ve aşağıda belirtilmiştir;

- 4-18 yaş arasında olmak
- HÜTF Üroloji Anabilim Dalı Çocuk Üroloji Bilim Dalı tarafından yatırılarak ameliyat edilecek olmak
- İlgili çalışmanın amacını ve bu çalışma için yapılması planlanan aşamaların açıklanmasını takiben hem çocuk ya da ergenin hem de ailesinin çalışmaya katılmaya onay vermesi

Araştırmada hasta seçiminde dışlama ölçütleri;

- Çalışma için kullanılan psikiyatrik değerlendirmeler için hastada ve/veya ebeveyninde gerekli işbirliğini sağlayamayacak düzeyde zihinsel geriliğinin veya bilinç ve yönelim bozukluğu benzeri bir tıbbi sorunun mevcudiyeti
- Hastada tanı konmuş, bilinen ya da tedavisi devam eden yaygın gelişimsel bozukluk, psikotik bozukluk ya da herhangi bir psikiyatrik bozukluk bulunması
- Hastanın mental ve/ya da motor retardasyon tanısı almış olması ve/ya da özel eğitime devam ediyor olması
- Hastanın ve ailenin çalışmada kullanılacak Türkçe formları doldurabilecek kadar yeterli dil seviyesine sahip olmaması

Toplam 151 hasta HÜTF Üroloji Anabilim Dalı Çocuk Üroloji Bilim Dalı tarafından yatırılarak ameliyat edilmiştir. İşleme dışlama ölçütlerine göre örneklemin oluşturulması Şekil 1’de gösterilmiştir. 8 hasta farklı organ sistemlerini ilgilendiren konjenital anomali/ler varlığı ve geçirilmiş çok sayıda farklı organ sistemlerini ilgilendiren cerrahi öyküsü sebebiyle, 4 hasta ve/veya ailesi formları dolduracak yeterlilikte Türkçe düzeyine sahip olmaması sebebiyle çalışmaya dahil edilmemiştir. Öte yandan 15 hasta mental-motor retardasyon öyküsü ve özel eğitim alması sebebiyle çalışmaya dahil edilmemiştir. Bununla birlikte 7 hastada psikiyatrik görüşmeler sırasında klinik olarak mental-motor retardasyon saptanması, 9 hastada ise görüşmeler sırasında mevcut medikal durumu sebebiyle gerekli işbirliği sağlanamaması dolayısıyla çalışmaya dahil edilmemiştir. Kalan 108 hastanın ameliyat öncesi psikiyatrik muayenesi normal olarak saptanmış ve çocuk ve ebeveynlerin ölçekleri doldurmaları istenmiştir. Doldurulan formların 10 tanesi tanesi eksik doldurulduğu için çalışmadan çıkarılmıştır. Kalan 98 hasta ameliyat sonrası dönemde prospektif olarak takip edilmiştir. Bu hastaların 2 tanesi postoperatif dönemde depresyon ve kaygı bozukluğu tanısı almış, 1 hasta postoperatif akut psikotik bozukluk sebebiyle dış merkezde yatırılarak izlenmiş, antipsikotik tedavi başlanmıştır. Üç hasta geçirmiş olduğu cerrahi sonrası yeterli başarı sağlanamaması sebebiyle tekrar opere edilmiş ve bu hastalardan 2. form bu sebeple temin edilememiştir. 11 hastanın ameliyat sonrası kontrole gelmemesi, 19 hastanın ise çalışmadan kendi istekleriyle çıkmak istemeleri ve yeni form doldurmak istememeleri sebebiyle 2.formları alınmamıştır. Sonuç olarak toplam 63 hasta ameliyat sonrası değerlendirmeleri ve çalışmayı tamamlamıştır. Sonuç olarak ameliyat öncesi dönemde ilk formu olan 98 ve ameliyat sonrası dönemde ikinci formu da olan 63 hastadan toplanan veriler değerlendirmeye alınmıştır (Şekil 1).



Şekil 3.1. Araştırma örnekleminin oluşturulma basamakları.

3.2. Araştırmanın Deseni

Araştırma prospektif kohort bir çalışma olarak tasarlanmıştır. 1 Eylül 2020- 1 Temmuz 2021 tarihleri arasında pediatrik ürolojik cerrahi geliştiren 4-18 yaş arası çocuk ve ergen hastalar evreni oluşturmuştur. Ameliyat öncesi dönemde dahil edilme ölçütlerini karşılayan 98 hasta, ameliyat sonrası dönemde ise 63 hastadır. Preoperatif dönemde örneklemin 63/98 yani % 64.28'ine ulaşılmıştır.

3.3. Araştırmadaki Veri Toplama Araçları

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Bu form araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Aile ve çocukla ilişkili bilgileri içermektedir. Form çocuğun demografik bilgilerini, eğitim-öğretim seviyesi ve başarısını, ebeveynlerin demografik bilgilerini, eğitim durumlarını, maddi gelirlerini ve aile üyelerinin tıbbi öykülerini içermektedir (Bkz Ek 1).

3.3.2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşamboyu Versiyonu (ÇDŞG –ŞY - T) (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children, Present and Lifetime Version- K- SADS- PL)

Araştırmada çocuk ergenlerin psikiyatrik bozukluklarının taranması ve tanısı amacıyla kullanılmış, araştırma örneklemini oluşturan 108 çocuk/ergen ve ailesi ile çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanı tarafından bu yarı yapılandırılmış görüşme kullanılarak psikiyatrik değerlendirme yapılmıştır.

ÇDŞG-ŞY-T, Kaufman ve arkadaşları tarafından 1997 yılında geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış özellikte bir görüşme formudur (65). Bu form çocuk ve ergenlerin DSM- III ve DSM- IV tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve günümüzdeki psikopatolojilerini saptamayı amaçlamaktadır. ÇDŞG-ŞY-T'nin Türkçe'ye çeviri-geri çevirisi, geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı'nda bulunan bir ekip tarafından yürütülmüştür (66).

Form üç bölümden meydana gelmektedir. İlk bölümde yapılandırılmamış bir başlangıç görüşmesi yer almaktadır ve bu bölümde çocuğun demografik özellikleri, genel sağlık durumu, varsa daha önceki psikiyatri başvurusu ve tedavisi, aile ve akran ilişkileri, okul bilgileri gibi onu genel olarak tanımaya yarayan bilgiler sorgulanmaktadır. İkinci bölümde ise özgül belirtilerin sorgulandığı tarayıcı sorular ve değerlendirme ölçütleri yer almaktadır ve psikiyatrik tanıların incelenmesi

hedeflenmiştir. Tarama görüşmesinde pozitif belirtiler saptanırsa o psikopatolojiyi daha iyi değerlendirmek amacıyla ek belirti listesi sorgulanmaktadır. Belirtilerin mevcut olup olmadığına ve şiddetin düzeyine çocuğun ya da ergenin, anne babanın ve klinisyenin görüşleri birleştirilerek karar verilmektedir. ÇDŞG-ŞT- T ile duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, dışa atım bozuklukları, yıkıcı davranım bozuklukları, madde kötüye kullanımı, yeme bozuklukları ve tik bozuklukları değerlendirilebilmektedir. Üçüncü bölümde çocuğun değerlendirmesinin yapıldığı süreçte işlev düzeyini belirlemek amacıyla kullanılan genel değerlendirme ölçeği yer almaktadır. Her bir bilgi kaynağından alınan bilgiler ayrı ayrı ve sonunda klinisyenin gözlemleriyle de birlikte birleştirilerek puanlanır. Görüşmenin tamamı 45-120 dakika arası sürmektedir.

ÇDŞG-ŞY-T'nin uygulanması sırasında anne-baba ve çocuğun kendisiyle görüşülür ve en nihayetinde tüm paydaşlardan (anne-baba, çocuk, okul) alınan bilgiler doğrultusunda puanlama yapılır. Ergenlik öncesi dönemdeki çocuklara uygulanırken önce anne-baba ile görüşme yapılır. Eğer çalışma ergenlerle gerçekleştiriliyorsa, önce ergenin kendisi ile görüşülmektedir. Farklı kaynaklardan gelen bilgiler sonucunda uyumsuzluk saptanırsa, klinisyen kendi klinik yargısını kullanmaktadır.

3.3.3. Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) – Pediatric Quality of Life Questionnaire

Araştırmada çocuk ergenlerin yaşam kalitesinin belirlenmesi için hem anne baba bildirim hem de çocuk ergen öz bildirim formları kullanılmıştır. Bu ölçek Varni ve arkadaşları tarafından 1999 yılında geliştirilmiş ve 2-18 yaş grubunun genel yaşam kalitesini ölçmeyi hedeflemektedir (67). Ölçeğin 2-4, 5-7, 8-12 ve 13-18 yaş grubu için ayrı ayrı düzenlenmiş formları bulunmaktadır (Bkz Ek 2). 2-4 yaş grubu dışındaki gruplar için hem anne-baba hem de çocuk formları bulunmaktayken, 2-4 yaş grubu için yalnızca anne-baba formu bulunmaktadır. Ölçek dört alt bölümden oluşmakta ve çocuğun fiziksel, duygusal, sosyal ve okul ile ilgili işlevselliği sorgulanmaktadır. Fiziksel işlevsellik bölümünde sekiz, duygusal işlevsellik bölümünde beş, sosyal işlevsellik bölümünde beş ve okul ile ilgili sorunlar bölümünde 2-4 yaş grubunda üç

madde, diğ er yaş gruplarında beş madde yer almaktadır. Ç İYKO'nun 2-18 yaş grubu için Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (68).

3.3.4. Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)

Katılan çocuk ergenlerde depresif belirti düzeyini belirlemek amacıyla kullanılmış olan özbildirim ölçeğidir. Orijinal adı “Children’s Depression Inventory (CDI)” olan bu ölçek Beck Depresyon Ölçeği esas alınarak hazırlanmıştır. 1981 yılında Kovacs tarafından geliştirilmiştir (69). Çocukluk depresyonlarında en çok kullanılan ve psikometrik özellikleri en çok araştırılmış olan, 6-17 yaş arası çocuklara uygulanabilen toplam 27 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Beck Depresyon Ölçeği esas alınarak hazırlanırken cinsellikle ilgili maddeler çıkartılmış onun yerine çocukluk depresyonuna özgü faktörler olan okul durumu ve arkadaş ilişkisini inceleyen maddeler eklenmiştir. Dili çocukların anlayabileceği düzeye sadeleştirilmiştir. Ölçek çocuğa okunarak ya da çocuğun kendisi tarafından doldurulmaktadır. 27 maddelik ölçekte her madde için üç değişik seçenek bulunmakta ve çocuktan son iki hafta için kendisine en uygun cümleyi seçmesi istenir. Her soru 0-2 arasında puanlandırılmıştır ve 27 maddeden alınan toplam puan üzerinden değerlendirme yapılmaktadır. Maksimum puan 54 tür. Alınan puanın yüksekliği ile depresyonun ağırlığı doğru orantılıdır. ÇDÖ anne-baba ve öğretmen formları da bulunmaktadır. Çocuk ve anne-baba formlarının Türkçe için geçerlik- güvenilirlik çalışması yapılmış ve kesim noktası 19 puan olarak belirlenmiştir (70) (Bkz Ek-3).

3.3.5. Çocuklar İçin Durumluk - Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDKE- ÇSKE)

Katılan çocuk ergenlerde kaygı belirti düzeyini belirlemek amacıyla kullanılmış olan özbildirim ölçeğidir. 1971 yılında Spielberger tarafından geliştirilmiştir(71). Orijinal adı “State- Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC)” olan envanter çocukların durumluk ve sürekli kaygılarını ölçmek için kullanılmaktadır. Yirmişer maddelik iki alt ölçekten oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Yetişkinler için geliştirilmiş Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterinin çocuklar için sadeleştirilmiş formudur. Her madde için seçenek sayısı çocuk formunda dörtten üçe indirilmiştir. Son üç günlük kaygı düzeyini yani yakın zamanı irdeleyen durumluluk

kaygı envanterinde gerginlik, sinirlilik, telaş, tedirginlik gibi durumluk kaygıyla ilgili durumlar ölçülmektedir. Çocuktan ölçeği doldurduğu anda, içinde bulunduğu “o anı” ve o anda kendini nasıl hissettiğini düşünmesi ve ilgili üç seçenekten kendisine en yakın olanı işaretlemesi istenir. Her madde belirtilerin şiddetine göre 1’den 3’e kadar puanlandırılmıştır. Düşük puanlar sakinlik, huzurluluk anlamına gelirken, ortalama puanlar orta derecede bir gerginlik ve tedirginliği, yüksek puanlar ise şiddetli bir gerginlik ve kaygılı olma halini ifade etmektedir. Genel bir mizaç özelliği olarak kaygının sorgulandığı sürekli kaygı envanteri ile kaygı yatkinlığında kalıcı bireysel farklılıkların ölçümü hedeflenmiştir. Çocuktan kendini nasıl hissettiğini değerlendirmesi ve maddelerde belirtilen durumların oluş sıklığına göre “hemen hemen hiç, bazen, sık sık” olarak belirlenmiş seçeneklerden kendisine en yakın olanı seçmesi istenmektedir. Alınabilecek en düşük puan her iki ölçek için de 20, en yüksek puan ise 60’tır. Ölçek 20 durumluk, 20 sürekli kaygı maddesini içeren 2 farklı ölçekten oluşmaktadır. Durumluluk kaygı envanteri, testin kendisi ile ilgili ya da test koşullarında ortaya çıkabilecek tedirginlik ve heyecan gibi duygusalar olaylara duyarlı olduğundan sürekli kaygı envanterinden önce verilmelidir. Çocuklar için durumluk-sürekli kaygı envanterinin uyarılama, geçerlik, güvenilirlik çalışması Özusta tarafından yapılmıştır (72) (Bkz Ek-4).

3.3.6. Güçler Güçlükler Anketi (GGA)

Katılan çocuk ergenlerde genel psikiyatrik belirti düzeyini belirlemek amacıyla kullanılmış olan anne babalar tarafından doldurulmuş olan likert anketidir. Bu anket 1997 yılında Robert Goodman tarafından geliştirilmiştir. Çocuk ve gençlerdeki psikiyatrik belirtilerin incelenmesi için kullanılmaktadır (73). Bu anketin, 4-16 yaş arası çocuklar için ebeveyn formu ve öğretmen formu bulunurken (Bkz Ek- 5). 11-16 yaşlar için ergenin kendisinin doldurduğu ergen formu bulunmaktadır. Anket elle işaretlenerek doldurulabildiği gibi bilgisayar yardımıyla doldurabilen formları da mevcuttur. GGA 25 adet soru içermekte ve bu soruların bazıları olumlu bazıları olumsuz davranış özelliklerini göstermektedir. Kendi içinde 5 alt başlıkta toplanmış olan sorular, davranış sorunları, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, duygusal sorunlar, akran sorunları ve sosyal davranışları ölçmektedir. Her başlık kendi içinde değerlendirilebilmektedir, bununla birlikte ilk dört başlığın toplamı ‘toplam güçlük

puanı'nı vermektedir. Sosyal davranıştaki yüksek puanlar bireyin sosyal alandaki güçlü yönlerini yansıtırken; diğer dört alanda (davranış sorunları, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, duygusal sorunlar, akran sorunları) alınan yüksek puanlar o alanlardaki sorunun ne kadar şiddetli olduğunu bize göstermektedir. Bunun yanında bireyin ruhsal güçlükler konusunda ne kadar etkilendiği de ölçekten hesaplanabilmektedir. Etkilenme puanlarının yükselmesi ruhsal güçlüklerin bireyi daha fazla etkilediği anlamına gelmektedir. Türkçeye uyarlanan ölçeğin tutarlı ve güvenilir olduğu gözlenmiştir (74).

3.3.7. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Katılan ebeveynin depresif belirti düzeyini belirlemek amacıyla kullanılmış olan öz bildirim ölçeğidir(75). Kendini değerlendirme ölçeği olarak 21 adet belirti kategorisini içermektedir. Depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel belirtileri ölçmektedir. Alınacak en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksekliği depresyonun şiddetini göstermektedir. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (76).

3.3.8. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Katılan ebeveynin kaygı düzeyini belirlemek amacıyla kullanılmış olan öz bildirim ölçeğidir. Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmektedir. Likert tipi, 0-3 arası puanlanan ve 21 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam puan ne kadar yüksekse kişinin yaşadığı anksiyetenin şiddeti de o kadar yüksektir. Beck ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilmiş olup (77), geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır(78).

3.3.9. Belirti Tarama Listesi (BTL) - Symptom Check List – 90 – Revised (SCL – 90 – R)

Katılan ebeveynin genek psikiyatrik belirti düzeyini belirlemek amacıyla kullanılmış olan öz bildirim ölçeğidir. Belirti tarama listesi Cornell Medical Index'e dayanmaktadır. 1948 yılında Wilder tarafından geliştirilmiş ve olumsuz stres tepkilerinin düzeyini ölçmeyi hedeflemektedir. Bu liste üzerinde yapılan bir takım

değişikliklerle Derogatis ve arkadaşları önce SCL-90'ı sonrasında da 1976 yılında SCL-90-R'yi geliştirmişlerdir(79). BTL ülkemizde ilk kez Gökler adlı araştırmacı tarafından kullanılmıştır (80). Daha sonra test-tekrar test güvenilirliği, yapılmış çalışmalarda yüksek değerlerle tespit edilmiştir (81, 82).

Maddeler 5'li likert tipi bir ölçek üzerinde cevaplandırılır. Her maddenin cevaplandırılması 5 farklı seçenek üzerinden olmaktadır; “hiç”, “çok az”, “orta derece”, “oldukça fazla” ve “ileri derecede”. Böylece her madde 0 ile 4 arasında puanlandırılmaktadır. Ters yönde puanlanan herhangi bir madde bulunmamaktadır. Genel belirti düzeyi (GBD) puanı her madde için elde edilen puanların toplamının mevcut madde sayısı olan 90'a bölünmesiyle hesaplanmaktadır ve 0 ile 4 arasında değişmektedir.

Yapılmış bir çalışmada alt ölçeklerin önemli ölçüde örtüştüğü belirtilmiş ve ölçeğin psikopatolojik tanı için değil, GBD puanının genel belirti düzeyini belirlemesi amacıyla kullanabileceği önerilmiştir (82) .

3.3.10. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)

Katılan ebeveynin stresle başa çıkma şeklini belirlemek amacıyla kullanılmış olan öz bildirim ölçeğidir. 1989 yılında Scheier ve Weintraub tarafından geliştirilmiştir (83) ve günümüzde başa çıkma tutumlarını değerlendirmede yaygın olarak kullanılan bir öz bildirim ölçeğidir. Türkçeye geçerlik-güvenirlik çalışması yapılmıştır (82). 60 sorudan oluşmaktadır. Ölçek doldurulmadan önce kişinin güç ve bunaltıya sebep olan olaylarla ve problemlerle karşı karşıya kaldığında ne şekilde tepki verdiğini düşünmesi istenir. 60 farklı durum 4 seçenek üzerinden değerlendirilir. 1= asla böyle bir şey yapmam 2= çok az böyle yaparım 3= orta derecede böyle yaparım 4= çoğunlukla böyle yaparım. 15 alt ölçekten meydana gelen COPE'da bu ölçeklerin her biri ayrı bir başa çıkma durumu hakkında bilgi verir. Sonuç olarak alt ölçeklerden alınan puanların yüksekliği hangi başa çıkma durumunun kişi tarafından daha sık kullanıldığı hakkında bilgi verir. Bu 15 farklı başa çıkma tutumu veya alt ölçekler şunlardır; 1- olumlu yeniden yorumlama ve gelişme, 2- zihinsel boş verme, 3- soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, 4- yararlı sosyal destek kullanımı, 5- aktif başa çıkma, 6- inkar,

7- dini olarak başa çıkma, 8- şakaya vurma, 9- davranışsal olarak boş verme, 10- geri durma, 11- duygusal sosyal destek kullanımı, 12- madde kullanımı, 13- kabullenme, 14- diğer uğraşları bastırma, 15- plan yapma. Bu alt ölçekler kendi içinde 3 farklı gruba ayrılmaktadır. Sorun odaklı başa çıkma yolları aktif başa çıkma, plan yapma, diğer uğraşları bastırma, yararlı sosyal destek kullanımı ve geri durma maddelerinden oluşmaktadır. Duygu odaklı başa çıkma yolları olumlu yeniden yorumlama ve gelişme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, dini olarak başa çıkma, şakaya vurma, duygusal sosyal destek kullanımı ve kabullenme maddelerinden oluşurken, uyumu bozan başa çıkma yolları yadsıma, zihinsel boş verme, davranışsal boş verme ve madde kullanımından oluşmaktadır.

3.4. Uygulama

Araştırma Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 25.08.2020 tarihinde G0 20/698 karar numarası ile onaylanmıştır. Tüm katılımcı ebeveynlerden yazılı bilgilendirilmiş onam ve çocuklardan rıza formu alınmıştır.

HÜTF Üroloji Anabilim Dalı Çocuk Ürolojisi Bilim Dalı tarafından operasyon planı olan ve bu sebeple ameliyat öncesinde yatışı planlanan hasta ve ebeveynlerine, planlanan çalışma hakkında bilgi verilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul ettikleri takdirde HÜTF Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda görevli hekim tarafından ameliyat öncesi psikiyatrik görüşme ve değerlendirme yapılmıştır. Çocuklar değerlendirme sırasında anne-babalardan sonra görüşmeye alınmıştır. Bununla birlikte, ergenlerle anne-babadan önce görüşülmüştür. Değerlendirme sürecinde hem çocuk/ergen hem aile ile yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme yapılmıştır. Aktif psikiyatrik bozukluk tanısı konan çocuk ve ergenler çalışma dışına alınmış ve psikiyatrik tedavi ihtiyacına yönelik gerekli yönlendirmeler yapılmış, isteyen hastalar HÜTF Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde tanı ve tedavi amaçlı tekrar değerlendirilmiştir. Psikiyatrik görüşme sonrası aktif bir psikiyatrik bozukluğu olmayan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Dahil edilen hastalar ve ailelerinden ölçek ve anketleri doldurmaları istenmiştir. Çocuk/genç ve anne babalar ile yapılan görüşme ve ilgili ölçeklerin doldurulmasının tamamlanması

yaklaşık 1 saatte gerçekleşmiştir. Öte yandan, hasta ve ebeveyne verilen ölçekleri doldurmakta sıkıntı çeken çocuk ve ailelere ölçek konusunda yardımcı olunarak, bu ölçeğin doldurulduğundan kaynaklanabilecek hataların en düşük seviyeye indirilmesi hedeflenmiştir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin yaşı, mesleği, aylık kazancı, eğitim seviyesi, aile yapısı ve sağlık durumu, çocukların yaşı, cinsiyeti, kronik hastalık varlığı, geçirilmiş cerrahi öyküsü, eğitim-öğretimin hangi aşamasında yer aldığı, başarı durumu ve kardeş sayısına ilişkin bilgilerin elde edilmesi amacıyla araştırmacılar tarafından hazırlanan bir **Sosyodemografik Veri Formu** kullanılmıştır. Ayrıca hastane elektronik veri sistemi ve hasta dosyalarından hastanın medikal öyküsü, ameliyat süresi, ameliyat sonrası yattığı gün sayısı, komplikasyon varlığı ile ilgili bilgiler temin edilmiştir. Araştırma kapsamındaki tüm çocuk ve ergenlerle psikiyatrik rahatsızlıkları taramak amacıyla, **ÇDŞG – ŞY – T** kullanılarak klinik görüşme yapılmıştır. Bu görüşme sırasında hastanın yatışının yapıldığı yataklı serviste ebeveynlerin ve çocuğun rahat hareket edebileceği sakin bir ortam hazırlanmıştır. Yapılacak tüm değerlendirmeler için ailelerden yazılı onam alınmıştır.

Psikiyatrik belirti alanlarını değerlendirmek amacıyla çalışmaya dahil edilen tüm çocukların ebeveynlerinden; çocuklarına ilişkin **ÇİYKÖ** (Anne-baba formu), **GGA** Ebeveyn Formu'nu; kendileri ile ilgili olarak ise **BAÖ**, **BDÖ**, **BTL** ve **COPE**'u doldurmaları istenmiştir.

Çalışmaya dahil edilen tüm çocuk ve ergenlerin de kendilerine **ÇDÖ**, **ÇİYKÖ** ve **ÇDKE – ÇSKE** uygulanmıştır.

Ameliyat sonrasındaki dönemde ameliyatla ilgili bilgiler ve ek medikal bilgiler, olası komplikasyonlar elektronik hastane veri sisteminden ve arşivde yer alan hasta dosyalarından edinilmiştir. Ailelerden ameliyattan sonraki 6. ay civarında rutin kontrole geldikleri zaman, çocuk ve ebeveynin ilgili ölçekleri tekrar doldurması istenmiştir. Ayrıca hastaların araştırma için farklı bir günde kuruma gelmeleri talep edilmemiştir. COVID- 19 pandemisi sebebiyle rutin kontrol için kurumumuza

gelemeyen hastalara telefon ve e-mail yoluyla ilgili anketler gönderilmiş ve doldurulduktan sonra tarafımıza geri gönderilmesi istenmiştir,

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistikler

Verilerin istatistiksel analizi Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (Statistical Program for Social Sciences; SPSS) 23.0 sürümü aracılığıyla gerçekleştirilmiştir.

Sayımla belirtilen verilerin değerlendirilmesinde Ki-kare analizi kullanılmıştır. Beklenen sıklığı 5'in altında olan gözelerin oranının %20'yi aşmadığı çapraz tablolar için Pearson Ki- kare, aştığı çapraz tablolar için Kesin Ki-kare testi sonucu dikkate alınmıştır.

Ölçümlerle belirtilen verilerin incelenmesinde gruplar bağımsızsa, parametrik test varsayımları karşılandığında t-testi (iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi) ve tek yönlü varyans analizi, parametrik test varsayımlarının karşılanmadığı durumda Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Grupların birbiriyle bağımlı olduğu durumlarda ise parametrik test varsayımlarının sağlandığı durumlarda, iki eş arasındaki farkın önemlilik testi, sağlanmadığı durumlarda Wilcoxon testi kullanılmıştır. Tüm alternatif hipotezler çift yönlü kurulmuştur. Bütün istatistiksel testlerde anlamlılık düzeyi 0.05 olarak alınmıştır. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkiler, parametrik test varsayımları karşılandığında Pearson korelasyon katsayısı, karşılanmadığında ise Spearman korelasyon katsayısı ile değerlendirilmiştir.

Sayısal değişkenlerin farklı zamanlarda alınan ölçümlerinin ortalamaları (tekrarlı ölçümler), bağımsız grup ortalamaları da dikkate alınarak tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırılmıştır. Kısmi eta kare, varyans analizinde bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişkinin büyüklüğünü gösteren bir etki büyüklüğüdür. Tek yönlü varyans analizinde kullanılan kısmi eta kare puanı 0.06-0.14 aralığında ise orta, 0.14 ve üzerinde ise büyük bir etki büyüklüğüne karşılık gelmektedir. Bazı durumlarda eta kare, orta ya da büyük bir değer olsa da, örneklem

büyükliğünden dolayı p değeri anlamsız çıkabilir. Bu durumda fark istatistiksel olarak anlamlı olmasa bile klinik olarak anlamlı yorumlanabilmektedir.

Araştırma grubunda çocuğun ve ailenin kaygı düzeyini etkileyebilecek etkenler tek değişkenli analizler ile belirlenmiştir. Anlamlı bulunan etkenler ile çoklu doğrusal regresyon modelleri elde edilmiştir. Regresyon modelleri elde edilirken Backward değişken seçim yöntemi kullanılarak anlamlı değişkenlerin modelde kalması sağlanmıştır. Çok değişkenli modellerde anlamlılık düzeyi 0.05 yerine 0.10, 0.15 hatta 0.20 gibi değerler seçilebilmektedir (84, 85). Bu çalışmada regresyon çözümlemesi sonucunda elde edilen modellerde bağımsız değişkenlere ilişkin anlamlılık düzeyi, esnek bir yaklaşımla 0.20 olarak belirlenmiş, modelde yer alacak değişkenler istatistiksel ve klinik anlamlılık açısından değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırma kapsamında değerlendirilen hastaların geçirdiği cerrahiler açık cerrahi/endoürolojik cerrahi ve majör cerrahi/minör cerrahi (Tablo 4.1 ve 4.2) olarak iki farklı gruptandırma ile incelenmiştir.

