

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

**CERRAHİ GİRİŞİM UYGULANAN ADÖLESLANLAR İLE
ANNE/BABALARININ ANKSİYETE DÜZEYLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ VE ANKSİYETE NEDENLERİNİN
İNCELENMESİ**

NURAY KARAMAN

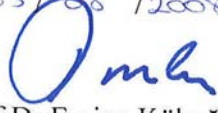
**DANIŞMAN
YARD. DOÇ. DR. RENGİN ACAROĞLU**

**HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
/HEMŞİRELİK ESASLARI PROGRAMI**

İSTANBUL-2008

TEZ ONAYI

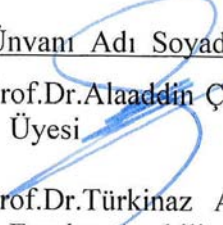


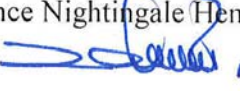

Aşağıda tanıtımı yapılan tez, jüri tarafından başarılı bulunarak Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

05/08/2008

 Prof. Dr. Emine Kökoğlu
 Enstitü Müdürü

Kurum : İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
 Program Adı : Hemşirelik Esasları
 Programın seviyesi : Yüksek Lisans Doktora
 Anabilim Dalı : Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
 Tez Sahibi : Nuray Karaman
 Tez Başlığı : "Cerrahi Girişim Uygulanan Adölesanlar ile Anne/Babalarının Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki ve Anksiyete Nedenlerinin İncelenmesi"
 Sınav Yeri : İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
 Sınav Tarihi : 30 / 07 / 2008

Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı

1. Prof. Dr. Alaaddin Çelik İ.Ü İstanbul Tıp Fakültesi / Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi 
2. Prof. Dr. Türkinaz Aştı İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi 
3. Prof. Dr. Nevin Kanan İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi 
4. Yard. Doç. Dr. Rengin Acaroğlu (Danışman) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi 
5. Yard. Doç. Dr. Merdiye Şendir İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi 

BEYAN

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

Nuray KARAMAN



İTHAF

Canım Aileme ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Mesleki yaşantımızda bizi daima ileriye yönlendiren, her zaman yanımızda hissettiğimiz hocamız Sayın Prof.Dr.Kamerya BABADAĞ'a,

Değerli bilgi ve deneyimleri ile beni aydınlatan ve katkılarını esirgemeyen hocalarım Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Türkinaz AŞTI'ya ve danışmanım Sayın Yard. Doç. Dr. Rengin ACAROĞLU'na,

İlgi, destek ve yardımlarından dolayı Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı öğretim üyesi hocalarıma,

Başta Prof. Dr. Alaaddin Çelik olmak üzere İstanbul Üniversitesi Çocuk Cerrahisi, Ortopedi ve Travmatoloji ve Genel Cerrahisi Anabilim Dalları'nda çalışan hekim ve hemşirelere,

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Öğrenim hayatımın her döneminde olduğu gibi çalışmamı tamamlamada da destek ve sevgisini esirgemeyen canım aileme ve hayat arkadaşlarıma,

Ve adını sayamadığım katkıda bulunan herkese tüm kalbimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından desteklenmiştir. Proje No:T-795

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	Vİİİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	İX
ÖZET	X
ABSTRACT.....	Xİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. ANKSİYETE TANIMI VE TARİHÇESİ	6
2.1.1. Tanım	6
2.1.2. Anksiyete Düzeyleri.....	8
2.2. CERRAHİ GİRİŞİMİN ADÖLESANLAR VE ANNE/BABALARINA ETKİSİ VE ANKSİYETE NEDENLERİ	11
2.3. HEMŞİRELİK BAKIMI.....	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	38
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	38
3.2. ARAŞTIRMA SORULARI.....	38
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	38
3.4. VERİLERİN TOPLANMASI.....	39
3.4.1. Veri Toplama Araçları	39
3.4.1.1. Adölesan Bilgi Formu (Ek-1).....	39
3.4.1.2. Anne/Baba Bilgi Formu (Ek-2).....	39
3.4.1.3. Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE) (Ek-3, Ek-4)	39
3.4.1.4. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI FORM TX-1, STAI FORM TX-2 Ek 5, Ek-6)	40
3.4.2. Verilerin İstatistiksel Analizi	44

