

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI

**ELEKTİF OPERASYON PLANLANAN PEDIATRİK HASTALARIN
EBEVEYNLERİNİN ANKSİYETE DÜZEYİ ARAŞTIRILMASI**

DR. RESUL YILMAZ

UZMANLIK TEZİ

KONYA, 2017

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI

**ELEKTİF OPERASYON PLANLANAN PEDIATRİK HASTALARIN
EBEVEYNLERİNİN ANKSİYETE DÜZEYİ ARAŞTIRILMASI**

DR. RESUL YILMAZ

UZMANLIK TEZİ

Danışman: PROF. DR. SELMİN ÖKESLİ

KONYA, 2017

TEŞEKKÜR

T.C. Necmettin Erbakan Üniversitesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı'nda Uzmanlık eğitimim süresince kliniğinde her zaman çalışmaktan büyük onur ve gurur duyduğum , iyi bir anesteziyoloji ve reanimasyon bilimi uzmanı olarak yetişmemizi sağlayan, engin tecrübe ve bilgilerini bizlere aktaran ve saygın kişilikleri ile bizlere örnek olan

Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Sema TUNCER UZUN' a

ve

Değerli hocalarım; Prof. Dr. Şeref OTELCİOĞLU, Prof. Dr. Selmin ÖKESLİ, Prof. Dr. Cemile ÖZTİN ÖĞÜN, Prof. Dr. Alper YOSUNKAYA, Prof. Dr. Ruhiye REİSLİ, Prof. Dr. Aybars TAVLAN, Prof.Dr. Atilla EROL, Doç. Dr. Ahmet TOPAL, Doç. Dr. Hale BORAZAN, Doç. Dr. Tuba Berra SARITAŞ, Doç. Dr. Alper KILIÇASLAN, Yrd. Doç. Dr. Gamze SARKILAR ve Yrd. Doç. Dr. Funda GÖK' e teşekkürlerimi sunarım.

Asistanlık yıllarımı beraber geçirdiğim, zorlukları paylaştığımız değerli asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Tez çalışması aşamasında yardım ve desteklerinden dolayı anestezi, ağrı bilim dalı ve reanimasyon bilim dalı çalışanlarına teşekkürlerimi sunarım.

Tezimin istatistiksel değerlendirmesinde yardımcı olan Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. Mehmet UYAR' a teşekkür ederim.

Bugünlere gelmemde en büyük paya sahip olan, hiçbir fedakârlıktan kaçınmayarak beni yetiştiren anneme ve babama,

çalışmalarımnda desteğini her zaman yanımda hissettiğim ömrümü paylaştığım biricik eşime,

hayat enerjim olan çocuklarıma,

sonsuz teşekkürler.

Nisan 2017

Dr. Resul YILMAZ

ÖZET

ELEKTİF OPERASYON PLANLANAN PEDİATRİK HASTALARIN EBEVEYNLERİNİN ANKSİYETE DÜZEYİ ARAŞTIRILMASI, RESUL YILMAZ, UZMANLIK TEZİ, KONYA, 2017

Amaç: Çalışmamızda operasyona girecek çocuk olguların ebeveynlerinde zaten var olmasını beklediğimiz anksiyetenin hangi faktörlerin etkisiyle arttığını saptamayı ve bu oluşan anksiyeteyi azaltmak için biz anestezi uzmanlarının neler yapabileceğimizi ortaya koymayı hedefledik

Gereç ve Yöntem: Çalışma anestezi polikliniğinde elektif şartlarda genel anestezi altında cerrahi operasyon planlanan çocuk hastaların ebeveynlerinde uygulandı. 18-65 yaş arası 300 anne veya baba çalışmaya dahil edildi ve sosyodemografik özellikleri kaydedilip, Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği (STAI-I,STAI-II), Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve İnfomasyon Skalası (APAİS) uygulandı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 300 gönüllünün yaş ortalaması 33,26 ±7,09 yıl idi. Kadınlarda, gelir seviyesi düşük olanlarda, sosyal güvencesi olmayanlarda anksiyete seviyesi bulundu ($p<0,05$). Eğitim seviyesinin yüksek olmasının anksiyeteyi azalttığı görüldü ($p<0,05$).

Sonuç: Preoperatif anksiyeteyi artıran faktörler arasında düzeltilebilir nedenler bulunmaktadır. Bireysel ve toplumsal planlamalar ile perioperatif anksiyete azaltılabilir.

Anahtar Kelimeler: Preoperatif anksiyete, ebeveyn anksiyetesi, Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği (STAI), Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve İnfomasyon Skalası (APAİS)

ABSTRACT

PARENTS OF PEDIATRIC PATIENTS ANXIETY LEVEL RESEARCH IN PLANNED ELECTIVE OPERATION RESUL YILMAZ, SPECIAL PROJECT, KONYA,2017

Aim: In our study, we aimed to determine what the anxiety of the parents of the children who are going to the operation would increase with the influence of the factors, and to reveal what we can do anesthesiologists to reduce this anxiety.

Material and Methods: The study was applied to the parents of children who go into elective surgery with general anesthesia, at the anesthesia outpatient clinic.300 mothers or fathers aged 18-65 years were included in the study and their socio-demographic characteristics were recorded and the State-Trait Anxiety Scale (STAI-I, STAI-II), Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) were administered.

Results: The average age of the 300 volunteers included in the study was 33.26 ± 7.09 years. Anxiety was high level in females, low-income parents and non-health insurance parents ($p < 0.05$). It was observed that high education level decreased anxiety ($p < 0.05$).

Conclusions: Among the factors that increase preoperative anxiety are correctable causes. Individual and social planning can reduce perioperative anxiety.

Key Words: Pre-operative Anxiety, Parental Anxiety, State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS)

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

	Sayfa
TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iii
İÇİNDEKİLER DİZİNİ.....	iv
TABLolar,ŞEKİLLER DİZİNİ.....	v
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ.....	vii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	22
4. BULGULAR.....	26
5.TARTIŞMA.....	39
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	45
7. KAYNAKLAR.....	46

TABLolar, ŞEKİLLER DİZİNİ

Tablo 2.1: State-Trait Anxiety Inventory= Durumluk-SürekliKil Kaygı Ölçeği (STAI)
Durumluk anksiyete ölçeği (STAI-1)

Tablo 2.2: State-Trait Anxiety Inventory= Durumluk-SürekliKil Kaygı Ölçeği (STAI)
Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI-2)

Tablo 2.3: Amsterdam preoperatif anksiyete skoru (Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale) (APAIS)

Tablo 3.1: Ebeveyn bilgi formu

Tablo 3.2: Operasyon planlanan çocuk bilgi formu

Tablo 4.1: Gönüllülerin demografik verileri ve anket sorularına verdikleri cevaba göre sayısal olarak dağılımları ve yüzdeleri (%)

Tablo 4.2: Ebeveyn cinsiyetine göre anksiyete düzeyinin değerlendirilmesi

Tablo 4.3: Operasyon planlanan çocuğun cinsiyetine göre anksiyete düzeyinin değerlendirilmesi

Tablo 4.4: Ebeveynlerin eğitim seviyelerine göre anksiyete düzeyinin değerlendirilmesi

Tablo 4.5: Gelir durumuna göre anksiyete düzeyinin değerlendirilmesi

Tablo 4.6 : Meslek gruplarına göre anksiyete düzeyi

Tablo 4.7: Sosyal sağlık güvencesine göre anksiyete düzeyinin değerlendirilmesi

Tablo 4.8: Hastaneye geliş Şekillerine göre anksiyete düzeyinin değerlendirilmesi

Tablo 4.9: İzin alma durumuna göre anksiyete düzeyinin değerlendirilmesi

Tablo 4.10: Evde bakıma muhtaç olan başka bir bireyin varlığına göre anksiyete düzeyinin değerlendirilmesi

Tablo 4.11: Ebeveynlerin yaşadıkları bölgelere göre anksiyete düzeyinin değerlendirilmesi

Tablo 4.12: Aile yapısına göre anksiyete düzeyinin değerlendirilmesi

Tablo 4.13: Mevcut çocuk sayılarına göre anksiyete düzeyinin değerlendirilmesi

Tablo 4.14: Operasyona hazırlık aşamasında problem yaşananlarda anksiyete düzeyinin değerlendirilmesi

Tablo 4.15: Ebeveynin kronik hastalık öyküsüne göre anksiyete düzeyinin değerlendirilmesi

Tablo 4.16: Ailede daha önce operasyon geçiren varlığına göre anksiyete düzeyinin değerlendirilmesi

Tablo 4.17: Ailede daha önce düşük veya ölü doğum öyküsü varlığına göre anksiyete düzeyinin değerlendirilmesi

Tablo 4.18: Cerrahi Grade sınıflamasına göre anksiyete düzeyi

Tablo 4.19: Çocuk yaş gruplarına göre anksiyete düzeyinin değerlendirilmesi

Tablo 4.20: Çocukta kronik hastalık varlığına göre anksiyete düzeyinin değerlendirilmesi

Tablo 4.21: Çocuğun daha önce cerrahi işlem geçirmiş olmasına göre anksiyete düzeyinin değerlendirilmesi

Tablo 4.22: STAI 1’de genel kaygı durumu değerlendirmesi

Tablo 4.23: STAI 2’de genel kaygı durumu değerlendirmesi

Tablo 4.24: APAIS T’de genel kaygı durumu değerlendirmesi

Tablo 4.25: APAIS B’de genel kaygı durumu değerlendirmesi



SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

5-HT :5-Hidroksitriptofan

GABA :Gama Amino Butirik Asid

STAI :State-Trait Anxiety Inventory= Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği

STAI-1 :STAI Durumluk Anksiyete Ölçeği

STAI-2 :STAI Sürekli Kaygı Ölçeği

APAIS :Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale =Amsterdam
Preoperatif Anksiyete ve İnfomasyon Skalası

APAİS-A :APAIS Anestezi Anksiyetesi

APAİS-C : APAIS Cerrahi Anksiyete

APAİS-T : APAIS Toplam Anksiyete Skoru

APAİS-B : APAIS Anestezi ve Cerrahi ile İlgili Bilgi Edinme İsteği

1.GİRİŞ

Anksiyete; bilinmeyene karşı duyulan korku, endişe, gerginlik, huzursuzluk ve sıkıntı hali ile beraber genellikle fizyolojik belirtilerin eşlik ettiği içgüdüsel bir tepkidir.

Anksiyete gelişiminde anestezi sonrası uyanamama ya da ölüm korkusu, kontrol kaybı, ağrı duyma, izole edilme, sevdiklerinden ayrılma ve sosyal yaşamdan uzaklaşma gibi endişelerin etkili olduğu söylenebilir (Sertbaş ve Bahar 2004, Cüceloğlu 2005).

Acil şartlarda veya planlı tarihlerde, en basit cerrahi girişimden en ciddi operasyonlara kadar her türlü işlem, hasta birey ve aile üyeleri için olumsuz tecrübeler olup, beklenmedik tepkilere neden olabilmektedir (Munafò 2001). Bu tür durumlarda anksiyete, tek başına cerrahi işlem planlanan hasta için değil beraberinde aile üyeleri/yakınları için de söz konusudur (Boyacı 2000).

Preoperatif dönemde hastalarda anestezi uygulaması ve cerrahi girişim hakkındaki korku ve endişelerin getirdiği yüksek anksiyete düzeylerinin, operasyonu ve postoperatif iyileşmeyi olumsuz etkileyebileceği belirtilmektedir (Boeke ve ark 1992). Hasta haklarının her geçen gün daha da önemli hale geldiği bu dönemde, preoperatif hazırlık sürecinde yapılan bilgilendirmenin anksiyeyi ve analjezik gereksinimini azalttığı, hasta memnuniyetini artırdığı gösterilmiştir (Egbert ve ark 1964, Heneghan 1994)

Son yıllarda peroperatif anksiyete ve davranışlarda, aile veya hasta yakınının anksiyete ve davranışlarının önemli bir faktör olduğu vurgulanmaktadır. Bu konuda özellikle anesteziyologlar ve pediatristler hastanın duygu durum kontrolü ile birlikte ebeveynlerinin duygu durumlarını da yakın takibe almışlardır (Litman ve ark 1996).

Ebeveyn anksiyetesi ile hasta çocuk anksiyetesinin aynı yönde etkilendiği gösterilmiştir (Watson ve Visram 2003). Ebeveyn anksiyetesi preoperatif dönemde olduğu kadar, postoperatif dönemde ve hastanede yattığı süre içerisinde aynı şekilde etkilidir (Kain ve ark 1997). Cerrahi işlem planlanan çocuklarda başta ebeveynleri olmak üzere tüm yakınları psikolojik olarak birlikte değerlendirilmelidir (Shirley ve ark 1998).

Hasta ebeveynleri ve yakınlarının preoperatif hazırlık ve bilgilendirilme sürecini ne kadar iyi geçirirlerse çocuğa o ölçüde yardımcı olmaları sağlanabilir. Dolayısıyla da çocuğun ameliyatı hakkında mümkün olduğunca kapsamlı bilgiye sahip olmalıdırlar. Anesteziyologların, etik ve legal olarak, anestezi ve gelişebilecek komplikasyonlar

hakkında hasta ve yakınlarına yeterli ölçüde bilgi vermesi gereklidir (Kain ve ark 1997). Bununla beraber, bazı araştırmalarda anestezi hakkında yapılan detaylı bilgilendirmenin anksiyeteyi artırdığı, bazı araştırmalarda ise azalttığı gösterilmiştir (Shirley ve ark 1998, Semerci 1999). Ebeveyn anksiyetesi üzerine yapılan benzer çalışmalar dünyanın çeşitli ülkelerinde yapılmış, anksiyete düzeyinde farklılıklar tespit edilmiştir. Farklılıkların nedeninin ise kültürel değerlerden kaynaklandığı ifade edilmiştir (Shirley ve ark 1998).

Bu çalışmada, ülkemiz profilini değerlendirmek üzere hastanemizde elektif cerrahi girişim planlanarak genel anestezi verilecek olan çocukların ebeveynlerinde var olmasını öngördüğümüz anksiyete düzeyini ölçmek ve hangi faktörlerden etkilendiğini tespit ederek, engellemek için, biz anesteziyologların neler yapabileceğini görmeyi amaçladık.



2.GENEL BİLGİLER

Her hastada aynı derecede olmamakla birlikte, cerrahi işlem için hazırlanan hastaların yaklaşık % 60-80'ninde korku ve anksiyete tespit edilmiştir (Jlala ve ark 2010). Bu anksiyete hastanın kişiliği, anestezi tipi, ağrı duyma korkusu gibi birçok faktörden etkilenmektedir (Shafer ve ark 1996, Kindler ve ark 2000). Anksiyeteyi azaltmak veya anksiyetenin hasta üzerindeki etkilerini azaltmak için farklı uygulamalar denenmiştir. Preoperatif dönemde anesteziyoloğun hasta ile görüşmesi, bilgilendirmesi ve premedikasyon uygulanması etkili ve sık tercih edilen bir yöntemdir (Hicks ve Jenkins 1988).

Hastaların preoperatif değerlendirilmesindeki hedefler arasında; hastayı görüp uygulanacak anestezi yöntemi ve cerrahi işlem hakkında bilgi vermek, hastanın işlem hakkındaki sorularını cevaplayarak anksiyetesini azaltmak, hastanın mental ve fiziksel durumunu görmek, operasyon öncesi fizik muayenesini yapmak, sistemik hastalıklarını ve laboratuvar tetkiklerini değerlendirmek ve gerekli konsültasyonlarını istemek, anestezi ve cerrahi riskleri belirleyerek gerekirse işlemi ertelemek ve premedikasyonu sağlamak sayılabilir (Derrington ve Smith 1987).