Tablo 4.1. Açık cerrahi ve endoürolojik cerrahi grubunda yer alan cerrahiler.

Açık Cerrahi	sayı	Endoürolojik Cerrahi	sayı
Açık Ureteroneosistostomi	20	Laparoskopik Piyeloplasti	1
Açık Piyeloplasti	2	Laparoskopik Orşiopeksi	1
Basit Nefrektomi	1	Mesane ve/veya sfinktere botoks uygulaması	6
Hipospadias onarımı	6	Mikro- Perkütan Nefrolitotomi	2
İleal Augmentasyon	2	Mini- Perkütan Nefrolitotomi	1
İnguinal herni onarımı	1	Perkütan yolla böbrek kisti boşaltılması	1
İnguinal orşiektomi	1	Posterior üretral valv rezeksiyonu	1
Meatotomi	2	Retrograd Intrarenal Cerrahi	4
Mitrofanoff revizyonu	1	Sistografi ile birlikte ureteral orifise kontrastın pozisyonel yerleştirilmesi (PIC)	1
Orşiopeksi	3	Standart Perkütan Nefrolitotomi	1
Otoaugmentasyon	1	Tanısal Sistoskopi	1
Penil fistül onarımı	3	Üreterorenoskopi	7
Penil rekonstrüksiyon + Mesane boynu rekonstrüksiyonu	1	Üretroskopi	1
Skrotektomi+ Orşiektomi	1	Vezikoüreteral reflüde üreteral sting enjeksiyonu	18
Sünnet	2		
Üreterokutanostomi	1		
Üreteroüreterostomi	1		
Varikoselektomi	3		
TOPLAM	52	TOPLAM	46

Örnekleme açık cerrahi geçiren pre-operatif 52, post-operatif 36 adet hasta verisi dahil edildi, pre-operatif - post-operatif değerlendirme arası medyan süre 7 ay olarak saptandı. Endoürolojik cerrahi geçiren pre-operatif 46, post-operatif 27 adet

hasta verisi dahil edildi, pre-operatif - post-operatif değerlendirme arası medyan süre yine 7 ay olarak saptandı.

Tablo 4.2. Majör ve minör cerrahi grubunda yer alan cerrahiler.

Majör Cerrahi	sayı	Minör Cerrahi	sayı
Açık Piyeloplasti	2	İnguinal herni onarımı	1
Açık Ureteroneosistostomi	20	Hipospadias onarımı	6
Basit Nefrektomi	1	İnguinal orşiektomi	1
İleal Augmentasyon	2	Meatotomi	2
Laparoskopik Orşiopeksi	1	Mesane ve/veya sfinktere botoks uygulaması	6
Laparoskopik Piyeloplasti	1	Mitrofanoff revizyonu	1
Mikro- Perkütan Nefrolitotomi	2	Orşiopeksi	3
Mini- Perkütan Nefrolitotomi	1	Penil fistül onarımı	3
Otoaugmentasyon	1	Perkütan yolla böbrek kisti boşaltılması	1
Penil+ Mesane boynu rekonstrüksiyonu	1	Posterior üretral valv rezeksiyonu	1
Standart Perkütan Nefrolitotomi	1	Retrograd Intrarenal Cerrahi	4
Üreterokutanostomi	1	Sistografi ile birlikte ureteral orifise kontrastın pozisyonel yerleştirilmesi (PIC)	1
Üreteroüreterostomi	1	Skrotektomi+ Orşiektomi	1
		Sünnet	2
		Tanısal Sistoskopi	1
		Üreterorenoskopi	7
		Üretroskopi	1
		Varikoselektomi	3
		Veziköüreteral reflüde üreteral sting enjeksiyonu	18
TOPLAM	35	TOPLAM	63

Örnekleme majör cerrahi geçiren pre-operatif 35, post-operatif 25 adet hasta verisi dahil edildi, pre-operatif - post-operatif değerlendirme arası medyan süre 7 ay olarak saptandı. Minör cerrahi geçiren pre-operatif 63, post-operatif 38 adet hasta verisi dahil edildi, pre-operatif - post-operatif değerlendirme arası medyan süre 7 ay olarak saptandı.

4.1. Cerrahi Sonrası Dönemde Çalışmaya Devam Etmeyi Kabul Etmeyen/Ulaşamayan Hastalar İle Ulaşılan Hastaların Karşılaştırılması

Cerrahi sonrası toplanması planlanan post – operatif yaşam kalitesi ve ruhsal iyilik haline ilişkin değerlendirme formlarını dolduran ve doldurmeyen hastalar

örnekleme ulaşma yanlılığının test edilmesi amacıyla birbirleriyle karşılaştırılmıştır (Tablo 4.3). GGA akran sorunları alt testi dışında değerlendirilen medikal ve psikolojik özellikler açısından iki grup arasında istatistiksel bir fark saptanmamıştır.

Tablo 4.3. Cerrahi sonrası formu olan ile olmayan hastaların karşılaştırılması.

		Post-operatif değerlendirme yapılamayan hastalar	Post-operatif değerlendirme yapılan hastalar	p
Eşik altı psikiyatrik tanı (var/yok)		10/25	25/38	0,271*
Ameliyat tipi s, (%)	Açık	16 (45,7)	36 (57,1)	0,277*
	Endürolojik	19 (54,3)	27 (42,9)	
Ameliyat tipi s, (%)	Majör	10 (28,6)	25 (39,7)	0,271*
	Minör	25 (71,4)	38 (60,3)	
Ek komorbidite varlığı (var/yok)		8/25	12/50	0,578*
Ameliyat süresi (dakika) (Ortanca)		90 (20-330)	90 (30-330)	0,628***
Post-op yattığı gün sayısı (Ortanca)		2 (1-17)	3 (1-16)	0,118***
Geçirilmiş cerrahi sayısı (Ortanca)		1 (0-8)	1 (0-8)	0,970***
ÇYKO Total Skor (Ortalama) (%)		73,06±12,42	75,27±12,61	0,454**
ÇYKO Fiziksel (Ortanca) (%)		81,25 (40,63-100)	74,45 (9,38-100)	0,379***
ÇYKO Psikososyal (Ortalama) (%)		70,67±13,88	75,20±13,91	0,166**
ÇDÖ (Ortanca)		6,50 (0-18)	6 (1-22)	0,863***
ÇSKE (Ortalama)		32,30±6,93	31,97±6,16	0,941**
ÇDKE (Ortanca)		31 (26-45)	29 (20-50)	0,418***
GGA(Total) (Ortalama)		18,13±4,42	16,48±4,52	0,103**
GGA(Duygusal) (Ortanca)		2 (0-6)	2 (0-6)	0,972***
GGA(Davranış)(Ortanca)		1 (0-4)	1 (0-7)	0,151***
GGA(Dikkat eksikliği) (Ortanca)		3,50 (0-8)	3 (0-9)	0,440***
GGA(Akran sorunları) (Ortanca)		3 (1-6)	2 (0-6)	0,011***
GGA(Sosyal Davranış) (Ortanca)		9 (3-10)	8 (4-10)	0,097***
ÇİYKO Total Skor_ebeveyn (Ortanca)		80,34 (20-100)	80,98 (39-100)	0,536***
ÇİYKO Fiziksel_ebeveyn (Ortanca)		75 (25-100)	76,56 (9-100)	0,600***
ÇİYKO Psikososyal_ebeveyn (Ortanca)		80 (17-100)	84,16 (50-100)	0,330***
BAÖ (Ortanca)		6 (0-36)	4 (0-43)	0,240***
BDÖ (Ortanca)		7 (0-30)	6 (0-31)	0,250***
SCL-90 Genel Şiddet (Ortanca)		0,55 (0-1,96)	0,56 (0-2,73)	0,807***
COPE_ sorun odaklı (Ortalama)		49,90±11,28	51,31±11,87	0,592**
COPE_ duygu odaklı (Ortanca)		62,50 (27-80)	61 (27-81)	0,503***
COPE_uyum bozucu (Ortalama)		27,76±6,29	25,61±5,76	0,113**

Pearson Chi-Square*, Student's T test **, Mann-Whitney U test***

4.2. Açık ve Endoürolojik Cerrahi Gruplarının Karşılaştırılması

4.2.1. Açık ve Endoürolojik Cerrahi Gruplarında Sosyodemografik Özellikler

Açık ve Endoürolojik Cerrahi Gruplarında Cinsiyet, Yaş ve Eğitim Özellikleri

Açık cerrahi grubunda değerlendirilen 52 çocuk ve ergenin %61,5'u erkek, %38,5'u kız; endoürolojik cerrahi grubunda 46 çocuk ve ergenin %58,7'si erkek, %41,3'ü kızdır. Bu iki grup arasındaki cinsiyet dağılımı istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklıdır, açık cerrahi grubundaki erkek cinsiyet yüzdesi endoürolojik cerrahiye göre daha fazladır. Örneklemin tamamında çocukların yaşı 4-18 yıl arasındadır. Açık cerrahi grubunun yaş ortalamasının ortanca değeri 7 (4-17), endoürolojik cerrahi grubunun yaş ortalamasının ortanca değeri 8 (4-16) olarak bulunmuştur. Bu iki grupta yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır. Açık cerrahi ve endoürolojik cerrahi gruplarında çocuk ve ergenlerin eğitim sürelerinin ortancaları ve ders başarıları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir. Açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında cinsiyet, yaş ve eğitim özellikleri Tablo 4.4'de özetlenmiştir.

Tablo 4.4. Açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında cinsiyet, yaş ve eğitim özellikleri.

		Açık Cerrahi	Endoürolojik Cerrahi	İstatistik (p)
Cinsiyet s (%)	Kız	20 (38,5)	27(58,7)	0,045*
	Erkek	32 (61,5)	19(41,3)	
Yaş (yıl) (ortanca)		7 (4-17)	8(4-16)	0,704**
Eğitim süresi (ortanca)		3(0-13)	4(0-13)	0,773***
Ders Başarısı (%)	Sınıfta kalır	0	0	0,750*
	Düz geçer	22,2	16,1	
	Teşekkür alır	25,9	22,6	
	Takdir alır	51,9	61,3	

*Pearson chi-square, **Mann-Whitney U, ***Fisher's Exact Test

Açık ve Endoürolojik Cerrahi Gruplarında Anne- Babaların Eğitim Düzeyi ve İş Durumu

Açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında anne-babaların eğitim düzeyi ve iş durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir. Anne-babaların eğitim düzeyi ve güncel iş durumu yüzdeleri ve istatistikleri Tablo 4.5’de verilmiştir.

Tablo 4.5. Açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında anne- babaların eğitim düzeyi ve iş durumu.

		Açık Cerrahi	Endoürolojik Cerrahi	İstatistik (p)
Baba eğitim düzeyi (%)	İlk	19,6	20,5	0,524*
	Orta	23,5	25	
	Lise	21,6	31,8	
	Üniversite	35,3	22,7	
Baba iş durumu (%)	İşsiz	4,1	7	0,857**
	İşçi	44,9	46,5	
	Memur	16,3	16,3	
	Emekli	2	4,7	
	Serbest Meslek	32,7	25,6	
Anne eğitim düzeyi (%)	İlk	24	30,4	0,881*
	Orta	28	23,9	
	Lise	32	32,6	
	Üniversite	16	13	
Anne iş durumu (%)	Ev hanımı / (İşsiz)	86,5	73,3	0,253**
	İşçi	5,8	6,7	
	Memur	5,8	6,7	
	Emekli	0	2,2	
	Serbest Meslek	1,9	11,1	

*Pearson Chi-Square, **Fisher’s Exact Test

Açık ve Endoürolojik Cerrahi Gruplarında Aile Yapısı ve Çocuk Sayısı

Açık cerrahi geçirmiş hastaların %79,6’sının (s:39), endoürolojik cerrahi geçiren hastaların %71,7’sinin (s:33) çekirdek ailede yaşadığı görülmüştür, 3 hastanın aile yapısı ise belirtilmemiştir. Aile yapısı açısından bu iki grup arasında istatistiksel açıdan herhangi bir fark saptanmamıştır (p:0,549). Sahip olunan çocuk sayısı her iki grupta 1 ile 5 arasında değişmektedir. Açık cerrahi grubu ile endoürolojik cerrahi grubunun sırasıyla %42,3’ü (s: 22) ve 54,3’ü (s: 25) iki çocuklu aile yapısına sahip

olduğu görülmüş ve çocuk sayısı açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p:0,327).

Açık ve Endoürolojik Cerrahi Gruplarında Hastalarda ve Ailelerinde Psikiyatrik Bozukluklar ve Tıbbi Hastalıklar

Çalışmamıza katılacak hastalara öncesinde ayrıntılı bir psikiyatrik muayene yapılmış ve tanı alacak düzeyde psikiyatrik bozukluk saptanan hastalar yaşam kalitesi ve cerrahi öncesi ve sonrası psikiyatrik belirtilerdeki değişim açısından psikiyatrik bozukluk varlığının önemli bir karıştırıcı değişken olması nedeniyle çalışmaya dahil edilmemiştir. Bununla birlikte tanı alacak düzeyde olmayan eşik altı klinik psikiyatrik belirtiler de değerlendirilmiş ve açık cerrahi geçiren hastaların %44,2'sinin (s: 23), endoürolojik cerrahi geçiren hastaların ise %26,1'inin (s: 12) eşik altı psikiyatrik bozukluk belirtileri gösterdiği görülmüş; bununla birlikte her iki grup arasında istatistiksel olarak bir anlamlılık saptanmamıştır (p:0,061). Açık cerrahi grubunda ailede ruhsal hastalık öyküsü hiç görülmezken, endoürolojik cerrahi grubunda %2,2 (s: 1) oranında saptanmıştır. Bu iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p:0,474).

Öte yandan, açık cerrahi grubunda ailede ürolojik hastalık öyküsü %11,8 (s: 6), endoürolojik cerrahi grubunda %15,2'dir (s: 7). Bu iki grup arasında aile öyküleri açısından istatistiksel olarak bir anlamlılık bulunmamıştır (p: 0,618). Açık cerrahi grubunda ailede ek medikal hastalık öyküsü %17,6 (s: 9), endoürolojik cerrahi grubunda %15,2 (s: 7) olarak tespit edilmiştir. Bu iki grup arasında da aile öyküleri açısından istatistiksel olarak bir fark saptanmamıştır (p: 0,747).

4.2.2. Açık ve Endoürolojik Cerrahi Gruplarında Medikal Özellikler

Bu başlık altında her iki grup geçirilmiş cerrahi varlığı, anestezi süresi, cerrahi sonrası komplikasyon varlığı, cerrahi sonrası yattığı gün sayısı açısından karşılaştırılmıştır.

Açık ve Endoürolojik Cerrahi Gruplarında Önceden Geçirilmiş Cerrahi

Açık cerrahi grubunda daha önceden cerrahi geçirmiş olan hasta yüzdesi %48,1 iken, endoürolojik cerrahi grubunda bu oran %58,7'dir. Bununla birlikte iki grup arasında istatistiksel olarak bir fark saptanmamıştır. Geçirilmiş cerrahi varlığı olan hastaların her iki gruptaki sayıları, yüzdeleri ve istatistikleri Tablo 4.6'da verilmiştir.

Tablo 4.6. Açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında önceden geçirilmiş cerrahi.

		Açık Cerrahi	Endoürolojik Cerrahi	İstatistik (p)
Geçirilmiş cerrahis (%)	Var	25 (48,1)	27(58,7)	0,293*
	Yok	27(51,9)	19(41,3)	

Pearson chi-square*

Açık ve Endoürolojik Cerrahi Gruplarında Anestezi Süresi

Anestezi süresi açık cerrahi grubunda ortalama 120 dakika, endoürolojik cerrahi grubunda 45 dakikadır. Açık cerrahi grubunun cerrahi süresi istatistiksel olarak anlamlı şekilde endoürolojik cerrahi grubundan yüksektir (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Açık ve endoürolojik cerrahi grubunda anestezi süresi.

	Açık Cerrahi	Endoürolojik Cerrahi	İstatistik (p)
Anestezi süresi (dakika) (ortalama)	120 (30-330)	45 (20-300)	<0,008

*Mann-Whitney U test

Açık ve Endoürolojik Cerrahi Gruplarında Cerrahi Sonrası Komplikasyon

Açık cerrahi grubunda cerrahi sonrası komplikasyon hastaların %5,8'inde görülmüşken, endoürolojik cerrahi grubunda görülmemiştir. Bununla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında cerrahi sonrası komplikasyon.

		Açık Cerrahi	Endoürolojik Cerrahi	İstatistik (p)
Komplikasyon s (%)	Var	3 (5,8)	0	0,245*
	Yok	49 (94,2)	46 (100)	

*Fisher's Exact Test

Açık ve Endoürolojik Cerrahi Gruplarında Cerrahi Sonrası Yatış Süresi

Açık cerrahi grubunda yatış süresi 3 gün (1-17) iken, endoürolojik cerrahi grubunda 2 gündür (1-6). Bu iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında cerrahi sonrası yatış süresi.

	Açık Cerrahi	Endoürolojik Cerrahi	İstatistik (p)
Yatış süresi (gün) (ortanca)	3 (1-17)	2 (1-6)	<0,008

*Mann-Whitney U test

4.2.3. Açık ve Endoürolojik Cerrahi Gruplarında Çocukların Yaşam Kalitesi ve Psikiyatrik Belirti Düzeyleri

Açık ve Endoürolojik Cerrahi Gruplarında Çocukların Özbildirim Yaşam Kalitesi Düzeyleri

Çocukların kendilerinin doldurdıkları özbildirim ÇIYKÖ puanları toplam puan, fiziksel puan ve psikososyal puan olmak üzere üç alt başlıkta ele alınmaktadır. Toplam puan, fiziksel puan ve psikososyal puan açısından açık cerrahi grubu ile endoürolojik cerrahi grubu arasında cerrahi öncesi istatistiksel bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında cerrahi öncesi öz bildirim ÇİYKÖ

Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği	Açık Cerrahi	Endoürolojik Cerrahi	İstatistik (p)
Toplam puan (%) (ortalama)	75,11±11,58	73,93±13,65	0,669*
Fiziksel puan (%) (ortanca)	75 (37,5-100)	78 (9,38-100)	0,828**
Psikososyal puan (%) (ortalama)	74,71±13,62	72,62±14,48	0,498*

*Independent sample T test, **Mann-Whitney U test

Açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında öz bildirim ÇİYKÖ cerrahi öncesi ve sonrası puanları açık cerrahi ve endoürolojik cerrahi gruplarında ayrı ayrı karşılaştırılmış ve istatistiksel bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ve sonrası öz bildirim ÇİYKÖ.

Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği	Cerrahi Öncesi	Cerrahi Sonrası	İstatistik (p)	
Toplam puan	Açık (ortalama)	75,11±11,58	78,65±13,39	0,420*
	Endoürolojik (ortanca)	73,91(32,60-100)	79,34(26,09-97,82)	0,378**
Fiziksel puan	Açık (ortalama)	74,99±14,45	77,41±14,17	0,572*
	Endoürolojik (ortanca)	75 (9,38-100)	78,12 (9,38-100)	0,614**
Psikososyal puan	Açık (ortalama)	74,71±13,62	79,18±14,84	0,326*
	Endoürolojik (ortanca)	73,33(45-100)	80 (35-98,33)	0,554**

*İki eş arasındaki farkın anlamlılık testi, **Wilcoxon testi

Açık ve Endoürolojik Cerrahi Gruplarında Ebeveyn Bildirimi ile Çocukların Yaşam Kalitesi Düzeyleri

Ebeveynler tarafından doldurulan ÇİYKÖ puanları da toplam puan, fiziksel puan ve psikososyal puan olmak üzere üç alt başlıkta ele alınmaktadır, çocuk ergenlerin yaşam kalitesinin ebeveynin gözünden değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Açık cerrahi ve endoürolojik cerrahi gruplarında ebeveyn bildirimi ile ölçülen çocukların yaşam kalitesi düzeyleri açısından cerrahi öncesi istatistiksel olarak bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ÇİYKÖ-ebeveyn formu.

Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği Ebeveyn	Açık Cerrahi	Endoürolojik Cerrahi	İstatistik (p)
Toplam puan (ortanca)	80,43 (20-100)	81,52 (39-100)	0,795*
Fiziksel puan (ortanca)	79,69 (9-100)	75 (13-100)	0,372*
Psikososyal puan (ortanca)	81,68 (17-100)	85 (45-100)	0,678*

*Mann-Whitney U test

Açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında ÇİYKÖ ebeveyn formunun cerrahi öncesi ve sonrası 7. ay puanları açık cerrahi ve endoürolojik cerrahi gruplarında ayrı ayrı karşılaştırılmış ve istatistiksel bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ve sonrası ÇİYKÖ – ebeveyn formu.

Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği		Cerrahi Öncesi	Cerrahi Sonrası	İstatistik (p)
Toplam puan	Açık (ortanca)	82,61 (50-100)	84,69 (59-100)	0,105*
	Endoürolojik (ortalama)	78,05±16,08	76,57±17,82	0,593**
Fiziksel puan	Açık (ortanca)	81,25 (9-100)	81,25 (25-100)	0,362*
	Endoürolojik (ortalama)	68,62±25,20	76,73±19,08	0,141**
Psikososyal puan	Açık (ortanca)	84,16 (57-100)	85,83 (55-100)	0,179*
	Endoürolojik (ortalama)	80,52 (50-100)	77,75±17,59	0,349**

*Wilcoxon testi, **İki eş arasındaki farkın anlamlılık testi

Açık ve Endoürolojik Cerrahi Gruplarında Çocuklarda Kaygı Belirtileri ve Depresif Belirtiler

Araştırma grubundaki çocuklar tarafından depresif belirti düzeyinin belirlenmesi amacıyla cerrahi öncesi doldurulan ÇDÖ'de açık cerrahi ile endoürolojik cerrahi grupları arasında istatistiksel bir fark saptanmadı (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ÇDÖ.

	Açık Cerrahi	Endoürolojik Cerrahi	İstatistik (p)
Çocuklar için Depresyon Ölçeği (median)	6 (0-18)	6 (1-22)	0,872*

*Mann-Whitney U test

ÇDÖ puanları, açık cerrahi ve endoürolojik cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ve cerrahi sonrası değişim açısından karşılaştırılmıştır. Depresyon belirti puanının açık cerrahi grubunda cerrahi sonrası azalma eğilimi, endoürolojik cerrahi grubunda ise artma eğilimi gösterdiği ancak aradaki farkların istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşmadığı görülmüştür (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ve sonrası ÇDÖ.

Çocuklar için Depresyon Ölçeği	Cerrahi Öncesi	Cerrahi Sonrası	İstatistik (p)
Açık Cerrahi (median)	6 (2-17)	4 (0-18)	0,139*
Endoürolojik Cerrahi (median)	5 (1-22)	7 (0-26)	0,365*

*Wilcoxon test

Araştırma grubundaki çocuklar tarafından kaygı düzeylerinin belirlenmesi amacıyla süreklilik ve durumluk kaygı envanteri doldurulmuştur. Cerrahi öncesi doldurulan ÇDKE – ÇSKE puanları açık cerrahi ile endoürolojik cerrahi grupları arasında karşılaştırıldığında istatistiksel bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ÇDKE – ÇSKE.

	Açık Cerrahi	Endoürolojik Cerrahi	İstatistik (p)
Çocuklar için Sürekli Kaygı Envanteri (ortalama)	31,13±6,36	33,11±6,43	0,552*
Çocuklar için Durumluk Kaygı Envanteri (ortanca)	29,50 (20-50)	31 (22-49)	0,833**

*Independent sample T test, **Mann-Whitney U test

Çocuklar için sürekli ve durumluk kaygı puanları, açık cerrahi ve endoürolojik cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ve cerrahi sonrası değişim açısından karşılaştırılmıştır. Sürekli ve durumluk kaygı puanlarının açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ve cerrahi sonrası karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ve sonrası ÇDKE – ÇSKE.

		Cerrahi öncesi	Cerrahi sonrası	İstatistik (p)
Çocuklar için sürekli kaygı envanteri	Açık Cerrahi (ortalama)	31,43±6,36	30,98±9,49	0,413*
	Endoürolojik Cerrahi (ortalama)	32,04±6,65	29,68±6,62	0,168*
Çocuklar için durumluk kaygı envanteri	Açık Cerrahi (ortanca)	28 (20-50)	26,50 (19-43)	0,138**
	Endoürolojik Cerrahi (ortanca)	31 (22-49)	30,50 (21-48)	0,152**

*İki eş arasındaki farkın anlamlılık testi, **Wilcoxon testi

Açık ve Endoürolojik Cerrahi Gruplarında Çocuklarda Ebeveynler Tarafından Bildirilen Genel Psikiyatrik Belirtiler

Çalışmada çocukların genel psikiyatrik belirtileri ebeveyn tarafından doldurulan GGA ile taranmıştır. GGA davranış sorunları, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, duygusal sorunlar, akran sorunları ve sosyal davranışlar olmak üzere 5 alandaki olumlu ve olumsuz davranış özelliklerini sorgulamaktadır. Cerrahi öncesi tüm alanlardan alınan puanlarda açık ve endoürolojik cerrahi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır (Tablo 4.18).

Tablo 4.18. Açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında cerrahi öncesi GGA.

Güçler ve Güçlükler Anketi	Açık Cerrahi	Endoürolojik Cerrahi	İstatistik (p)
Toplam (ortalama)	17,46±4,55	16,56±4,52	0,346*
Duygusal (ortanca)	2 (0-6)	2 (0-6)	0,708**
Davranış (ortanca)	1 (0-5)	1 (0-7)	0,681**
Dikkat eksikliği (ortanca)	3,50 (0-9)	3 (0-7)	0,300**
Akran sorunları (ortanca)	2 (0-6)	2 (0-6)	0,878**
Sosyal davranış (ortanca)	8 (3-10)	9 (4-10)	0,090**

*Independent sample T test, **Mann-Whitney U test

GGA'nın tüm alt test puanları ve toplam puanı, açık cerrahi ve endoürolojik cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ve cerrahi sonrası değişim açısından karşılaştırılmıştır. Açık cerrahi grubunda istatistiksel olarak bir fark saptanmamıştır. Bununla birlikte endoürolojik cerrahi grubunda anketin toplam puanında istatistiksel

olarak anlamlı bir artış görülürken, diğer alt gruplarında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.19).

Tablo 4.19. Açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ve sonrası GGA.

Güçler ve Güçlükler Anketi		Cerrahi öncesi	Cerrahi sonrası	İstatistik (p)
Toplam	Açık (ortalama)	17,11±4,55	16,83±5,19	0,741*
	Endoürolojik (ortanca)	16 (2-28)	18 (10-28)	0,017**
Duygusal	Açık (ortanca)	2 (0-6)	1 (0-6)	0,220**
	Endoürolojik (ortanca)	2 (0-6)	2,50 (0-10)	0,139**
Davranış	Açık (ortanca)	1 (0-5)	1 (0-4)	0,120**
	Endoürolojik (ortanca)	1 (0-7)	1 (0-2)	0,847**
Dikkat eksikliği	Açık (ortanca)	3 (0-9)	3 (0-10)	0,500**
	Endoürolojik (ortalama)	2,81±1,99	3,54±2,51	0,111*
Akran sorunları	Açık (ortanca)	2 (0-6)	2 (0-5)	0,317**
	Endoürolojik (ortalama)	2,08±1,39	2,46 (0-7)	0,290*
Sosyal davranış	Açık (ortanca)	8 (3-10)	8,5 (5-10)	0,381**
	Endoürolojik (ortanca)	9	9 (4-10)	0,176**

*İki eş arasındaki farkın anlamlılık testi, **Wilcoxon testi

4.2.4. Açık ve Endoürolojik Cerrahi Gruplarında Ebeveynlerde Psikiyatrik Belirti Düzeyleri ve Başa Çıkma Tutumları

Açık ve Endoürolojik Cerrahi Gruplarında Ebeveynlerde Kaygı Belirtileri, Depresif Belirtiler ve Genel Psikiyatrik Belirti Düzeyi

Açık cerrahi ve endoürolojik cerrahi gruplarında ebeveynlerde kaygı belirtileri ve depresif belirtiler BAÖ ve BDÖ ile; genel psikiyatrik belirti düzeyi ise BTL (SCL – 90 – R) ile değerlendirilmiştir. Cerrahi öncesi dönemde her iki gruptaki Beck Anksiyete ve Beck Depresyon Ölçeği ile Belirti Tarama Listesi genel belirti düzeyi puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.20).