Operasyon öncesinde hastanın anesteziyolog tarafından görülerek hasta ve operasyon için gerekli ve uygun anestezi yönteminin belirlenmesi premedikasyon planlanması perioperatif gelişebilecek mortalite ve morbiditeyi en aza indirmek açısından çok değerlidir. Yetersiz preoperatif hazırlığın, perioperatif hasta takibinde anestezi kaynaklı komplikasyonları arttıran önemli bir faktör olduğu birçok çalışma ile gösterilmiştir (Egbert ve ark 1963).

2.1 Anksiyete Hakkında Genel Bilgiler

2.1.1 Anksiyete Tanımı

Anksiyete; nedeni bilinmeyen, içten gelen, belirsiz, korku, kaygı, sıkıntı, kötü bir şey olacaktı endişesi ile yaşanan bir bunaltı duygusudur. Yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan bir çeşit alarm duygusudur. İçten ya da dıştan gelen tehlikeler ya da tehlike beklentilerine karşı yaşanan bir tepkidir. Çok hafif gerginlik ve tedirginlikten panik derecesine varan değişik yoğunluklarda olabilir. Anksiyetenin patolojik özellikleri yanısıra uyuma dönük işlevi de vardır. İç ve dış tehlikelere karşı koruyucu, uyarıcı, önlem

alınmasını sağlayan bir yönü de vardır. Algılanan bu tehlikelere karşı benlik (ego) savunma düzeneklerini kullanarak baş etmeye, önlem almaya, kendini korumaya çalışır. Eğer benlik gücü yerindeyse sorun çözülür. Bu nedenle her zaman patolojik ve normal anksiyete arasında ayırım yapmak kolay olmayabilir (American Psychiatric Association 1994).

İnsanlığın varlığından itibaren var olduğu kabul edilen anksiyetenin genel bir amacı vardır. Başlangıçta bu amaç ilkel insanı çevresinden gelebilecek tehlikelere karşı korumaya yönelik iken, çağımızda anksiyete canlılığın, yaşamla mücadele etmenin, yeni şeyler keşfetme ve yaratabilmenin, rekabet ortamında daha olumlu işler yapmanın ve kendini kabul ettirmenin bir gereği olarak yaşanmaktadır. Görülüyor ki anksiyete bireyin kendi varlığına yönelik çeşitli yıkıcı, bozucu durumlara karşı bir tepkisi olmaktadır. Anksiyetenin bu olumlu özelliği yanında bunun patolojik boyutlara varmasıyla yıkıcı yanları ortaya çıkmaktadır (Çevik 1993).

İnsan yaşamında iki tür anksiyete mevcuttur.

1) Normal anksiyete

2) Patolojik anksiyete

Normal anksiyetenin başlıca özellikleri şunlardır:

-Objektif bir tehdide karşı gösterilen yerinde bir tepkidir.

-Regresyon mekanizmalarını içermez.

-Yönetilmesi için nevrotik savunma mekanizmalarını gerektirmez.

-Bilinç düzeyinde yapıcı bir biçimde kabul edilir

Normal anksiyete, organizmanın açık bir tehdide karşı tepkisinin bir ifadesidir. Bu tepkinin doğuştan gelen nörofizyolojik bir temeli vardır. Ancak burada hangi yaşantının tehdit edici değeri olduğunu bireyin daha önceki öğretilerine bağlıdır. Patolojik anksiyete ise kaygı ile aynı anlamda kullanılır (Çevik 1993). Kaygı üzüntü, sıkıntı, korku, başarısızlık duygusu, acizlik, sonucu bilememe ve yargılanma gibi heyecanların birini veya çoğunu içerir (Cüceloğlu 2005).

2.1.2 Psikolojik Yaklaşımlar

Psikanalitik Kuram: Freud'a göre anksiyete, köken ve gelişme şekli açısından bir iç çatışmanın sonucudur. Bu kurama göre iç çatışma benlik (ego) ve altbenlik (id) ya da benlik (ego) ve üstbenlik (süperego) arasında gelişmektedir.

Süperego Anksiyetesi: Katı, cezalandırıcı bir üstbenliğin aşırı denetleyici yaklaşımı ve cezalandırılma hissini ortaya çıkmasıdır. Suçluluk duygusu ve bunaltı şeklinde yaşanır.

Kastrasyon Anksiyetesi: Kaynağını ödipal çatışmalardan kaynaklanır. Başarısızlık korkusu, cinsel korkular, otorite karşısında aşırı sıkıntı duyma ve sinme biçiminde görülür.

Ayrılma Anksiyetesi: Sevilen bir kişiyi kaybetme veya uzak kalma, ayrılma anksiyetesi olup, en sık çocukluk çağında görülür. Ayrılma anksiyetesinde bireyde sevdiği kişiyi tümüyle yitirecekmiş, dünyada tek başına, desteksiz kalacakmış gibi hisler oluşur.

İd/ Dürtü Anksiyetesi: Çeşitli nedenlerle egonun denetim gücü azaldığında ya da altbenlik dürtülerinin aşırı güç kazandığı durumlarda dürtülerin bütün çıplaklığı ile ortaya çıkarak başıbozuk eylemlere yol açabileceği korkusudur (Öztürk ve Uluşahin 2008).

Davranışçı ve Kognitif Görüş: Anksiyete yaşayan kişi çevresindekileri tehdit olarak görür. Çevresel uyarınları tehlikeli oldukları yönünde abartıp ve genelleştirmekle beraber, kendisinde mücadele edebilecek gücü bulamaz ve kendisine yardımcı unsurları da küçümser. Bundan dolayı, anksiyete hakim olan kişilerdeki en temel bilişsel durumlar tehlike, tehdit ve zarar görebilirliktir. Bu temel bilişsel durumlar bireye özgü olmakta, aile ve kültürden etkilenmekte, erken çocukluk döneminde ve sosyalleşme sürecinde kişilik olarak oturmuştur. Kişinin tehlike olarak algıladığı ortama uyum sağlaması ve muhtemel zararlardan kurtulabilmesi için bilişsel, etkili ve davranışsal programlar aktive olur. Bu programlar, kaçıp kurtulma veya mücadele hazırlığı, tehlikeye karşı uyanık olma, otonom sinir sistemi refleksleri, mevcut davranışın sonlandırılması, olası çevresel tehlikeler açısından detaylı denetleme yapılması gibi öğeleri içerir. Bu programlar sayesinde anksiyete kişiyi tehlike yönünde dikkatli hale getirir. Kişinin bilinçli idaresinin dışında gelişen bu durum sayesinde, potansiyel tehlike unsurları kişi tarafından daha

dikkatli halde takip edilirken, tehlike oluşturmeyen unsurlar ilgi dışında kalır. Tehlikeyi hisseden kişi uzak durma ve güven arayışlarını geliştirirken, fizyolojik değişimler bilişsel alanda yeni tehlike durumu ve korkuları geliştirir (Aklın ve Alptekin 1995). Anksiyete bozukluğu hakim olan kişilerde sıkıntı, gerginlik ve uyanıklık durumlarının sürekliliğine neden olabilecek kadar yoğun tehdit ve tehlike düşünceleri hakimdir. Bilgi işleme sürecinde yanlış değerlendirmeler, durumu olduğundan kötü gösterme, seçici soyutlama, keyfi çıkarımda bulunma görülebilir ve bu düşünceler kişi ile iletişim esnasında fark edilecek seviyededir. Ortamı ve kendilerini yanlış değerlendirmeleri sonucunda anksiyete yaşadıkları düşünülmektedir (Savaşır ve ark 2009).

Belirsizliğe Dayanamama Görüşü: Korku, acı, tehlike uyarılarının oluşturduğu tepkidir ve nesne tanımlanamamış, belirlenememiştir. Korkudan farklı olarak nesnenin belirsiz olması asıl tehdit unsurudur (Öztürk ve Uluşahin 2008).

Üst-biliş (Meta-cognition) Görüşü: Bu görüşde tasalanma yalnızca bir bunaltı belirtisi olmayıp, üst bilişsel düşüncelerce tetiklenmiş başa çıkma yöntemidir. İki tipi vardır.

1. Tip tasalanma: Günlük yaşamdaki tasalardır. Örneğin: parasal konular, sevdiklerinin sağlık durumları, sosyal ortamlar, bedensel sağlık gibi.

2. Tip tasalanma: Tasalar üzerine tasalanmadır. Tasalanma tehlikesi ve denetlenemezliği üzerinde olumsuz düşünceler olarak tanımlanabilir (Öztürk ve Uluşahin 2008).

2.1.3 Biyolojik Yaklaşımlar

Genetik araştırmalar: Farklı yerlerde yaşayan ikiz kardeşlerde ve soyağacına göre yapılan anksiyete bozukluğu incelemelerinde genetik faktörlerin etkileri gözlenmiştir.

Birinci derece akrabalarda anksiyete bozukluğu %15-18 oranında iken, ikinci derece akrabalarda % 6'dır. Çeşitli araştırmalarla anksiyetenin kalıtımsal bir yatkınlığı olabileceği görüşü savunulmaktadır. Anksiyete bozukluklarında belirtinin kendisi değil, aşırı duyarlı bir otonom sinir yapısının kalıtsal olarak geldiği ve çevresel uyarılarla hastalık seyrinin şekillendiği düşünülebilir (Öztürk ve Uluşahin 2008).

Kışkırtma Testleri: Panik atak ve anksiyetenin ortaya çıkışında rolü olduğu sanılan bazı sistemleri etkinleştiren, agonist, antagonist vb. ajanlar verilerek gelişimi tetiklenebilmektedir. Bu ajanlar;

a. Sodyum laktat ve bikarbonat

b. Kafein (480 mg oral kafein yani 4-6 fincan kahve alımından sonra panik bozukluğu olan kişilerin % 40'ında panik atakları oluşur, normal kontrollerde atak görülmez, kafein nonadrenerjik işlevi artırır.)

c. Yohimbin

d. İzoproterenol

e. Kolesistokinin

f. Hipoglisemi: Düşük kan glukozunun anksiyete benzeri etkileri, periferel semptomlara bilişsel cevaplar olarak nitelendirilmektedir.

g. Serotonin agonistleri

h. Benzodiazepin antagonistleri

Kışkırtma testleri panik bozukluğunda başta noradrenalin ve 5-HT(5-Hidroksitriptofan) olmak üzere birçok sistemin anormal etkileşimleri için deliller üretmektedir (Kırkpınar 1995).

Deneysel Bunaltı Oluşturma Çalışmaları: Uyarı olmadan panik nöbet geçiren hastaların çoğunda intravenöz sodyum laktat infüzyonu ile veya %5 CO₂'li hava soluyarak deneysel anksiyete bozukluğu veya panik atak nöbeti ortaya çıkartılabilmektedir (Öztürk ve Uluşahin 2008).

Nöroanatomik Görüşler: Lokus seraleus ve raphe çekirdekleri birincil olarak limbik sistem ve serebral kortekse projeksiyon oluştururlar. Beyin görüntüleme çalışmalarından edinilen bilgi ile beraber, bu alanlar anksiyete bozukluklarının nöroanatomik substratları ile ilgili bir çok varsayımın odağı haline gelmişlerdir.

Limbik Sistem: Noradrenerjik ve serotonerjik innervasyon alanının yanında, limbik sistem ayrıca yüksek yoğunlukta Gama Amino Butirik Asid (GABA) A reseptörü

içermektedir. İnsan olmayan primatlar (=Maymunlar) üzerindeki ablasyon ve uyarma çalışmaları da limbik sistemi anksiyete ve korku yanıtının oluşumuna dahil etmişlerdir. Sempatohipokampal yolaktaki artmış aktivite anksiyete oluşumuna neden olabilir.

Amigadala ve lokus seruleus başta olmak üzere hipotalamus, nükleus ambiguus, nükleus retikularis ve paraventriküler nükleus gibi nöroanatomik yapılar ile GABA-Benzodiazepin Reseptör-Cl⁻ iyonoforu, santral noradrenerjik ve serotonerjik sistemler anksiyete semptomlarının ortaya çıkmasında ve anormal anksiyetenin bir hastalık olarak sürdürülmesinde major role sahiptir. Santral adenozin, kolesistokin ve glutamat ile birlikte NO'nun da anksiyete oluşumunda önemli bir role sahip olduğunu düşündüren önemli ipuçları bulunmaktadır (Uzbay 2002).

Beyin Görüntüleme: Normal bireylerde beklenti bunaltısı sırasında orta prefrontal kortekste bölgesel kan akımında azalma gösterilmiştir. Beklenti anksiyetesi ile birlikte kalp hızında artışın bulunduğu durumlarda sağ dorsolateral prefrontal kortekste, sol alt temporal korteks ve sol amidaloid-hipokampal bölgede kan akımında artma saptanmıştır (Öztürk ve Uluşahin 2008).

Serebral Korteks: Frontal serebral korteks parahipokampal bölge, singulat girus ve hipotalamus ile bağlantılıdır. O nedenle anksiyete bozukluklarının oluşumunda rol oynayabilir. Temporal korteks de anksiyete bozukluklarının patofizyolojik alanı olarak görülmektedir (Kaplan ve Sadock 2004).

Biyolojik Kuramlar

İlaç tedavileri ve hayvan çalışmaları incelendiğinde norepinefrin, serotonin ve GABA etkin nörotransmitterler olarak gösterilmektedir.

Norepinefrin: Anksiyete bozukluklarında norepinefrinin regülasyonundan kaynaklanan sorunlarla ortaya çıktığını kabul eden kurama göre zaman zaman aktivite patlamaları görülmektedir.

Serotonin: farklı serotonin reseptör tiplerinin bulunması, anksiyete bozukluklarının patogenezinde serotonin rolünün incelenmesini arttırmıştır. Bu ilişki konusundaki ilgi ilk olarak serotonerjik antidepresanların bazı anksiyete bozukluklarında terapötik etkilerin gözlemlenmesinden sonra ilk kez ortaya çıkmıştır.

GABA: Anksiyete bozukluklarında GABA'nın rolü, bazı anksiyete bozuklukları tiplerinin tedavisinde GABA'nın aktivitesini, GABA-A reseptöründe arttıran benzodiyazepinlerin tartışılmaz etkinliği ile güçlü şekilde desteklenmiştir (Kaplan ve Sadock 2004).

Bilimsel çalışmaların sonuçları Gama Amino Butirik Asid (GABA) - Benzodiazepin Reseptörü-Cl- İyonofor Kompleksi, Noradrenerjik Sistem ve Serotonerjik Sistem olmak üzere üç temel santral nörotransmitter sistemi hem normal hem de patolojik anksiyete oluşumunda ve sürdürülmesinde önemli rollere sahip olduğuna işaret etmektedir. Bu temel nörotransmitter sistemlerinin yanısıra dopaminerjik nöronlar ve pedikülopontin nükleustaki kolinerjik nöronların da uyanç ve dikkati arttırarak anksiyete gelişimine minimal düzeyde katkı sağladığı bilinmekle beraber antidopaminerjik ve antikolinerjik ilaçların belirgin bir anksiyolitik etkisinin olmaması dopaminerjik ve kolinerjik sistemlerin anksiyete ile direkt ilişkisini desteklememektedir (Uzbay 2002).

Serotonin, noradrenalin, GABA gibi nörotransmitterlerin veya bunların birbirleriyle etkileşimlerinin anksiyete bozukluklarıyla ilişkisi gösterilmiştir (Kırkpınar 1995).

2.1.4 Anksiyetenin Görülme Sıklığı ve Yaygınlığı

Anksiyete bozukluğunun toplumdaki sıklık oranı %4–6 olarak bilinmektedir.

Prevalans değerlendirmesinde erkeklerde yıllık %2, yaşam boyu %3,6 olduğu ve kadınlarda yıllık %4,3, yaşam boyu %6,6 olduğu tespit edilmiştir. Kadınlarda erkeklere oranla iki kat fazla görülmektedir (Alkın ve Alptekin 1995). Çocuklar ve gençlerde de anksiyete bozukluğu görülmektedir. Bulgular yaşa bağlı olarak farklılık göstermektedir (Şahin 1993).

2.1.5 Belirti ve Bulgular

Anksiyete tüm psikiyatrik bozukluklarda görülebilecek bir semptomdur, anksiyete bozukluğunda tek başına veya primer semptom olarak ortaya çıkar (Berkow 1987).

Anksiyete bozukluğu bulguları;

1. Genel Görünüm: Kişide huzursuzluk, endişeli yüz, gergin duruş, hareketlerinde tedirginlik, çabuk irkilme, çabuk kızma, sabırsızlık ve yerinde duramama hali vardır.

2. Konuşma ve İlişki Kurma: Kişinin sesinde heyecanlı bir titreklelikle beraber konuşması düzgündür. İlişkilerinde endişeli, huzursuz ve gergindir.

3. Duygulanım: Kişi içinde korkuya benzeyen bir duygusu olduğunu, sanki kötü bir haber alacakmış gibi hissettiğini anlatır. Fakat korkusunun nedenini bilemez.

4. Bilişsel (Kognitif) Yetiler: Kişinin bilişsel yetilerinde temelde bir eksiklik yoktur. Aşırı ve yorucu olan sıkıntı nedeniyle hasta dikkatini toplayamaz, bu dönemde unutkanlık olabilir.

5. Düşünce Akımı ve İçeriği: Düşünce içeriğinde yakınmaları dışında bir bozukluk yoktur. Yakınmalarını büyük bir sabırsızlıkla anlatmak istediğinden düşünce akımı bozulmuş olabilir.

6. Fizyolojik Belirtiler: Otonomik uyarı ile ilgili olarak kan basıncının yükselmesi, kalp atımının hızlanması, çarpıntı, kaslarda gerginlik, kılların dikleşmesi, göz bebeklerinin genişlemesi, ağız kuruluğu, yüzde solukluk ya da kızarma, terleme, sık işeme, sık dışkılama, öğürme ve bazen kusmalar, boğazda düğümlenme, soluk almada zorluk, hava açlığı, ellerde ve ayaklarda soğukluk ve karıncalanmalar görülebilir (Öztürk 1994).

2.1.6 Anksiyete Bozukluğunun Klinik Tipleri

Akut anksiyete atağı en acı veren hayat deneyimlerinden birisidir. Bu durum değişken şiddette ve birkaç dakikadan iki saate kadar sürebilen bir zaman dilimi boyunca hissedilir ve tekrarlayabilir (Berkow 1987).

Kronik anksiyetede ise bu belirtiler daha hafiftir ve daha uzun sürelidir. Kronik anksiyeteli hastalar günlük aktivitelerinde ve insan ilişkilerinde uzun süreli bir rahatsızlık hissederler. İş kapasiteleri; kronik yorgunluk ve konsantrasyon güçlüğünden dolayı azalmıştır (Berkow 1987).

Yaygın anksiyete bozukluğunda (anksiyete nörozu) belirtiler altı aydan daha uzun, genellikle yıllarca, artarak veya azalarak sürer. Çevresel etkenlerle oluşan kısa süreli hafif anksiyete tetikleyici stresin yok olmasıyla çözümlenir. “Anksiyöz Duygu Durumu Gösteren Uyum Bozukluğu” olarak adlandırılan bu hafif anksiyete tipi, preoperatif anksiyetenin dahil edilebileceği bir sınıflamadır. Bu sınıflamada semptomlar stres etkeni

sonlanınca altı aydan kısadır. Stres etkeninin başlangıcından sonraki üç ay içinde, gösterilebilir stres etkenine bir tepki olarak duygusal ve davranışsal semptomlar gelişir. Semptomlar beklenene göre daha aşırıdır. Toplumsal ya da mesleki işlevsellikte belirgin bozulma ile birlikte (Tomb 1994).

Fobik bozukluklar, özel korkularla giden anksiyete bozukluklarıdır. Sürekli ve yoğun korkular olan fobiler, uyaranla orantısızdır. Korkulan obje ya da durumdan kaçınmaya yol açar, belirgin huzursuzluk ve yetersizliğe yol açtığına fobik bozukluk olarak adlandırılır. Üç alt tipi vardır: **Agorafobi** (açık ve/veya kapalı alanlardan, kalabalık yerlerden, tanımadığı yerlerden, yalnız kalmaktan korku ve güvenlik duygusu kaybı), **sosyal fobi** (kalabalıkta konuşurken, genel tuvaletleri kullanırken, genel yerlerde yemek yerken vb. durumlarda kızarma, diğerleri tarafından incelenme korkusu) ve **basit fobiler** (tekil fobiler) olarak sayılabilir (Kırkpınar 1995).

Obsesif-kompulsif bozuklukta da anksiyete temel özelliştir; buradaki anksiyete içten kaynaklanan düşüncelerden yani obsesyonlardan doğar (Kaplan 1983).

2.1.7 Ayırıcı Tanı

Psikiyatrik açıdan depresyon, şizofreni, somatoform bozukluklar ve psikosomatik bozukluklar; psikiyatrik olmayan hastalıklardan hiper ve hipotroidizm, hiperparatroidizm, kardiyak hastalıklar, feokromasitoma, vestibüler sinir hastalığı, reaktif hipoglisemi, mitral valv prolapsusu ayırıcı tanıda akla gelebilecek hastalıklardandır. Patolojik olmayan anksiyete ile yaygın anksiyete bozukluğu ayırımında, endişenin denetlenemez olması ve işlev bozucu niteliğine bakılması gerekir (Çevik 1993).

2.1.8 Tedavi

1. Medikal tedavi:

- a) Minör trankilizanlar (anksiyolitikler), özellikle benzodiazepinler
- b) Buspiron
- c) Beta-blokerler (propranolol)
- d) Anksiyolitik etkili antidepresan (amitriptilin, mianserin, opipramol gibi)

2. Psikoterapi:

Gevşeme yöntemleri, bilişsel-davranışçı yaklaşım, destekleyici psikoterapi ve çözümleyici psikoterapi uygulanabilir (Öztürk 1994).

Tedavi düşünüldüğünde medikal yaklaşım ile beraber psikoterapi uygulanmalıdır. Seçilen tedavi önemli olmaksızın başlangıçta hastayla konuşmak, eğitim ve güven vermek tedavi seyri açısından faydalıdır (Tomb 1994).

2.1.9 Prognoz

Anksiyete bozukluğunda tedavi ihtiyacı karşılanmaz ise kronikleşebilir. Ağır belirtilerin bulunması, özellikle bizim toplumumuzda, konversiyon, hipokondriazis ya da başka somatoform bozukluklara dönüşebilir veya tipik depresyon belirtileri gösterebilir (Öztürk 1994).

Fobi, panik atak, depresyon, kronik alkolizm ve ilaç bağımlılığı bozukluklar anksiyeteye eşlik edebilecek hastalıklardandır (Öztürk 1994).

Anksiyeteye normal veya patolojik olarak sıkça karşılaşılabilmektedir. Öncelikle durumun kişi üzerindeki etkilerinin ne kadar patolojik olduğu tespit edilmelidir. Kişinin yaşadığı normal anksiyetenin kişiye hekim tarafından anlatılarak farkındalık oluşturması bu anksiyetenin patolojik duruma geçmesine engel olacaktır. Örneğin operasyon geçirecek bir hastanın yaşadığı anksiyetenin normal olduğu hastaya anlatıldığında patolojik eğilim ortadan kaldırılabilir (Kaplan 1983).

2.1.10 Çocuklarda Kaygı ve Bunu Etkileyen Etmenler

Çocukluk yılları insan hayatının en hızlı gelişim yıllarıdır. Çocuk çevresini tanımaya çevresindeki ilişkileri kendince anlamaya, olaylara karşı bakış açısı kazanmaya ve olayları yorumlamaya çalışır. Bu gelişim süreci içinde çocuğun içinde bulunduğu çevresel koşullara göre anksiyete düzeyi de şekillenmeye başlar (Andrew ve David 1993).

Yaşam sürecinin devamıyla bazı dönemlerde normal olarak karşılanan durumlar zamanla anksiyete oluşturabilecek şekle dönüşebilir ve patolojik kaygı oluşturabilir..

Örneğin yok olma anksiyetesi, ayrılma anksiyetesi, kastrasyon (iğdiş etme) anksiyetesi çocuklarda görülen, çeşitli tepkilerle ortaya çıkması beklenen normal anksiyetelerdir. Ancak bunlar ileri yaşlarda bireyin günlük fonksiyonlarını ve performansını etkileyecek boyutlarda ortaya çıkarsa patolojik olarak değerlendirilir. 1-2 yaş arasındaki çocuğun annesinden ayrılmaya bağlı olarak gösterdiği ayrılma anksiyetesi doğal karşılanırken çok iyi imkanlar verilmesine rağmen yaşadığı bir şehirden başka bir yere gidemeyen bir kişinin anksiyetesi pek doğal karşılanmaz. Yani yaşa göre anksiyete belirgin şekilde etkilenir. Büyük yaşlara geçildikçe anksiyete akademik, sportif ve sosyal alanlarda daha belirgin izlenmektedir (Andrew ve David 1993).

Çocukluk dönemindeki anksiyete oluşturan durumlar ileri yaşların bilişsel cevabına temel oluştururlar. İlkel anksiyetenin en önemli unsuru bebeklik döneminde temel ihtiyaçları karşılanmaması ya da anneye aşırı bağımlı halde olmasıdır. Bütün gereksinimleri annesi tarafından karşılanan çocuğun anneden ayrılma durumunda kalması, çocukta güvensizlik ve anksiyete oluşturabilir. Ani çevresel değişimler de küçük çocuklarda önemli derecede anksiyete sebebidir. Çocukların yoksunluk ve kayıpları anlamaları zor olduğu için alıştıkları günlük işler, rahat pozisyon ve herhangi bir şeylerini kaybetmeleri halinde anksiyete duygusu gelişebilir. Emzirmeden ani kesme veya yoksunluk durumu gibi durumlarda da kızgınlık ve düşmanlık duygusuyla anksiyeteye neden olabilecek duygular gelişebilir.

3-4 yaşındaki erkek çocuklarda iğdiş edilme, kızlarda ise cinsel organının erkeklerden farklı olduğunun anlaşılmasından kaynaklanan anksiyeteler görülürken, daha ileri yaşlarda okula başlama, kardeşinin doğumu, arkadaş edinememe, başarılı olamama, arkadaşları tarafından istenmeme anksiyetesi görülmektedir. Gencin fiziki görünüşü, varlığını tehdit eden tehlikeler, içsel çatışma, sosyal çatışma, arkadaş ilişkileri, karşı cinsle ilişkiler ve anne-baba tutumuna bağlı olarak da ergenlik dönemi anksiyete nedeni olabilmektedir (Andrew ve David 1993).

Anksiyete duygusu anne-babanın, öğretmenin ve arkadaşların davranışları ile şekillenir ve oluşur. Çocuğun anksiyete anlayışı ve tepkisi; çevresindeki insanların (anne-baba veya öğretmeni gibi otorite figürlerinin) anksiyeteyi yaşamaması ve bunların çocuk tarafından algılanması veya özdeşim kurulmasıyla gelişebilmektedir (Yavuzer 1994).

Çocuklar ebeveynin veya onların yerine geçen kişilerin anksiyetesini, kızgınlığını ve düşmanlığını farkedebilir, anksiyeteli ve telaşlı bir annenin ses tonu çocuğu etkileyebilir. Anneden aldığı bu anksiyete duygusuyla çocuk zihninde yeni bağlantılarla kişi ve durumlara karşı yeni tepkiler geliştirebilir (Yavuzer 1994).

Ebeveynleri ile bu kadar derin ilişkisi olan çocukların etkileşimleri preoperatif dönemde de doğal olarak yoğun bir şekilde yaşanmaktadır. Ailenin anksiyete durumu hem preoperatif hem de postoperatif dönem için çocukların davranış ve anksiyete durumunu etkilemektedir (Bevan ve ark 1990). Yüksek anksiyeteli ailelerin çocukları da yüksek anksiyete ile seyretmekte ve hatta çocuğun anksiyete durumunu etkileyen en önemli faktör haline gelmektedir (Messerli ve ark 2004). Ebeveynler çocuğun cerrahi algılayış şeklini yönlendirebilir ve stresini azaltmada önemli derecede etki sağlayabilir (Visintainer ve Wolfer 1975).

2.2 Preoperatif Anksiyete

Anksiyetenin preoperatif dönemde hastaların % 60- 80 kadarında mevcut olduğu çalışmalarla bildirilmiştir (Öztürk 1993, Kırkpınar 1995). Cerrahi operasyonlar, psikiyatrik ve psikososyal açıdan problemlere neden olabilecek potansiyel durumlardır. Hastanın, hastalıktan kurtulma umudu ve beklentisiyle birlikte psikolojik olarak bedenini ve yaşantısını denetleyememe endişesi, organ ve doku kaybı korkusu oluşturabilir. Bu kaygı, alttaki hastalığın niteliğine, kaybedilecek organa, kişi için bu durumun anlam ve önemine göre değişik düzeyde olur.

Anestezi kaygısı, ölüm riskiyle ilişkili endişeler, özürlü kalma endişesi, ağrı korkusu, bedeni üzerinde denetimini kaybedeceği endişesi, cinsel problem yaşama korkusu, işlevselliğin kaybedileceği endişeleri cerrahi girişim planlanan hastalarda genel olarak gözlenen durumlardır.

Hastalığın niteliği, anestezi uygulaması, cerrahi girişim, postoperatif dönemle ilgili konularda kaygıyı arttırmayacak şekilde yeterli düzeyde bilgilendirme yapmak preoperatif dönemde kişinin psikolojik olarak hazır hale gelmesinde çok önemli ve yararlıdır. Hastanın kaygı ve endişelerinin dinlenmesi kaygı ile başa çıkma yeteneğini güçlendirmektedir. Sheffer ve Greifenstein (Sheffer ve Greifenstein 1960) yaptığı çalışmada hastaların anesteziye karşı olan anksiyetenin bir nedeni olarak anesteziyolog-hasta ilişkisinin yetersizliğini göstermişlerdir. Anksiyete düzeyi kadınlarda erkeklere,

ailesi ve arkadaşları tarafından ameliyata getirilen hastalarda yalnız gelenlere, kardiyak ve vertebra cerrahisi uygulanacak hastalarda diğerlerine göre, gençlerde yaşlılara göre ve kötü anestezi deneyimi olanlarda olmayanlara göre daha fazla bulunmuştur (Edelmann 1992).

Hastanın anksiyetesine en uygun yaklaşım psikolojik destek sağlayarak ve güven duygusu oluşturarak korkularını yenmesini sağlamaktır. Cerrahi operasyondan ve anestezi uygulamasından önce hastanın işlemde bulunacak ekiple görüşmesini sağlamak, bilgilendirmek ve endişelerini dinlemek anksiyeteyi belirgin şekilde azaltacaktır (Çelikel 2001).

2.2.1 Preoperatif Aile Anksiyetesi

Çocuklarının ameliyat olması, ebeveynlerde çok ciddi düzeyde kaygı yaratmakta ve bir patoloji ile eş değer tabloya yol açabilmektedir (Tsao ve ark 2006). Çocuğu anlamak için aile dinamiğinin doktorlar tarafından iyi anlaşılması ve gözlemlenmesi gerekir. Çocuğun hasta olması şüphesiz anne ve babayı üzer, tedirgin eder. Ebeveynler kaygı ve üzüntüyle sıradan tutumlarının dışına çıkarlar. Çocuğa karşı hoşgörü artar ve istediklerini geri çevirmezler. Ebeveynlerin tutumları değişince çocuk tedirgin olur ve kendini mevcut durumdan daha kötü olduğu düşüncesi hakim olur. Tedirgin çocuk daha fazla ilgi talep ederek korkularını gidermeye çalışır (Yörükoğlu 2000).