Tablo 4.20. Açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ebeveyn BAÖ, BDÖ ve BTL genel belirti düzeyi.

	Açık Cerrahi	Endoürolojik Cerrahi	İstatistik (p)
Beck Anksiyete Ölçeği (ortanca)	5 (0-43)	5 (0-36)	0,874*
Beck Depresyon Ölçeği (ortanca)	6 (0-31)	7 (0-28)	0,778*
SCL-90 Genel Belirti Düzeyi (ortanca)	0,62 (0- 2,73)	0,46 (0-2,41)	0,393*

*Mann-Whitney U testi

BAÖ, BDÖ ve BTL genel belirti düzeyi puanlarının cerrahi öncesi ve sonrası açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında zamana karşı değişimi incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır (Tablo 4.21).

Tablo 4.21. Açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ve sonrası BAÖ, BDÖ ve BTL genel belirti düzeyi.

		Cerrahi öncesi	Cerrahi sonrası	İstatistik (p)
Beck Anksiyete Ölçeği	Açık (ortanca)	3 (0-43)	2 (0-39)	0,247*
	Endoürolojik (ortanca)	4,50 (0-24)	5,50 (0-31)	0,497*
Beck Depresyon Ölçeği	Açık (ortanca)	6 (0-31)	3 (0-27)	0,075*
	Endoürolojik (ortanca)	7 (0-28)	6 (0-28)	0,537*
SCL-90 Genel Belirti Düzeyi	Açık (ortanca)	0,625 (0-1,91)	0,360 (0-2,08)	0,234*
	Endoürolojik (ortanca)	0,46 (0,04-2,41)	0,45 (0-1,83)	0,910*

*Wilcoxon testi

Açık ve Endoürolojik Cerrahi Gruplarında Ebeveynlerde Başa Çıkma Tutumları

Araştırmada ebeveynlerin genel başa çıkma tutumlarının değerlendirildiği ölçekte yer alan 15 alt ölçek kendi içinde 3 temel baş etme tutumuna ayrılmaktadır; (1) sorun odaklı başa çıkma, (2) duygu odaklı başa çıkma, (3) uyumu bozan başa çıkma. Açık cerrahi ve endoürolojik cerrahi grubundaki hastaların ebeveynlerinin cerrahi öncesi 3 temel baş etme stratejisi puanları karşılaştırılmıştır. Sorun odaklı başa çıkma tutumu puanında açık cerrahi grubundaki ebeveynler istatistiksel olarak yüksek puan almışken; duygu odaklı ve uyum bozan başa çıkma tutum puanları gruplar arasında farklılık göstermemiştir (Tablo 4.22).

Tablo 4.22. Açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında cerrahi öncesi COPE.

Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği	Açık Cerrahi	Endoürolojik Cerrahi	İstatistik (p)
Sorun odaklı (ortalama)	53,44±10,67	48,02±12,06	0,029*
Duygu odaklı (ortanca)	63 (34-81)	61 (27-80)	0,174**
Uyumu bozan (ortanca)	27 (16-45)	26 (15-42)	0,309**

*Independent sample T test, **Mann-Whitney U test

Temel üç başa çıkma tutumu puanlarının her iki grupta zamana karşı değişimi incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır (Tablo 4.23).

Tablo 4.23. Açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ve sonrası COPE.

Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği		Cerrahi öncesi	Cerrahi sonrası	İstatistik (p)
Sorun odaklı	Açık (ortalama)	54,54±10,89	54,78±11,74	0,924*
	Endoürolojik (ortalama)	47,86±11,73	51,86±11,27	0,207*
Duygu odaklı	Açık (ortalama)	62,51±10,09	65,78±10,42	0,180*
	Endoürolojik (ortalama)	59,09±11,01	60,90±9,97	0,502*
Uyum bozucu	Açık (ortalama)	26,72±5,94	28,06±7,92	0,379*
	Endoürolojik (ortalama)	24,13±5,32	23±5,14	0,345*

*İki eş arasındaki farkın anlamlılık testi

4.3. Majör ve Minör Cerrahi Gruplarının Karşılaştırılması

4.3.1. Majör ve Minör Cerrahi Gruplarında Sosyodemografik Özellikler

Majör ve Minör Cerrahi Gruplarında Cinsiyet, Yaş ve Eğitim Özellikleri

Majör cerrahi grubunda değerlendirilen 35 çocuk ve ergenin %40'ı erkek, %60'ı kız; endoürolojik cerrahi grubundaki 63 çocuk ve ergenin %58,7'si erkek, %41,3'ü kızdır. Bu iki grup arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır. Örneklemin tamamında çocukların yaşları 4-18 yıl arasındadır. Majör cerrahi grubunun yaş ortalamasının ortanca değeri 6 (4-14), endoürolojik cerrahi grubunun yaş ortalamasının ortanca değeri 8 (4-17) olarak bulunmuştur. Bu iki grupta yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark saptanamamıştır. Majör cerrahi ve minör cerrahi grubundan eğitim sürelerinin ortancaları ve ders başarıları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Majör ve minör cerrahi gruplarında cinsiyet, yaş ve eğitim özellikleri Tablo 4.24'de özetlenmiştir.

Tablo 4.24. Majör ve minör cerrahi gruplarında cinsiyet, yaş ve eğitim özellikleri.

		Majör Cerrahi	Minör Cerrahi	İstatistik (p)
Cinsiyet s (%)	Kız	21 (60)	26 (41,3)	0,075*
	Erkek	14 (40)	37 (58,7)	
Yaş (yıl) (ortanca)		6 (4-14)	8 (4-17)	0,082**
Eğitim süresi (ortanca)		2 (0-13)	4 (0-13)	0,056**
Ders Başarısı (%)	Sınıfta kalır	0	0	0,210***
	Düz geçer	20	18,6	
	Teşekkür alır	40	18,6	
	Takdir alır	40	62,8	

*Pearson Chi-Square, **Mann-Whitney U test, ***Fisher's Exact test

Majör ve Minör Cerrahi Gruplarında Anne- Babaların Eğitim Düzeyi ve İş Durumu

Majör ve minör cerrahi gruplarında anne-babaların eğitim düzeyi ve iş durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.25).

Tablo 4.25. Majör ve minör cerrahi gruplarında anne- babaların eğitim düzeyi ve iş durumu.

		Majör Cerrahi	Minör Cerrahi	İstatistik (p)
Baba eğitim düzeyi (%)	İlk	25,7	16,7	0,554*
	Orta	17,1	28,3	
	Lise	25,7	26,7	
	Üniversite	31,4	28,3	
Baba iş durumu (%)	İşsiz	5,7	5,3	0,728**
	İşçi	48,6	43,9	
	Memur	17,1	15,8	
	Emekli	5,7	1,8	
	Serbest Meslek	22,9	33,3	
Anne eğitim düzeyi (%)	İlk	28,6	26,2	0,792*
	Orta	22,9	27,9	
	Lise	37,1	29,5	
	Üniversite	11,4	16,4	
Anne iş durumu (%)	Ev hanımı (İşsiz)	91,4	74,2	0,481**
	İşçi	2,9	8,1	
	Memur	2,9	8,1	
	Emekli	0	1,6	
	Serbest Meslek	2,9	8,1	

*Pearson Chi-Square, **Fisher's Exact test

Majör ve Minör Cerrahi Gruplarında Aile Yapısı ve Çocuk Sayısı

Majör cerrahi geçirmiş hastaların %70,6'sının (s:24), minör cerrahi geçiren hastaların %78,7'sinin (s:48) çekirdek ailede yaşadığı görülmüştür. Aile yapısı açısından bu iki grup arasında istatistiksel açıdan herhangi bir fark saptanmamıştır (p: 0,175). Sahip olunan çocuk sayısı her iki grupta 1 ile 5 arasında değişmektedir. Majör cerrahi grubu ile minör cerrahi grubunun sırasıyla %45,7'si (s: 16) ve 49,2'si (s: 31) iki çocuklu aile yapısına sahip olduğu görülmüş ve çocuk sayısı açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p: 0,221).

Majör ve Minör Cerrahi Gruplarında Hastalarda ve Ailelerinde Psikiyatrik Bozukluklar ve Tıbbi Hastalıklar

Çalışmamıza katılacak hastalara öncesinde ayrıntılı bir psikiyatrik muayene yapılmış ve tanı alacak düzeyde psikiyatrik bozukluk saptanan hastalar yaşam kalitesi ve cerrahi öncesi ve sonrası psikiyatrik belirtilerdeki değişim açısından psikiyatrik bozukluk varlığının önemli bir karıştırıcı değişken olması nedeniyle çalışmaya dahil edilmemiştir. Bununla birlikte tanı alacak düzeyde olmayan eşik altı klinik psikiyatrik belirtiler de değerlendirilmiş ve majör cerrahi geçiren hastaların %31,4'ü (s: 11), minör cerrahi geçiren hastaların ise %38,1'i (s: 24) eşik altı psikiyatrik bozukluk belirtileri gösterdiği görülmüş; bununla birlikte her iki grup arasında istatistiksel olarak bir anlamlılık saptanmamıştır (p: 0,509). Majör cerrahi grubunda ailede ruhsal hastalık öyküsü hiç görülmezken, endoürolojik cerrahi grubunda %1,6 (s: 1) oranında saptanmıştır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p: 1,000).

Bununla birlikte, majör cerrahi grubunda ailede ürolojik hastalık öyküsü %17,1 (s: 6), minör cerrahi grubunda %11,3'dür (s: 7). Bu iki grup arasında aile öyküleri açısından istatistiksel olarak bir anlamlılık bulunmamıştır (p: 0,537). Majör cerrahi grubunda ailede ek medikal hastalık öyküsü %14,3 (s: 5), minör cerrahi grubunda %17,7 (s: 11) olarak bulunmuştur. Bu iki grup arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p: 0,660).

4.3.2. Majör ve Minör Cerrahi Gruplarında Medikal Özellikler

Bu başlık altında her iki grup geçirilmiş cerrahi varlığı, anestezi süresi, cerrahi sonrası komplikasyon varlığı, cerrahi sonrası yattığı gün sayısı açısından karşılaştırılmıştır.

Majör ve Minör Cerrahi Gruplarında Önceden Geçirilmiş Cerrahi

Majör cerrahi grubunda daha önceden cerrahi geçirmiş olan hasta yüzdesi %54,3 iken, minör cerrahi grubunda bu oran %54'dür. Bununla birlikte iki grup arasında istatistiksel olarak bir fark saptanmamıştır. Geçirilmiş cerrahi varlığı olan hastaların her iki gruptaki sayıları, yüzdeleri ve istatistikleri Tablo 4.26'da verilmiştir.

Tablo 4.26. Majör ve minör cerrahi gruplarında önceden geçirilmiş cerrahi.

		Majör Cerrahi	Minör Cerrahi	İstatistik (p)
Geçirilmiş cerrahis (%)	Var	19 (54,3)	34 (54)	0,976*
	Yok	16 (45,7)	29 (46)	

Pearson chi-square*

Majör ve Minör Cerrahi Gruplarında Anestezi Süresi

Anestezi süresi majör cerrahi grubunda ortalama değer 180 dakika, minör cerrahi grubunda 60 dakika'dır. Majör cerrahi grubunun cerrahi süresi minör cerrahi grubundan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır (Tablo 4.27).

Tablo 4.27. Majör ve minör cerrahi gruplarında anestezi süresi.

	Majör Cerrahi	Minör Cerrahi	İstatistik (p)
Anestezi süresi (dakika) (ortalama)	180 (90-330)	60 (20-150)	<0,008*

*Mann-Whitney U test

Majör ve Minör Cerrahi Gruplarında Cerrahi Sonrası Komplikasyon

Majör cerrahi grubunda cerrahi sonrası komplikasyon varlığı hastaların %8,6'sında görülmüşken, minör cerrahi grubunda görülmemiştir. Bu iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.28).

Tablo 4.28. Majör ve minör cerrahi gruplarında cerrahi sonrası komplikasyon.

		Majör Cerrahi	Minör Cerrahi	İstatistik (p)
Komplikasyon s (%)	Var	3 (8,6)	0	0,043*
	Yok	32 (91,4)	63 (100)	

*Fisher's Exact Test

Majör ve Minör Cerrahi Gruplarında Cerrahi Sonrası Yatış Süresi

Majör cerrahi grubunda yatış süresi 4 gün (1-17) iken, minör cerrahi grubunda 2 gündür (1-4). Bu iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 4.29).

Tablo 4.29. Majör ve minör cerrahi gruplarında cerrahi sonrası yatış süresi.

	Majör Cerrahi	Minör Cerrahi	İstatistik (p)
Yatış süresi (gün) (ortanca)	4 (1-17)	2 (1- 4)	<0,008*

*Mann-Whitney U test

4.3.3. Majör ve Minör Cerrahi Gruplarında Çocukların Yaşam Kalitesi ve Psikiyatrik Belirti Düzeyleri

Majör ve Minör Cerrahi Gruplarında Çocukların Özbildirim Yaşam Kalitesi Düzeyleri

Çocukların kendilerinin doldurdukları özbildirim ÇİYKÖ puanları toplam puan, fiziksel puan ve psikososyal puan olmak üzere üç alt başlıkta ele alınmaktadır. Toplam puan ve psikososyal puan açısından majör cerrahi grubu ile minör cerrahi grubu arasında cerrahi öncesi istatistiksel bir fark saptanmamıştır. Öte yandan fiziksel olarak yaşam kalitesi minör cerrahi grubunda istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir (Tablo 4.30).

Tablo 4.30. Majör ve minör cerrahi gruplarında cerrahi öncesi öz bildirim ÇİYKÖ.

Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği	Majör Cerrahi	Minör Cerrahi	İstatistik (p)
Toplam puan (ortalama)	73,26±10,42	75,17±13,44	0,517*
Fiziksel puan (ortanca)	71,87 (43,75-93,75)	81,25 (9,38-100)	0,036**
Psikososyal puan (ortalama)	74,13±11,91	73,56±14,95	0,864*

*Independent sample T test, **Mann-Whitney U test

Majör ve minör cerrahi gruplarında ÇİYKÖ'nun cerrahi öncesi ve sonrası 7. ay puanları majör ve minör cerrahi gruplarında ayrı ayrı karşılaştırılmıştır. Majör cerrahi grubunda zamanla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik saptanmazken, minör cerrahi grubunda ölçeğin toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı bir yükselme saptanmıştır (Tablo 4.31).

Tablo 4.31. Majör ve minör cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ve sonrası öz bildirim ÇİYKÖ.

Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği		Cerrahi Öncesi	Cerrahi Sonrası	İstatistik (p)
Toplam puan	Majör Cerrahi (ortalama)	75,59±10,59	73,25±15,51	0,509*
	Minör Cerrahi (ortanca)	73,91 (32,60-100)	82,60 (26,09-100)	0,037**
Fiziksel puan	Majör Cerrahi (ortalama)	71,38±12,28	70,57±16,91	0,775*
	Minör Cerrahi (ortanca)	78,12 (9,38-100)	81,25 (9,38-100)	0,194**
Psikososyal puan	Majör Cerrahi (ortalama)	76,24±12,82	73,57±16,71	0,522*
	Minör Cerrahi (ortanca)	73,33 (45-100)	81,66 (35-100)	0,861**

*İki eş arasındaki farkın anlamlılık testi, **Wilcoxon testi

Majör ve Minör Cerrahi Gruplarında Ebeveyn Bildirimi ile Çocukların Yaşam Kalitesi Düzeyleri

Ebeveynler tarafından doldurulan ÇİYKÖ puanları da toplam puan, fiziksel puan ve psikososyal puan olmak üzere üç alt başlıkta ele alınmaktadır, çocuk ergenlerin yaşam kalitesinin ebeveynin gözünden değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Majör cerrahi ve minör cerrahi gruplarında ebeveyn bildirimi ile çocukların yaşam

kalitesi düzeyleri cerrahi öncesi istatistiksel olarak bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.32).

Tablo 4.32. Majör ve minör cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ÇİYKÖ - ebeveyn formu.

Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği-Ebeveyn Formu	Majör Cerrahi	Minör Cerrahi	İstatistik (p)
Toplam puan (ortanca)	78,20 (42-100)	81,39 (20-100)	0,278*
Fiziksel puan (ortanca)	75 (9-100)	76,56 (13-100)	0,214*
Psikososyal puan (ortanca)	80 (35-100)	82,52 (17-100)	0,436*

*Mann-Whitney U test

Majör ve minör cerrahi gruplarında ÇİYKÖ ebeveyn formu cerrahi öncesi ve sonrası 7. ay puanları majör cerrahi ve minör cerrahi gruplarında ayrı ayrı karşılaştırılmış ve istatistiksel bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.33).

Tablo 4.33. Majör ve minör cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ve sonrası ÇİYKÖ - ebeveyn formu.

Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği		Cerrahi öncesi	Cerrahi sonrası	İstatistik (p)
Toplam puan	Majör Cerrahi (ortalama)	79,83±13,9	79,83±14,32	0,999*
	Minör Cerrahi (ortanca)	78,94±14,757	83,69 (30-100)	0,304**
Fiziksel puan	Majör Cerrahi (ortanca)	75 (9-100)	78,13 (25-100)	0,745**
	Minör Cerrahi (ortanca)	78,13 (13-100)	81,25 (31-100)	0,074**
Psikososyal puan	Majör Cerrahi (ortalama)	81,74±12,30	81,73±14,54	0,907*
	Minör Cerrahi (ortanca)	81,70 (50-100)	85 (35-100)	0,531**

*Wilcoxon testi, **İki eş arasındaki farkın anlamlılık testi

Majör ve Minör Cerrahi Gruplarında Çocuklarda Kaygı Belirtileri ve Depresif Belirtiler

Araştırma grubundaki çocuklar tarafından depresif belirti düzeyinin belirlenmesi amacıyla cerrahi öncesi doldurulan cerrahi öncesi doldurulan çocuklar

için depresyon ölçeğinde majör cerrahi ile minör cerrahi grupları arasında istatistiksel bir fark saptanmadı (Tablo 4.34).

Tablo 4.34. Majör ve minör cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ÇDÖ.

	Majör Cerrahi	Minör Cerrahi	İstatistik (p)
Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ortanca)	6 (2-17)	6 (0-22)	0,669*

*Mann-Whitney U test

Çocuklar için depresyon ölçeği puanları, majör cerrahi ve minör cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ve cerrahi sonrası değişim açısından karşılaştırılmıştır. Her iki grup için de cerrahi öncesi ve sonrası farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 4.35. Majör ve minör cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ve sonrası ÇDÖ.

Çocuklar için Depresyon Ölçeği	Cerrahi öncesi	Cerrahi sonrası	İstatistik (p)
Majör Cerrahi (ortanca)	6 (2-17)	5,50 (0-26)	0,916*
Minör Cerrahi (ortanca)	6 (1-22)	4,50 (0-24)	0,531*

*Wilcoxon test

Araştırma grubundaki çocuklar tarafından kaygı düzeylerinin belirlenmesi amacıyla süreklilik ve durumluk kaygı envanteri doldurulmuştur. Cerrahi öncesi doldurulan ÇDKE – ÇSKE puanları majör cerrahi ile minör cerrahi grupları arasında karşılaştırıldığında istatistiksel bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.36).

Tablo 4.36. Majör ve minör cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ÇDKE – ÇSKE.

	Majör Cerrahi	Minör Cerrahi	İstatistik (p)
Çocuklar için Sürekli Kaygı Envanteri (ortalama)	31,94±6,19	32,15±6,48	0,306*
Çocuklar için Durumluk Kaygı Envanteri (ortanca)	29 (20-50)	31 (22-49)	0,732**

*Independent sample T test, **Mann-Whitney U test

ÇDKE – ÇSKE puanları, majör cerrahi ve minör cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ve cerrahi sonrası değişim açısından karşılaştırılmıştır. ÇDKE – ÇSKE puanları

için majör ve minör cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ve cerrahi sonrası karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.17).

Tablo 4.37. Majör ve minör cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ve sonrası ÇDKE – ÇSKE.

		Cerrahi öncesi	Cerrahi sonrası	İstatistik (p)
Çocuklar için sürekli kaygı envanteri	Majör Cerrahi (ortalama)	32±5,60	31,87±8,07	0,946*
	Minör Cerrahi (ortalama)	32,96±7,02	29,80±8,33	0,065*
Çocuklar için durumluk kaygı envanteri	Majör Cerrahi (ortanca)	29 (20-50)	30 (19-48)	0,117**
	Minör Cerrahi (ortanca)	29 (22-49)	29 (20-47)	0,194**

*İki eş arasındaki farkın anlamlılık testi, **Wilcoxon testi

Majör ve Minör Cerrahi Gruplarında Çocuklarda Ebeveynler Tarafından Bildirilen Genel Psikiyatrik Belirtiler

Çalışmada çocukların genel psikiyatrik belirtileri ebeveyn tarafından doldurulan GGA ile taranmıştır. GGA davranış sorunları, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, duygusal sorunlar, akran sorunları ve sosyal davranışlar olmak üzere 5 alandaki olumlu ve olumsuz davranış özelliklerini sorgulamaktadır. Cerrahi öncesi tüm alanlardan alınan puanlarda majör ve minör cerrahi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır (Tablo 4.18).

Tablo 4.38. Majör ve minör cerrahi gruplarında cerrahi öncesi GGA.

Güçler ve Güçlükler Anketi	Majör Cerrahi	Minör Cerrahi	İstatistik (p)
Toplam (ortalama)	17,35±5,38	16,85±4,02	0,632*
Duygusal (ortanca)	2 (0-6)	2 (0-6)	0,050**
Davranış (ortanca)	1 (0-7)	1 (0-5)	0,280*
Dikkat eksikliği (ortanca)	3 (0-9)	3 (0-8)	0,850**
Akran sorunları (ortanca)	2 (0-6)	2 (0-6)	0,681**
Sosyal davranış (ortanca)	8 (3-10)	9 (4-10)	0,840**

*Independent sample T test, **Mann-Whitney U test

GGA'nın tüm alt test puanları ve toplam puanı, majör cerrahi ve minör cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ve cerrahi sonrası değişim açısından karşılaştırılmıştır. Her iki grup için de istatistiksel olarak bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.39).

Tablo 4.39. Majör ve minör cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ve sonrası GGA.

Güçler ve Güçlükler Anketi		Cerrahi öncesi	Cerrahi sonrası	İstatistik (p)
Toplam	Majör Cerrahi (ortalama)	16,92±5,64	16,96±4,27	0,971*
	Minör Cerrahi (ortalama)	16,19±3,71	17,73±5,46	0,069*
Duygusal	Majör Cerrahi (ortanca)	2 (0-6)	1 (0-6)	0,076**
	Minör Cerrahi (ortanca)	2 (0-6)	2 (0-10)	0,156**
Davranış	Majör Cerrahi (ortanca)	1 (0-7)	1 (0-3)	0,114**
	Minör Cerrahi (ortanca)	1 (0-5)	1 (0-4)	0,894**
Dikkat eksikliği	Majör Cerrahi (ortalama)	3,48±2,40	3,76±2,74	0,552*
	Minör Cerrahi (ortanca)	3 (0-7)	3 (0-10)	0,157**
Akran sorunları	Majör Cerrahi (ortanca)	2 (0-6)	2 (0-5)	0,204**
	Minör Cerrahi (ortanca)	2 (0-5)	2 (0-7)	0,464**
Sosyal davranış	Majör Cerrahi (ortanca)	8 (5-10)	9 (5-10)	0,895**
	Minör Cerrahi (ortanca)	9 (4-10)	9 (4-10)	0,569**

*İki eş arasındaki farkın anlamlılık testi, **Wilcoxon testi

4.3.4. Majör ve Minör Cerrahi Gruplarında Ebeveynlerde Psikiyatrik Belirti Düzeyleri ve Başa Çıkma Tutumları

Majör ve Minör Cerrahi Gruplarında Ebeveynlerde Kaygı Belirtileri, Depresif Belirtiler ve Genel Psikiyatrik Belirti Düzeyi

Majör cerrahi ve minör cerrahi gruplarında ebeveynlerde kaygı belirtileri ve depresif belirtiler BAÖ ve BDÖ ile; genel psikiyatrik belirti düzeyi ise BTL ile değerlendirilmiştir. Cerrahi öncesi dönemde her iki gruptaki BAÖ puanlarında istatistiksel bir fark saptanmamıştır. Bununla birlikte majör cerrahi grubundaki BDÖ puanı ve BTL genel belirti düzeyi puanı minör cerrahi grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.40).

Tablo 4.40. Majör ve minör cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ebeveyn BAÖ, BDÖ ve BTL genel belirti düzeyi.

	Majör Cerrahi	Minör Cerrahi	İstatistik (p)
Beck Anksiyete Ölçeği (ortanca)	6 (0-43)	4 (0-23)	0,107*
Beck Depresyon Ölçeği (ortanca)	8 (0-31)	4,50 (0-22)	0,023*
SCL-90 Genel Belirti Düzeyi (ortanca)	0,84 (0-2,73)	0,38 (0-1,56)	0,010*

*Mann-Whitney U testi

BAÖ, BDÖ ve BTL genel belirti düzeyi puanlarının cerrahi öncesi ve sonrası majör ve minör cerrahi gruplarında zamana karşı değişimi incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır (Tablo 4.41).

Tablo 4.41. Majör ve minör cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ve sonrası BAÖ, BDÖ ve BTL genel belirti düzeyi

		Cerrahi öncesi	Cerrahi sonrası	İstatistik (p)
Beck Anksiyete Ölçeği	Majör Cerrahi (ortanca)	6 (0-43)	6 (0-39)	0,171*
	Minör Cerrahi (ortanca)	3 (0-19)	4 (0-31)	0,438*
Beck Depresyon Ölçeği	Majör Cerrahi (ortanca)	8 (0-31)	6 (0-28)	0,413*
	Minör Cerrahi (ortanca)	3,50 (0-19)	3,50 (0-22)	0,557*
SCL-90 Genel Belirti Düzeyi	Majör Cerrahi (ortanca)	0,84 (0-2,73)	0,56 (0-2,08)	0,401*
	Minör Cerrahi (ortanca)	0,38 (0-1,56)	0,40 (0-1,52)	0,957*

*Wilcoxon testi

Majör ve Minör Cerrahi Gruplarında Ebeveynlerde Başa Çıkma Tutumları

Araştırmada ebeveynlerin genel başa çıkma tutumlarının değerlendirildiği ölçekte yer alan 15 alt ölçek kendi içinde 3 temel baş etme tutumuna ayrılmaktadır; (1) sorun odaklı başa çıkma, (2) duygu odaklı başa çıkma, (3) uyumu bozan başa çıkma. Majör cerrahi ve minör cerrahi grubundaki hastaların ebeveynlerinin cerrahi öncesi 3 temel baş etme stratejisi puanları karşılaştırılmıştır. Sorun odaklı başa çıkma tutumu ve uyumu bozan başa çıkma tutumu puanında açık cerrahi grubundaki

ebeveynler istatistiksel olarak yüksek puan almışken; duygu odaklı tutum puanları gruplar arasında farklılık göstermemiştir (Tablo 4.42).

Tablo 4.42. Majör cerrahi ve minör cerrahi grubunda cerrahi öncesi COPE.

Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği (COPE)	Majör Cerrahi	Minör Cerrahi	İstatistik (p)
Sorun odaklı (ortalama)	54,39±9,61	48,64±12,28	0,024*
Duygu odaklı (ortanca)	63 (49-81)	61 (27-80)	0,076**
Uyumu bozan (ortalama)	28,33±5,66	25,14±5,93	0,015*

*Independent sample T test, **Mann-Whitney U test

Temel üç başa çıkma tutumu puanlarının her iki grupta zamana karşı değişimi incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır (Tablo 4.43).

Tablo 4.43. Majör ve minör cerrahi gruplarında cerrahi öncesi ve sonrası COPE.

Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği (COPE)		Cerrahi öncesi	Cerrahi sonrası	İstatistik (p)
Sorun odaklı	Majör (ortalama)	55,08±10,25	51,95±12,17	0,220*
	Minör (ortalama)	49,56±12,12	54,81±11,11	0,060*
Duygu odaklı	Majör (ortanca)	63 (49-81)	68 (39-79)	0,493**
	Minör (ortanca)	61 (22-77)	62,5(33-85)	0,474**
Uyum bozucu	Majör (ortalama)	28,52±6,01	28,21±7,22	0,842*
	Minör (ortanca)	24 (15-34)	22,5 (16-52)	0,829**

*İki eş arasındaki farkın anlamlılık testi, **Wilcoxon testi

4.4. Korelasyon Analizleri

Medikal ve psikososyal değişkenler ile çocuk ve ebeveyne ait cerrahi öncesi yaşam kalitesi ve ruhsal belirti düzeyleri arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelendiğinde saptanan dikkat çeken önemli bulgular aşağıda sıralanmıştır (Tablo 4.44):

- Geçirilmiş cerrahi sayısı ile çocuğun bildirdiği sürekli kaygı puanı arasında düşük düzeyde pozitif korelasyon saptanırken, çocuğun bildirdiği depresif belirti puanı arasında orta düzeyde pozitif korelasyon (aynı yönde orta güçte ilişkili olduğu) saptanmıştır.

- Geçirilmiş cerrahi sayısı ile cerrahi geçiren çocuğun annesinin kendisiyle ilgili bildirdiği depresif belirti puanı arasında düşük düzeyde pozitif korelasyon (aynı yönde düşük güçte ilişkili olduğu) saptanmıştır.

- Annenin kendisiyle ilgili bildirdiği depresif belirti düzeyi ile ÇİYKÖ puanlarının tümü orta düzeyde negatif korelasyona sahip olduğu (ters yönde orta güçte ilişkili olduğu) görülmüştür.

- Ameliyat öncesi ebeveynin genel belirti düzeyi ve ebeveynin duygu odaklı başa çıkma tutumunun çocuğun bildirdiği sürekli kaygı puanıyla orta düzeyde pozitif korele olduğu (aynı yönde orta güçte ilişkili olduğu) görülmüştür.

Medikal ve psikososyal değişkenler ile çocuk ve ebeveyne ait cerrahi sonrası yaşam kalitesi ve ruhsal belirti düzeyleri arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelendiğinde saptanan dikkat çeken önemli bulgular aşağıda sıralanmıştır (Tablo 4.45):

- Ameliyat süresi ile cerrahi sonrası yatış süresi arasında orta düzeyde pozitif korelasyon (aynı yönde orta güçte ilişkili olduğu) saptanmıştır.

- Geçirilmiş cerrahi sayısının çocuklar için ebeveynin bildirdiği fiziksel ve psikososyal yaşam kalitesi puanı ile düşük düzeyde negatif korelasyon (ters yönde düşük güçte ilişki), ebeveynin kendisi ile ilgili bildirdiği kaygı puanı ve uyum bozucu başa çıkma tutumuyla orta düzeyde pozitif korelasyona sahip olduğu (aynı yönde orta güçte ilişkili olduğu) tespit edilmiştir.

- Çocuklar için yaşam kalitesi toplam puanının ve psikosyal puanının, cerrahi geçiren çocuğun ebeveyninin kendisiyle ilgili bildirdiği depresif belirti düzeyi, genel belirti düzeyi, uyum bozucu ve duygu odaklı başa çıkma tutumuyla orta düzeyde negatif korelasyona sahip olduğu (ters yönde orta güçte ilişkili olduğu) görülmüştür.

- Annenin kendisi ile ilgili bildirdiği depresif belirti düzeyinin; ÇİYKÖ fiziksel puanı, ebeveynin çocuk için bildirdiği çocuklar için yaşam kalitesi ölçeğinin tüm puanları ile orta derecede negatif korelasyona sahip olduğu (ters yönde orta güçte ilişkili olduğu) görülmüştür. Bununla birlikte annenin depresif belirti düzeyi, ailenin

çocuk için bildirdiği genel belirti puanı (GGA) ve çocuğun kendisi ile ilgili bildirdiği depresif belirti düzeyi, sürekli kaygı puanı, durumluk kaygı puanı ile orta düzeyde pozitif korelasyona sahip olduğu (aynı yönde orta güçte ilişkili olduğu) görülmüştür.

- Annenin kendisi ile ilgili genel belirti düzeyinin; çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği fiziksel puanı, ebeveynin çocuk için bildirdiği çocuklar için yaşam kalitesi ölçeğinin tüm puanları ile orta derecede negatif korelasyona ters yönde orta güçte ilişkili olduğu) sahip olduğu görülmüştür. Bununla birlikte annenin genel belirti düzeyi, ailenin çocuk için bildirdiği genel belirti puanı (GGA) ve çocuğun kendisi ile ilgili bildirdiği depresif belirti düzeyi, sürekli kaygı puanı, durumluk kaygı puanı ile orta düzeyde pozitif korelasyona sahip olduğu aynı yönde orta güçte ilişkili olduğu) görülmüştür.

Tablo 4.44. Medikal ve psikososyal değişkenler ile çocuk ve ebeveyne ait cerrahi öncesi yaşam kalitesi ve ruhsal belirti düzeyleri arasındaki korelasyon katsayıları (r) (s=98). (r) puanında +1 pozitif ve negatif yüksek düzeyde ilişkiyi, +0,00-0,29 düşük ilişkiyi, +0,30-0,69 orta düzeyde ilişkiyi ve +0,70 ve üzeri yüksek düzeyde ilişkiyi göstermektedir. **p<0,01****, **p<0,05***, **p>0,05**. ÇİYKO: Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği, ÇDÖ: Çocuklar için depresyon ölçeği, ÇİSKE: Çocuklar için sürekli kaygı envanteri, ÇİDKE: Çocuklar için durumluk kaygı envanteri, GGA: Güçler güçlükler anketi, SCL-90: Belirti Tarama Listesi, COPE: Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
Medikal ve Psikososyal Değişkenler	1. Ameliyat süresi	-																		
	2. Yaş	,039	-																	
	3. Post-op yatış süresi	,687**	-,096	-																
	4. Geçirilmiş cerrahi sayısı	,039	,186	,084	-															
Çocuğa ait cerrahi öncesi yaşam kalitesi ve ruhsal belirti düzeyleri	5. ÇİYKÖ- Toplam	-,008	,150	-,033	-,108	-														
	6. ÇİYKÖ- Fiziksel	-,159	,075	-,150	-,159	,761**	-													
	7. ÇİYKÖ- Psikososyal	,058	,169	,000	-,048	,925**	,517**	-												
	8. ÇDÖ	,094	,200	,185	,340**	-,285*	-,137	-,345**	-											
	9. ÇİSKE	,098	,166	,049	,275**	-,466**	-,354**	-,503**	,464**	-										
	10. ÇİDKE	,074	,104	-,065	,143	-,099	-,125	-,046	,277*	,310**	-									
	11. GGA_Total	,124	-,045	,138	,123	-,055	-,085	-,085	,069	,158	,108	-								
	12. ÇİYKÖ-Ebeveyn- Toplam	-,179	-,141	-,123	-,182	,443**	,487**	,347**	-,074	-,192	-,118	-,296**	-							
	13. ÇİYKÖ-Ebeveyn- Fiziksel	-,177	-,054	-,102	-,125	,424**	,520**	-,276*	-,034	-,099	-,098	-,147	,866**	-						
	14. ÇİYKÖ-Ebeveyn- Psikososyal	-,126	-,153	-,133	-,180	,415**	,416**	,365**	-,119	-,176	-,104	-,366**	,934**	,688**	-					
Ebeveyne ait cerrahi öncesi ve ruhsal belirti ve baş etme düzeyleri	15. Beck Anksiyete	,154	-,047	-,089	,183	-,185	-,149	-,188	,254*	,226*	,177	-,358**	-,508**	-,403**	-,514**	-				
	16. Beck Depresyon	,256*	-,072	,189	-,215*	-,406**	-,353**	-,344**	,269*	,336*	,185	,273*	-,498**	-,427**	-,482**	,643**	-			
	17. SCL-90 Genel Şiddet	-,306**	,007	,182	,171	-,264*	-,271*	-,207	,188	-,324**	-,175	-,380**	-,543**	-,349**	-,549**	,752**	,709**	-		
	18. COPE- sorun odaklı	,247*	-,033	,174	-,196	,002	,022	-,011	,080	,169	-,248*	,037	-,046	-,016	-,060	,150	,082	,214	-	
	19. COPE- duyu odaklı	-,294**	-,061	,201	-,120	-,140	-,059	-,138	,156	-,309**	-,189	,067	-,096	-,070	-,121	,264*	,252*	-,292**	,724**	-
	20. COPE- uyum bozucu	,268*	,016	,188	-,069	-,177	-,176	-,163	-,031	,213	,117	,217*	-,258*	-,165	-,250*	,145	,088	-,295**	,222*	-,292**

Tablo 4.45. Medikal ve psikososyal değişkenler ile çocuk ve ebeveyne ait cerrahi sonrası yaşam kalitesi ve ruhsal belirti düzeyleri arasındaki korelasyon katsayıları (r) (s=63). **p<0,01****, **p<0,05***, **p>0,05**. (r) puanında +-1 pozitif ve negatif yüksek düzeyde ilişkiyi, +-0,00-0,29 düşük ilişkiyi, +-0,30-0,69 orta düzeyde ilişkiyi ve +-0,70 ve üzeri yüksek düzeyde ilişkiyi göstermektedir. ÇİYKO: Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği, ÇDÖ: Çocuklar için depresyon ölçeği, ÇİSKE: Çocuklar için sürekli kaygı envanteri, ÇİDKE: Çocuklar için durumluk kaygı envanteri, GGA: Güçler güçlükler anketi, SCL-90: Belirti Tarama Listesi, COPE: Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Medikal ve Psikososyal Değişkenler	1. Ameliyat süresi	-																		
	2. Yaş	,039	-																	
	3. Post-op yatış süresi	,687**	-,096	-																
	4. Geçirilmiş cerrahi sayısı	0,039	,176	,084	-															
Çocuğa ait cerrahi öncesi yaşam kalitesi ve ruhsal belirti düzeyleri	5. ÇİYKÖ- Toplam	-,244	,023	-,155	-,220	-														
	6. ÇİYKO- Fiziksel	-,193	,022	-,123	-,147	,840**	-													
	7. ÇİYKO- Psikososyal	-,191	,076	-,124	-,207	,938**	,633**	-												
	8. ÇDÖ	,070	,231	,073	,173	-,725**	-,613**	-,671**	-											
	9. ÇİSKE	,224	,179	,210	,156	-,776**	-,593**	-,753**	,712**	-										
	10. ÇİDKE	,105	,032	,139	,149	-,536**	-,388**	-,530**	,545**	,573**	-									
	11. GGA_Total	,050	,215	,135	,167	-,353**	-,165	-,393**	,323*	,496**	,276*	-								
	12. ÇİYKÖ- Ebeveyn-Toplam	-,116	-,102	-,001	-,268	-,728**	,673**	,676**	-,614**	,567**	-,348**	-,342*	-							
	13. ÇİYKÖ- Ebeveyn- Fiziksel	-,208	,107	-,090	-,267	,619**	,616**	,544**	-,468**	-,451**	-,317*	-,237	,905**	-						
	14. ÇİYKÖ- Ebeveyn- Psikososyal	-,037	-,155	-,035	-,281*	,711*	,579**	,698**	-,628**	-,604**	-,383**	-,414**	,949**	,754**	-					
Ebeveyne ait cerrahi öncesi ve ruhsal belirti ve baş etme düzeyleri	15. Beck Anksiyete	,032	,039	-,008	,348**	-,523**	-,363**	-,572**	-,509**	,409**	,520**	,314*	-,607**	-,502**	-,646**	-				
	16. Beck Depresyon	,130	,142	,035	,186	-,574**	-,445**	-,594**	,642**	,551**	,549**	,377**	-,631**	-,539**	-,638**	,717**	-			
	17. SCL-90 Genel Şiddet	-,288*	,076	,035	,223	-,550**	-,409**	-,558**	,537**	,571**	,423**	,397**	-,564**	-,442**	-,582**	,665**	,732**	-		
	18. COPE- sorun odaklı	-,093	-,280*	,016	,002	-,129	-,156	-,086	,032	-,037	-,159	-,157	,063	,035	,079	-,115	-,077	-,081	-	
	19. COPE- duyu odaklı	,211	-,118	,200	,186	-,375**	-,222	-,356**	,180	,253	,078	,166	-,234	-,270	-,215	,013	,152	,209	,622**	-
	20. COPE- uyum bozucu	,218	,050	,112	,323*	-,343*	-,221	-,322*	,215	-,269*	,128	,134	-,306*	-,196	-,322*	,222	,243	,319*	,103	,468**

4.5. Tek Yönlü Varyans Analizleri

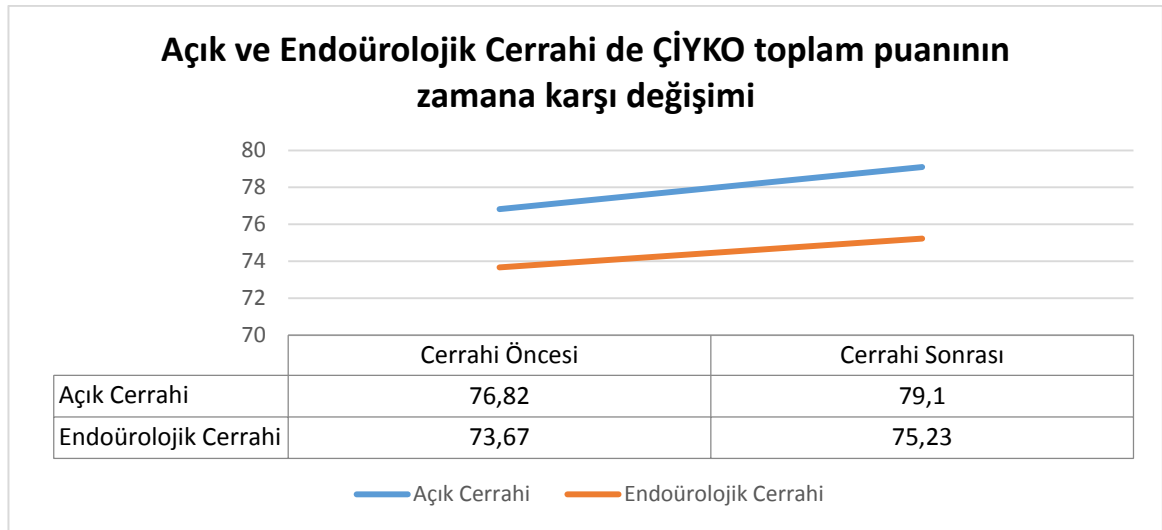
Çocukların preoperatif ve postoperatif yaşam kaliteleri ve ruhsal belirtileri ile ebeveynlerin kaygı ve depresif belirti düzeyleri (tekrarlı ölçümler), ameliyat türü de (Açık/Endoürolojik, Minor/majör) dikkate alınarak tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırılmıştır.

4.5.1. Açık ve Endoürolojik Cerrahi Grubunda Tek Yönlü Varyans Analizleri

Öz bildirim ÇİYKÖ tek yönlü varyans analizi ile açık ve endoürolojik cerrahi ve zaman açısından incelenmiştir. Açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında cerrahi sonrasında toplam yaşam kalitesi puanının arttığı görülmüş ancak bu artış ameliyat türü ya da zaman açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Şekil 2). Benzer şekilde açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında cerrahi sonrasında fiziksel ve psikososyal yaşam kalitesi puanının arttığı görülmüş ancak bu artış ameliyat türü ya da zaman açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.46).

Tablo 4.46. Açık ve endoürolojik cerrahi grubunda ÇİYKÖ tüm puanlarının tek yönlü varyans analizi

	Karelerin toplamı	df	Ortalama kare	F	p	Kısmi eta-kare
ÇİYKO-Toplam Puan						
Zamana göre değişim (Pre / Post op)	95,635	1	95,635	0,827	0,367	0,016
Cerrahi şekline göre değişim (Açık / Endo)	3,305	1	3,305	0,029	0,866	0,001
ÇİYKO- Fiziksel Puan						
Zamana göre değişim (Pre / Post op)	49,147	1	49,147	0,520	0,474	0,009
Cerrahi şekline göre değişim (Açık / Endo)	0,095	1	0,095	0,001	0,975	0,000
ÇİYKO- Psikososyal Puan						
Zamana göre değişim (Pre / Post op)	178,963	1	178,963	1,075	0,305	0,021
Cerrahi şekline göre değişim (Açık / Endo)	17,635	1	17,635	0,106	0,746	0,002



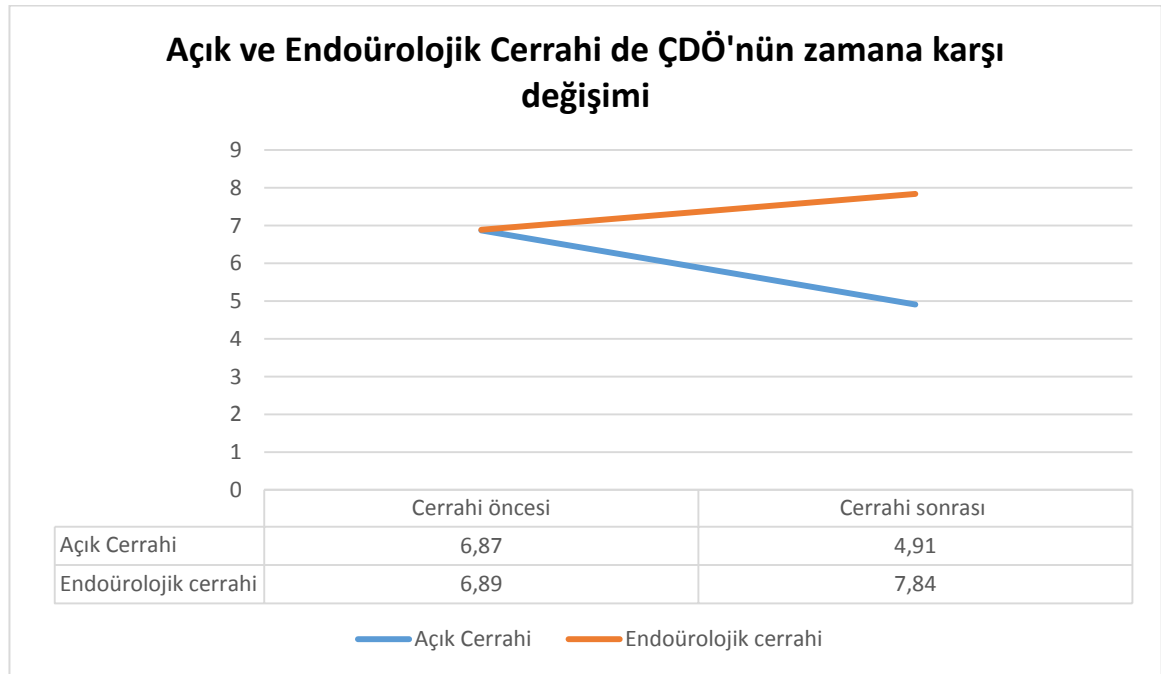
Şekil 5.1. Açık ve endoürolojik cerrahi de ÇİYKÖ toplam puanının zamana karşı değişimi.

Çocuk bildirim yaşam kalitesi puanlarına benzer olarak, açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında cerrahi sonrasında ebeveynin bildirdiği çocuğun yaşam kalitesi toplam, fiziksel ve psikososyal puanının arttığı görülmüş ancak bu artış ameliyat türü ya da zaman açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.47).

Tablo 4.47. Açık ve endoürolojik cerrahi grubunda ebeveynin bildirdiği ÇİYKÖ puanlarının tümünün tek yönlü varyans analizi.

	Karelerin toplamı	df	Ortalama kare	F	p	Kısmi eta-kare
Ebeveyn bildirim ÇİYKO- Toplam Puan						
Zamana göre değişim (Pre / Post op)	33,590	1	33,59	0,364	0,549	0,007
Cerrahi şekline göre değişim (Açık / Endo)	179,123	1	179,123	1,942	0,170	0,037
Ebeveyn bildirim ÇİYKO- Fiziksel Puan						
Zamana göre değişim (Pre / Post op)	469,210	1	469,210	2,113	0,151	0,035
Cerrahi şekline göre değişim (Açık / Endo)	127,319	1	127,319	0,573	0,452	0,010
Ebeveyn bildirim ÇİYKO- Psikososyal Puan						
Zamana göre değişim (Pre / Post op)	3,401	1	3,401	0,037	0,848	0,001
Cerrahi şekline göre değişim (Açık / Endo)	254,537	1	254,537	2,765	0,102	0,051

Açık cerrahi grubunda cerrahi sonrasında çocuğun bildirdiği depresif belirtiler azalırken, endoürolojik cerrahi grubunda artmıştır. Ancak bu fark ameliyat türü ya da zaman açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Şekil 3) (Tablo 4.48).

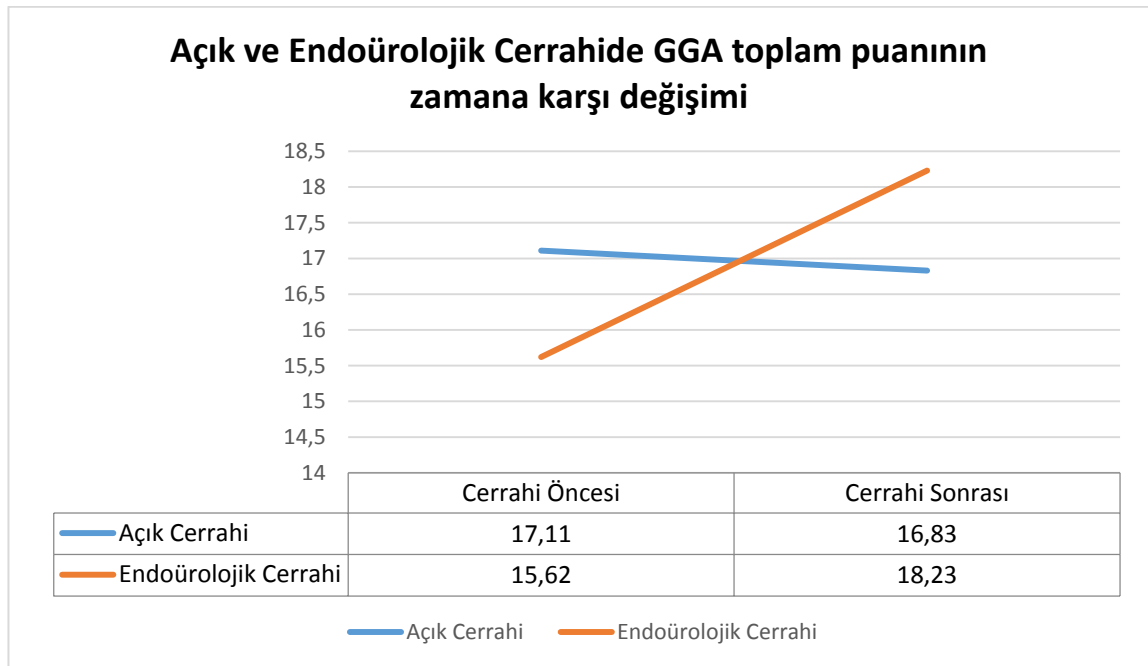


Şekil 5.2. Açık ve endoürolojik cerrahide ÇDÖ'nün zamana karşı değişimi.

Açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında cerrahi sonrasında çocuklar için sürekli kaygı envanteri puanının azaldığı görülmüş ancak bu azalma ameliyat türü ya da zaman açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında cerrahi sonrasında çocuklar için durumluk kaygı envanteri puanının azaldığı görülmüştür. Ancak bu azalma zaman açısından anlamlılığa yaklaşmış olsa da, hem ameliyat türü hem de zaman açısından istatistiksel olarak anlamlılık düzeyine ulaşmamıştır. Açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında ailenin bildirdiği toplam psikiyatrik belirti puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı bulunmuş. Endoskopik cerrahi grubunda cerrahi sonrası çocuğun toplam psikiyatrik belirti puanları istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklı bulunmuştur (Şekil 4) (Tablo 4.48).

Tablo 4.48. Açık ve endoürolojik cerrahi grubunda ÇDÖ, ÇİSKE, ÇİDKE ve GGA toplam puanın tek yönlü varyans analizi

	Karelerin toplamı	df	Ortalama kare	F	p	Kısmi eta-kare
Çocuklar için Depresyon Ölçeği						
Zamana göre değişim (Pre / Post op)	5,298	1	5,298	0,205	0,653	0,005
Cerrahi şekline göre değişim (Açık / Endo)	43,869	1	43,869	1,697	0,200	0,041
Çocuklar için Sürekli Kaygı Envanteri						
Zamana göre değişim (Pre / Post op)	99,977	1	99,977	2,429	0,125	0,040
Cerrahi şekline göre değişim (Açık / Endo)	7,544	1	7,544	0,183	0,670	0,003
Çocuklar için Durumluk Kaygı Envanteri						
Zamana göre değişim (Pre / Post op)	103,262	1	103,262	3,527	0,066	0,064
Cerrahi şekline göre değişim (Açık / Endo)	0,558	1	0,558	0,019	0,891	0,000
Güçler Güçlükler Anketi Toplam puan						
Zamana göre değişim (Pre / Post op)	41,247	1	41,247	3,236	0,077	0,051
Cerrahi şekline göre değişim (Açık / Endo)	63,183	1	63,183	4,958	0,030	0,076



Şekil 5.3. Açık ve endoürolojik cerrahide GGA toplam puanının zamana karşı değişimi.

Açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında ebeveynin kendisiyle ilgili bildirdiği kaygı ve depresif belirti puanları ameliyat türü ve zaman açısından istatistiksel olarak

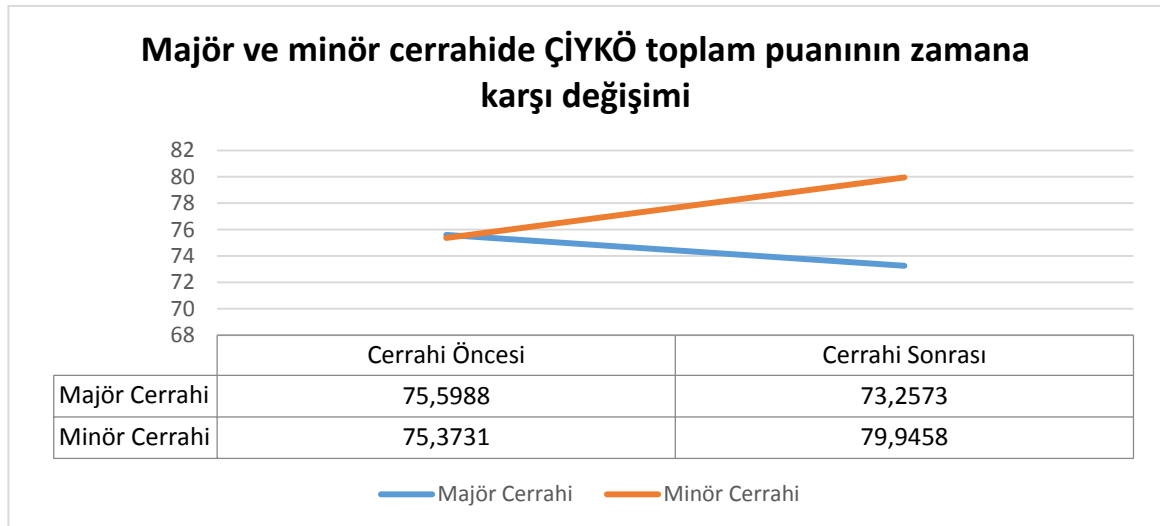
farklı bulunmamıştır (Tablo 4.49). Bununla birlikte depresif belirti puanları anlamlılığa yaklaşmış olsa da, hem ameliyat türü hem de zaman açısından istatistiksel olarak anlamlılık düzeyine ulaşmamıştır.

Tablo 4.49. Açık ve endoürolojik cerrahi grubunda BAÖ ve BDÖ'nün tek yönlü varyans analizi.