Anesteziyologlar stresli aileler ile sıkça karşılaşır ve bu haldeki ebeveynler genellikle sinirli, suçlu ve yorgun ruh hali ile karşılırlarına gelirler. Aileler alışık olmadıkları bu durum karşısında şok, reddetme, üzüntü, öfke, olgunluk ve kabullenme gibi çok çeşitli duygusal tepkiler verebilirler. Farklı aileler ve farklı aile bireyleri farklı zamanda bu duygu durumlarından herhangi birinde olabilirler. Ayrıca daha önceki tecrübeleri ve kişilik yapıları tepkilerini belirler. Özellikle dezorganize ve iletişimi olmayan aileler daha sinirli ve engelleyici olmaktadır (Terrance ve Yemen 2002).

2.2.2 Preoperatif Anksiyetenin Azaltılmasına Yönelik Kuramlar

Stresle başa çıkma programlarında amaç; kişiye stres oluşturan durumları ve bunlara verdiği tepkileri fark ettirmek, problemleri doğru tanınmasına yardımcı olmak, stres vericileri yönlendirmek, kendisini psikolojik ve fizyolojik zararlardan korumak için yöntemler öğretmek ve geliştirmektir (Baltaş 2000). Bilgi verilmesi, preoperatif gevşeme

eğitimi ve destekleyici danışmanlık gibi yöntemlerle hastanın preoperatif anksiyetesinin ve korkusunun azaltılması hedeflenir (Yalom 2001). Burada söz konusu ocuksa olaya dahil olan ebeveyn olacaktır. Preoperatif dönemde önemli derecede gelişen kaygıyı azaltmak için kullanılabilen stratejiler şu şekildedir:

Duygusal yönetim kuramı: Hastanın bilgilendirilmesi cerrahi için ilk psikolojik hazırlığı oluşturur. Çünkü bilgi bilişsel faktörleri de etkileyerek kişinin duygusal kontrolü üzerindeki etkinliğini artırır. Bu stratejideki asıl amaç hastanın duygusal desteğinin sağlanmasıdır (Yalom 2001).

Bireysel düzenleme kuramı: Bu stratejinin temeli hastanın anlayacağı şekilde bilgilendirilmesi ve muhtemel beklenen durumların şematize edilmesi ilkesi üzerine kuruludur. Dikkat duygulardan uzaklaştırılarak, bilgiler üzerinde yoğunlaştırılır. Bu görüşe göre hasta bu bilgilendirme şekli ile kendi durumunu kavrar, bir davranış stratejisi geliştirerek bu konudaki kendi deneyimlerini de gözden geçirip düzeltme fırsatı bulur (Yalom 2001).

Bilişsel kuram: Bu strateji hem probleme odaklanma hem de duygulara odaklanmayı önerir. Problem odaklı yaklaşım, hastanın kaçınmasını minimize etmeyi ve durumu kontrol edebilme görüşü kazandırmayı hedefler. Probleme odaklı yaklaşım hem girişimsel bilgiyi hem de duygusal yaşantıları birlikte ele alır. Duygu odaklı yaklaşım ise duygusal gerilimi azaltmayı hedefler (Yalom 2001).

2.3 Anksiyetenin Değerlendirilmesi

2.3.1 State-Trait Anxiety Inventory= Durumluk-Süreklilik Kaygı leği (STAI)

Anksiyete, insanın temel duygularından biri olarak kabul edilebilir. Hepimiz, tehlike gördüğümüz durumlarda bir miktar kaygı duyarız. Diş hekimi koltuğunda otururken, sınav kapısında beklerken, uçağa binmeden ya da bir ameliyata girmeden önce tedirgin ve huzursuz oluruz. Tehlikeli koşulların yarattığı bu anksiyete türü genellikle her bireyin yaşadığı geçici, duruma bağlı bir anksiyete oluşturur. Buna “durumluk anksiyete (kaygı)” denir (ner ve Lecompte 1998, Spielberger 1983). Bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği subjektif korkudur. Fizyolojik olarak otonom sinir sisteminde meydana gelen bir uyarılma sonucu terleme, sararma, kızarma ve titreme gibi fiziksel değişmeler, bireyin gerilim ve huzursuzluk duygularının göstergesidirler. Stresin yoğun

olduğu zamanlarda durumluk anksiyete seviyesinde yükselme, stres ortadan kalkınca, düşme olur (Öner ve Lecompte 1998).

Bazı kişiler ise sürekli olarak huzursuzluk içinde yaşarlar ve mutsuzdurlar. Doğrudan doğruya çevreden gelen tehlikelere bağlı olmayan bu anksiyete türü içten kaynaklanır. Birey öz değerlerinin tehdit edildiğini zannetmesi ya da içinde bulunduğu durumları stresli olarak yorumlaması sonucu anksiyete duyar. Buna da “sürekli anksiyete (kaygı)” denir (Öner ve Lecompte 1998, Spielberger 1983). Klinik psikologlar ve psikiyatristlere başvuran hastaların büyük bir çoğunluğu sürekli kaygı belirtilerinden şikayetçidirler (Öner ve Lecompte 1998).

Sürekli anksiyetede bireyin içinde bulunduğu durumları genellikle stresli olarak algılama ya da stres olarak yorumlama eğilimi vardır. Objektif kriterlere göre normal olan durumlar birey tarafından tehlikeli ve özünü tehdit edici (küçültücü) olarak algılanır. Bunun sonucunda oluşan hoşnutsuzluk ve mutsuzluk duygusu sürekli anksiyetedir. Bu tür kaygı seviyesi yüksek olan bireylerin kolaylıkla incindikleri ve karamsarlığa büründükleri görülür. Bu bireyler durumluk anksiyeteyi de normal kişilerden daha sık ve yoğun biçimde yaşarlar (Öner ve Lecompte 1998).

Anksiyete yaşantılarındaki bu ayırımın yapılması Spielberger’in ‘İki Faktörlü Anksiyete Kuramı’ ile anksiyete türlerinin ölçülmesi de Spielberger ve ark (Spielberger 1983) Durumluk- Sürekli Anksiyete Envanteri’yle mümkün olmuştur (Öner ve Lecompte 1998, Spielberger 1983). Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri’nin Türkçe’ye adaptasyonu, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öner ve Le Compte (Öner ve Lecompte 1998). tarafından yapılmıştır. Ölçeğin normal ve hasta örnekleriyle yapılan çalışmalar sonucu elde edilen güvenilirlik katsayılarının 0,83 ile 0,87 arasında değiştiği bildirilmektedir (Öner ve Lecompte 1998, Spielberger 1983). Ameliyat öncesi anksiyete ölçümünde kullanılan STAI, literatürde altın standart olarak gösterilmektedir (Wetsch 2009). Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçek her biri 20 sorudan oluşan durumluk ve sürekli olmak üzere iki alt ölçekten oluşmaktadır (STAI-1 ve STAI-2) (Tablo 2.1) (Tablo2.2). Her bir soru için 1-4 arası puan verilen Likert tipi bir ölçektir, 14 yaş üstü bireylere uygulanabilmektedir (Öner ve Lecompte 1998, Spielberger 1983).

Durumluk Anksiyete Ölçeği (STAI-1) bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini betimlemesini, içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını

dikkate alarak cevaplamasını gerektirir. Sürekli kaygı ölçeği ise (STAI-2); bireyin genellikle nasıl hissettiğinin ifadesini gerektirir.

2.3.2 Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale =Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve İnfomasyon Skalası (APAIS)

Anksiyete ve bilgi edinme isteğini ölçen 6 ifade içerir. Hastalar her ifadeye 1-5 (1=hiç, 2=hafif, 3=orta, 4=şiddetli, 5=aşırı) arası değer vermektedir (5'li likert tipi ölçek) (48). Anestezi anksiyetesi (A) 1 ve 2. sorulara, cerrahi anksiyete (C) 4 ve 5. sorulara verilen puanlar ile, toplam anksiyete (T) skoru ise her ikisi toplanarak hesaplanır. Bilgi edinme isteğini (B) dile getiren ifadeler ise 3 ve 6. sorulardır (Tablo 2.3) (Moerman ve ark 1994).



Tablo 2.1: State-Trait Anxiety Inventory= Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği (STAI),Durumluk anksiyete ölçeği (STAI-1)

STAI FORM TX – I

Katılımcı No:.....
Cinsiyet:.....
Yaş:..... Meslek:.....
Tarih:...../...../.....

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

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1	<i>Şu anda sakinim</i>	(1)	(2)	(3)	(4)
2	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
0.1	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
1.1	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
2.1	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
3.1	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
4.1	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
5.1	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
6.1	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
7.1	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
8.1	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.1	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
0.2	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

Tablo 2.2: State-Trait Anxiety Inventory= Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği (STAI),Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI-2)

STAI FORM TX – 2

Katılımcı No:.....
Cinsiyet:.....
Yaş:..... Meslek:.....
Tarih:...../...../.....

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

		Hiçbir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
2	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
5	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
8	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
0.	Genellikle mutluym	(1)	(2)	(3)	(4)
1	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
2	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
5	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
8	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
0	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

Tablo 2.3: Amsterdam preoperatif anksiyete skoru (Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale) (APAIS)

Amsterdam preoperatif anksiyete skoru (APAIS)	Hiç	Az	Orta	Çok	Her zaman
1. Anestezi (narkoz) nedeniyle endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2. Sürekli anesteziyi düşünüyorum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. Anestezi konusunda olabildiğince fazla bilgi edinmek istiyorum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4. Cerrahi işlem nedeniyle endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5. Sürekli uygulanacak cerrahi işlemi düşünüyorum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6. Cerrahi işlem konusunda daha fazla bilgi edinmek istiyorum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışma, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı anestezi polikliniğine başvuran hastalarda, üniversite Etik Kurulu'nun onayı ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm ebeveynlerin yazılı ve sözel bilgilendirme ile gönüllü oluru alınarak yapıldı. Genel anestezi olarak işlem yapılacak olan çocukların anne veya babasını kapsayacak şekilde, 18-65 yaşları arası, 300 gönüllüye anket uygulandı. Anket doldurmayı kabul etmeyen ebeveynler çalışma dışı bırakıldı. Anestezi hazırlığı amacıyla, anestezi polikliniğine yönlendirilen tüm pediatrik yaş grubu hastaların (0-18 yaş) ebeveynlerine çalışma hakkında bilgi verildi ve yazılı onamları alındı. Çalışmaya katılan ebeveynlerden anestezi hazırlığı esnasında anestezi polikliniğinde rahatsız edilmeyeceği bir odada, isterse anket için görevli hemşire yardımında anketi doldurmaları istendi.

Gönüllülere 5 grup anket formu yöneltildi.

Ebeveyn bilgi formu: Birinci grup sorular ile ebeveynlerin bireysel özellikleri değerlendirildi (Tablo 3.1). Ankete katılan ebeveynin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, sosyal güvence, meslek, muayeneye geliş şekilleri, bakıma muhtaç başka kimsenin varlığı, yaşadıkları çevre, aile yapısı, kardeş sayısı, ek hastalıklar ve hazırlıklar esnasında yaşanan problemler belirlendi.

Operasyon planlanan çocuk bilgi formu: Çocukların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, daha önce anestezi alıp almadıkları, planlanan işlemin ne olduğu bilgileri alındı (Tablo 3.2).

State-Trait Anxiety Inventory = Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI FORM TX-1, STAI FORM TX-2): Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, Durumluk ve Sürekli Kaygı Alt Ölçekleri'nden oluşur. Her iki ölçek de yirmi maddeden oluşan dörtlü Likert tipi ölçektir. STAI FORM TX-1 durum kaygısını, STAI FORM TX-2 ise süreklilik kaygısını değerlendirmede kullanıldı (Tablo 2.1 ve 2.2).

Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale = Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve İnfomasyon Skalası (APAIS): operasyon öncesi anksiyetenin değerlendirilmesinde kullanılan diğer bir testtir. Anksiyeteyi değerlendirmek için cerrahi kaygısı, anestezi kaygısı ve bilgilendirme ihtiyacına yönelik 6 ifadeyi içerir (Tablo 2.3).

Verilerin toplanmasının ardından anksiyete puanları hesaplandı.

STAI-1 formunda on tane tersine dönmüş ifade bulunmaktadır. Bunlar; 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20 maddeleridir. Durumluk anksiyete düzeyleri değerlendirilirken,

doğrudan ifadelerin toplam puanından ters ifadelerin toplam puanı çıkartılır ve sonuca 50 sabit sayısı eklenerek STAI-1 anksiyete puanı hesaplandı. STAI-2 formunda tersine dönmüş ifadeler 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39 maddeleridir. Hastaların sürekli anksiyete düzeyleri değerlendirilirken yine doğrudan ifadelerin toplam puanından tersine dönmüş ifadelerin toplam puanı çıkarılarak elde edilen değere 35 sabit sayısı eklenerek sürekli anksiyete ölçeği için sürekli anksiyete puanları hesaplandı (Edelmann 1992).

STAI-1 ve STAI-2 formları ayrı ayrı değerlendirilir ve her iki form için de en yüksek anksiyete puanı 80 ve en düşük anksiyete puanı 20'dir. Her iki ölçek için kişilerin anksiyete durumu ölçüt yönergesine göre uygun biçimde 36 ve altındaki değerler kaygı yok, 37-41 arasındaki değerler hafif kaygı, 42 ve üzerindeki değerler yüksek kaygı olarak değerlendirildi.

APAIS formu için puan hesaplaması yapılırken 4 farklı değerlendirme yapıldı.

APAIS formu için puan hesaplaması yapılırken 4 farklı değerlendirme yapıldı. Bunlar anestezi anksiyetesi (APAIS-A), cerrahi anksiyete (APAIS-C), toplam anksiyete skoru (APAIS-T), anestezi ve cerrahi ile ilgili bilgi edinme isteği (APAIS-B) idi (Tablo 2.3).

APAIS-A 1 ve 2. sorulara, APAIS-C 4 ve 5. sorulara verilen puanlar ile hesaplandı. APAIS-T ise APAIS-A ve APAIS-C puanları toplanarak hesaplandı. APAIS-T de 10 puan ve altındaki değerler kaygı yok, 11 puan ve üzerindeki değerlerde ise kaygı var olarak değerlendirildi.

APAIS-B ise, 3 ve 6. sorulara verilen puanlar ile hesaplandı. 4 puan ve altındaki değerler bilgi isteği yok, 5 puan ve üzerindeki değerler bilgi isteği var olarak değerlendirildi.

İstatistiksel değerlendirme, SPSS 20.0 istatistik programı kullanılarak yapıldı. Değişkenler arası ilişkilerin incelenmesinde spearman korelasyon analizi kullanıldı. Karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi kullanıldı. İki veya daha çok sayıda bağımsız grup arasındaki farklılıkların sınanması istenildiği hallerde Tek Yönlü Anova testi kullanıldı. Veriler aritmetik ortalama±standart sapma olarak verildi. Tüm istatistikler için anlamlılık sınırı $p < 0.05$ idi.

Tablo 3.1: Ebeveyn bilgi formu

ANKETİ DOLDURAN EBEVEYN

1 Cinsiyetiniz :

- E
 K

2 Yaşınız:

3 Eğitim durumunuz:

- Okur yazar değil
 İlkokul
 Ortaokul
 Lise
 Üniversite

4 Sosyoekonomik düzeyiniz:

- Gelirimiz giderimizi karşılıyor
 Gelirimiz giderimizi karşılamıyor

5 Mesleğiniz

6 Sağlık güvenceniz

- SGK
 Yeşilkart
 Özel sağlık güvencesi
 Güvencesiz

7 Muayeneye geliş şekliniz

- Mazeret izni
 Yıllık izin
 Acil sevk

8 İzin almanızda problem yaşıyor mu (fazla mesai, maaş kesintisi, vb..)