	Karelerin toplamı	df	Ortalama kare	F	p	Kısmi eta-kare
Beck Anksiyete Ölçeği						
Zamana göre değişim (Pre / Post op)	1,608	1	1,608	0,049	0,826	0,001
Cerrahi şekline göre değişim (Açık / Endo)	45,737	1	45,737	1,382	0,244	0,023
Beck Depresyon Ölçeği						
Zamana göre değişim (Pre / Post op)	7,975	1	7,975	0,400	0,530	0,007
Cerrahi şekline göre değişim (Açık / Endo)	75,975	1	75,975	3,810	0,056	0,066

4.5.2. Majör ve Minör Cerrahi Grubunda Tek Yönlü Varyans Analizleri

Özbidirim ÇİYKÖ tek yönlü varyans analizi ile majör ve minör cerrahi ile zaman açısından incelenmiştir. Majör cerrahi grubunda cerrahi sonrasında toplam yaşam kalitesi puanının azaldığı, minör cerrahi grubunda ise arttığı görülmüştür (Şekil 5). Ancak bu artış ameliyat türü ya da zaman açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır Benzer şekilde majör cerrahi grubunda cerrahi sonrasında fiziksel ve psikososyal yaşam kalitesi puanının azaldığı, minör cerrahi grubunda ise arttığı görülmüştür. Ancak bu artış ameliyat türü ya da zaman açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.50).



Şekil 5.4. Majör ve minör cerrahide ÇİYKÖ toplam puanının zamana karşı değişimi.

Tablo 4.50. Majör ve minör cerrahi grubunda ÇİYKÖ puanlarının tümünün tek yönlü varyans analizi.

	Karelerin toplamı	df	Ortalama kare	F	p	Kısmi eta-kare
ÇİYKÖ-Toplam Puan						
Zamana göre değişim (Pre / Post op)	30,995	1	30,995	0,282	0,598	0,006
Cerrahi şekline göre değişim (Major / Minör)	297,665	1	297,665	2,709	0,106	0,050
ÇİYKÖ-Fiziksel puan						
Zamana göre değişim (Pre / Post op)	23,370	1	23,370	0,251	0,618	0,004
Cerrahi şekline göre değişim (Major / Minör)	85,818	1	85,818	0,921	0,341	0,015
ÇİYKÖ-Psikososyal Puan						
Zamana göre değişim (Pre / Post op)	69,264	1	69,264	0,439	0,510	0,009
Cerrahi şekline göre değişim (Major / Minör)	467,526	1	467,526	2,965	0,091	0,055

Ebeveynlerin bildirdiği ÇİYKÖ puanlarına bakıldığında ise, majör cerrahi grubunda cerrahi sonrasında toplam ve psikososyal yaşam kalitesi puanının sabit kaldığı, minör cerrahi grubunda ise arttığı görülmüş. Bu fark ameliyat türü ya da zaman açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Ebeveynlerin bildirdiği çocuk fiziksel yaşam kalitesi puanının majör cerrahi grubunda cerrahi sonrasında azaldığı, minör cerrahi grubunda ise arttığı görülmüş. Bu fark ameliyat türü ya da zaman açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.51).

Tablo 4.51. Majör ve minör cerrahi grubunda ebeveynin bildirdiği ÇİYKÖ puanlarının tümünün tek yönlü varyans analizi.

	Karelerin toplamı	df	Ortalama kare	F	p	Kısmi eta-kare
Ebeveyn bildirimi ÇİYKÖ- Toplam Puan						
Zamana göre değişim (Pre / Post op)	35,331	1	35,331	0,372	0,545	0,007
Cerrahi şekline göre değişim (Major / Minör)	35,100	1	35,100	0,369	0,546	0,007
Ebeveyn bildirimi ÇİYKÖ- Fiziksel Puan						
Zamana göre değişim (Pre / Post op)	273,008	1	273,008	1,254	0,267	0,021
Cerrahi şekline göre değişim (Major / Minör)	382,055	1	382,055	1,755	0,190	0,029
Ebeveyn bildirimi ÇİYKÖ- Psikososyal Puan						
Zamana göre değişim (Pre / Post op)	9,545	1	9,545	0,099	0,755	0,002
Cerrahi şekline göre değişim (Major / Minör)	9,981	1	9,981	0,103	0,749	0,002

Majör cerrahi grubunda cerrahi sonrasında ebeveynin bildirdiği çocuğun bildirdiği depresif belirtiler artarken, minör cerrahi grubunda azalma görülmüş. Bununla birlikte bu fark ameliyat türü ya da zaman açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Kaygı belirtilerine bakıldığında ise cerrahi sonrasında ÇDKE – ÇSKE puanı hem majör cerrahi hem de minör cerrahi grubunda azalmıştır. Ancak bu fark ameliyat türü ya da zaman açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Majör ve minör cerrahi gruplarında ailenin bildirdiği toplam psikiyatrik belirti ameliyat türü ya da zaman açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.52).

Tablo 4.52. Majör ve minör cerrahi grubunda ÇDÖ, ÇİSKE, ÇİDKE ve GGA toplam puanının tek yönlü varyans analizi.

	Karelerin toplamı	df	Ortalama kare	F	p	Kısmi eta-kare
Çocuklar için Depresyon Ölçeği						
Zamana göre değişim (Pre / Post op)	2,381	1	2,381	0,090	0,766	0,002
Cerrahi şekline göre değişim (Açık / Endo)	13,714	1	13,714	0,516	0,477	0,013
Çocuklar için Sürekli Kaygı Envanteri						
Zamana göre değişim (Pre / Post op)	60,227	1	60,227	1,490	0,227	0,025
Cerrahi şekline göre değişim (Açık / Endo)	49,927	1	49,927	1,235	0,271	0,021
Çocuklar için Durumluk Kaygı Envanteri						
Zamana göre değişim (Pre / Post op)	105,186	1	105,186	3,595	0,064	0,064
Cerrahi şekline göre değişim (Majör / Minör)	1,297	1	1,297	0,044	0,834	0,001
Güçler Güçlükler Anketi Toplam puan						
Zamana göre değişim (Pre / Post op)	18,635	1	18,635	1,379	0,245	0,022
Cerrahi şekline göre değişim (Majör / Minör)	16,796	1	16,796	1,243	0,269	0,020

Ebeveyn ruhsal iyilik haline bakıldığında ise, majör cerrahi grubunda ebeveynin kendisi ile ilgili bildirdiği kaygı belirti puanı cerrahi sonrası azalırken, minör cerrahi grubunda artmaktadır. Bununla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.53). Depresif belirtilere bakıldığında ise ebeveynin kendisi ile ilgili bildirdiği depresif belirti puanı hem majör cerrahi hem minör cerrahi sonrası azalmıştır. Çocuğu majör cerrahi geçiren annelerin depresif belirti puanlarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla düştüğü görülmüştür.

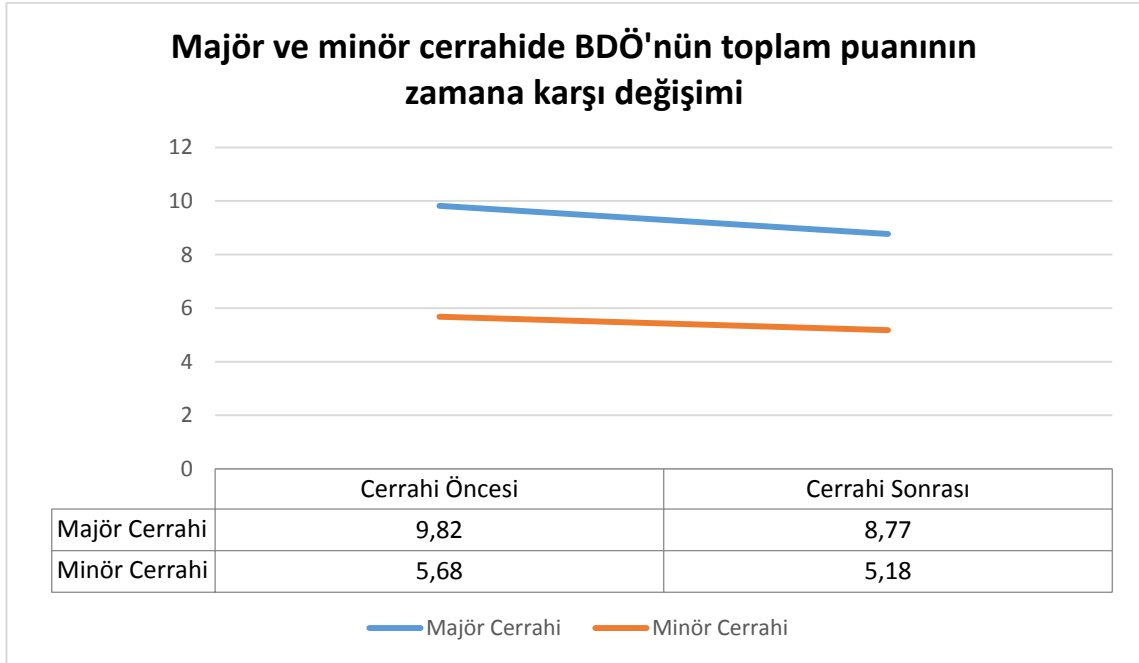
Tablo 4.53. Majör ve minör cerrahi grubunda BAÖ'nün tek yönlü varyans analizi

Beck Anksiyete Ölçeği	Karelerin toplamı	df	Ortalama kare	F	p	Kısmi etakare
Zamana göre değişim (Pre / Post op)	2,754	1	2,754	0,085	0,772	0,001
Cerrahi şekline göre değişim (Majör / Minör)	89,947	1	89,947	2,779	0,101	0,044

Aşağıda yer alan tabloya göre cerrahi öncesi ve sonrası arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0.391$). Majör ve minör cerrahi arasında fark bulunmaktadır ($p=0.027$). Zaman-cerrahi şekli etkileşimi anlamsızdır ($p=0.761$).

Tablo 4.54. Majör ve minör cerrahi grubunda BDÖ'nün tek yönlü varyans analizi.

Beck Depresyon Ölçeği	Karelerin toplamı	df	Ortalama kare	F	p	Kısmi etakare
Zamana karşı değişim	15,951	1	15,951	0,749	0,391	0,014
Cerrahi şekline göre değişim	399,887	1	399,887	5.145	0.027	0.084
Zaman-Cerrahi şekil etkileşimi	1,987	1	1,987	0,093	0,761	0,002



Şekil 5.5. Majör ve minör cerrahide BDÖ'nün toplam puanının zamana karşı değişimi.

4.6. Doğrusal Regresyon Analizi

Araştırma grubunda çocuğun ameliyat sonrası yaşam kalitesi ve ruhsal iyilik halini etkileyebilecek etkenler tek değişkenli analizlerle incelendikten sonra çoklu doğrusal regresyon modelleri ile ele alınmıştır. Regresyon modeli elde edilirken backward (geriye doğru) değişken seçim yöntemleri kullanılarak anlamlı değişkenlerin modelde kalması sağlanmıştır. Her bir regresyon modeline o modelde incelenecek olan ameliyat sonrası yaşam kalitesi ya da ruhsal iyilik hali puanını en çok yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla tek değişkenli analizlerde anlamlı çıkan ebevnin genel psikiyatrik belirti düzeyini gösteren (1) SCL-90 Genel Şiddet Skoru, ebevnin uyum bozucu başetme şeklini gösteren (2) COPE uyum bozucu puanı ve klinik olarak anlamlı olabileceği düşünülen (3) cerrahi süresi, (4) geçirilmiş cerrahi sayısı, (5) çocuğun yaşı, (6) çocuğun cinsiyeti, (7) çocukta ek tıbbi komorbidite varlığı ve (8) cerrahi türü (açık/kapalı, major/minor) eklenmiştir.

Çocuklarda cerrahi sonrası kendi öz bildirim ÇIYKÖ toplam puanını en çok yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla yapılan regresyon modelinde; SCL-90 Genel Şiddet Skoru, COPE uyum bozucu puanı, geçirilmiş cerrahi sayısı, yatış öyküsü sayısı ve cinsiyet istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F:7,710, $p < 0,001$,

düzeltilmiş R^2 :0,304) (Tablo 4.55). Cinsiyeti erkek olan çocukların yaşam kalitesi toplam puanı kadınlara göre 0,202 puan fazladır. Ebeveynin SCL puanı, geçirilmiş cerrahi sayısı arttıkça ve kadın cinsiyette çocuk öz bildirim ÇİYKÖ toplam puanı azalmaktadır.

Çocuklarda cerrahi sonrası kendi öz bildirim fiziksel ve psikososyal ÇİYKÖ puanlarını en çok yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla yapılan regresyon modellerinde; SCL-90 Genel Şiddet Skoru ve cinsiyet istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F: 7,780, p: 0,001, R2: 0,207 ve F:14,765, p<0,001, R2: 0,374) (Tablo 4.55). Cinsiyeti erkek olan çocukların yaşam kalitesi fiziksel puanı kadınlara göre 0,208 puan, psikososyal puanı kadınlara göre 0,261 puan fazladır. Ebeveynin genel psikiyatrik belirti şiddet skoru arttıkça ve kadın cinsiyette fiziksel ve psikososyal ÇİYKÖ puanlarının azaldığı görülmüştür.

Tablo 4.55. Çocuklar için öz bildirim ÇİYKÖ doğrusal regresyon modelleri.

	β	Standart Hata	t	p	Odds ratio (B)	%95 güven aralığı	
						Alt sınır	Üst sınır
ÇİYKÖ Toplam Puan							
Sabit		3,508	24,326	0,000	85,328	78,254	92,402
SCL-90-R Genel Şiddet Puanı	-0,372	3,503	-2,787	0,008	-9,764	-16,828	-2,699
Geçirilmiş cerrahi sayısı	-0,289	1,657	-2,138	0,038	-3,543	-6,885	-0,200
Cinsiyet	0,202	3,994	1,593	0,118	6,363	-1,692	14,418
ÇİYKÖ Fiziksel Puan							
Sabit		19,933	19,933	0,000	79,113	71,141	87,085
SCL-90-R Genel Şiddet Puanı	-0,460	-3,711	-3,711	0,001	-13,803	-21,273	-6,332
Cinsiyet	0,208	1,679	1,679	0,099	7,589	-1,491	16,669
ÇİYKÖ Psikososyal Puan							
Sabit		3,283	25,051	0,000	82,243	75,627	88,859
SCL-90-R Genel Şiddet Puanı	-0,599	3,162	-5,121	0,000	-16,191	-22,564	-9,819
Cinsiyet	0,261	3,804	2,233	0,031	8,496	0,828	16,163

Çocuklarda cerrahi sonrası kendi öz bildirim ÇSKE puanını en çok yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla yapılan regresyon modelinde; SCL-90 Genel Şiddet Skoru, cerrahi süresi, ameliyat grubu (Açık/Endo) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F:6,742, p:0,001, R²: 0,249) (Tablo 4.56). Ameliyat türü endokrinolojik olanların, açık olanlara göre sürekli kaygı puanı ortalama 0.272 puan fazladır.

Ebeveynin SCL-90 genel psikiyatrik belirti şiddet skoru, cerrahi süresi arttıkça ve endoürolojik cerrahi grubunda ÇSKE puanlarının arttığı görülmüştür.

Çocuklarda cerrahi sonrası kendi öz bildirim durumluk kaygı envanteri puanını en çok yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla yapılan regresyon modelinde; SCL-90 Genel Şiddet Skoru, ameliyat grubu (Açık/Endo) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F: 4,415, p: 0,017, düzeltilmiş R²: 0,116) (Tablo 4.56). Ameliyat türü endoürolojik olanların, açık olanlara göre ÇDKE puanı ortalama 0.213 puan fazladır. Ebeveynin SCL-90 genel psikiyatrik belirti şiddet skoru arttıkça ve endoürolojik cerrahi grubunda ÇDKE puanlarının arttığı görülmüştür.

Çocuklarda cerrahi sonrası kendi öz bildirim ÇDÖ puanını en çok yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla yapılan regresyon modelinde; SCL-90 Genel Şiddet Skoru, yaş ve cinsiyet istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F: 8,909, p<0,001, düzeltilmiş R²: 0,331). Cinsiyeti erkek olan çocukların ÇDÖ puanı kadınlara göre 0,339 puan düşüktür.

Tablo 4.56. ÇDKE – ÇSKE – ÇDÖ için doğrusal regresyon modeli

	β	Standart Hata	t	p	Odds ratio (B)	%95 güven aralığı	
						Alt sınır	Üst sınır
Çocuklar için sürekli kaygı envanteri							
Sabit		2,687	7,841	0,000	21,072	15,671	26,472
SCL-90 Genel Şiddet Skoru	0,377	1,825	2,785	0,008	5,082	1,415	8,750
Ameliyat süresi	0,312	0,019	1,903	0,063	0,037	-0,002	0,075
Ameliyat grup (Açık/Endo)	0,272	2,472	1,832	0,073	4,529	-0,439	9,497
Çocuklar için durumluk kaygı envanteri							
Sabit		1,594	15,998	0,000	25,504	22,302	28,706
SCL-90-R Genel Şiddet Puanı	0,354	1,521	2,690	0,010	4,091	1,036	7,146
Ameliyat grup (Açık/Endo)	0,213	1,881	1,616	0,112	3,039	-0,739	6,818
Çocuklar için depresyon ölçeği							
Sabit		2,707	0,066	0,948	0,178	-5,274	5,629
SCL-90-R Genel Şiddet Puanı	0,465	1,197	3,883	<0,001	4,647	2,236	7,058
Yaş	0,277	0,266	2,281	0,027	0,606	0,071	1,141
Cinsiyet	-0,339	1,503	-2,774	0,008	-4,169	-7,196	-1,142

Çocuklarda cerrahi sonrası ebeveynin bildirdiği ÇIYKÖ toplam puanını en çok yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla yapılan regresyon modelinde; SCL-90 Genel Şiddet Skoru, geçirilmiş cerrahi sayısı ve cinsiyet istatistiksel olarak anlamlı

bulunmuştur (F: 7,710, $p<0,001$, düzeltilmiş R2: 0,304) (Tablo 4.57). Cinsiyeti erkek olan çocukların ebeveynlerinin bildirdiği ÇİYKÖ toplam puanı kadınlara göre 0,202 puan fazladır. Ebeveynin SCL-90 genel psikiyatrik belirti şiddet skoru ve geçirilmiş cerrahi sayısı arttıkça ve kadın cinsiyette yaşam kalitesi toplam puanının azaldığı görülmüştür.

Çocuklarda cerrahi sonrası ebeveynin bildirdiği fiziksel ÇİYKÖ puanını en çok yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla yapılan regresyon modelinde; SCL-90 Genel Şiddet Skoru, ek komorbidite varlığı, ameliyat grubu (Açık/Endoürolojik) ve ameliyat grubu (Majör/Minör) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F:5,363, $p:0,001$, düzeltilmiş R2: 0,259) (Tablo 4.57). Ameliyat türü endoürolojik olanların, açık olanlara göre ebeveyn bildirimli fiziksel ÇİYKÖ puanı ortalama 0.241 puan düşüktür. Ameliyat türü majör olanların, minör olanlara göre ebeveyn bildirimli fiziksel ÇİYKÖ puanı ortalama 0.243 puan düşüktür. Ebeveynin SCL-90 genel psikiyatrik belirti şiddet skoru arttıkça, ek komorbidite varlığında, endoürolojik cerrahi grubunda ve majör cerrahi grubunda fiziksel ÇİYKÖ puanının azaldığı görülmüştür.

Çocuklarda cerrahi sonrası ebeveynin bildirdiği psikososyal ÇİYKÖ puanını en çok yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla yapılan regresyon modelinde; SCL-90 Genel Şiddet Skoru, geçirilmiş cerrahi sayısı cinsiyet istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F: 8,051, $p<0,001$, düzeltilmiş R2: 0,315) (Tablo 4.57). Cinsiyeti erkek olan çocukların ebeveynlerinin bildirdiği psikososyal ÇİYKÖ puanı kadınlara göre 0,197 puan fazladır. Ebeveynin SCL-90 genel psikiyatrik belirti şiddet skoru ve geçirilmiş cerrahi sayısı arttıkça ve kadın cinsiyette psikososyal ÇİYKÖ puanının azaldığı görülmüştür.

Tablo 4.57. Ebeveynin bildirdiği ÇİYKÖ puanları için doğrusal regresyon analizi

	β	Standart Hata	t	p	Odds ratio (B)	%95 güven aralığı	
						Alt sınır	Üst sınır
ÇİYKO Ebeveyn Toplam Puan							
Sabit		3,508	24,326	0,000	85,328	78,254	92,402
SCL-90-R Genel Şiddet Puanı	-0,372	3,503	-2,787	0,008	-9,764	-16,828	-2,699
Geçirilmiş cerrahi sayısı	-0,289	1,657	-2,138	0,038	-3,543	-6,885	-0,200
Cinsiyet	0,202	3,994	1,593	0,118	6,363	-1,692	14,418
ÇİYKO Ebeveyn Fiziksel Puan							
Sabit		5,247	17,844	0,000	93,628	83,066	104,189
SCL-90-R Genel Şiddet Puanı	-0,334	4,339	-2,524	0,015	-10,951	-19,685	-2,218
Ek komorbidite	-0,263	6,328	-2,091	0,042	-13,231	-25,969	-0,493
Ameliyat grubu (Açık/Endo)	-0,241	5,913	-1,669	0,102	-9,868	-21,769	2,033
Ameliy grubu (Majör/Minör)	-0,243	6,163	-1,587	0,119	-9,778	-22,184	2,627
ÇİYKO Ebeveyn Psikososyal Puan							
Sabit		3,496	24,765	0,000	86,572	79,522	93,622
SCL-90-R Genel Şiddet Puanı	-0,342	3,491	-2,580	0,013	-9,008	-16,049	-1,968
Geçirilmiş cerrahi sayısı	-0,331	1,652	-2,464	0,018	-4,070	-7,400	-0,739
Cinsiyet	0,197	3,981	1,567	0,124	6,237	-1,790	14,265

Çocuklarda cerrahi sonrası ebeveynin bildirdiği çocuklar için GGA toplam puanını en çok yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla yapılan regresyon modelinde yalnızca SCL-90 Genel Şiddet Skoru istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F: 4,472, p:0,039, düzeltilmiş R²: 0,063) (Tablo 4.58). Ebeveynin SCL-90 genel psikiyatrik belirti şiddet skoru arttıkça ebeveynin bildirdiği çocuklar için GGA toplam puanının arttığı görülmüştür.

Tablo 4.58. Ebeveynin bildirdiği çocuklar için GGA için doğrusal regresyon analizi.

GGA Toplam Puan	β	Standart Hata	t	p	Odds ratio (B)	%95 güven aralığı	
						Alt sınır	Üst sınır
Sabit		0,976	16,351	<0,001	15,950	13,992	17,909
SCL-90-R Genel Şiddet Puanı	0,284	1,105	2,115	0,039	2,336	0,118	4,554

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada HÜTF Üroloji Anabilim Dalı Çocuk Ürolojisi Bilim Dalı'nda tarafından yatırılarak ameliyat edilen 4-18 yaş arası çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesi ve psikolojik iyilik hali üzerine etkisi olabilecek; sosyodemografik, medikal, cerrahi ve ebeveyn ve çocuğa ait psikolojik faktörler araştırılmıştır. Bu amaçla hasta ve ebeveynler ameliyat öncesi dönemde ve ameliyat sonrası 7. ayda değerlendirilmiştir.

Çocuk ürolojisi alanında cerrahi birikimin artması ve teknolojinin gelişmesiyle daha minimal invaziv cerrahiler tercih etme eğilimi vardır. Uygun hastalarda doğru hasta seçimiyle açık cerrahiye alternatif minimal invaziv yöntemler tercih edilebilmektedir. Örnek verecek olursak vezikoureteral reflü sebebiyle açık üreteroneosistostomi ameliyatının başarı oranı %92-%98 arasındayken (86), endoskopik subüreteral enjeksiyon tedavinin başarı oranı ortalama %70'ler civarındayken hastalığın şiddeti arttıkça başarısızlık ihtimali artabilmektedir (87). Bu sebeple minimal invaziv cerrahi geçiren hastalar cerrahi sonrası sağlık kuruluşlarından fazla uzak kalamamakta, sıkı takip ve noninvaziv veya invaziv testlere girmek zorunda kalmaktadır. Aslında, bazı durumlarda hastanın tedavisinde daha az girişimsel olmaya çalışırken hastayı daha fazla sayıda girişimlere maruz bırakabilmekteyiz. Uygulanacak cerrahi tipin seçimi için cerrahi sonrası psikolojik iyilik halinin de düşünülmesi ve ona göre karar verilmesi gerekmektedir. Literatürde ise cerrahinin büyüklüğü ile cerrahi sonrası psikolojik iyilik halini analiz eden bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışma hem literatürdeki bu boşluğu kapatacaktır hem de farklı cerrahi bilim dallarındaki araştırmacılar için öncü olacaktır.

1997 yılında Kotiniemi ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada 4 ay ile 13 yaş arası çocukların cerrahi sonrası 4 haftalık takiplerinde davranış değişiklikleri incelenmiş. Sağlık personelinin bildirdiği hastane sonrası davranış anketinin (88) kullanıldığı çalışmada hastanın yaşının ve ameliyat sonrası ağrı düzeyinin 4 hafta sonunda davranışsal değişikliği predikte eden faktörler olduğu bulunmuştur (89). Bu çalışmada yer alan hasta örnekleminde birbirinden çok farklı cerrahi prosedürlerin yer aldığı görülmektedir (Tonsillektomi, adenoidektomi, timpanostomi, oftalmolojik prosedürler, herni onarımı, sünnet, hidrosel onarımı ve ortopedik cerrahiler). Genital

cerrahilerin ise cerrahi sonrası çocuklarda çok belirgin psikolojik etkilere sahip olduğu bilinmektedir (90). Bizim çalışmamızın ürolojik cerrahilere spesifik olması, cerrahilerin şiddetine göre hastaların gruplara ayrılması ve cerrahi öncesi ve sonrası psikolojik iyilik halini tümüyle değerlendirebilecek ölçeklerin kullanılması çalışmamızın güçlü olduğu taraflardandır. Bu sayede cerrahi sonrası psikolojik iyilik hali çok daha güçlü şekilde incelenmiştir.

5.1. Cerrahi Gruplarında Medikal ve Sosyodemografik Özellikler

Çalışmaya dahil edilen hastalar geçirdiği cerrahilere göre açık ve endoürolojik cerrahi ve majör ve minör cerrahi olmak üzere iki farklı gruplandırma altında incelenmiştir (Tablo 4.1 ve 4.2). Birinci gruplandırma modelinde hastaların açık cerrahi ve endoürolojik cerrahi alt gruplarına ayrılmıştır. Açık cerrahi standart bir insizyonun olduğu ve o insizyon ile ameliyat bölgesine ulaşıldığı ameliyatları kapsamaktadır, endoürolojik cerrahiler ise insizyonun olmadığı, üriner sisteme veya karın içine kameralı bir cihaz ile girilip tedavinin gerçekleştiği ameliyatları kapsamaktadır. Diğer gruplandırma modelinde ise cerrahiler majör ve minör cerrahi olarak ayrılmıştır. Ameliyatı kısa, cerrahi sonrası takibi kısa, öngörülebilir komplikasyon oranları düşük olan cerrahiler minör cerrahi olarak sınıflandırılmıştır. Ameliyatı uzun, kanama ihtimali mevcut, cerrahi sonrası yatışının uzama riski olan ve komplikasyonları hayatı tehdit edebilir risklere kadar giden cerrahiler majör cerrahi olarak sınıflandırılmıştır. Bu sınıflandırma modeli uzman görüşü alınarak yapılmıştır.

Araştırma örnekleminde cerrahi öncesi ve sonrası değerlendirme arasında 35 hasta çalışmadan ayrılmıştır. Prospektif kohort çalışmanın doğası gereği oluşan bu problem sebebiyle, çalışmadan ayrılan hasta grubu ile çalışmada kalan hasta grubunun cerrahi öncesi medikal özellikleri ve psikiyatrik değerlendirme sonuçları karşılaştırılmıştır. GGA akran sorunları alt testi dışında iki grup arasında istatistiksel olarak bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.3). Çalışmanın inandırıcı ve tekrarlanabilir olması için örneklem seçiminde yanlılığın olmamasının ne kadar önemli olduğu ve bu durumun denetlenmesinin gerekliliği yazında sıkça tekrarlanmaktadır (91). Çalışmadan ayrılan ve ayrılmayan hastaların karşılaştırılması ve belirgin bir farklılığın

bulunmamasına dayanarak cerrahi öncesi grupta ve cerrahi sonrası çalışmaya devam eden grupta yanlılık oluşturabilecek bir sonucun oluşmadığını söyleyebiliriz.

Açık ve endoürolojik cerrahi grupları cinsiyet açısından karşılaştırıldığında, erkek cinsiyetin oranının açık cerrahide, kız cinsiyetin oranının ise endoürolojik cerrahide daha fazla olduğu istatistiksel olarak tespit edilmiştir. Bununla birlikte, majör ve minör cerrahi grupları cinsiyet açısından karşılaştırıldığında ise cinsiyet açısından istatistiksel olarak bir fark saptanmamıştır. Bunun sebebi de tamamen erkek hastaların yer aldığı penil cerrahi grubunun bir yandan açık cerrahi grubunda yer alırken diğer gruplandırma modelinde minör cerrahi grubunda yer almasıdır (Tablo 4.1 ve 4.2).

Her iki farklı gruplandırma modelinde (açık ve endoürolojik cerrahi; majör ve minör cerrahi) yer alan çocukların yaşı, eğitim düzeyi ve ders başarısı dağılımı istatistiksel olarak benzer saptanmıştır. Bununla birlikte bu çocukların ebeveynlerinin eğitim düzeyi ve iş durumu açısından da istatistiksel olarak bir fark saptanmamıştır. Alan yazınında çocukluk döneminde anne eğitim düzeyinin sosyoekonomik düzeyin bir göstergesi olduğu ve duygusal gelişim üzerinde önemli etkiye sahip olduğu belirtilmektedir (92). Cerrahi öncesi kaygının değerlendirildiği bir çalışmada ise ebeveynleri boşanmış ve düşük eğitim seviyesine sahip çocuklarda cerrahi öncesi kaygı düzeyinin istatistiksel olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (93, 94). Bizim çalışmamızda ise çocuğun kendisinin ve ebeveynlerinin sosyodemografik özellikleri cerrahi gruplar arasında homojen bir şekilde dağılmıştır. Bu durumda çocuk ve ebeveynlerin sosyodemografik özelliklerinin cerrahi gruplar arasında karşılaştırmalar yapılırken cerrahi öncesi ve sonrası yaşam kalitesi ve ruhsal iyilik halini etkileme olasılığının azaltıldığı söylenebilir.

Her iki farklı gruplandırma modelinde (açık ve endoürolojik cerrahi; majör ve minör cerrahi) farklı cerrahi türlerden oluşan hasta grupları arasında geçirilmiş cerrahi ve cerrahi sonrasındaki komplikasyon varlığı açısından fark saptanmamıştır. Bununla birlikte açık cerrahinin cerrahi süresinin endoürolojik cerrahiye, majör cerrahinin cerrahi süresinin minör cerrahiye göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek olduğu görülmüştür. Klinikte minimal invaziv cerrahilerin açık cerrahilerle ameliyat

süresi açısından paralel gittiğini gösteren veya minimal invaziv cerrahilerin ameliyat süresinin daha yüksek olabildiğini gösteren çalışmalar mevcuttur (95, 96) ancak bizim ameliyat gruplarımızın içinde robotik cerrahinin yer almaması ameliyat süresi açısından endoürolojik veya minör cerrahileri istatistiksel olarak daha avantajlı konuma getirmiştir.

Açık cerrahi grubunda cerrahi sonrası hastanede yatış süresi endoürolojik cerrahilere göre belirgin yüksektir. Majör cerrahi grubunda da cerrahi sonrası hastanede yatış süresi istatistiksel olarak yüksektir. Yazında açık vezikoüreteral reflü ameliyatı geçiren çocukların cerrahi sonrası yatış süresinin endoskopik tedavi geçirenlere göre belirgin yüksek olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (97). Bizim çalışmamızda da açık ve majör cerrahi gruplarında vezikoüreteral reflünün açık cerrahi ile tedavisini gerektiren ameliyata ek olarak barsak cerrahisi gerektiren ve bu sebeple yatış süresi belirgin derecede yüksek olan ileal augmentasyon ameliyatının bulunması post-operatif yatış süresi ortanca değerini belirgin şekilde yükseltmiştir. Ayrıca çalışmamızda ameliyat süresi ile post-operatif yatış süresinin pozitif yönde korele olduğu tespit edilmiştir.

5.2. Cerrahi Gruplarında Cerrahi Öncesi ve Sonrası Çocuklarda Yaşam Kalitesi

Klinik çalışmalarda yaşam kalitesi ölçümü, sağlık durumunu ölçmek için önemli bir araç haline gelmiştir. Hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri tek bir klinik durumda oldukça hassas sonuçlar verirken, genel yaşam kalitesi ölçekleri farklı hasta gruplarını birbiri ile karşılaştırmaya izin vermektedir (98). Çocuklarda farklı hastalık gruplarına özgü yaşam kalitesi ölçeği geliştirilirken (99), Minnillo ve ark. da vezikoüreteral reflü (VUR) tanılı çocuklarda özel olarak kullanılabilecek bir yaşam kalitesi ölçeği geliştirmiştir (5). Vezikoüreteral reflü tanılı çocuklarda medikal tedavi ile cerrahi tedavinin çocuğun yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmada, 353 çocuk ve/veya ailesi bizim çalışmamızda da kullanılmış olan ÇİYKÖ ile değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda cerrahi tedavinin medikal tedaviye göre yaşam kalitesinin tüm skorlarında daha fazla düşmeye sebep olduğu saptanmıştır (100). Pennison ve ark.'nın yaptığı bir başka çalışmada ise, mesane ekstrofisine sahip

çocuklar ile böbrek taşına sahip çocuklara çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği doldurtulmuş ve mesane ekstrofisine sahip çocuklarda yaşam kalitesi toplam puanı ve fiziksel toplam puanının belirgin yüksek olduğunu saptamıştır (101). Bu çalışmalar bize göstermiştir ki çocuk üroloji pratiğinde yaşam kalitesi gittikçe daha fazla klinisyenin dikkatini çeken bir konu haline gelmiş ve farklı cerrahi türlerinin daha kapsamlı olarak ele alındığı genellenebilirliği yüksek çalışmalar sınırlıdır. Bizim çalışmamızda ise açık ve endoürolojik cerrahi ile majör ve minör cerrahi olmak üzere iki farklı cerrahi gruplandırma modeli kullanılarak ameliyat öncesi ve sonrası çocukların yaşam kaliteleri incelenmiştir.

Açık cerrahi grubundaki çocukların öz bildirim yaşam kalitesi düzeyleri cerrahi öncesi endoürolojik cerrahi grubuyla benzer bulunmuştur. Bununla birlikte her iki grubun yaşam kalitesi düzeyleri cerrahi sonrası artma eğiliminde olsa da istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Majör cerrahi ile cerrahi minör grupları karşılaştırıldığında ise cerrahi öncesi minör cerrahi grubunda fiziksel yaşam kalitesi puanı istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuşken, cerrahi sonrası minör cerrahi grubunun öz bildirim yaşam kalitesi toplam puanının istatistiksel olarak arttığı görülmüştür. Rabbitts ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada cerrahi sonrası ikinci haftada çocukların yaşam kalitesinin belirgin bir şekilde düştüğü saptanmıştır (40). Bizim çalışmamızda ise yaşam kaliteleri cerrahi sonrası ortanca 7. ayda incelendiği için akut etkiyi çalışmamızda değerlendirilmemiştir. Erişkinlerde yapılmış ve uzun takip süresi olan yaşam kalitesi çalışmaları da mevcuttur. 34 adet bariyatrik cerrahi geçiren hastanın 10 yıl sonraki toplam yaşam kalitesi puanının belirgin şekilde arttığı görülmüştür (102). Akciğer kanseri sebebiyle torakoskopik veya robotik lobektomi geçiren 93 hasta cerrahi sonrası yaşam kalitesi açısından karşılaştırılmıştır. Bu iki grup arasında 65 aylık takip süreci sonunda yaşam kalitesi açısından bir fark saptanmamıştır (103). Çalışmamızda çocuğun kendisi için iyilik hali ve yaşam kalitesini açık veya endoürolojik olması değil minör cerrahi olmasının daha belirgin bir şekilde iyi yönde etkilemiştir.

Ebeveynin çocuk için bildirdiği yaşam kalitesi düzeyleri açık/endoürolojik cerrahi ve major/minör cerrahi grupları arasında benzer bulunmuştur. Yapılmış bir çalışmada adenotonsillektomi yapılmış pediatrik hasta grubunda çocuğun ve ailesinin

bildirdiği yaşam kalitesi puanının ameliyat sonrası istatistiksel olarak arttığı görülmüştür (104). Yapılmış başka bir çalışmada ise 7-17 yaşları arası hipospadias cerrahisi geçiren çocukların ebeveynlerinin bildirdiği çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği puanı kontrol grubu ile benzer bulunmuştur (4). Brosig ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada ise kompleks konjenital kalp hastalığı sebebiyle ameliyat olan çocukların ebeveynin bildirdiği yaşam kalitesi puanının kontrol grubundaki hastalarla benzer olduğu bulunmuştur (105). Ebeveynlerin çocukların yaşam kalitesi düzeylerini çocukların kendisinden daha iyimser şekilde değerlendirebildiği bildirilmiş (106). Bunun sebebi şu şekilde açıklanabilir; 0-12 yaş grubunda ebeveyn bildirim uzun vadeli daha iyi bir prediktördür (107). Ancak belirtilere ayrı ayrı bakacak olursak çocuk ve ergen yaş grubunda anksiyete ve depresyon semptomları çocuğun kendisinin bildirdiği ölçeklerle daha fazla öngörülebilirken, dikkat eksikliği ve davranış sorunları açısından ebeveynin çocuk için bildirdiği ölçeklerin öngörüsü daha yüksektir (108-110).

Ek olarak, yapılan korelasyon analizinde annenin cerrahi öncesi depresif belirtileri arttıkça çocuğun da cerrahi öncesi yaşam kalitesinin tüm puanlarının azaldığı görülmüştür. Bununla birlikte cerrahi sonrası ebeveynin depresif belirti düzeyi, genel belirti düzeyi ve uyum bozucu ve duygu odaklı başa çıkma tutumu puanları arttıkça çocuklar için cerrahi sonrası yaşam kalitesi toplam puanının ve psikososyal puanının azaldığı görülmüştür. Yapılmış bir meta-analiz çalışmasında kanser tanısına sahip 1646 çocuğun ebeveynin depresif ve kaygı belirtileri ile çocuğun yaşam kalitesi düzeyinde orta düzeyli korelasyon saptanmıştır (111). Bizim çalışmamızda cerrahi öncesinde annenin olayı algılama ve hissetme durumunun çocuğu doğrudan etkilediği gözlenmiştir. Literatürde de yaygın olarak bilindiği gibi hem fiziksel / psikiyatrik hasta popülasyonunda hem de sağlıklı toplum örneklemelerinde anne depresif ve kaygı belirtileri arttıkça çocuğun psikiyatrik belirtileri artmaktadır(112, 113).

Geçirilmiş cerrahi sayısı arttıkça çocuğun ebeveynin bildirdiği ameliyat sonrası fiziksel ve psikososyal ÇİYKÖ puanlarının tümünün azaldığı bulunmuştur. Matsuda ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada konjenital kalp hastalığı tanısı olan çocuklarda geçirilmiş cerrahi sayısı arttıkça çocuklardaki yaşam kalitesi puanlarının düştüğü gözlenmiştir (114). Bununla birlikte literatürde cerrahi sayısının, çocuktaki yaşam kalitesi ile korele olmadığını gösteren çalışmalar mevcuttur (4).

Regresyon analizlerinde çocuklarda cerrahi sonrası öz bildirim ÇİYKÖ toplam puanını en çok yordayan değişkenler SCL-90 Genel Şiddet skoru, geçirilmiş cerrahi sayısı ve cinsiyet olarak bulunurken, fiziksel ve psikososyal ÇİYKÖ puanını en çok yordayan değişkenler SCL-90 genel şiddet skoru ve cinsiyet olarak bulunmuştur. Artmış SCL-90 skoru, artmış geçirilmiş cerrahi sayısı ve kız cinsiyet olumsuz olarak etkilemekteydi. Taskinen ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada mesane ekstrofisi ve epispadiasa sahip çocuklarda yaşam kalitesini kız cinsiyetin erkek cinsiyete göre daha olumsuz etkilediği bulunmuş (41). 2020 yılında Marciano ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada ise ebeveynlerin depresyon ve kaygı semptomları ile çocukta görülen davranışsal problemlerin ilişkili olduğu bulunmuştur(115). Bizim çalışmamızdaki sonuçlar da literatür ile benzer bulunmuştur. Geçmişte yaşanmış olumsuz olaylar çocuğun psikolojik sağlığını etkilemektedir. Bununla birlikte bu olumsuz olayların sayısı veya şiddeti arttıkça yeni bir stresörle karşılaşıldığında daha hızlı ve şiddetli duygusal belirtiler ortaya çıkmaktadır(116). Çalışmamızda da geçmişteki olumsuz olaylardan biri olan geçirilmiş cerrahiler çocuğun cerrahi sonrası psikolojik iyilik halini etkilemiştir.

Ebeveynler, çocukların etkilendiği sağlık probleminin tanısında çok önemli role sahiptir. Bununla birlikte o problemin tedavi sürecinde de aktif rol almaktadır. Sağlık personeli de sıklıkla çocuğun sağlık durumu ve yaşam kalitesi durumu için ebeveynlerin yardımına ihtiyaç duymaktadır (99). Bununla birlikte çocuklarında duygu durumlarının ve önceliklerinin hızlı değişmesi sebebiyle yaşam kalitesinin değerlendirme sürecinde ebeveynlerden daha doğru ve daha gerçekçi değerlendirmeler alınabilir (117). Biz de çalışmamızda ebeveynin bildirdiği ÇİYKÖ ölçeklerini değerlendirmelerini ek olarak kullandık. Hem açık ve endoürolojik cerrahiler arasında hem de majör ve minör cerrahiler arasında cerrahi öncesi ebeveyn bildirim ÇİYKÖ puanları arasında istatistiksel olarak bir fark saptanmamıştır. Benzer şekilde ebeveynin bildirdiği ÇİYKÖ, açık ve endoürolojik cerrahi ile majör ve minör cerrahi ve zaman açısından incelendiğinde de hiçbir puan türünün zaman ve cerrahi yöntem ilişkisine rastlanmamıştır. Ek olarak cerrahi öncesi-sonrası değerlendirmeler arasında da istatistiksel olarak bir değişim saptanmamıştır. Yapılan korelasyon analizinde ise ebeveynin cerrahi sonrası depresif belirti düzeyi arttıkça, ebeveyn gözünden cerrahi

sonrası ÇİYKÖ puanlarının tümünün azaldığı görülmüştür. Bununla birlikte annenin post-operatif genel psikiyatrik belirti düzeyi ile ebeveyn gözünden ÇİYKÖ puanlarının tümünün negatif korelasyona sahip olduğu bulunmuştur.

Regresyon analizlerinde ise ebeveynin bildirdiği ÇİYKÖ toplam puanını en çok yordayan değişkenler SCL-90 Genel Şiddet puanı, geçirilmiş cerrahi sayısı ve cinsiyet olarak bulunmuştur. Ebeveynin bildirdiği fiziksel ÇİYKÖ puanını en çok yordayan değişkenler ise SCL-90 Genel Şiddet puanı, ek komorbidite varlığı ve ameliyat grubu (açık/endo) olarak bulunmuştur. Bununla birlikte ebeveynin bildirdiği psikososyal ÇİYKÖ puanını en çok SCL-90 Genel Şiddet puanı, geçirilmiş cerrahi sayısı ve cinsiyet yordamıştır. Bu başlık altında bahsettiğimiz yukarıdaki çalışmalardaki sonuçlar bizim çalışmamızla örtüşmektedir.

5.3. Cerrahi Gruplarında Cerrahi Öncesi ve Sonrası Çocuklarda Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ve Genel Psikiyatrik Belirtiler

Cerrahi öncesi ve sonrası çalışmaya katılan çocuklar ÇDÖ ve ÇDKE – ÇSKE'yi doldurmuşlardır. Depresif belirtiler açısından açık ve endoürolojik cerrahi grubu arasında cerrahi öncesi bir fark saptanmamıştır. Bununla birlikte ameliyat sonrası açık cerrahi grubunda depresyon ortanca puanının azaldığı ancak endoürolojik cerrahi grubunun da depresyon ortanca puanının arttığı görülmüş, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmamıştır. Majör ve minör cerrahi gruplarında da cerrahi öncesi benzer olan ÇDÖ puanı, cerrahi sonrası azalma eğilimine girmiş ama istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşmamıştır. Dinç ve arkadaşları tarafından kronik böbrek yetmezliği tanısı olan çocuklarla kontrol grubu depresif belirtiler açısından incelenmiş ve kronik hastalığı olan grupta ÇDÖ median puanı istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur (118). Bizim çalışmamız ise farklı cerrahi gruplardaki şiddete hastaların depresif belirtilerini incelenmiş ve açık-majör-minör cerrahilerde cerrahi sonrası ÇDÖ puanının azalma eğiliminde, endoürolojik cerrahide yükselme eğiliminde olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı görülmüştür. Çalışmamızın örneklemini daha büyük olsaydı istatistiksel olarak anlamlı bir değişim yaşanabilirdi.

Cerrahi sonrası ÇDÖ puanını en çok yordayan değişken SCL-90 Genel şiddet puanı, yaş ve cinsiyet olarak bulunmuştur. Kız çocuklardaki ÇDÖ puanının erkeklerden genel olarak daha düşük olduğu görülmüştür. Yuan ve ark.'larının yaptığı bir çalışmada da erkeklerin bariyatrik cerrahi sonrası kadınlara göre depresyona daha duyarlı olduğu bulunmuştur (119). Bu bulgu çalışmamızla örtüşmektedir.

Geçirilmiş cerrahi sayısının çocuğun cerrahi öncesi bildirdiği depresif belirtilerle aynı yönde korele olduğu, cerrahi sonrası annenin depresif belirti düzeyi ve genel belirti düzeyinin de cerrahi sonrası çocuğun depresif belirti düzeyi ile pozitif korele olduğu bulunmuştur.

Preoperatif kaygı, hastanın subjektif olarak gerginlik, endişe ve sinirlilik duygularını hissetmesiyle açıklanır (120). Yüksek düzeyde kaygının ise, cerrahi sonrası çocukta olumsuz ruhsal sonuçlarla ilişkili olduğu bilinmektedir. Depresyon, içe kapanma, aileye bağımlılık artışı, doktor korkusunda artuş, yeme bozukluğu, ayrılık anksiyetesi ve gece kabusları bu olumsuz ruhsal sonuçlara örnek verilebilir (93). Kain ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada kaygı düzeyi yüksek çocukların cerrahi sonrası bir haftalık süreçte daha fazla ağrı hissettiği tespit edilmiştir (121). Yapılmış başka bir çalışmada ise 109 çocuğa cerrahiden hemen önce ve cerrahi sonrası 2. haftada çalışmamızda da kullandığımız ÇDKE – ÇSKE ölçeği doldurtulmuş. Hastalardaki cerrahi öncesi kaygı düzeyinin bozulmuş perioperatif nöroendokrin cevap, klinik ve psikolojik olarak bozuk iyileşme ile ilişkili olduğu bulunmuştur (122). Erişkin hastalar üzerinde yapılmış bir çalışmada ise cerrahi öncesi yüksek anksiyete düzeyinin cerrahi sonrası uyumsuz davranış paternleri gelişmesine sebep olduğu bulunmuştur (123). Bizim çalışmamızda da cerrahi planı olan çocuk hastalara cerrahi öncesi ve median yedinci ayda ÇDKE – ÇSKE doldurtulmuştur. Açık ve endoürolojik cerrahi grubu ile majör ve minör cerrahi grubunda ÇDKE – ÇSKE puanları cerrahi öncesi benzer bulunmuştur. ÇDKE – ÇSKE puanları açık ve endoürolojik cerrahi grubunda azalma, majör ve minör cerrahi grubunda artma eğiliminde olduğu bulunmuş ancak bu değişiklik istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. 2020 yılında yapılmış bir çalışmada cerrahi planlanan hastaların ebeveynleri, primer cerrahi geçirecek olan çocukların ebeveynleri ile hali hazırda rekürren cerrahi öyküsü olan çocukların ebeveynleri olmak üzere iki gruba ayrılmış ve ebeveynin anksiyete düzeyi

ölçülmüştür. Tekrarlayan cerrahiler, ebeveynin genç veya düşük eğitim seviyesinde olması, ebeveyninin kaygı düzeyini arttırdığı bulunmuştur (124). Bizim çalışmamızda ek olarak ameliyat öncesi çocuğun kaygı düzeyi ölçülmüştür. Perkaş ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada ise kardiyak kataterizasyon işlemi öncesi bilgilendirmenin işlem öncesi ve sonrası çocuklardaki kaygı düzeyine etkisi incelenmiştir. Ayrıntılı bilgi vaka grubuna verilmiş, kontrol grubuna bilgilendirme yapılmamıştır. Bizim çalışmamızda da kullanılan ÇDKE – ÇSKE puanlarında vaka ile kontrol grubu arasında istatistiksel bir fark görülmemiştir(125). Dinç ve ark.'nın yaptığı çalışmada ise kronik böbrek yetmezliği olan grup ile kontrol grubu arasında durumluk ve sürekli anksiyete puanı açısından bir fark saptanmamıştır (118). Bizim çalışmamızda ise kontrol grubu yer almamıştır ve cerrahi şiddete göre ayrılan gruplar birbiri arasında incelendiğinde cerrahi şiddetin kaygı puanlarını etkilemediği görülmüştür.

Geçirilmiş cerrahi sayısının cerrahi öncesi çocuğun bildirdiği kaygı düzeyiyle pozitif korele olduğu görülmüştür. Çocukluk çağı ürolojik hastalıklarında yapılan bir başka çalışmada da benzer şekilde mesane ekstrofisi veya epispadias tanısına sahip çocuklardaki yaşam kalitesi ve psikiyatrik semptomlarla geçirilmiş cerrahi sayısının bir ilişkisi olmadığı görülmüş (41). Ancak bu çalışmadaki hasta gruplarındaki hastaların çok sayıda cerrahi geçirme öyküsü mevcutken, bizim çalışmamızda daha önce hiç cerrahi geçirmemiş hasta popülasyonunun fazla olmasından dolayı geçirilmiş cerrahinin çocukların psikolojik iyilik haline etkisinin anlamlı olduğu düşünülmüştür.

Regresyon analizlerinde çocuklar için cerrahi sonrası durumluk kaygı puanını en çok yordayan değişken SCL-90 Genel şiddet puanı, ameliyat süresi ve ameliyat grubu (Açık/Endo) olmuştur. Endoürolojik cerrahi geçiren hastaların post-op durumluk kaygı düzeyi açık cerrahiden belirgin olarak fazladır. Çocuklar için cerrahi sonrası sürekli kaygı puanını en çok yordayan değişkenler ise SCL-90 Genel şiddet puanı ve ameliyat grubu (Açık/Endo)'dur. Endoürolojik cerrahi geçiren hastaların post-op sürekli kaygı düzeyi açık cerrahiden belirgin fazla bulunmuştur. Bu sebeple minimal invaziv cerrahilerin ruhsal açıdan daha koruyucu veya daha az travmatik olduğu düşünülmemelidir. Öte yandan endoürolojik cerrahi grubundaki çocukların basit medikal sorunları olduğu veya ilk kez cerrahi geçirdikleri için kaygı puanlarının yüksek çıktığı tahmin edilmektedir.

ÇDÖ, ÇDKE – ÇSKE açık ve endoürolojik cerrahi ile majör ve minör cerrahi ve zaman açısından incelenmiştir. Burada açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında zaman ve cerrahi yöntem ilişkisi bulunamamıştır. Cerrahinin kaygı ve depresyon puanlarını arttırması beklense de bizim çalışmamızda cerrahi alt grupları arasında fark çıkmaması kaygıdaki değişimin cerrahi tipten bağımsız olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte cerrahi sonrası değerlendirmenin 7. ayda alınması sebebiyle cerrahi sonrası kaygılarının son bulduğunu bu sebeple zamana bağlı değişikliğin görülmediği düşünülmektedir

Çalışmamızda çocukların genel psikiyatrik belirtileri ebeveynin bildirdiği GGA kullanılarak taranmıştır. Açık ve endoürolojik cerrahi grubunun cerrahi öncesi puanları benzer bulunmuştur. Cerrahi öncesi ile sonrası arasında ise endoürolojik cerrahi grubunun toplam GGA puanı istatistiksel olarak anlamlı şekilde artmışken, açık cerrahi grubunda değişmemiştir. Onun dışında diğer alt gruplarda cerrahi öncesi ve cerrahi sonrası istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik saptanmamıştır. Majör ve minör cerrahi gruplarındaki hastaların ebeveynlerine doldurtulan cerrahi öncesi GGA puanları benzerken, cerrahi sonrası puanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik saptanmamıştır. Benzer şekilde zaman ve cerrahi tipinin birlikte incelendiği varyans analizlerinde yalnızca açık ve endoürolojik cerrahi gruplarında ailenin bildirdiği toplam psikiyatrik belirti toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklı bulunmuştur. Açık cerrahi grubunda bu puan azalırken, endoürolojik cerrahi grubunda artmıştır. Majör / minör cerrahi ve zaman açısından birlikte incelendiğinde anlamlı farklılık bulunmamıştır. Literatürde GGA ile yapılmış bir çalışmada, mesane ekstrofisi ve epispadias kompleksine sahip çocuk ve ebeveynlerine güçler ve güçlükler anketi doldurtulmuş ve çocuğun psikiyatrik belirtileri taranmıştır, çalışma sonucunda çocuk ve adolesanların kendi psikiyatrik belirtilerini ebeveynlerin bildirdiğine göre daha iyimser raporladığı ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüş (126). Bizim çalışmamızda 12 yaş altı üzeri çocuk sayısı yetersiz olduğu için çocuğun kendi bildirdiği GGA puanları hesaplanamamıştır. Ancak bizim çalışmamızın üstünlüğü çocuğun ebeveynin gözünden psikiyatrik belirtilerini farklı cerrahi gruplar üzerinden karşılaştıran ilk çalışma olmasıdır. Öte yandan endoürolojik cerrahilerde psikiyatrik belirti toplam puanının anlamlı şekilde artıyor olması altta yatan hastalık

hafif olduğunda küçük bir cerrahinin bile psikolojik iyilik hali üzerinde travmatik bir etkisi olduğu şeklinde yorumlanabilir. Ben - Amitay ve ark.'larının yaptığı bir çalışmada elektif cerrahilerin çocukların cerrahi sonrasındaki stres durumuna anlamlı bir etki yaptığı saptanmıştır (127). Bu bulgu bizim çalışmamızdaki bulgularımızı desteklemektedir.

Cerrahi sonrası ebeveynin bildirdiği çocuklar için GGA toplam puanını en çok yordayan değişken ise SCL-90 Genel şiddet puanı olarak bulunmuştur.

5.4. Cerrahi Gruplarında Cerrahi Öncesi ve Sonrası Ebeveynlerde Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ve Genel Psikiyatrik Belirtiler

Çalışmamızda ürolojik cerrahi geçirecek çocuk hastalarla eş zamanlı olarak ebeveynlerinin de psikiyatrik belirti düzeyleri ve başa çıkma tutumları incelenmiştir. Cerrahi öncesi ebeveynlere BAÖ, BDÖ ve BTL doldurtulmuştur. Cerrahi öncesi açık cerrahi ve endoürolojik cerrahi geçirecek çocukların ebeveynlerinin anksiyete, depresyon ve genel belirti düzeyi benzer bulunmuştur. Öte yandan endoürolojik cerrahi grubundaki ebeveynlerde cerrahi sonrası BAÖ ortanca puanının arttığı, açık cerrahi grubunun azaldığı görülmüştür. Ancak bu değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bununla birlikte hem açık hem de endoürolojik cerrahi grubunda BDÖ puanı ve SCL-90 Genel Belirti düzeyi ortanca puanı azalmıştır, ancak bu değişim de istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Majör ve minör cerrahi grubu olarak ebeveynlere bakıldığında ise minör cerrahi grubunda ameliyat öncesi BDÖ ve SCL- 90 genel belirti düzeyi puanı, majör cerrahi grubundan istatistiksel olarak belirgin derecede düşüktür. Ancak bu iki grup arasında BAÖ puanı benzer bulunmuştur. Öte yandan zaman ile bu üç ölçeğin değişimine baktığımızda cerrahi sonrası bu üç ölçekte istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik izlenmemiştir.