- Evet
 Hayır

9 Evde bakım bekleyen başka (çocuk veya ebeveyn) aile bireyi var mı?

- Evet
 Hayır

10 Yaşadığınız yer

- Köy/ Mahalle
 İlçe
 İl

11 Aile yapınız

- Çekirdek aile (anne baba çocuklar)
 Geniş aile (anne baba çocuklar büyükanne büyükbaba beraber)
 Parçalanmış aile (anne baba ayrı)

12 Kaç çocuk sahibisiniz?

13 Ameliyat hazırlığı esnasında problem yaşandı mı?

- Evet
 Hayır

14 Sizin sürekli takip edilmek zorunda olduğunuz (kronik) bir hastalığınız var mı? :

- Evet
 Hayır

15 Daha önce ailede herhangi bir ameliyat geçiren var mı?

- Var
 Yok

16 Ailenizde düşük veya ölü doğum olgusu var mı?

- Evet
 Hayır

Tablo 3.2: Operasyon planlanan çocuk bilgi formu

OPERASYON GEÇİRECEK HASTA

1 Çocuğun yaşı:

2 Çocuğun cinsiyeti

▪ E

▪ K

3 Çocuğun eğitim durumu:

4 Yapılacak operasyon nedir? :

5 Sürekli takip edilmek zorunda olduğu (kronik) bir hastalığı var mı? :

▪ Evet

▪ Hayır

6 Daha önce ameliyat oldu mu? :

▪ Evet

▪ Hayır

4. BULGULAR

Çalışmaya 18-65 yaşları arasında 300 gönüllü ebeveyn dahil edildi. Gönüllülerin demografik verileri ve anket sorularına verdikleri cevaba göre sayısal olarak dağılımları ve yüzdeleri tablo1 de verilmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1: Gönüllülerin demografik verileri ve anket sorularına verdikleri cevaba göre sayısal olarak dağılımları ve yüzdeleri (%)

SORULAR VE CEVAPLAR	SA YI	Yüzd e(%)
Cinsiyet		
Kadın	114	38,0
Erkek	186	62,0
Eğitim durumunuz:		
Okur yazar değil	6	2,0
İlkokul	108	36,0
Ortaokul	73	24,3
Lise	63	21,0
Üniversite	50	16,7
Sosyoekonomik düzeyiniz:		
Gelirimiz giderimizi karşılıyor	216	72,0
Gelirimiz giderimizi karşılamıyor	84	28,0
Mesleğiniz :		
Sağlık Çalışanı	20	6,6
Ev Hanımı	85	28,4
Memur	43	14,3
İşçi	66	22
Diğer	86	28,7
Sağlık güvenceniz :		
SGK	271	90,3
Yeşilkart	13	4,3
Özel Sağlık Güvencesi	8	2,7
Güvencesiz	8	2,7
Muayeneye geliş şekliniz		
Mazeret izni	133	62,0
Yıllık izin	27	11,0
Acil sevk	55	27,0
İzin almanızda problem yaşıyor mu (fazla mesai, maaş kesintisi, vb..)		
Evet	93	31,0
Hayır	207	69,0
Yaşadığınız yer:		
Köy	64	21,3
İlçe	113	37,7
İl	123	41,0
Aile yapınız :		
Çekirdek aile(anne baba çocuklar)	238	79,3

Geniş aile(anne baba çocuklar büyükanne büyükbaba beraber)	55	18,3
Parçalanmış aile(anne baba ayrı)	7	2,3
Kaç çocuk sahibisiniz?		
1	64	21,3
2	115	38,3
3	83	27,7
4+	38	12,7
Ameliyat hazırlığı esnasında problem yaşandı mı?		
Evet	10	3,3
Hayır	290	96,7
Sizin sürekli takip edilmek zorunda olduğunuz (kronik) bir hastalığınız var mı?		
Var	265	88,3
Yok	35	11,7
Daha önce ailede herhangi bir ameliyat geçiren var mı?		
Var	147	49,0
Yok	153	51,0
Ailenizde düşük veya ölü doğum olgusu var mı?		
Evet	72	24,0
Hayır	228	76,0
Çocuğun cinsiyeti		
Erkek	198	66,0
Kız	102	34,0
Yapılacak operasyon		
Ameliyathane dışı uygulamalar	80	26,7
KBB cerrahisi	69	23,0
Ağız ve çene cerrahisi	10	3,3
Çocuk hast cerrahisi	39	13,0
Göz hast cerrahisi	32	10,7
Ürolojik cerrahiler	35	11,7
Ortopedik cerrahiler	20	6,7
Plastik cerrahi operasyonları	6	2,0
Göğüs cerrahisi	9	3,0
Cerrahi Grade'e göre		
Grade 1	80	26,7
Grade 2	182	60,6
Grade 3	38	12,7
Çocuğun yaş grubu		
Okul öncesi	238	79,3
İlkokul	47	15,7
Ortaokul	12	4,0
Lise	3	1,0
Sürekli takip edilmek zorunda olduğu (kronik) bir hastalığı var mı? :		
Evet	72	24,0
Hayır	228	76,0
Daha önce ameliyat oldu mu? :		
Evet	71	23,7
Hayır	229	76,3

Gönüllülerin yaşları ortalaması $33,26 \pm 7,09$ iken, 186 erkek gönüllülerin yaş ortalaması $34,70 \pm 6,67$, 114 kadın gönüllülerin yaş ortalaması $30,90 \pm 6,96$ idi.

Anestezi alan çocukların yaş ortalamaları $3,98 \pm 3,50$ idi. Çocuklardan 198'i (%66) erkek ve 102'si (%34) kız çocuktur. Erkek çocukların yaşları $3,78 \pm 3,40$ iken kız çocukların yaşları $4,37 \pm 3,69$ idi.

Ebeveyn cinsiyetine göre yapılan değerlendirmede STAI 1, APAIS B, APAIS B ve APAIS T'e göre anlamlı fark görülmezken STAI 2 ve APAIS A da anksiyete düzeyi kadın cinsiyette daha yüksek olarak bulundu (STAI 2; $p=0,028$, APAIS A; $p=0,013$) (Tablo 4.2).

Tablo 4.2: Ebeveyn cinsiyetine göre anksiyete düzeyinin değerlendirilmesi

Ebeveyn cinsiyeti	Erkek (ort± sd) (n=186)	Kadın (ort± sd) (n=114)	P değeri
STAI 1	40,69±9,712	42,38±9,181	0,138
STAI 2	41,84±8,301	44,03±8,328	0,028*
APAIS A	5,86±2,090	6,47±2,023	0,013*
APAIS C	6,15±2,429	6,24±2,247	0,744
APAIS B	6,98±2,249	6,95±2,233	0,907
APAIS T	12,01±4,164	12,71±3,950	0,148

* $p<0,05$ anlamlı fark.

Çocuk cinsiyetlerine göre yapılan değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamadı ($p>0,05$) (Tablo 4.3).

Tablo 4.3: Operasyon planlanan çocuğun cinsiyetine göre anksiyete düzeyinin değerlendirilmesi

Çocuk cinsiyetleri	Erkek (ort± sd) (n=198)	Kız (ort± sd) (n=102)	P değeri
STAI 1	41,39±9,255	41,22±10,098	0,878
STAI 2	42,49±8,31	43,02±8,490	0,604
APAIS A	6,19±2,102	5,90±2,042	0,254
APAIS C	6,22±2,305	6,10±2,468	0,673
APAIS B	6,84±2,320	7,21±2,065	0,185
APAIS T	12,41±4,047	12,00±4,184	0,407

Ebeveynlerin eğitim seviyelerine göre anksiyete düzeylerinin değerlendirmesinde, üniversite düzeyinde eğitime sahip ebeveynlerde anksiyete puanları daha yüksek olarak

hesaplandı. Ancak sadece APAIS T' de istatistiksel anlamlı fark bulundu ($p=0,047$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.4: Ebeveynlerin eğitim seviyelerine göre anksiyete düzeyinin değerlendirilmesi

Eğitim seviyeleri	Okur-yazar (ort± sd) (n=6)	İlkokul (ort± sd) (n=108)	Ortaokul (ort± sd) (n=73)	Lise (ort± sd) (n=63)	Üniversite (ort± sd) (n=50)	P değeri
STAI 1	46,67±9,95	41,81±8,87	41,63±8,67	39,70±10,74	41,30±10,44	0,399
STAI 2	45,00±9,96	43,87±8,62	42,37±8,42	40,97±8,47	42,38±7,22	0,245
APAIS A	4,50±2,26	5,92±2,10	6,10±1,82	6,02±2,14	6,76±2,21	0,49
APAIS C	4,67±1,63	6,03±2,27	6,37±2,42	6,14±2,53	6,46±2,30	0,392
APAIS B	5,00±1,79	6,79±2,11	7,23±2,17	6,79±2,49	7,42±2,22	0,061
APAIS T	9,17±3,31	11,94±3,99	12,47±3,95	12,16±4,43	13,22±4,00	0,047*

* $p<0,05$ anlamlı fark.

Gelir durumuna göre yapılan değerlendirmede APAIS testinde gruplar arasında anlamlı farklılık görülmedi. STAI 1 ve STAI 2 değerlendirmesinde anksiyete puanları gelir yetersizliği belirten ebeveynlerde daha yüksek olarak bulundu ve istatistiksel olarak anlamlı idi (STAI 1; $p=0,045$ ve STAI 2; $p=0,038$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.5: Gelir durumuna göre anksiyete düzeyinin değerlendirilmesi

Gelir durumu	Karşılıyor (ort± sd) (n=216)	Karşılamıyor (ort± sd) (n=84)	P değeri
STAI 1	40,84±9,59	42,60±9,32	0,045*
STAI 2	42,06±8,09	44,25±8,89	0,038*
APAIS A	6,16±2,12	5,92±1,99	0,361
APAIS C	6,24±2,33	6,04±2,43	0,510
APAIS B	6,93±2,32	7,07±2,02	0,614
APAIS T	12,40±4,13	11,95±3,99	0,398

* $p<0,05$ anlamlı fark.

Ebeveynlerin mesleklerine göre STAI 1, APAIS A, APAIS B, APAIS C ve APAIS T' de fark bulunamadı. STAI 2'ye göre diğer meslek grubu en düşük anksiyeteye sahip iken ev hanımlarının oluşturduğu grup en yüksek anksiyeteye sahiptir. STAI 2' de istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0,05$) (Tablo 4.6).

Tablo 4.6 :meslek gruplarına göre anksiyete düzeyi

Meslekler	Sağlık çalışanı (ort± sd) (n=20)	Ev hanımı (ort±sd) (n=85)	İşçi (ort± sd) (n=66)	Memur (ort± sd) (n=43)	Diğer (ort±sd) (n=86)	P değeri
STAI 1	40,20±11,09	42,59±8,85	41,41±10,39	41,35±8,90	40,29±9,50	0,596
STAI 2	42,05±7,54	44,86±8,56	42,91±8,75	41,60±6,97	41,00±8,38	0,038*
APAIS A	5,70±2,13	6,34±2,04	5,97±2,16	6,40±2,31	5,88±1,94	0,418
APAIS C	5,70±2,47	6,09±2,31	6,53±2,47	5,95±2,35	6,22±2,31	0,591
APAIS B	6,50±2,09	6,66±2,20	7,35±2,23	7,09±2,16	7,02±2,35	0,334
APAIS T	11,40±4,35	12,44±4,15	12,50±4,12	12,35±4,25	12,10±3,94	0,845

*p<0,05 anlamlı fark.

Sosyal sağlık güvencesinin anksiyete üzerine etkisi incelendiğinde tüm hesaplamalarda güvencesiz olarak hastaneye başvuranlarda anksiyete puanları en yüksek olarak bulundu. APAIS A ve APAIS B değerlendirmelerinde anlamlı fark yoktu. STAI 1, STAI 2, APAIS C ve APAIS T 'de anlamlı farklılıklar bulundu (STAI 1 p=0,008; STAI 2 p=0,000; APAIS C p=0,037 ve APAIS T; p=0,029) (Tablo 4.7).

Tablo 4.7: Sosyal sağlık güvencesine göre anksiyete düzeyinin değerlendirilmesi

Sosyal Güvence	SGK (ort± sd) (n=271)	Yeşilkart (ort± sd) (n=13)	Özel Sağlık Güvencesi (ort± sd) (n=8)	Güvencesiz (ort± sd) (n=8)	P değeri
STAI 1	41,03±9,53	38,38±9,12	48,13±6,08	49,63±7,19	0,008*
STAI 2	42,27±8,11	38,62±6,42	49,00±5,26	56,63±7,09	0,000*
APAIS A	6,05±2,09	5,77±1,42	6,88±1,73	7,25±2,77	0,260
APAIS C	6,15±2,38	5,31±1,84	7,38±1,85	7,38±2,45	0,037*
APAIS B	6,94±2,23	6,77±2,17	7,63±2,67	7,63±2,45	0,677
APAIS T	12,20±4,10	11,08±3,04	14,25±3,37	14,63±5,13	0,029*

*p<0,05 anlamlı fark.

Hastaneye geliş şekilleri ve bulunduğu kurumdan izin almada sorun yaşıyor mu? soruları incelendiğinde 85 gönüllü bu soruya cevap vermediği görüldü. Mazeret izni, yıllık izin ve acil sevk ile gelenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p>0,05$) (Tablo 4.8)

Tablo 4.8: Hastaneye geliş şekillerine göre anksiyete düzeyinin değerlendirilmesi

Geliş şekli	Mazeret İzni (ort± sd) (n=133)	Yıllık İzin (ort± sd) (n=27)	Acil Sevk (ort± sd) (n=55)	P değeri
STAI 1	40,97±9,63	41,15±10,56	42,23±8,93	0,608
STAI 2	42,70±8,35	41,85±7,70	42,93±8,74	0,821
APAIS A	6,20±2,06	5,91±2,07	5,93±2,15	0,534
APAIS C	6,28±2,38	5,36±2,10	6,28±2,36	0,108
APAIS B	7,12±2,24	6,33±2,30	6,88±2,18	0,164
APAIS T	12,48±4,08	11,27±3,86	12,21±4,19	0,293

Bulduğu kurumdan izin almada problem yaşayanların, izin almada problem yaşamayanlara göre anksiyete düzeylerinde farklılıklar bulundu. İstatistiksel olarak STAI 1 ve APAIS C değerlendirmelerinde anlamlı sonuçlar tespit edildi ve izin almada problem yaşayanlarda anksiyete daha yüksek bulundu (STAI 1 $p=0,040$; APAIS C $p=0,043$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.9: İzin alma durumuna göre anksiyete düzeyinin değerlendirilmesi

İzin Alma problem	EVET (ort± sd) (n=73)	HAYIR (ort± sd) (n=142)	P değeri
STAI 1	43,02±8,93	40,57±9,72	0,040*
STAI 2	43,84±8,41	42,14±8,31	0,105
APAIS A	6,09±2,08	6,10±2,09	0,968
APAIS C	6,59±2,38	6,00±2,33	0,043*
APAIS B	7,16±2,14	6,88±2,28	0,314
APAIS T	12,68±4,09	12,09±4,09	0,252

* $p<0,05$ anlamlı fark.

Hastaneye gelirken, evde bakıma muhtaç olan başka bir bireyin varlığı sorusuna evet ve hayır olarak cevaplayanlar arasında anksiyete düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10: Evde bakıma muhtaç olan başka bir bireyin varlığına göre anksiyete düzeyinin değerlendirilmesi

Evde bakıma muhtaç başka bir birey	EVET (ort± sd) (n=169)	HAYIR (ort± sd) (n=131)	P değeri
STAI 1	41,72±9,15	40,84±10,03	0,343
STAI 2	43,01±8,20	42,23±8,59	0,422
APAIS A	5,96±2,05	6,27±2,12	0,204
APAIS C	6,31±2,24	6,01±2,50	0,266
APAIS B	6,94±2,12	7,00±2,40	0,821
APAIS T	12,27±3,98	12,27±4,25	0,996

Ebeveynlerin yaşadıkları bölgelere göre yapılan değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı ($p>0,05$) (Tablo 4.11).

Tablo 4.11: Ebeveynlerin yaşadıkları bölgelere göre anksiyete düzeyinin değerlendirilmesi

Yaşadığı Yer	Köy/ Mahalle (ort± sd) (n=186)	İlçe (ort± sd) (n=33)	İl (ort± sd) (n=81)	P değeri
STAI 1	42,11±8,77	41,02±9,35	41,23±10,19	0,755
STAI 2	42,23±8,46	41,94±8,39	43,71±8,25	0,182
APAIS A	5,75±2,07	6,17±1,99	6,20±2,18	0,204
APAIS C	6,06±2,20	6,00±2,29	6,44±2,51	0,321
APAIS B	6,48±2,00	7,03±2,23	7,17±2,36	0,061
APAIS T	11,81±3,94	12,17±3,94	12,65±4,34	0,194

Aile yapılarının değerlendirmesinde 238 çekirdek aile, 55 geniş aile ve 7 parçalanmış aile tespit edildi. Aile yapılarına göre yapılan değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı ($p>0,05$) (Tablo 4.12).

Tablo 4.12: Aile yapısına göre anksiyete düzeyinin değerlendirilmesi

Aile yapısı	Çekirdek aile (ort± sd) (n=238)	Geniş aile (ort± sd) (n=55)	Parçalanmış aile (ort± sd) (n=7)	P değeri
STAI 1	41,40±9,54	40,78±9,37	43,29±11,77	0,486
STAI 2	43,13±8,33	40,40±8,44	45,00±6,63	0,061
APAIS A	6,19±2,10	5,65±1,95	6,29±2,29	0,233
APAIS C	6,20±2,39	6,09±2,24	6,14±2,67	0,883
APAIS B	6,97±2,30	6,93±1,99	7,00±2,24	0,909
APAIS T	12,39±4,11	11,75±3,96	12,43±4,76	0,490

Çalışmamızda ebeveynlerin mevcut çocuk sayılarına göre anksiyete düzeyi değerlendirildiğinde çocuk sayısı az olanların anksiyete puanları daha yüksek bulundu. STAI 2 testinde istatistiksel olarak anlamlılık görülmezken STAI 1, APAIS A, APAIS C, APAIS B ve APAIS T 'de çocuk sayısının anksiyete düzeyi üzerine etkili olduğu bulundu (STAI 1 0,022; APAIS A 0,000; APAIS C 0,000; APAIS B 0,003 ve APAIS T 0,000) (Tablo 4.13).

Tablo 4.13: Mevcut çocuk sayılarına göre anksiyete düzeyinin değerlendirilmesi

Çocuk sayısı	1 (ort± sd) (n=64)	2 (ort± sd) (n=115)	3 (ort± sd) (n=83)	4+ (ort± sd) (n=38)	P değeri
STAI 1	42,58±10,17	41,85±8,34	41,34±9,62	37,66±11,04	0,022*
STAI 2	43,58±7,56	42,97±8,68	42,47±8,72	40,68±7,85	0,083
APAIS A	6,86±2,01	6,20±2,09	5,89±1,97	4,92±1,89	0,000*
APAIS C	6,89±2,46	6,30±2,29	6,08±2,26	4,84±2,11	0,000*
APAIS B	7,67±2,06	7,02±2,24	6,80±2,25	6,00±2,19	0,003*
APAIS T	13,75±4,14	12,50±4,04	11,98±3,81	9,76±3,64	0,000*

*p<0,05 anlamlı fark.

Operasyona hazırlık aşamasında ebeveynlerden sadece 10 tanesi problem yaşadığını bildirdi ve problem yaşayan hastaların ebeveynlerinde anksiyete puanları problem yaşamayanlara göre yüksek olarak hesaplandı. İstatistiksel değerlendirmede APAIS testinde istatistiksel anlamlılık yoktu STAI 1 ve STAI 2 testinde sonuçlar anlamlı olarak bulunundu (STAI 1 p=0,044, STAI 2 p=0,031) (Tablo 4.14).

Tablo 4.14: Operasyona hazırlık aşamasında problem yaşananlarda anksiyete düzeyinin değerlendirilmesi

Ameliyat hazırlığında problem yasandı mı?	EVET (ort± sd) (n=10)	HAYIR (ort± sd) (n=290)	P değeri
STAI 1	46,70±11,79	41,15±9,42	0,044*
STAI 2	46,70±11,95	42,53±8,21	0,031*
APAIS A	6,90±1,45	6,07±2,10	0,213
APAIS C	6,60±1,78	6,17±2,38	0,470
APAIS B	7,30±2,21	6,96±2,24	0,639
APAIS T	13,50±2,84	12,23±4,13	0,099

*p<0,05 anlamlı fark.

Ebeveynlerin kronik hastalık değerlendirmesinde 35 ebeveynin kronik hastalığı olduğu tespit edildi. 147 ebeveyn ise ailede daha önce geçirilmiş operasyon öyküsü olduğunu belirtti. Her iki sorunun da istatistiksel değerlendirmesinde anlamlı sonuç tespit edilmedi ($p>0,05$) (Tablo 4.15) (Tablo 4.16).

Tablo 4.15: Ebeveynin kronik hastalık öyküsüne göre anksiyete düzeyinin değerlendirilmesi

Ebeveynin kronik hastalık öyküsü	Var (ort± sd) (n=35)	Yok (ort± sd) (n=265)	P değeri
STAI 1	40,23±10,51	41,48±9,41	0,467
STAI 2	43,97±9,35	42,50±8,23	0,328
APAIS A	6,31±2,01	6,06±2,09	0,495
APAIS C	6,06±2,13	6,20±2,39	0,722
APAIS B	6,57±2,13	7,02±2,25	0,253
APAIS T	12,37±3,90	12,26±4,12	0,876

Tablo 4.16: Ailede daha önce operasyon geçiren varlığına göre anksiyete düzeyinin değerlendirilmesi

Ailede Daha Önce Ameliyat öyküsü	Var (ort± sd) (n=147)	Yok (ort± sd) (n=153)	P değeri
STAI 1	41,06±9,42	41,59±9,66	0,890
STAI 2	42,22±8,23	43,10±8,50	0,384
APAIS A	6,14±1,96	6,05±2,20	0,215
APAIS C	6,19±2,31	6,17±2,41	0,366
APAIS B	6,94±2,10	6,99±2,37	0,833
APAIS T	12,33±3,82	12,22±4,35	0,803

Yetmiş iki hastanın ailesinde daha önce düşük veya ölü doğum gerçekleştiği tespit edildi. Düşük veya ölü doğum öyküsü olanların anksiyete puanları tüm hesaplamalarda daha yüksek bulunmakla birlikte, APAIS C ve APAIS T' de istatistiksel olarak anlamlılık bulundu (APAIS C 0,008 ; APAIS T 0,012) (Tablo 4.17).

Tablo 4.17: Ailede daha önce düşük veya ölü doğum öyküsü varlığına göre anksiyete düzeyinin değerlendirilmesi

Ailede Düşük veya Ölü Doğum	Var (ort± sd) (n=72)	Yok (ort± sd) (n=228)	P değeri
STAI 1	42,71±8,77	40,90±9,74	0,140
STAI 2	43,35±8,55	42,46±8,31	0,439
APAIS A	6,49±1,98	5,97±2,10	0,059
APAIS C	6,82±2,27	5,98±2,35	0,008*
APAIS B	6,93±1,90	6,98±2,34	0,862
APAIS T	13,31±3,88	11,95±4,11	0,012*

*p<0,05 anlamlı fark.

Cerrahi grade sınıflamasına göre anksiyete düzeyi değerlendirildiğinde anksiyete düzeyine istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmadı (p>0,05) (Tablo 4.18).

Tablo 4.18 : Cerrahi Grade sınıflamasına göre anksiyete düzeyi

Cerrahi grade	Grade 1 (ort± sd) (n=80)	Grade 2 (ort± sd) (n=182)	Grade 3 (ort± sd) (n=38)	P değeri
STAI 1	42,18±8,80	41,20±9,77	40,18±9,97	0,548
STAI 2	43,60±7,73	42,37±8,61	42,13±8,53	0,504
APAIS A	6,46±1,96	6,01±2,14	5,71±2,00	0,130
APAIS C	6,29±2,32	6,18±2,30	5,95±2,72	0,766
APAIS B	6,96±2,28	7,01±2,25	6,79±2,17	0,865
APAIS T	12,75±3,96	12,19±4,07	11,66±4,46	0,366

Çocukların yaş gruplarına göre anksiyete değerlendirmesine bakıldığında STAI 2'ye göre lise düzeyindeki çocukların ebeveynlerinde en yüksek anksiyete tespit edildi ve okul öncesi yaş grubu onu takip etti. APAIS A, APAIS C ve APAIS T' de okul öncesi yaş grubu çocukların ebeveynlerinde en yüksek anksiyete bulundu. STAI 2, APAIS A, APAIS C ve APAIS T değerlendirmelerinde anlamlı fark görüldü (STAI 2 p=0,008, APAIS A p=0,003, APAIS C p=0,001 ve APAIS T p=0,001) (Tablo 4.19).

Tablo 4.19: Çocuk yaş gruplarına göre anksiyete düzeyinin değerlendirilmesi

Çocuğun yaş grubu	Okul öncesi (ort±sd) (n=238)	İlkokul (ort±sd) (n=47)	Ortaokul (ort±sd) (n=12)	Lise (ort±sd) (n=3)	P
STAI 1	41,56±9,59	41,21±9,48	36,67±8,74	44,00±7,81	0,356
STAI 2	42,69±8,42	43,64±7,35	36,17±8,03	52,00±7,00	0,008*
APAIS A	6,29±2,10	5,57±1,78	4,42±1,98	5,00±2,00	0,003*
APAIS C	6,34±2,35	6,04±2,26	3,67±1,67	5,33±1,53	0,001*
APAIS B	6,92±2,28	7,45±2,21	6,08±1,17	6,67±2,52	0,243
APAIS T	12,64±4,11	11,62±3,54	8,08±3,53	10,33±3,51	0,001*

*p<0,05 anlamlı fark

Çocuğun kronik bir hastalık nedeniyle takip ediliyor olmasının anksiyete düzeyi ile ilişkisine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 4.20).

Tablo 4.20: Çocukta kronik hastalık varlığına göre anksiyete düzeyinin değerlendirilmesi

Çocuğun kronik hastalığı	Evet (ort± sd) (n=72)	Hayır (ort± sd) (n=228)	P değeri
STAI 1	40,61±10,28	41,56±9,30	0,210
STAI 2	43,46±8,93	42,42±8,19	0,454
APAIS A	5,89±1,93	6,16±2,13	0,378
APAIS C	5,76±2,24	6,31±2,38	0,552
APAIS B	6,64±2,16	7,07±2,26	0,327
APAIS T	11,65±3,68	12,47±4,20	0,260

Çocuğun daha önce herhangi bir cerrahi işlem geçirmiş olmasının anksiyete düzeyi ile ilişkisine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 4.21).

Tablo 4.21: Çocuğun daha önce cerrahi işlem geçirmiş olmasına göre anksiyete düzeyinin değerlendirilmesi

Çocuğun daha önce geçirmiş ameliyatı	Evet (ort± sd) (n=71)	Hayır (ort± sd) (n=229)	P değeri
STAI 1	40,68±10,03	41,54±9,39	0,507
STAI 2	42,72±9,22	42,66±8,11	0,478
APAIS A	6,13±2,01	6,08±2,11	0,643
APAIS C	6,18±2,30	6,18±2,38	0,701
APAIS B	6,87±2,03	7,00±2,31	0,668
APAIS T	12,31±4,00	12,26±4,13	0,814

STAI 1 ve STAI 2 ölçekleri için kişilerin anksiyete durumu ölçüt yönergesine uygun biçimde 36 ve altındaki değerler kaygı yok, 37-41 arasındaki değerler hafif kaygı, 42 ve üzerindeki değerler yüksek kaygı olarak değerlendirildi. STAI testlerinin bu değerlendirmeye göre anksiyete durumunun sonuçlarının dağılımı tablo 4.22 ve tablo 4.23' de verilmiştir.

STAI 1 de kaygı yok durumunda sonuçlananların sayısı 86 olup bu grubun ortalama değeri $29,17 \pm 5,38$ olarak bulundu. Hafif kaygı durumu olanların sayısı 45 ve ortalama değer $39,16 \pm 1,38$ idi. Yüksek kaygı ile sonuçlananlar 169 kişi olup bu grubun ortalama STAI 1 değeri $48,10 \pm 4,85$ olarak bulundu. STAI 1'e göre kaygı durumu değerlendirmesinde sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,05$) (Tablo 4.22).

Tablo 4.22: STAI 1'de genel kaygı durumu değerlendirmesi

	Kaygı Yok (ort± sd) (n=86)	Hafif Kaygı (ort± sd) (n=45)	Yüksek Kaygı (ort± sd) (n=169)	P Değeri
STAI 1	$29,17 \pm 5,38$	$39,16 \pm 1,38$	$48,10 \pm 4,85$	0,000*

* $p < 0,05$ anlamlı fark.

STAI 2 de kaygı yok durumunda sonuçlananların sayısı 73 olup bu grubun ortalama değeri $31,63 \pm 3,32$ olarak bulundu. Hafif kaygı durumu olanların sayısı 56 ve ortalama değer $39,50 \pm 1,32$ idi. Yüksek kaygı ile sonuçlananlar 171 kişi olup bu grubun ortalama STAI 2 değeri $48,42 \pm 5,37$ olarak bulundu. STAI 2'ye göre kaygı durumu değerlendirmesinde sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulundu. ($p < 0,05$) (Tablo 4.23).

Tablo 4.23: STAI 2'de genel kaygı durumu değerlendirmesi

	Kaygı Yok (ort± sd) (n=73)	Hafif Kaygı (ort± sd) (n=56)	Yüksek Kaygı (ort± sd) (n=171)	P Değeri
STAI 2	$31,63 \pm 3,32$	$39,50 \pm 1,32$	$48,42 \pm 5,37$	0,000*

* $p < 0,05$ anlamlı fark.

APAİS-T de 10 puan ve altındaki değerler kaygı yok, 11 puan ve üzerindeki değerlerde ise kaygı var olarak değerlendirildi. APAİS-B’de 4 puan ve altındaki değerler bilgi isteği yok, 5 puan ve üzerindeki değerler bilgi isteği var olarak değerlendirildi. APAİS testlerinin bu değerlendirmeye göre anksiyete durumunun sonuçlarının dağılımı Tablo 4.24 ve Tablo 4.25’te verilmiştir.

APAİS T’ de kaygı yok durumunda sonuçlananların sayısı 111 olup bu grubun ortalama değeri $8,05 \pm 1,89$ olarak bulundu. Kaygı var ile sonuçlananlar 189 kişi olup bu grubun ortalama APAİS T değeri $14,76 \pm 2,78$ olarak bulundu. APAİS T’ ye göre kaygı durumu değerlendirmesinde sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,05$) (Tablo 4.24).

Tablo 4.24: APAİS T’de genel kaygı durumu değerlendirmesi

	Kaygı Yok (ort± sd) (n=111)	Kaygı Var (ort± sd) (n=189)	P Değeri
APAİS T	8,05±1,899	14,76±2,786	0,000*

* $p < 0,05$ anlamlı fark.

APAİS B’ de bilgi isteği yok durumunda sonuçlananların sayısı 49 olup bu grubun ortalama değeri $3,45 \pm 0,76$ olarak bulundu. Bilgi isteği var olarak sonuçlananlar 251 kişi olup bu grubun ortalama APAİS B değeri $7,65 \pm 1,72$ olarak bulundu. APAİS B’ ye göre kaygı durumu değerlendirmesinde sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,05$) (Tablo 4.25).