Taskinen ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada mesane ekstrofisine sahip çocukların ebeveynlerinin belirti tarama listesi puanı epispadias tanısına sahip çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuş (41). Dinç ve

ark.'nın yaptığı çalışmada ise kronik böbrek yetmezliği sebebiyle takipli çocuklarının ebeveynlerinin, kontrol grubundaki ebeveynlere göre SCL-90 Genel Belirti Düzeyi puanının istatistiksel olarak yüksek olduğu bulunmuştur (118). Çocukların içinde bulunduğu durumun şiddetinin de ebeveynin belirti tarama listesi puanını etkilediğini görüyoruz. Bizim çalışmamızda da majör cerrahi geçirecek hastaların ailelerinin daha depresif olduğunu ve genel belirti düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Geçirilmiş cerrahi sayısının annenin kendisiyle ilgili bildirdiği depresif belirti puanı ile aynı yönde korele olduğu bulunmuştur. Annenin genel belirti düzeyinin de çocuğun sürekli kaygı düzeyi ile pozitif yönde korele olduğu bulunmuştur(90, 118). Dinç ve ark.'nın yaptığı bir çalışmaya kronik böbrek hastalığı tanısı ile izlenen çocuklar ve ebeveynleri kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. Burada annenin genel belirti düzeyinin çocuğun sürekli ve durumluk kaygı düzeyi ile orta güçte ilişkili olduğu bulunmuştur(118). Öte yandan, kaygı ve telaşa daha yatkın ebeveynlerin çocuklarında cerrahi sonrası uyku bozukluklarının daha sık görüldüğü bulunmuştur (30). Annenin cerrahi sonrası genel belirti düzeyinin, ailenin çocuk için bildirdiği genel belirti puanı (GGA) ve çocuğun kendisi ile ilgili bildirdiği sürekli ve durumluk kaygı puanı ile pozitif korelasyona sahip olduğu görülmüştür.

Geçirilmiş cerrahi sayısı arttıkça, ebeveynin cerrahi sonrası kaygı düzeyinin de arttığı tespit edilmiştir. Öte yandan başka bir çalışmada geçirilmiş cerrahi öyküsü arttıkça ebeveyn kaygı düzeyinin azaldığı bulunmuş (128). Ancak bu çalışma prospektif olarak daha önce cerrahi geçirmiş çocuk hastaların kliniğe ikinci kez ameliyat için başvurduğu zaman ile daha önceki cerrahisinin verileri karşılaştırılarak yapılmıştır ve iki cerrahi arasındaki süre $1,3 \pm 1,2$ yıldır. Bizim çalışmamızda ise ebeveyn belirtileri prospektif olarak tek bir cerrahi ve bu cerrahi sonrası ortalama 7. ayda tarandığından iki çalışmanın karşılaştırılabilirliği azdır.

Ebeveynin kendisi ile ilgili bildirdiği anksiyete ve depresyon düzeyi açık ve endoürolojik cerrahi ve zaman açısından incelendiğinde fark bulunmazken; anksiyete ve depresyon düzeyi ile majör ve minör cerrahi zaman açısından incelendiğinde majör cerrahide cerrahi öncesi depresif belirti düzeyinin istatistiksel olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Cerrahi öncesi annenin kaygı ve depresyon düzeyinin majör cerrahide

yüksek olmasının nedeni annelerin çocuklarının medikal problemi ve geçireceği cerrahinin daha büyük olduğunun farkında olması olarak düşünülmektedir.

Cerrahi geçirecek çocukların ebeveynlerinde başa çıkma tutumları da incelenmiştir. Buna göre açık cerrahi geçirecek hastaların ebeveynlerinde sorun odaklı başa çıkma tutumu istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek iken, duygu odaklı ve uyum bozucu başa çıkma tutumları benzerdir. Bu tutumlarda cerrahi süreç sonrası istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik saptanmamıştır. Majör ve minör cerrahi grubundaki hastaların ebeveynleri incelendiğinde, minör cerrahi grubunda sorun odaklı başa çıkma tutumu ve uyum bozan başa çıkma tutumu belirgin şekilde düşük saptanmıştır. Buradan anlaşılıyor ki, ameliyatın şiddeti arttıkça ebeveynlerin başa çıkma tutumları bozulmaktadır. Yapılan korelasyon analizinde cerrahi öncesi duygu odaklı başa çıkma tutumu puanı arttıkça çocuğun cerrahi öncesi sürekli kaygı düzeyinin de arttığını görmekteyiz. Geçirilmiş cerrahi sayısı arttıkça da cerrahi sonrası uyum bozucu başa çıkma tutumunun arttığı tespit edilmiştir.

5.5. Çalışmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları

Çalışmamızın güçlü yanları; prospektif olması, tüm ameliyat olan hastaların çalışmaya dahil edilerek yanlılığın en aza indirilmeye çalışılmasıdır. Bununla birlikte önemli bir karıştırıcı değişken olacak altta yatan psikiyatrik hastalığı olan çocuklar klinik görüşme ile değerlendirilip dışlanmıştır.

Çalışmamızın kısıtlılıkları ise başta örneklemin küçük olması ve örneklem içerisindeki cerrahi çeşitlerinin oldukça heterojen olmasıdır. Öte yandan izlem süresi kısa olması sebebiyle uzun vadedeki psikolojik iyilik halinin ne düzeyde olduğu değerlendirilememiştir.

6. ÖNEMLİ BULGULAR, SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda cerrahi sonrası psikolojik iyilik hali çok daha güçlü şekilde incelenmiştir. Sonuçlar aşağıda maddeler halinde sıralanmıştır:

- Cerrahi sonrası çocuklar için ebeveynin bildirdiği fiziksel ve psikososyal ÇİYKÖ puanının geçirilmiş cerrahi sayısı ile negatif korelasyona sahip olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte cerrahi sonrası ebeveynin depresif belirti düzeyi, genel belirti düzeyi ve uyum bozucu ve duygu odaklı başa çıkma tutumu puanları arttıkça çocuklar için cerrahi sonrası ÇİYKÖ toplam puanının ve psikososyal puanının azaldığı görülmüştür.
- Çocuklarda cerrahi sonrası hem ebeveynin bildirdiği hem de kendi öz bildirim ÇİYKÖ toplam puanını en çok yordayan değişkenler SCL-90 Genel Şiddet skoru, geçirilmiş cerrahi sayısı ve cinsiyet olarak bulunmuştur.
- Cerrahi sonrası annenin genel belirti düzeyi ailenin çocuk için bildirdiği genel belirti puanı (GGA) ve çocuğun öz bildirim depresyon ve sürekli kaygı puanı ile pozitif korelasyona sahip olduğu, fiziksel ÇİYKÖ puanı ve ebeveyn gözünden ÇİYKÖ puanlarının tümü ile negatif korelasyona sahip olduğu bulunmuştur.
- Annenin cerrahi sonrası kaygı ve depresif belirti düzeyi ile ebeveyn gözünden cerrahi sonrası çocuklar için ÇİYKÖ puanlarının tümü ile negatif korelasyona sahip olduğu bulunmuştur.
- Endürolojik cerrahi grubunun toplam GGA puanı cerrahi öncesi ile sonrası arasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde artmıştır.
- Minör cerrahi grubunda cerrahi öncesi öz bildirim fiziksel ÇİYKÖ puanı istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuşken, bu grupta cerrahi sonrası öz bildirim ÇİYKÖ toplam puanının istatistiksel olarak arttığı görülmüştür.
- Minör cerrahi grubundaki çocukların ebeveynlerinin ameliyat öncesi BDÖ ve SCL- 90 genel belirti düzeyi puanı, majör cerrahi grubundan istatistiksel olarak belirgin derecede düşüktür.

Bu bulgular eşliğinde yapılacak cerrahi bir girişim öncesinde çocuğun ve ailenin bilgilendirilmesi, psikolojik olarak sürece hazırlanmasının ne kadar önemli olduğu bir kez daha ortaya çıkmıştır. Özellikle tekrarlayan cerrahi işlem hikayesi olanlarda hazırlık sürecinin çok daha önemli olduğu anlaşılmıştır. Ebeveyn, özellikle anne, hazırlığının ve bilgilendirilmesinin çocuğun geçireceği zorlu sürece de katkısı olacağı ortaya konmuştur. Ameliyat sonrası süreçle ilgili olarak da cerrahinin tipi (açık veya minimal invaziv cerrahi) değil altta yatan hastalığın ve geçirilecek işlemin kendisinin (minör veya majör cerrahi) daha önemli olduğu görülmüştür.

7. GELECEKTEKİ ÇALIŞMALAR İÇİN ÖNERİLER

- Altta yatan medikal hastalıkların etkisinin psikolojik iyilik hali üzerine etkisinin daha detaylı bir şekilde değerlendirilmesi
- Gelecekteki çalışmaların daha büyük örneklem ile yapılması, izlem süresinin daha uzun ve takip aralıklarının sık sık ve çoklu kereler olması
- Ameliyat sonrası erken dönem ağrı değerlendirilmesinin yapılması ve akut dönemdeki ağrı deneyiminin uzun dönem etkisinin incelenmesi

8. KAYNAKLAR

1. Radmayr C, Bogaert G, Dogan HS, Nijman R, Silay MS, Stein R, et al. EAU Guidelines on Paediatric Urology 2020. European Association of Urology Guidelines 2020 Edition. presented at the EAU Annual Congress Amsterdam 2020. Arnhem, The Netherlands: European Association of Urology Guidelines Office; 2020.
2. Yao DF, Weinberg AC, Penna FJ, Huang L, Freilich DA, Minnillo BJ, et al. Quality of life in children with vesicoureteral reflux as perceived by children and parents. *Journal of Pediatric Urology*. 2011;7(3):261-5.
3. Constitution of the World Health Organization. *American Journal of Public Health and the Nations Health*. 1946;36(11):1315-23.
4. Schönbacher VB, Landolt MA, Gobet R, Weber DM. Health-related quality of life and psychological adjustment of children and adolescents with hypospadias. *J Pediatr*. 2008;152(6):865-72.
5. Minnillo BJ, Barbosa JA, Carvas FA, Penna FJ, Huang L, Ziniel S, et al. Development and initial validation of a disease specific quality of life survey for children with vesicoureteral reflux. *J Urol*. 2012;187(5):1828-33.
6. Georgeson KE, Owings E. Advances in minimally invasive surgery in children. *Am J Surg*. 2000;180(5):362-4.
7. Albersen M, Cartwright R, Choyke P, Goldenberg SL, Goldman H, Lawrentschuk N, et al. Looking forward, looking back-10 years in urology. *Nat Rev Urol*. 2014;11(11):649-55.
8. Firilas AM, Jackson RJ, Smith SD. Minimally invasive surgery: the pediatric surgery experience. *J Am Coll Surg*. 1998;186(5):542-4.
9. Malkan AD, Loh AH, Sandoval JA. Minimally invasive surgery in the management of abdominal tumors in children. *J Pediatr Surg*. 2014;49(7):1171-6.
10. Romao RL, Weber B, Gerstle JT, Grant R, Pippi Salle JL, Bägli DJ, et al. Comparison between laparoscopic and open radical nephrectomy for the treatment of primary renal tumors in children: single-center experience over a 5-year period. *J Pediatr Urol*. 2014;10(3):488-94.
11. Smith RP, Oliver JL, Peters CA. Pediatric robotic extravesical ureteral reimplantation: comparison with open surgery. *J Urol*. 2011;185(5):1876-81.
12. Barbosa JA, Barayan G, Gridley CM, Sanchez DC, Passerotti CC, Houck CS, et al. Parent and patient perceptions of robotic vs open urological surgery scars in children. *J Urol*. 2013;190(1):244-50.
13. Lawrence K, McWhinnie D, Goodwin A, Gray A, Gordon J, Storie J, et al. An economic evaluation of laparoscopic versus open inguinal hernia repair. *J Public Health Med*. 1996;18(1):41-8.
14. Waldhausen JH, Tapper D. Is pediatric laparoscopic splenectomy safe and cost-effective? *Arch Surg*. 1997;132(8):822-4.
15. Esposito C, Lima M, Mattioli G, Mastroianni L, Centonze A, Monguzzi GL, et al. Complications of pediatric urological laparoscopy: mistakes and risks. *J Urol*. 2003;169(4):1490-2; discussion 2.

16. Elsamra SE, Theckumparampil N, Garden B, Alom M, Waingankar N, Leavitt DA, et al. Open, laparoscopic, and robotic ureteroneocystotomy for benign and malignant ureteral lesions: a comparison of over 100 minimally invasive cases. *J Endourol.* 2014;28(12):1455-9.
17. Tobias JD. Anaesthesia for minimally invasive surgery in children. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2002;16(1):115-30.
18. Tejwani R, Young BJ, Wang H-HS, Wolf S, Purves JT, Wiener JS, et al. Open versus minimally invasive surgical approaches in pediatric urology: Trends in utilization and complications. *Journal of Pediatric Urology.* 2017;13(3):283.e1-.e9.
19. Ganz PA. Quality of life and the patient with cancer. Individual and policy implications. *Cancer.* 1994;74(4 Suppl):1445-52.
20. Reaman GH, Haase GM. Quality of life research in childhood cancer: The time is now. *Cancer.* 1996;78(6):1330-2.
21. Ganz PA. Long-range effect of clinical trial interventions on quality of life. *Cancer.* 1994;74(9 Suppl):2620-4.
22. Uysal Y, Mert E. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ve iyilik: görünmeyi ölçmek. *Türkiye Klinikleri J Farm Med- Special Topics.* 2014;5(3):1-5.
23. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science.* 1977;196(4286):129-36.
24. Tanrıöver Ö, Akan H. "Yaşam Kalitesi"nin ölçülmesinin tarihçesi. *Türkiye Klinikleri J Farm Med- Special Topics.* 2014;5(3):6-8.
25. Group WqolTW, editor World Health Organization Quality of Life Assessment. *World Health Forum;* 1996.
26. Group W. Measuring quality of life. Geneva: The World Health Organization. 1997:1-13.
27. Long PH. On the quantity and quality of life. *Medical times.* 1960;88:613-9.
28. Eiser C. Children's quality of life measures. *Archives of disease in childhood.* 1997;77(4):350-4.
29. Fekkes M, Theunissen N, Brugman E, Veen S, Verrips E, Koopman H, et al. Development and psychometric evaluation of the TAPQOL: a health-related quality of life instrument for 1–5-year-old children. *Quality of Life Research.* 2000;9(8):961-72.
30. Harding L. Children's quality of life assessments: a review of generic and health related quality of life measures completed by children and adolescents. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice.* 2001;8(2):79-96.
31. Matza LS, Swensen AR, Flood EM, Secnik K, Leidy NK. Assessment of health-related quality of life in children: a review of conceptual, methodological, and regulatory issues. *Value in health.* 2004;7(1):79-92.
32. Eiser C, Mohay H, Morse R. The measurement of quality of life in young children. *Child: care, health and development.* 2000;26(5):401-14.
33. Rebok G, Riley A, Forrest C, Starfield B, Green B, Robertson J, et al. Elementary school-aged children's reports of their health: a cognitive interviewing study. *Quality of life research.* 2001;10(1):59-70.

34. Sawyer MG, Reynolds KE, Couper JJ, French DJ, Kennedy D, Martin J, et al. Health-related quality of life of children and adolescents with chronic illness—a two year prospective study. *Quality of life research*. 2004;13(7):1309-19.
35. Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *Bmj*. 2002;324(7351):1417.
36. Herndon DN, Lemaster J, Beard S, Bernstein N, Lewis SR, Rutan TC, et al. The quality of life after major thermal injury in children: an analysis of 12 survivors with greater than or equal to 80% total body, 70% third-degree burns. *The journal of Trauma*. 1986;26(7):609-19.
37. Ditesheim JA, Templeton Jr JM. Short-term v long-term quality of life in children following repair of high imperforate anus. *Journal of pediatric surgery*. 1987;22(7):581-7.
38. Henning P, Tomlinson L, Rigden S, Haycock G, Chantler C. Long term outcome of treatment of end stage renal failure. *Archives of disease in childhood*. 1988;63(1):35-40.
39. Eiser C, Morse R. Quality-of-life measures in chronic diseases of childhood. *Health technology assessment (Winchester, England)*. 2001;5(4):1-157.
40. Rabbitts JA, Groenewald CB, Tai GG, Palermo TM. Presurgical psychosocial predictors of acute postsurgical pain and quality of life in children undergoing major surgery. *J Pain*. 2015;16(3):226-34.
41. Taskinen S, Suominen JS, Mattila AK. Health-related Quality of Life and Mental Health in Adolescents and Adults Operated for Bladder Exstrophy and Epispadias. *Urology*. 2015;85(6):1515-9.
42. Tükel R, Alkin T. *Anksiyete bozukluklari*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayinlari. 2006:3-17.
43. Özakkaş T. *ANKSİYETE BOZUKLUKLARI VE TEDAVİSİ*. 2014.
44. Organization WH. *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. World Health Organization; 2017.
45. Birliđi AP. *Ruhsal bozuklukların tanısasal sayımsal el kitabı (DSM-V)*. Çev: E. Körođlu.(5. baskı) Ankara: Hekimler Yayın Birliđi; 2013.
46. AV Ş. *Genel anestezi alacak çocukların ebeveyn anksiyetesinin değerlendirilmesi*. Trakya Üniversitesi Tıp Fakóltesi Anestezi ve Ranimasyon Uzmanlık Tezi, Edirne. 2013.
47. Sims A, Owen D. *Pyschiatry*: London: Bailliere Tinal Limit; 1993. 88-97 p.
48. Thompson ML. Information-seeking coping and anxiety in school-age children anticipating surgery. *Children's Health Care*. 1994;23(2):87-97.
49. Ellerton ML, Merriam C. Preparing children and families psychologically for day surgery: an evaluation. *Journal of Advanced Nursing*. 1994;19(6):1057-62.
50. Rudolph KD, Dennig MD, Weisz JR. Determinants and consequences of children's coping in the medical setting: conceptualization, review, and critique. *Psychological bulletin*. 1995;118(3):328.
51. Bevan JC, Johnston C, Haig MJ, Tousignant G, Lucy S, Kirnon V, et al. Preoperative parental anxiety predicts behavioural and emotional responses to induction of anaesthesia in children. *Canadian Journal of Anaesthesia*. 1990;37(2):177-82.

52. Tsao JC, Lu Q, Myers CD, Kim SC, Turk N, Zeltzer LK. Parent and child anxiety sensitivity: relationship to children's experimental pain responsivity. *The Journal of Pain*. 2006;7(5):319-26.
53. Messeri A, Caprilli S, Busoni P. Anaesthesia induction in children: a psychological evaluation of the efficiency of parents' presence. *Pediatric Anesthesia*. 2004;14(7):551-6.
54. LITMAN R, BERGER A, CHHIBBER A. An evaluation of preoperative anxiety in a population of parents of infants and children undergoing ambulatory surgery. *Pediatric Anesthesia*. 1996;6(6):443-7.
55. Visintainer MA, Wolfer JA. Psychological preparation for surgical pediatric patients: The effect on children's and parents' stress responses and adjustment. *Pediatrics*. 1975;56(2):187-202.
56. Alper Y. Depresyon psikoterapisi: Alfa; 2001.
57. Hıfzısıhha TSBRS, Müdürlüğü MBHM, Üniversitesi B. Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet-Etkililik Projesi, Hastalık Yükü Final Raporu. Ankara: Başkent Üniversitesi. 2004.
58. Bonin L. Pediatric unipolar depression: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis. UpToDate, Post, TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. 2017.
59. Wesselhoeft R, Sørensen MJ, Heiervang ER, Bilenberg N. Subthreshold depression in children and adolescents—a systematic review. *Journal of affective disorders*. 2013;151(1):7-22.
60. Avenevoli S, Swendsen J, He JP, Burstein M, Merikangas KR. Major depression in the national comorbidity survey-adolescent supplement: prevalence, correlates, and treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015;54(1):37-44.e2.
61. Douglas J, Scott J. A systematic review of gender-specific rates of unipolar and bipolar disorders in community studies of pre-pubertal children. *Bipolar disorders*. 2014;16(1):5-15.
62. Tutkunkardaş MD, KILINÇASLAN A. Çocuk ve ergenlerde depresyonun ilaçla tedavisi: bir gözden geçirme. *Journal of Mood Disorders*. 2011;1(1):34-45.
63. Hillstrom KA, Graves JK. A Review of Depression and Quality of Life Outcomes in Adolescents Post Bariatric Surgery. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 2015;28(1):50-9.
64. Klausner RD, Tom LWC, Schindler PD, Potsic WP. Depression in Children After Tonsillectomy. *Archives of Otolaryngology–Head & Neck Surgery*. 1995;121(1):105-8.
65. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children–Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(7):980-8.
66. Ünal F, Öktem F, Çetin Çuhadaroğlu F, Çengel Kültür SE, Akdemir D, Foto Özdemir D, et al. [Reliability and Validity of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children–Present and Lifetime Version, DSM-5 November 2016-Turkish Adaptation (K-SADS-PL-DSM-5-T)]. *Turk Psikiyatri Derg*. 2019;30(1):42-50.

67. Varni JW, Seid M, Rode CA. The PedsQL: measurement model for the pediatric quality of life inventory. *Med Care*. 1999;37(2):126-39.
68. Memik NÇ, Ağaoğlu B, Coşkun A, Üneri ÖŞ, Karakaya I. Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeğinin 13-18 yaş ergen formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007;18(4):353-63.
69. Kovacs M. Rating scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiatrica: International Journal of Child & Adolescent Psychiatry*. 1981.
70. Öy B. Çocuklar için depresyon ölçeği: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1991;2(2):132-6.
71. Spielberger CD, Gonzalez-Reigosa F, Martinez-Urrutia A, Natalicio LF, Natalicio DS. The State-Trait Anxiety Inventory. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*. 1971;5(3 & 4).
72. Özusta Ş. Çocuklar için durumluk-sürekli kaygı envanterinin uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1995;10(34):32-44.
73. Goodman R, Meltzer H, Bailey V. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1998;7(3):125-30.
74. Dursun OB, Öğütlü H, Esin İ S. Psychometric Properties of Turkish Version of the Strength and Difficulties Questionnaire for Age 2-4. *Noro Psikiyatr Ars*. 2020;57(1):44-9.
75. Beck AT, Ward C, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. Beck depression inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4(6):561-71.
76. Durak A, PALABIYIKOĞLU R. Beck Umutsuzluk Ölçeği Geçerlilik Çalışması. *Kriz dergisi*. 1994;2(2):311-9.
77. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56(6):893-7.
78. Ulusoy M, Sahin N, Erkmn H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory. Psychometric properties *J Cognit Psychother*1996. 1996;46:125-32.
79. Derogatis LR. scl-90-r: Johns Hopkins University; 1975.
80. Gökler B. Nevrotik kadın hastaların ilkökul çağındaki çocuklarının ruhsal belirtiler yönünden değerlendirilmesi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Bölümü,(Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). 1978.
81. KILIÇ M. Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)'nin geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 1991;1(2):45-52.
82. Dağ I. Belirti Tarama Listesi (Scl-90-R)'nin Üniversite Öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. [Reliability and validity of the Symptom Check List (SCL-90-R) for university students.]. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1991;2(1):5-12.
83. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*. 1989;56(2):267.
84. Thiese MS, Ronna B, Ott U. P value interpretations and considerations. *Journal of Thoracic Disease*. 2016;8(9):E928-E31.
85. Chowdhury MZI, Turin TC. Variable selection strategies and its importance in clinical prediction modelling. *Fam Med Community Health*. 2020;8(1):e000262.

86. Duckett JW, Walker RD, Weiss R. Surgical results: International Reflux Study in Children--United States branch. *J Urol*. 1992;148(5 Pt 2):1674-5.
87. Elder JS, Diaz M, Caldamone AA, Cendron M, Greenfield S, Hurwitz R, et al. Endoscopic therapy for vesicoureteral reflux: a meta-analysis. I. Reflux resolution and urinary tract infection. *J Urol*. 2006;175(2):716-22.
88. Vernon DT, Schulman JL, Foley JM. Changes in children's behavior after hospitalization. Some dimensions of response and their correlates. *Am J Dis Child*. 1966;111(6):581-93.
89. Kotiniemi LH, Ryhänen PT, Moilanen IK. Behavioural changes in children following day-case surgery: a 4-week follow-up of 551 children. *Anaesthesia*. 1997;52(10):970-6.
90. Manley CB. Elective genital surgery at one year of age: psychological and surgical considerations. *Surg Clin North Am*. 1982;62(6):941-53.
91. Grimes DA, Schulz KF. Bias and causal associations in observational research. *The Lancet*. 2002;359(9302):248-52.
92. Hülser K, Dubowy KO, Knobl H, Meyer H, Schölmerich A. Developmental outcome and psychosocial adjustment in children after surgery for congenital heart disease during infancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2007;25(2):139-51.
93. Kain ZN, Mayes LC, O'Connor TZ, Cicchetti DV. Preoperative anxiety in children. Predictors and outcomes. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1996;150(12):1238-45.
94. Kain ZN, Mayes LC, Caramico LA. Preoperative preparation in children: a cross-sectional study. *J Clin Anesth*. 1996;8(6):508-14.
95. Villanueva CA. Open vs robotic infant ureteroureterostomy. *J Pediatr Urol*. 2019;15(4):390.e1-.e4.
96. Colaco M, Hester A, Visser W, Rasper A, Terlecki R. Relative to open surgery, minimally-invasive renal and ureteral pediatric surgery offers no improvement in 30-day complications, yet requires longer operative time: Data from the National Surgical Quality Improvement Program Pediatrics. *Investig Clin Urol*. 2018;59(3):200-5.
97. Capozza N, Caione P. Vesicoureteral reflux: surgical and endoscopic treatment. *Pediatr Nephrol*. 2007;22(9):1261-5.
98. Eiser C, Jenney M. Measuring quality of life. *Arch Dis Child*. 2007;92(4):348-50.
99. Ronen GM, Streiner DL, Rosenbaum P. Health-related quality of life in children with epilepsy: development and validation of self-report and parent proxy measures. *Epilepsia*. 2003;44(4):598-612.
100. Yao DF, Weinberg AC, Penna FJ, Huang L, Freilich DA, Minnillo BJ, et al. Quality of life in children with vesicoureteral reflux as perceived by children and parents. *J Pediatr Urol*. 2011;7(3):261-5.
101. Pennison MC, Mednick L, Rosoklija I, Grant R, Price D, Huang L, et al. Health Related Quality of Life in Patients with Bladder Exstrophy: A Call for Targeted Interventions. *Journal of Urology*. 2014;191(5S):1553-7.
102. Major P, Stefura T, Dziurawicz B, Radwan J, Wysocki M, Malczak P, et al. Quality of Life 10 Years After Bariatric Surgery. *Obes Surg*. 2020;30(10):3675-84.
103. Worrell SG, Dedhia P, Gilbert C, James C, Chang AC, Lin J, et al. The cost and quality of life outcomes in developing a robotic lobectomy program. *J Robot Surg*. 2019;13(2):239-43.