Tablo 4.25: APAİS B’de genel kaygı durumu değerlendirmesi

	Bilgi isteği Yok (ort± sd) (n=49)	Bilgi isteği Var (ort±sd) (n=251)	P Değeri
APAİS B	3,45±0,76	7,65±1,72	0,000*

* $p < 0,05$ anlamlı fark.

5. TARTIŞMA

Türkiye’de 1955 yılında Anesteziyoloji ve Reanimasyon Biliminin ihtisas dalı olarak kabul edilmesinden günümüze kadar geçen süreçte uzmanlık eğitimi ve teknolojiye gelişmelerle beraber anesteziyolojinin önemi daha da artmıştır. Ancak, ameliyat öncesi dönemde anesteziye ve cerrahiye ait endişeler anksiyeteye neden olmaya devam etmektedir (Fidaner 1997). Sime (Sime 1976) yüksek derecede kaygının hastanede kalış süresini uzattığını, daha yüksek dozda analjezik ve sedatif ajan gereksinmesine neden olduğunu, postoperatif negatif etkilere yol açtığını göstermiştir. Çalışmamızda ülkemiz profilini değerlendirmek üzere hastanemizde elektif cerrahi girişim planlanarak genel anestezi verilecek olan çocukların ebeveynlerinde var olmasını öngördüğümüz anksiyete düzeyini ölçmek ve hangi faktörlerden etkilendiğini tespit ederek, engellemek için biz anesteziyologların neler yapabileceğini görmeyi amaçladık.

Ameliyat öncesi dönemde anesteziyoloğun hastayla görüşmesinin ve iyi bir iletişim kurmasının anksiyeteyi önemli ölçüde azalttığı gösterilmiştir (Egbert ve ark 1963). Yapılan çalışmalarda ameliyat öncesi ebeveyn anksiyetesinin çocukların endişesini artırdığı ve bunun yalnızca ameliyat zamanında değil ameliyat sonrası dönemde de devam ettiği izlenmiştir (Watson ve Visram 2003). Ebeveyn anksiyetesi yüksek olan çocuklarda operasyondan 6 ay sonrasında devam eden postoperatif davranış bozukluğu, anksiyetesi düşük olan ailelere göre 3,2 kat daha fazla görülmüştür (Shirley ve ark 1998, Bevan ve ark 1990, Kain ve ark 1996).

Anksiyete düzeyi toplumlar, hatta bölgeler arasında bile değişkenlik gösterir. Bunun yanında eğitim, cinsiyet, yaş gibi kişisel faktörler de bu değişkenlikte rol oynarlar (Shirley 1998). Literatürde preoperatif anksiyete düzeyleri ile ilişkisi konusunda farklı sonuçlar vardır.

Badner ve arkadaşları (Badner ve ark 1990) yaşları $39,25 \pm 13,82$ yıl olan 193 hastada yaptıkları çalışmada yaşın endişe seviyesini etkilemediğini bildirmişlerdir. Yine aynı yönde Moerman ve arkadaşları (Moerman ve ark 1996) 678 hastada yaptıkları çalışmada yaşın endişe seviyesini etkilemediğini bildirirlerken; Grabow ve arkadaşları (Grabow ve ark 1990) gençlerde endişe seviyesinin daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Shevde ve Panagopoulos (Shevde ve Panagopoulos 1991) yaptıkları çalışmada yaşlı hastalarda endişe seviyesinin düştüğünü bildirmişlerdir. Yine Demir ve

arkadaşları (Demir ve ark 2009) ebeveyn yaş ortalaması $43,71 \pm 15,6$ yıl olan çalışmalarında yaş arttıkça endişe seviyesinin düştüğünü bildirmişlerdir ve bu durumu yaşlılarda daha etkin olan kadercilik olgusu ve kültürel faktörlerle, yaşam streslerine daha kolay dayanmalarına bağlı olduğunu düşünmüşlerdir. Yapılan çalışmada ebeveyn yaşları 20-65 yıl arasında değişmekte olup, gönüllülerin yaşlarının ortalaması $33,26 \pm 7,09$ yıl idi ve ortalama anksiyete düzeyi ile ebeveyn yaşı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu bulgumuz Badner ve arkadaşları (Badner ve ark 1990) ile Moerman ve arkadaşlarının (Moerman ve ark 1996) çalışmaları ile benzer bulunmuştur. Demir ve arkadaşlarının (Demir ve ark 2009) yaptıkları çalışmada farklı sonuçların görülmesi, gönüllü grubunun yaş ortalamasının daha yüksek olmasından kaynaklanmış olabilir.

Genel nüfusta anksiyetenin kadınlarda, erkeklere oranla iki kat fazla görüldüğü bilinmektedir (Öztürk 1994, Kılıç 2008). Valenzuela ve arkadaşları (Valenzuela ve ark 2010) yaptıkları çalışmada kadınların preoperatif dönemdeki anksiyete düzeyi erkeklere oranla 5 kat daha fazla tespit edilmiştir. Aykent ve arkadaşları (Aykent 2007) preoperatif anksiyete nedenlerini değerlendirdikleri çalışmalarında, kadınların anksiyete düzeyini daha yüksek bulmuştur. Badner ve arkadaşları (Badner ve ark 1990) bu farklılığı kadınların ailelerinden ayrılmaya bağlı anksiyetelerinin daha yüksek olmasına bağlarken, Shevde ve Panagopoulos (Shevde ve Panagopoulos 1991) kadınların ruh durumlarını erkeklerden daha rahat dile getirebilmelerine bağlamıştır. Epidemiyolojik açıdan incelendiğinde depresyon ve anksiyete bozukluklarının genel olarak kadınlarda erkeklere göre daha sık olması bu bulguları destekler niteliktedir. Çalışmamızda erkeklerin kadınlardan daha yüksek sayıda katılım gösterdiği görülmektedir. Bu durumun hastaneye başvurularda babaların refakat etmesinden ve ankete daha çok babaların katılmak istemesinden kaynaklandığını düşünüyoruz. Sonuçlarımız diğer çalışmalarla paralellik göstermiş ve kadınlarda daha yüksek anksiyete düzeyi saptanmıştır (Tablo 4.2). STAI 2 testinde anlamlı sonucun bulunması kadın cinsiyetin sürekli anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermiştir. Tüm testlerde anksiyete düzeyinin kadın cinsiyette yüksek olması bu durumu destekler niteliktedir.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada hastaların anestezi ve anestezi doktoru hakkında bilgisi sorgulanmış ve eğitim düzeyi düşük hastaların yetersiz bilgisi olduğu bulunmuştur (Gülbayrak ve ark 2003). Eğitim düzeyi yüksek hastalar yaşayacağı anestezi ve ameliyat deneyimi ile ilgili daha çok şey merak etmekte ve istediği bilgiye ulaşmak için daha çok

çaba harcamaktadırlar. Ameliyat öncesi dönemdeki sıkıntıların büyük oranda bilgisizlikten kaynaklandığı belirlenmiştir (Moerman 1996).

Eğitim düzeyi ile endişe seviyesi arasında bir ilişki var mı diye bakıldığında önceki çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Domar ve arkadaşları (Domar ve ark 1989) ile Valenzuela M ve arkadaşları (Valenzuela ve ark 2010)'nın yaptıkları çalışmalarda eğitim düzeyinin endişe seviyesini etkilemediği bulunmuştur. Oğuzalp ve arkadaşları (Oğuzalp ve ark 2010)'nın yaptığı çalışmada ise durumluk endişe seviyesi eğitimden etkilenmezken, sürekli endişe seviyesi eğitim arttıkça azalmaktadır. Yapılan çalışmada ise eğitim seviyesi ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemekle birlikte en yüksek anksiyete puanları okur-yazar olup eğitim almamış grupta tespit edilmiştir. APAIS T değerlendirmesinde de istatistiksel anlamlı olarak en yüksek anksiyete puanı üniversite düzeyinde eğitim almış kişilerde görülmüştür. APAIS testine göre bilgi isteği üniversite mezunlarında istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek tespit edilmiştir (Tablo 4.4). Eğitim düzeyinin farkındalığı artırdığı ve daha ayrıntılı bilgiye ihtiyaç duyulmasının bu duruma neden olabileceğini düşünüyoruz.

Oğuzalp ve arkadaşlarının (Oğuzalp ve ark 2010) yaptığı araştırmada aylık gelirleri 1000 TL ve altında olan ebeveynlerin sürekli anksiyetesindeki artma, aylık gelirleri 1.000-2.000 TL ve >2.000 TL olan ebeveynlerde görülene göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Fekrat ve arkadaşlarının (Fekrat ve ark 2003) çalışmasında düşük gelir grubu hastalarda, orta ve yüksek gelir grubundaki hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek anksiyete saptanmıştır. Aşık K (Aşık 2012) ebeveynlerde gelir algısını sorgulamış, anksiyete ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptamamıştır. Ancak çalışmada işsiz veya ev hanımı veya alt meslek grubuna dâhil olanların Beck Anksiyete puanı, orta ve üst meslek grubunda çalışanlara göre yüksek saptanmış olup istatistiksel anlamlı sonuç bulunmuştur. Bu çalışmada gelir düzeyini gelirleriniz giderlerinizi karşılıyor mu sorusu ile değerlendirildi ve STAI testine göre anlamlı olarak gelir sıkıntısı olan ebeveynlerde anksiyete düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durum geçim kaygısı ile stres faktörlerinin artmış olmasıyla ilişkilendirilebilir. Bulgularımız literatür ile uyumlu bulunmuştur (Oğuzalp ve ark 2010, Fekrat ve ark 2003, Aşık 2012) (Tablo 4.5).

Sosyal güvenceye göre anksiyete seviyesi değerlendirildiğinde, özel sağlık güvencesi veya hiçbir güvencesi olmayanların anksiyete düzeyleri yüksek ve yeşil kart ile

başvuru yapanların ise anksiyete düzeylerinin en düşük seviyede olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.7). Özel sağlık güvencesi veya güvencesiz olarak hastaneye başvuranların, ilaveten maddi kaygılar altında işlemlerini gerçekleştirdiğini düşünüyoruz.

Meslek gruplarına bakıldığında işsiz, ev hanımı veya alt meslek gruplarındaki ebeveynlerin endişe seviyesinin, orta ve üst meslek gruplarındaki ebeveynlere göre daha yüksek olduğu sonucu bulunmuştur (Aşık 2012). Ev hanımı veya alt meslek gruplarındaki endişe seviyesinin yüksek olarak bulunmasının nedeni olarak geçim kaygısı ve stres faktörlerinin fazla olması olabileceği belirtilmiştir. Bu çalışmaya paralel olarak çalışmamızda ev hanımlarından oluşan grubun STAI ve APAIS testlerindeki anksiyeteleri en yüksek seviyede olduğu görülmüştür (Tablo 4.6).

Geniş aileye sahip ebeveynlerin endişe seviyeleri çekirdek aileye göre düşük bulunmuş ve bu durumu geniş aileye sahip bireylerin daha kolay toplumsal ve ailesel destek almaları ile ilişkilendirilmiştir (Aşık 2012). Bizim çalışmamızda da bu açıklamayı destekler nitelikte, anksiyete puanları en yüksek parçalanmış ailede, en düşük geniş ailede görülmekle birlikte aile yapısının anksiyete üzerine etkileri istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.12).

Hastaneye gelirken evde bakıma muhtaç başka bir kişinin varlığı ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Çalışmamızda hastaneye geliş şekillerini sorguladığımızda, anksiyete düzeyini etkilemediği görülürken, çalıştığı kurumdan izin almada problem yaşayanların anksiyete düzeylerinde anlamlı artış olduğu görüldü.

Dünyanın birçok yerinde yapılan çalışmalar preoperatif dönemde ebeveyn anksiyetesinin yaşadıkları yerlere ve kültürel değişikliklere göre farklılık gösterdiğine dikkat çekmiştir. Aşık K (Aşık 2012) ebeveynin yaşadığı yer ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki saptamamıştır. Çalışmamız bu çalışma ile benzer sonuç göstererek ailenin yaşadığı çevrenin anksiyete üzerine bir etkisi görülmemiştir.

Türk toplumunda erkek çocukların daha ön planda tutulduğu düşünülmele beraber Aşık K (Aşık 2012)'nin çalışmasında kız çocuklarının ebeveynlerinde anksiyete düzeyleri farklı olarak daha yüksek bulunmuştur. Halbuki bu çalışmada çocuk cinsiyetlerinin anksiyete düzeyini etkilemediği görülmüştür (Tablo 4.3).

Çocuk sayısına göre yapılan değerlendirmede ise çocuk sayısı arttıkça anksiyete düzeylerinin azaldığı görülmüştür. Tek çocuk sahibi ebeveynlerin anksiyete puanları en yüksek olarak değerlendirilirken en düşük puanlar 4 ve üzeri çocuk sayısına sahip olanlarda bulunmuştur. Bu durumun çocuk sayısı az olanlarda ilgi odağı tek çocuk üzerinde yoğunlaşmasından; çocuk sayısı daha fazla olanlarda diğer çocuklar ile ilgili farklı sorumlulukların da bulunmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz (Tablo 4.13).

Operasyon hazırlığı esnasında herhangi bir problem geliştiğini bildirenlerin anksiyete düzeylerinde artış olduğu çalışmada tespit edilmiş olup, olumsuz gelişmelerin ailenin tedirginliklerini arttırdığını söyleyebiliriz (Tablo 4.14).

Çalışmada ailede daha önce operasyon geçirmiş olmak veya kronik bir hastalık nedeniyle takip ediliyor olmanın anksiyete üzerine anlamlı etkisi görülmemiştir.

Literatürde ailede düşük veya ölüm gibi nedenlerle çocuk kaybı olmasıyla ebeveyn anksiyete skorları arasında da anlamlı fark görülmemiştir (Terrance ve Yemen 2002). Yapılan çalışmada ise düşük veya ölü doğum öyküsü olanların anksiyete puanları daha yüksek bulunmuş ve APAIS T de anlamlı fark tespit edilmiştir (Tablo 4.17). Bu durum çocuk kaybı yaşayanların çocuk üzerindeki endişelerinin daha fazla olabileceği ile ilgili olarak açıklanabilir.

Genel olarak tümör cerrahisi veya organ kaybıyla sonuçlanacak operasyonlarda hastaların anksiyetelerinin daha yüksek olduğu kabul edilmektedir (Mackenzie 1991). Bazı çalışmalarda ise operasyon türünün anksiyete düzeyini etkilemediği bildirilmiştir (Badner 1990, Domar 1989). Bu çalışmada, operasyonları anestezi klavuzlarında yer alan Cerrahi Grade'lere göre ayırarak yaptığımız anksiyete değerlendirmesinde, Cerrahi Grade'ler arasında anlamlı anksiyete farkı bulunmamıştır.

Shirley ve arkadaşları (Shirley ve ark 1998) çalışmasında dünya genelinde küçük yaş çocukların ve tekrarlayan cerrahilerde anne ve ebeveyn anksiyetelerinde artış olduğundan bahsedilmekle beraber, kendi çalışmalarında 1 yaş altı çocukların ve sık hastaneye yatışı olan çocukların ebeveyn anksiyetesine etkisi görülmemiştir. Aşık K (Aşık 2012) çalışmasında 2 yaş ve üzeri çocukların ebeveynlerinde Beck testinde anksiyete puanları yüksek tespit edilirken STAI testlerinde anlamlı fark bulunamamıştır.

Çalışmada çocuk yaşları okul dönemlerine göre gruplandırılmış olup okul öncesi, ilk okul ve lise düzeylerindeki çocukların ebeveynlerinde hem STAI hem de APAIS testlerinde yüksek anksiyete görülmüştür (Tablo 4.19). Okul öncesi ve ilkokul seviyesindeki anksiyete yüksekliğinin yaşa bağlı olarak değiştiği düşünmekle birlikte lise düzeyindeki anksiyete yüksekliğinin çocuğun farkındalığı ve kaygılarının da aileye yansımış olabileceği kanaatindeyiz.

Birleşik Devletler’ de yapılan bir çalışmada (Litman ve ark 1996) bir yaş altı çocuklarda ve tekrarlayan hastane yatışlarında ebeveyn anksiyetesinde anlamlı yükseklik saptanmıştır. Küçük çocuklarda ve tekrarlayan cerrahi işlemlerde dünya genelindeki çalışmalarda saptanan anne anksiyetesi daha yüksektir (Thompson 1996). Oğuzalp ve arkadaşları (Oğuzalp ve ark 2010)’nın yaptığı çalışmada ameliyat olmuş çocukların annelerinde durumluk anksiyete düzeyi daha az bulunmasına karşın babalarda fark bulunmamıştır. Aşık K (Aşık 2012) tarafından yapılan araştırmada çocuğu daha önce ameliyat olan ve olmayan ebeveynlerde endişe seviyesi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamış. Güner ve ark (Güner ve ark 2011)’nin yaptığı araştırmada çocukların daha önce anestezi alması ve ailede daha önce anestezi alma öyküsü ile ebeveyn anksiyete puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu çalışmada kronik hastalığı olan ve olmayan çocuklar ile devamlı ilaç kullanan ve kullanmayan çocukların ebeveynlerinde anksiyete puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Anesteziyologların etik ve legal olarak anestezi ve komplikasyonları hakkında hasta ve yakınlarına bilgi vermesi gereklidir. Bazı çalışmalarda anestezi hakkında verilen detaylı bilginin anksiyeteyi artırdığı, bazı çalışmalarda ise azalttığı gösterilmiştir. Benzer çalışmalar dünyanın çeşitli ülkelerinde yapılmış, ebeveyn anksiyetesinde farklılıklar bulunmuştur. Bunda kültürel farklılıkların etkili olduğu düşünülmüştür (Wetsch ve ark 2009). Çalışmamızda hastalara farklı bir bilgilendirme uygulanmamış standart değerlendirmeye tabi tutulmuştur. Eğitim seviyesi yüksek ebeveynlerde bilgi isteğinin yüksek görülmesi, ebeveynlerin daha ayrıntılı olarak bilgilendirilmesi açısından değerlendirilmesi gerekliliğini göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı anestezi polikliniğine başvuran elektif şartlarda, genel anestezi ile ameliyat olacak 300 çocuk hastanın anne veya babasına anket uygulanarak yapılmıştır. Ebeveyn ve çocukların sosyodemografik bilgileri ile birlikte State-Trait Anxiety Inventory = Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI FORM TX-1, STAI FORM TX-2) ve Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale = Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve İnfomasyon Skalası (APAIS) kullanıldı. Ebeveyn ve çocukların sosyodemografik bilgilerine göre ebeveynlerin anksiyete durumlarını tespit ederek ve ebeveynlerin endişelerini gidermek için neler yapabileceğimizi araştırdığımız bu çalışmada;

- Kadın cinsiyette anksiyete düzeyi erkeklere oranla daha fazla olduğu görülmüştür. Operasyon geçirecek olan çocuğun cinsiyetinin ise ebeveynin anksiyetesini üzerine etkisi yoktur.

- Ebeveynin eğitim seviyesinin yüksek olması anksiyeteyi azaltmakla birlikte, operasyon süreci hakkında daha fazla bilgilendirmeye ihtiyaç duymaktadırlar.

- Düşük gelir seviyesi sürekli anksiyeteyi ve durumluk anksiyetesini etkilemektedir. Ev hanımlarında daha yüksek anksiyete mevcuttur.

- Sağlık güvencesi ile hastaneye başvurmanın anksiyeteyi azalttığı görülmüştür.

- Hastaneye gelmek için çalıştığı kurumda problem yaşanması anksiyeteyi arttırmaktadır.

- Geniş aile düzeni anksiyeteyi azaltmada olumlu etkilidir.

- Tek çocuk sahibi olmak anksiyete düzeyini arttırmaktadır.

- Lise çağında çocuğu olanlarda anksiyete düzeyi daha yüksek bulunmuştur.

- Kronik hastalık varlığı, daha önce operasyon geçirmiş olmanın, operasyonun türünün ve yaşanan çevrenin ebeveyn anksiyetesini üzerine etkisi bulunmamıştır.

Bu bulgular ışığında, ebeveynlerde anksiyeteyi azaltmak amacıyla;

- kadınlara yönelik ek önlemler planlanabilir,

- toplumsal eğitim düzeyi iyileştirilebilir,

- gelir refahı artırılması sağlanabilir,

- sağlık güvencelerinin toplumun daha büyük kısmını kapsaması sağlanabilir,

- işverenlerin ve idari amirlerin sağlık konusunda daha hassas davranış sergilemesi sağlanabilir.

- Gerektiğinde ebeveynlere daha fazla bilgi aktarılabilirdir.

7. KAYNAKLAR

- Akln T, Alptekin K. Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Anksiyete Monografaları Serisi-4, Ankara, Medikomat, 1995:149-80.
- American Psychiatric Association (APA): Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorder, 4. Baskı, Washington, DC, 1994.
- Andrew Sims and David Owen Psychiatry. London: Bailliere Tindal Limit 1993;88 97.
- Aşık K. Cerrahi Operasyon Geçirecek Pediatrik Olgularda Ebeveyn Anksiyetesinin Değerlendirilmesi (Tez). Manisa: Celal Bayar Üniversitesi Tıp fakültesi; 2012. 53
- Aykent R, Kocamanoğlu İS, Üstün E, Tür A, Şahinoğlu H. Preoperatif Anksiyete Nedenleri ve Değerlendirilmesi: APAIS ve STAI Skorlarının Karşılaştırılması. Türkiye Klinikleri J Anest Reanim 2007;5(1):7-13.
- Badner NH, Nielson WR, Munk S, Kwiatkowska C, Gelb AW.. Preoperative anxiety detection and contributing factors. Can Anaesth. 1990; 37(4 pt 1): 444- 47.
- Baltaş, Z. Sağlık Psikolojisi. İstanbul: Remzi Kitabevi, 2000
- Berkow R. The Merck Manual. U. S. A. Merck Sharp& Dohme, 1987:1502-1503.
- 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. Can J Anaesth 1990;37(2):177-82.
- Boeke S, Jelicic M, Bonke B. Pre-operative anxiety variables as possible predictors of postoperative stay in hospital. Br J Clin Psychol 1992;31(3):366-8.
- Boyacı, M. Çocuğu ameliyat olacak ailelerin yaşadığı güçlükler ve hemşirelik yaklaşımları. Hemşire Forum 2000;3(1), 22-25.
- Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışları Psikolojinin Temel Kavramları. İstanbul: Remzi Kitabevi, 2005; 289-304.
- Çelikel A. Çağdaş İş Yaşamında Ruh Sağlığı. 1.Basım. İstanbul, Alfa Basım Yayın Dağıtım Ltd. Şti., 2001:172
- Çevik A. Yaygın anksiyete bozukluğunun kliniği, 2. Anksiyete Bozuklukları Sempozyumu Dergisi. Sivas: Cumhuriyet Üniv. Tıp Fak. Basımevi, 1993:25-33.
- Demir A, Turan S, Balaban F, Karadeniz Ü, Erdemli Ö. Anestezi uygulamaları ile ilgili olarak preanestezik değerlendirme sırasında hastalarda yapılan anket çalışması. Türk Anest Der 2009;37(4):225-33.
- Derrington MC, Smith G. A review of studies of anaesthetic risk, morbidity and mortality. Br J Anaesth 1987;59(7):815-33.

- Domar AD, Everett MM, Keller MG. Preoperative anxiety: is it a predictable entity? *Anesth Analg* 1989;69(6):763-7.
- Edelmann RJ. *Anxiety, Theory, Research and Intervention in Clinical and Health Psychology*. England: John Wiley and Sons Ltd Kitabevi, 1992.
- Egbert LD, Battit G, Turndorf H, Beecher HK. The value of the preoperative visit by an anesthetist. A study of doctor, patient rapport. *JAMA* 1963;185(7): 553-5.
- Egbert LD, Battit GE, Welch CE, Bartlett MK. Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients. *N Engl J Med* 1964;270:825-7.
- Fekrat F. Operasyon öncesi korku ve anksiyete: hasta, cerrahi ve anestezi doktorlarının değerlendirmelerinin karşılaştırılması. Tez J, Ankara; Hacettepe Üniversitesi 2003
- Fidaner H. Anestezi ve yoğun bakım stresi, *Depresyon Dergisi* 1997;2(3):81-4.
- Grabow L, Buse R. Preoperative anxiety-anxiety about the operation, anxiety about anesthesia, anxiety about pain? *Psychother Psychosom Med Psychol* 1990; 40(7): 255-63.
- Gülbayrak C, Gülbayrak K, Açık Y, Erhan MD, Erhan ÖL. Operasyona alınan hastaların anestezi öncesi ve sonrası bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. *TARK'2003 Belek/Antalya 27 Kasım-01 Aralık 2003, TARDD 2003;31 (Ek sayı 2):48 (GA P-45)*.
- Güner B, Pamuk AG, Yazıcı MK, Aypar Ü. Çocuklarda klinik çalışma için onam alma zamanının ebeveyn anksiyetesine etkisi. *Türkiye Klinikleri J Anest Reanim* 2011;9(2):90-101.
- Heneghan C. Consent to medical treatment: what should the patient be told? *Br J Anaesth* 1994;73(1):25-8.
- Hicks JA, Jenkins JG, The measurement of preoperative anxiety , *Journal of the Royal Society of medicine* 1988; 81(9):517-19
- Jlala HA, French JL, Foxall GL, Hardman JG, Bedfordth NM. Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia, *Br. J. Anaesth* 2010; 104(3):369-74
- Kain ZN, Mayes LC, O'Conner TZ, Cicchetti DV. Preoperative anxiety in children. Predictors and out-comes. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996;150(12):1238-45.
- Kain ZN, Wang SM, Caramico LA, Hofstadter M, Mayes LC. Parental desire for perioperative information and informed consent: a two-phase study. *Anesth Analg* 1997;84(2):299-306.
- Kaplan H, Freedman I, Sadock B. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, London, Williams&Wilkins Limit, 1983;2:2056-2061.

- Kaplan H, Sadock B. Klinik Psikiyatri ,Nobel Tıp Kitabevleri,2004:189-92.
- Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili. Bölüm 4. TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Md., Ankara, 2008.
- Kırkpınar I. Anksiyete Bozukluklarının Etyolojisi. Anksiyete Monografı Serisi-2, Ankara , Medikomat, 1995:54-89.
- Kindler CH, Harms C, Amsler F, Ihde-Scholl T, Scheidegger D. The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients anesthetic concerns, *Anesth. Analg.* 2000; 90(3):706-12
- Litman RS, Berger AA, Chhibber A. An evaluation of preoperative anxiety in a population of parents of infants and children undergoing ambulatory surgery. *Paediatr Anaesth* 1996;6(6):443-7. 49
- Mackenzie JW. Daycase anaesthesia and anxiety: A study of anxiety profiles amongst patients attending a day bed unit. *Anaesthesia.* 1991; 44(5): 437-40.
- Messeri A, Caprilli S, Busoni P. Anaesthesia induction in children: a psychological evaluation of the efficiency of parents presence. *Pediatr Anesth* 2004;14(7): 551-56.
- Moerman N, Van Dam FS, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS). *Anesth Analg* 1996;82(3):445-51
- Munafò MR, Stevenson J. Anxiety and surgical recovery. *Boşacı J Psychosom Res* 2001;51(4):589-96.
- Oğuzalp H, Pamuk A, Öcal T, Günöbirlik Cerrahide Ebeveyn Anksiyetesinin ve Beklentilerinin Değerlendirilmesi. *Türk Anest Rean Der* 2010; 38(3):208-16.
- Öner N, Lecompte A. Durumluk/ Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, 2. Basım. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, 1998.
- Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Ankara: Hekimler Yay. Birliği 1994:263-6.
- Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları Cilt I , Ankara, Nobel Tıp Yayınevi, 2008:451-73.
- Semerci ZB. Bilinmez kapısındaki çocuk ve aile: çocukların ve ailelerin cerrahi işlemlere hazırlanması. *Hacettepe Tıp Dergisi* 1999; 30(3): 226-8.
- Sertbaş G, Bahar A. Anksiyete ve anksiyete başetmede hemşirelik girişimleri. *Hemşire Forum* 2004;39-44.
- Shafer A, Fish MP, Gregg KM, Seavello J, Kosek P. Preoperative anxiety and fear: A comparison of assessments by patients nad anesthesia and surgery residents, *Anesth. Analg.* 1996; 83(6):1285-91

- Sheffer MB, Greifenstein FE. The emotional responses of patients of surgery and anesthesia. *Anesthesiology* 1960;21:502-7.
- Shevde K, Panagopoulos G. A survey of 800 patients knowledge, attitudes, and concerns regarding anesthesia. *Anesth Analg* 1991; 73(2): 190-8.
- Shirley PJ, Thompson N, Kenward M, Johnston G. Parental anxiety before elective surgery in children. A British perspective. *Anaesthesia* 1998;53(10):956-9.
- Sime AM. Relationship of preoperative fear, type of coping and information received about surgery to recovery from surgery. *J Pers Soc Psychol* 1976;34(4):716-24.
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene PR, Vagg PR, Jacobs AG. 1983. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Consulting Psychologists Press, Inc.: Palo Alto.
- Şahin AR. Anksiyete bozukluklarının epidemiyolojisi. 2. Anksiyete Bozuklukları Sempozyumu Dergisi, Sivas: Cumhuriyet Üniv. Tıp Fak. Basımevi, 1993:7-9.
- Terrance A, Yemen MD. *Pediatric Anesthesia Handbook, Chapter 6 Providing Care for the Child, Parent and Family in Diffucult Situations*. New York: Mc Graw-Hill Medical Publishing Division, 2002;56-79.
- Thompson N, Irwin MG, Gunawardene MS, Chan L. Preoperativeparental anxiety. *Anaesthesia* 1996; 51(11): 1008–12.
- Tomb AD. Aile Hekimleri için Psikiyatri. (çev. Tunca Z, Fidaner H,) İzmir, Saray Medikal Yay. 1994;70-77.
- Tsao JC, Lu Q, Myers CD, Kim SC, Turk N, Zeltzer LK. Parent and child anxiety sensitivity: relationship to children's experimental pain responsivity *J Pain* 2006;7(5):319-26.
- Uzbay İ T. Anksiyetenin Nörobiyolojisi, *Klinik Psikiyatri* 2002;Ek 1:5-13.
- Valenzuela Millán J, Barrera Serrano JR, Ornelas Aguirre JM. Anxiety in preoperativeanesthetic procedures. *Cir Cir*. 2010;78(2):147-51.
- 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.
- Watson AT, Visram A. Children's preoperative anxiety and postoperative behaviour. *Paediatr Anaesth* 2003;13(3):188-204.
- Wetsch WA, Pircher I, Lederer W, Kinzlj JF, Traweger C, Heinz- Erian P, et al. Preoperative stress and anxiety in day-care patients and inpatients undergoing fast-track surgery. *Br J Anaesth* 2009; 103(2): 199-205.
- Yalom I. *Varoluşçu Psikoterapi*. 3.baskı. İstanbul: Kabalcı Yayınevi, 2001.

Yavuzer H. Çocuk Psikolojisi. İstanbul: Remzi Kitabevi, 1994.

Yörükoğlu A. Çocuk Ruh Sağlığı, Çocuk Yetiştirme Sanatı ve Kişilik Gelişimi.
Hastalıklar ve Çocuk, 24. Baskı. Ankara: Özgür Yayınevi. 2000; 247-255.