104. Garetz SL, Mitchell RB, Parker PD, Moore RH, Rosen CL, Giordani B, et al. Quality of life and obstructive sleep apnea symptoms after pediatric adenotonsillectomy. *Pediatrics*. 2015;135(2):e477-86.
105. Brosig CL, Mussatto KA, Kuhn EM, Tweddell JS. Psychosocial outcomes for preschool children and families after surgery for complex congenital heart disease. *Pediatr Cardiol*. 2007;28(4):255-62.
106. Theunissen NC, Vogels TG, Koopman HM, Verrips GH, Zwinderman KA, Verloove-Vanhorick SP, et al. The proxy problem: child report versus parent report in health-related quality of life research. *Qual Life Res*. 1998;7(5):387-97.
107. Lewis KJS, Mars B, Lewis G, Rice F, Sellers R, Thapar AK, et al. Do parents know best? Parent-reported vs. child-reported depression symptoms as predictors of future child mood disorder in a high-risk sample. *Journal of Affective Disorders*. 2012;141(2):233-6.
108. Eg J, Bilenberg N, Costello EJ, Wesselhoeft R. Self- and parent-reported depressive symptoms rated by the mood and feelings questionnaire. *Psychiatry Res*. 2018;268:419-25.
109. Muris P, Meesters C, Spinder M. Relationships between child- and parent-reported behavioural inhibition and symptoms of anxiety and depression in normal adolescents. *Personality and Individual Differences*. 2003;34(5):759-71.
110. Salbach-Andrae H, Klinkowski N, Lenz K, Lehmkuhl U. Agreement between youth-reported and parent-reported psychopathology in a referred sample. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2009;18(3):136-43.
111. Bakula DM, Sharkey CM, Perez MN, Espeleta HC, Gamwell KL, Baudino M, et al. The Relationship Between Parent Distress and Child Quality of Life in Pediatric Cancer: A Meta-Analysis. *J Pediatr Nurs*. 2020;50:14-9.
112. Sağlık DS, Çağlar S. The Effect of Parental Presence on Pain and Anxiety Levels During Invasive Procedures in the Pediatric Emergency Department. *J Emerg Nurs*. 2019;45(3):278-85.
113. Monti JD, Rudolph KD. Maternal depression and trajectories of adolescent depression: The role of stress responses in youth risk and resilience. *Dev Psychopathol*. 2017;29(4):1413-29.
114. Matsuda M, Takemura H, Yamashita A, Matsuoka Y, Sawa T, Amaya F. Post-surgical chronic pain and quality of life in children operated for congenital heart disease. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2019;63(6):745-50.
115. Marciano RC, Cardoso MGF, Vasconcelos MMA, Paula JJ, Oliveira EA, Lima EM. Depression, anxiety and quality of life impairment in parents of children with functional lower urinary tract dysfunction. *J Pediatr Urol*. 2020;16(6):838.e1-e7.
116. Oh DL, Jerman P, Silvério Marques S, Koita K, Purewal Boparai SK, Burke Harris N, et al. Systematic review of pediatric health outcomes associated with childhood adversity. *BMC Pediatr*. 2018;18(1):83.
117. le Coq EM, Boeke AJ, Bezemer PD, Colland VT, van Eijk JT. Which source should we use to measure quality of life in children with asthma: the children themselves or their parents? *Qual Life Res*. 2000;9(6):625-36.
118. Senses Dinc G, Cak T, Cengel Kultur E, Bilginer Y, Kul M, Topaloglu R. Psychiatric morbidity and different treatment modalities in children with chronic kidney disease. *Archives de Pédiatrie*. 2019;26(5):263-7.

119. Yuan W, Yu KH, Palmer N, Stanford FC, Kohane I. Evaluation of the association of bariatric surgery with subsequent depression. *Int J Obes (Lond)*. 2019;43(12):2528-35.
120. Kain ZN, Mayes LC, Cicchetti DV, Bagnall AL, Finley JD, Hofstadter MB. The Yale Preoperative Anxiety Scale: how does it compare with a "gold standard"? *Anesth Analg*. 1997;85(4):783-8.
121. Kain ZN, Mayes LC, Caldwell-Andrews AA, Karas DE, McClain BC. Preoperative anxiety, postoperative pain, and behavioral recovery in young children undergoing surgery. *Pediatrics*. 2006;118(2):651-8.
122. Kain ZN, Caldwell-Andrews AA, LoDolce ME, Krivutza DM, Wang S-M. The perioperative behavioral stress response in children. *Anesthesiology*. 2002;96(A1242):A1242.
123. Kain ZN, Caldwell-Andrews AA, Maranets I, McClain B, Gaal D, Mayes LC, et al. Preoperative anxiety and emergence delirium and postoperative maladaptive behaviors. *Anesth Analg*. 2004;99(6):1648-54, table of contents.
124. Selvi I, Hajiyeve P, Ekberli G, Baklacı U, Soygur T, Burgu B. The effects of primary and recurrent pediatric urological surgeries on parental anxiety levels. *Journal of Pediatric Urology*. 2020;16(5):652.e1-e9.
125. Perктаş E, Özmert E, Kültür E, Karagöz T, Profesörü P. Kardiyak kateterizasyon işlemine hazırlanmanın 8-14 yaş grubu çocuk ve ergenlerin kaygı düzeylerine etkisi. *Cocuk Sagligi ve Hastaliklari Dergisi*. 2017;60(4).
126. Hurrell RA, Fullwood C, Keys J, Dickson AP, Fishwick J, Whitnall B, et al. Psychosocial screening at paediatric BEEC clinics: A pilot evaluation study. *Journal of Pediatric Urology*. 2015;11(2):79.e1-e6.
127. Ben-Amitay G, Kosov I, Reiss A, Toren P, Yoran-Hegesh R, Kotler M, et al. Is elective surgery traumatic for children and their parents? *J Paediatr Child Health*. 2006;42(10):618-24.
128. Kain ZN, Caldwell-Andrews AA, Wang SM, Krivutza DM, Weinberg ME, Mayes LC. Parental intervention choices for children undergoing repeated surgeries. *Anesth Analg*. 2003;96(4):970-5, table of contents.

9. EKLER

Ek-1. Formları Doldurmanın Adı Soyadı / Yakınlık Derecesi

ÇOCUĞUN ADI SOYADI	DOĞUM TARİHİ
CİNSİYETİ kız _____ erkek _____	ULAŞILACAK TELEFON NO
KAÇINCI SINIFA GİDİYOR	DERS BAŞARISI sınıfta kalır _____ düz geçer _____ teşekkür alır _____ takdir alır _____
ANNE YAŞI	ANNE EĞİTİMİ ilk _____ orta _____ lise _____ üniversite _____
ANNE İŞ; ev hanımı _____ işçi _____ memur _____ emekli _____ serbest _____ Çalışıyorsa geliri; 2.500TL ve altı _____ 2.500-5.000 TL arası _____ 5.000-10.000 TL arası _____ 10.000 TL üstü _____	
ANNE SAĞLIĞI sağlıklı _____ sürekli ilaç kullanımı gerektiren hastalık _____	
BABA YAŞ	BABA EĞİTİMİ ilk _____ orta _____ lise _____ üniversite _____
BABA İŞ; işsiz _____ işçi _____ memur _____ emekli _____ serbest _____ Çalışıyorsa geliri; 2.500TL ve altı _____ 2.500-5.000 TL arası _____ 5.000-10.000 TL arası _____ 10.000 TL üstü _____	
BABA SAĞLIĞI sağlıklı _____ sürekli ilaç kullanımı gerektiren hastalık _____	
KARDEŞ VAR _____ YOK _____ TANE _____	
KARDEŞLERİN SAĞLIK DURUMU sağlıklı _____ sürekli ilaç kullanımı gerektiren hastalık _____	
AİLEDE RUHSAL HASTALIK YOK _____ VAR _____ (lütfen açıklayınız)	
AİLE YAPISI ÇEKİRDEK _____ GENİŞ _____ BÖLÜNÜŞ _____ (lütfen açıklayınız)	
AİLEDE BENZER ÜROLOJİK HASTALIK ÖYKÜSÜ YOK _____ VAR _____ (lütfen açıklayınız)	

Ek-2. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (Çocuk Formu)

Son bir ay içinde aşağıdakiler senin için ne kadar sorun yarattı?

Sağlığım ve aktivitelerim ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Bir bloktan fazla yürümek bana zor gelir	0	1	2	3	4
2. Koşmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
5. Kendi başıma duş ya da banyo yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
7. Bir yerim acır ya da ağrır	0	1	2	3	4
8. Enerjim azdır	0	1	2	3	4
Duygularım ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissedirim	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissedirim	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissedirim	0	1	2	3	4
4. Uyumakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4
5. Bana ne olacağı konusunda endişelenirim	0	1	2	3	4
Başkaları ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Yaşıtlarımla geçinmekte sorun yaşıyorum	0	1	2	3	4
2. Yaşıtlarım benimle arkadaş olmak istemezler	0	1	2	3	4
3. Yaşıtlarım benimle alay eder	0	1	2	3	4
4. Yaşıtlarımın yapabildikleri şeyleri yapamam	0	1	2	3	4
5. Yaşıtlarımla oyun oynarken geri kalırım	0	1	2	3	4
Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Sınıfta dikkatimi toplamakta zorlanırım	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unuturum	0	1	2	3	4
3. Derslerimden geri kalmamak için zorluk çekerim	0	1	2	3	4
4. Kendimi iyi hissetmediğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (Anne-baba Formu)

Son bir ay içinde aşağıdakiler çocuğunuz için ne kadar sorun yarattı?

Fiziksel işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Bir bloktan fazla yürümek	0	1	2	3	4
2. Koşmak	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak	0	1	2	3	4
5. Kendi başına duş ya da banyo yapmak	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak	0	1	2	3	4
7. Acısının ya da ağrısının olması	0	1	2	3	4
8. Düşük enerji düzeyi	0	1	2	3	4
Duygusal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissetmek	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissetmek	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissetmek	0	1	2	3	4
4. Uyku ile ilgili zorluklar	0	1	2	3	4
5. Kendisine ne olacağı konusunda endişe duymak	0	1	2	3	4
Sosyal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Yaşlıları ile geçimi	0	1	2	3	4
2. Yaşlılarının onunla arkadaş olmak istememesi	0	1	2	3	4
3. Yaşlıları tarafından alay edilmesi	0	1	2	3	4
4. Yaşlılarının yapabildiği şeyleri yapamaması	0	1	2	3	4
5. Yaşlılarına ayak uyduramaması	0	1	2	3	4
Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Sınıfta dikkatini toplayamaması	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unutması	0	1	2	3	4
3. Derslerinden geri kalması	0	1	2	3	4
4. Kendini iyi hissetmediği için okula gidememesi	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiği için okula gidememesi	0	1	2	3	4

Ek-3. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (Kendisi)

Adı, Soyadı:

Tarih:

Cinsiyeti:

Okul:

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her grup için, bugün dahil son iki hafta içinde size en uygun olan cümlenin yanındaki numarayı daire içine almız.

- A) 1- Kendimi arada sırada üzgün hissederim.
2- Kendimi sık sık üzgün hissederim.
3- Kendimi her zaman üzgün hissederim.
- B) 1- İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.
2- İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.
3- İşlerim yolunda gidecek.
- C) 1- İşlerimin çoğunu doğru yaparım.
2- İşlerimin çoğunu yanlış yaparım.
3- Herşeyi yanlış yaparım.
- D) 1- Birçok şeyden hoşlanırım.
2- Bazı şeylerden hoşlanırım.
3- Hiçbir şeyden hoşlanmam.
- E) 1- Her zaman kötü bir çocuğum.
2- Çoğu zaman kötü bir çocuğum.
3- Arada sırada kötü bir çocuğum.

- F) 1- Arada sırada başıma kötü birşeylerin geleceğini düşünürüm.
2- Sık sık başıma kötü şeylerin geleceğinden endişelenirim.
3- Başıma çok kötü şeylerin geleceğinden eminim.
- G) 1- Kendimden nefret ederim.
2- Kendimi beğenmem.
3- Kendimi beğenirim.
- H) 1- Bütün kötü şeyler benim hatam.
2- Kötü şeylerin bazıları benim hatam
3- Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.
- I) 1- Kendimi öldürmeyi düşünmem.
2- Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam.
3- Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.
- İ) 1- Hergün içimden ağlamak gelir.
2- Birçok günler içimden ağlamak gelir.
3- Arada sırada içimden ağlamak gelir.
- J) 1- Herşey hergün beni sıkır.
2- Herşey sık sık beni sıkır.
3- Herşey arada sırada beni sıkır.
- K) 1- İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.
2- Çoğu zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
3- Hiçbir zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
- L) 1- Herhangi bir şey hakkında karar veremem.
2- Herhangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir.

3- Herhangi birşey hakkında kolayca karar veririm.

M) 1- Güzel, yakışıklı sayılırım.

2- Güzel, yakışıklı olmayan yanlarım var.

3- Çirkinim.

N) 1- Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.

2- Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.

3- Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.

O) 1- Her gece uyumakta zorluk çekerim.

2- Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.

3- Oldukça iyi uyurum.

Ö) 1- Arada sırada kendimi yorgun hissederim.

2- Birçok gün kendimi yorgun hissederim.

3- Her zaman kendimi yorgun hissederim.

P) 1- Hemen hergün canım yemek yemek istemez.

2- Çoğu gün canım yemek yemek istemez.

3- Oldukça iyi yemek yerim.

R) 1- Ağrı ve sızılardan endişe etmem.

2- Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.

3- Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.

S) 1- Kendimi yalnız hissetmem.

2- Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.

3- Her zaman kendimi yalnız hissederim.

Ş) 1- Okuldan hiç hoşlanmam.

2- Arada sırada okuldan hoşlanırım.

3- Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.

T) 1- Birçok arkadaşım var.

2- Birçok arkadaşım var ama daha fazla olmasını hissedirdim.

3- Hiç arkadaşım yok.

U) 1- Okul başarıml iyi.

2- Okul başarıml eskisi kadar iyi değil.

3- Eskiden iyi olduğum derslerden çok başarısızım.

Ü) 1- Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.

2- Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.

3- Diğer çocuklar kadar iyiyim.

V) 1- Kimse beni sevmez.

2- Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.

3- Beni seven insanların olduğundan eminim.

Y) 1- Bana söyleneni genellikle yaparım.

2- Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.

3- Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.

Z) 1- İnsanlarla iyi geçinirim.

2- İnsanlarla sık sık kavga ederim.

3- İnsanlarla her zaman kavga ederim.

Ek-4. Çocuklar İçin Durumluk Kaygı Envanteri

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

1. Kendimi	<input type="checkbox"/> çok sakin hissediyorum	<input type="checkbox"/> sakin hissediyorum	<input type="checkbox"/> sakin hissetmiyorum
2. Kendimi	<input type="checkbox"/> çok öfkeli hissediyorum	<input type="checkbox"/> öfkeli hissediyorum	<input type="checkbox"/> öfkeli hissetmiyorum
3. Kendimi	<input type="checkbox"/> çok huzurlu hissediyorum	<input type="checkbox"/> huzurlu hissediyorum	<input type="checkbox"/> huzurlu hissetmiyorum
4. Kendimi	<input type="checkbox"/> çok sinirli hissediyorum	<input type="checkbox"/> sinirli hissediyorum	<input type="checkbox"/> sinirli hissetmiyorum
5. Kendimi	<input type="checkbox"/> çok huzursuz hissediyorum	<input type="checkbox"/> huzursuz hissediyorum	<input type="checkbox"/> huzursuz hissetmiyorum
6. Kendimi	<input type="checkbox"/> çok dinlenmiş hissediyorum	<input type="checkbox"/> dinlenmiş hissediyorum	<input type="checkbox"/> dinlenmiş hissetmiyorum
7. Kendimi	<input type="checkbox"/> çok ürkmüş hissediyorum	<input type="checkbox"/> ürkmüş hissediyorum	<input type="checkbox"/> ürkmüş hissetmiyorum
8. Kendimi	<input type="checkbox"/> çok rahatlamış hissediyorum	<input type="checkbox"/> rahatlamış hissediyorum	<input type="checkbox"/> rahatlamış hissetmiyorum
9. Kendimi	<input type="checkbox"/> çok endişeli hissediyorum	<input type="checkbox"/> endişeli hissediyorum	<input type="checkbox"/> endişeli hissetmiyorum
10. Kendimi	<input type="checkbox"/> çok hoşnut hissediyorum	<input type="checkbox"/> hoşnut hissediyorum	<input type="checkbox"/> hoşnut hissetmiyorum
11. Kendimi	<input type="checkbox"/> çok korkmuş hissediyorum	<input type="checkbox"/> korkmuş hissediyorum	<input type="checkbox"/> korkmuş hissetmiyorum
12. Kendimi	<input type="checkbox"/> çok mutlu hissediyorum	<input type="checkbox"/> mutlu hissediyorum	<input type="checkbox"/> mutlu hissetmiyorum
13. Kendimden	<input type="checkbox"/> çok eminim	<input type="checkbox"/> eminim	<input type="checkbox"/> emin değilim
14. Kendimi	<input type="checkbox"/> çok iyi hissediyorum	<input type="checkbox"/> iyi hissediyorum	<input type="checkbox"/> iyi hissetmiyorum
15. Kendimi	<input type="checkbox"/> çok başım dertte hissediyorum	<input type="checkbox"/> başım dertte hissediyorum	<input type="checkbox"/> başım dertte hissetmiyorum
16. Bir şeylerin beni	<input type="checkbox"/> çok rahatsız ettiğini hissediyorum	<input type="checkbox"/> rahatsız ettiğini hissediyorum	<input type="checkbox"/> rahatsız ettiğini hissetmiyorum
17. Kendimi	<input type="checkbox"/> çok keyifli hissediyorum	<input type="checkbox"/> keyifli hissediyorum	<input type="checkbox"/> keyifli hissetmiyorum
18. Kendimi	<input type="checkbox"/> çok dehşete kapılmış hissediyorum	<input type="checkbox"/> dehşete kapılmış hissediyorum	<input type="checkbox"/> dehşete kapılmış hissetmiyorum
19. Kafamda	<input type="checkbox"/> herşeyi çok karmakarışık hissediyorum	<input type="checkbox"/> herşeyi karmakarışık hissediyorum	<input type="checkbox"/> hiçbirşeyi karmakarışık hissetmiyorum
20. Kendimi	<input type="checkbox"/> çok neşeli hissediyorum	<input type="checkbox"/> neşeli hissediyorum	<input type="checkbox"/> neşeli hissetmiyorum

ÇOCUKLAR İÇİN SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ

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

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

Ek-5. Güçler Güçlükler Anketi

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamıyorsanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı çocuğunuzun son 6 ay içindeki davranışlarını göz önüne alarak veriniz.

Çocuğunuzun Adı: Kız / Erkek

Doğum Tarihi:

	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
Diğer insanların duygularını önemser.			
Huzursuz ve aşırı hareketlidir, uzun süre kıpırdamadan duramaz.			
Sıkça baş ağrısı, karın ağrısı ve bulantı şikayetleri olur			
Diğer çocuklarla kolayca paylaşır. (yiyeceğini, oyuncasını, kalemını v.s.)			
Sıkça öfke nöbetleri olur yada aşırı sinirlidir.			
Daha çok tek başınadır, yalnız oynama eğilimindedir.			
Genellikle söz dinler, büyüklerin isteklerini yapar.			
Birçok kaygısı vardır. Sıkça endişeli görünür.			
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş yada kendini kötü hissediyor ise ona yardımcı olur.			
Sürekli elleri ayakları kıpır kıpırdır yada oturduğu yerde kıpırdanıp durur.			
En az bir yakın arkadaşı vardır.			
Sıkça diğer çocuklarla kavga eder yada onlarla alay eder.			
Sıkça mutsuz, kederli yada ağlamaklıdır.			
Genellikle diğer çocuklar tarafından sevilir.			
Dikkati kolayca dağılır. Dikkatini toplamakta güçlük çeker.			
Yeni ortamlarda gergin yada huysuzdur. Kendine güvenini kolayca kaybeder.			
Kendinden küçüklere iyi davranır.			
Sıkça yalan söyler yada hile yapar.			
Diğer çocuklar ona takarlar yada onunla alay ederler.			
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, diğer çocuklar) yardım etmeye istekli olur.			
Bir şeyi yapmadan önce düşünür.			
Ev, okul yada başka yerlerden çalar.			
Büyüklerle çocuklardan daha iyi geçinir.			
Pek çok korkusu var. Kolayca ürker.			
Başladığı işi bitirir, dikkat süresi iyidir.			
Belirtmek istediğiniz başka düşünce ya da duygunuz var mı?			

Lütfen sayfayı çeviriniz - arka sayfada birkaç soru daha var

Genel olarak, çocuğunuzun aşağıdaki alanların birinde ya da daha fazlasında güçlükleri olduğunu düşünüyor musunuz: Duygular, dikkati toplama, davranışlar, başkaları ile geçinebilme?

	Hayır	Evet-Biraz	Evet-Oldukça Ciddi	Evet-Çok
Ciddi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eğer yanıtınız "evet" ise, lütfen aşağıdaki bu güçlüklerle ilişkin soruları yanıtlayınız.

- Bir önceki soruda bahsettiğiniz bu güçlükler ne zamandır var?

1 aydan az	1 - 5 ay	6 - 12 ay	Bir yıldan fazla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Bu güçlükler çocuğunuzu sıkıntıya sokuyor ya da moralini bozuyor mu?

	Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok
Fazla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Bu güçlükler aşağıdaki alanlarda, çocuğunuzun günlük yaşamını etkiliyor mu?

	Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok
Fazla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ev yaşamı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arkadaş ilişkileri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sınıf içi öğrenme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boş zaman etkinlikleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Bu güçlükler size ya da ailenize zorluk yaşıyor mu?

	Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok
Fazla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

İmza: Tarih:

Anne / Baba / Diğer (lütfen belirtiniz):

Yardımmız için teşekkür ederiz © Robert Goodman, 2005

Ek-6. Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:..... Tarih:.....

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
 - (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 - (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 - (3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
 - (1) Gelecek için karamsarım.
 - (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 - (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
 - (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
 - (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 - (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 - (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
 - (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 - (3) Herşeyden sıkılıyorum.

- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
- (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
- (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
- (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
- (1) Kendimden pek memnun değilim.
- (2) Kendime kızgınım.
- (3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
- (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
- (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
- (3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
- (1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
- (2) Kendimi öldürmek isterdim.
- (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
- (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
- (2) Çoğu zaman ağlıyorum.
- (3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.

- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
- (1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
- (2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
- (3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
- (1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
- (2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
- (3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.

Toplam BECK-D skoru:

Ek-7. Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:..... Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir.

Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde beni pek etkilemedi	Orta düzeyde hoş değildi ama katlanabildim	Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

Ek-8. SCL-90- R

Adı – Soyadı :

Yaş :

Cinsiyeti :

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun bugün de dahil olmak üzere son bir ay içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak aşağıda belirtilen tanımlamalardan uygun olanının numarasını yanına yazınız. Düşüncenizi değiştirirseniz ilk yazdığınız numarayı tamamen siliniz. Lütfen başlangıç örneğini dikkatle okuyunuz ve anlamadığınız bir cümle ile karşılaştığınızda uygulayan kişiye danışınız.

0: Hiç 1: Çok az 2: Orta derecede 3: Oldukça fazla 4: Aşırı düzeyde

Örnek : Bel ağrısı 3

1. Baş ağrısı
2. Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. Zihinden atamadığınız yineleyici (tekrarlayıcı) hoş gitmeyen düşünceler
4. Baygınlık ve baş dönmeler
5. Cinsel arzuya ilginin kaybı
6. Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
8. Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği fikri
9. Olayları anımsamada (hatırlamada) güçlülük
10. Dikkatsizlik veya sakarlıkla ilgili endişeler
11. Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi
12. Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar
13. Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi
14. Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali
15. Yaşamınızın sona ermesi düşünceleri
16. Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma
17. Titreme
18. Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği düşüncesi
19. İştah azalması
20. Kolayca ağlama
21. Karşı cinsten kişilerle ilgili utangaçlık ve rahatsızlık hissi
22. Tuzağa düşürülmüş veya tuzağa yakalanmış hissi
23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma
24. Kontrol edilmeyen öfke patlamaları
25. Evden dışarı yalnız çıkma korkusu
26. Olanlar için kendini suçlama

27. Belin alt kısmında ağrılar
28. İşlerin yapılmasında erteleme düşüncesi
29. Yalnız hissi
30. Karamsarlık hissi
31. Her şey için çok fazla endişe duyma
32. Her şeye karşı ilgisizlik hali
33. Korku hissi
34. Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali
35. Diğer insanların sizin düşündüklerinizi bilmesi hissi
36. Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu
37. Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi
38. İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapmak
39. Kalbin çok hızlı çarpması
40. Bulantı veya midede rahatsızlık hissi
41. Kendini başkalarından aşağı görme
42. Adele (kas) ağrıları
43. Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi
44. Uykuya dalmada güçlük
45. Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme
46. Karar vermede güçlük
47. Otobüz, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu
48. Nefes almada güçlük
49. Soğuk ve sıcak basması
50. Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelere kaçınma durumu
51. Hiç bir şey düşünmeme hali
52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması
53. Boğazınıza bir yumru tıkanmış hissi
54. Gelecek konusunda ümitsizlik
55. Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlülük
56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi
57. Gerginlik veya coşku hissi
58. Kol ve bacaklarda ağırlık hissi
59. Ölüm ya da ölme düşünceleri
60. Aşırı yemek yeme
61. İnsanlar size batığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma
62. Size ait olmayan düşüncelere sahip olma
63. Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması
64. Sabahın erken saatlerinde uyanma
65. Yıkınma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yenileme hali

66. Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama
67. Bazı şeyleri kırıp dökme isteği
68. Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme
69. Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme
70. Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi
71. Her şeyin bir yük gibi görünmesi
72. Dehşet ve panik nöbetleri
73. Toplum içinde yer içerken huzursuzluk hissi
74. Sık sık tartışmaya girme
75. Yalnız bıraktığınızda sinirlilik hali
76. Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu
77. Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme
78. Yerinizde durmayacak ölçüde rahatsızlık duyma
79. Değersizlik duygusu
80. Size kötü bir şey olacakmış duygusu
81. Bağırma ya da eşyaları fırlatma
82. Topluluk içinde bayılacağınız korkusu
83. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu
84. Cinsellik konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerinizin olması
85. Günahlarınızdan dolayı cezalandırmanız gerektiği düşüncesi
86. Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
88. Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama
89. Suçluluk duygusu
90. Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi

Ek-9. COPE

Adiniz:

Yasiniz:

Cinsiyetiniz:

Tarih:

Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz. İnsanların karşılaştıkları sorunlarla bas etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Ancak yine de siz seçenekleri bir sorunla karşılaştığınızda genel olarak ne yaptığınızı ya da nasıl davrandığınızı düşünerek işaretlemeye çalışın. Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösterin. Seçenekleri belirtirken su belirtilen puanlamayı kullanın:

1=Asla böyle bir şey yapmam 2=Çok az böyle yaparım 3=Orta derecede böyle yaparım 4=Çoğunlukla böyle yaparım

1.Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

2.Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim

1 () 2 () 3 () 4 ()

3.Sorunla karşılaştığımda moralim bozular ve duygularımı dışarıya yansıtırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

4.Başkalarından bu tur sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

5.Sorunla basa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

6.Kendi kendime “böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını” söylerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

7.Allah`a tevekkül eder, O`na dayanırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

8.İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

9.Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

10.Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vaz geçiririm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

11.Duygularımı bir başkasıyla tartışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

12.Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

13.Kendimi yaşadığım soruna alıştırmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

14.Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

15.Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam.

1 () 2 () 3 () 4 ()

16.Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

17.Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

18.Allah`in yardımını umarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

19.Bir eylem planı yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

20.Söz konusu sorunla ilgili sakalar yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

21.Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

22.Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

23.Arkadaş veya akrabalarımın moral ve manevi destek almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

24.Sorunla bas etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vaz geçerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

25.Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

26.Alkol ya da sakinleştirici olarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

27.Sorun olduğuna inanmayı reddederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

28.Duygularımı dışarı vururum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

29.Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir açıdan ele almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

30.Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

31.Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

32.Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

33.Sorunu çözmeye odaklanır ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

34.Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

35.Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

36.Sorunla ilgili saka yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

37.İstedigimi elde etmeye uğraşmayı bırakırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

38.İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

39.Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

40.Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

41.Olumsuz şeyler yaparak işlerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

42.Sorunun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde caba gösteririm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

43.Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

44.Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

45.Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bu durumda ne yaptıklarını sorarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

46.Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tür hisleri dışarıya yansıtırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

47.Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek için daha iyi bir tavır takınırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

48.Sorunla karşılaştığımda dini inancımda bir huzur bulmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

49.Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

50.Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

51.Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

52.Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

53.Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

54.Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

55.Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

56.Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

57.Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

58.Yapmam gereken şey neyse atmam gereken adımı zamanında atarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

59.Basına gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

60.Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()