4. BULGULAR.....	45
4.1.CERRAHİ GİRİŞİM UYGULANACAK ADÖLESANLAR İLE ANNE/BABALARIN BİREYSEL ÖZELLİKLERİ	46
4.2.CERRAHİ GİRİŞİM UYGULANACAK ADÖLESANLAR İLE ANNE/BABALARIN ANKSİYETELERİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	54
4.3.CERRAHİ GİRİŞİM UYGULANACAK ADÖLESANLAR İLE ANNE/BABALARIN ANKSİYETELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİYİ GÖSTEREN BULGULAR.....	55
4.4.CERRAHİ GİRİŞİM UYGULANACAK ADÖLESANLAR VE ANNE/BABALARIN ANKSİYETESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERE İLİŞKİN BULGULAR.....	56
5. TARTIŞMA	70
5.1.CERRAHİ GİRİŞİM UYGULANACAK ADÖLESANLAR İLE ANNE/BABALARIN BİREYSEL ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI	70
5.2.CERRAHİ GİRİŞİM UYGULANACAK ADÖLESANLAR İLE ANNE/BABALARIN ANKSİYETE PUANLARININ TARTIŞILMASI	75
5.3.CERRAHİ GİRİŞİM UYGULANACAK ADÖLESANLAR İLE ANNE/BABALARIN ANKSİYETELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI.....	77
5.4.CERRAHİ GİRİŞİM UYGULANACAK ADÖLESANLAR VE ANNE/BABALARINDA ANKSİYETEYE YOL AÇAN FAKTÖRLERİN TARTIŞILMASI.....	77
5.5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	85
KAYNAKLAR	91
FORMLAR.....	101
ETİK KURUL KARARI.....	111
ÖZGEÇMİŞ.....	112

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3-1:Veri toplamada uygulanan araçlar	43
Tablo 4-1: Adölesanların bireysel özelliklerinin dağılımı (n=100).....	46
Tablo 4-2: Adölesanların yaşadıkları duyguların dağılımı (n=100).....	47
Tablo 4-3: Adölesanların fizik ortam koşullarına ilişkin görüşlerinin dağılımı (n=100).....	48
Tablo 4-4: Anne/babaların bireysel özelliklerinin dağılımı (n=100).....	49
Tablo 4-5: Anne/babaların cerrahi girişime ilişkin duygu ve düşüncelerinin dağılımı (n=100).....	51
Tablo 4-6: Anne/babaları etkileyen sosyal ve ekonomik faktörlerin dağılımı (n=100) .	52
Tablo 4-7: Adölesanlar ve anne/babaların bilgilendirilme durumlarının dağılımı	53
Tablo 4-8: Adölesanlar ve anne/babaların Durumluk ve Sürekli Kaygı puan ortalamalarına ilişkin bulgular	54
Tablo 4-9: Adölesanlar ile anne/babaların Durumluk ve Sürekli Kaygı puanları arasındaki ilişki	55
Tablo 4-10: Adölesanlarda bireysel özelliklerin anksiyete üzerine etkisi (n=100)	57
Tablo 4-11:Adölesanların yaşadıkları duyguların anksiyeteleri üzerine etkisi (n=100).....	58
Tablo 4-12: Fizik ortam koşullarının adölesanların anksiyeteleri üzerine etkisi (n=100)	61
Tablo 4-13: Anne/babalarda bireysel özelliklerin anksiyete üzerine etkisi (n=100).....	63
Tablo 4-14: Anne/babaların cerrahi girişime ilişkin duygu ve düşüncelerinin anksiyete üzerine etkisi (n=100)	66
Tablo 4-15: Anne/babalarda sosyal ve ekonomik faktörlerin anksiyete üzerine etkisi (n=100).....	67
Tablo 4-16: Adölesanlar ve anne/babaların bilgilendirilme durumlarının anksiyeteleri üzerine etkisi	69

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ÇDSKE: Çocukta Durumluk-Sürekli Kaygı Envateri

GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

ÖZET

Karaman, N. (2008). Cerrahi Girişim Uygulanacak Adölesanlar İle Anne/Babalarının Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki ve Anksiyete Nedenlerinin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları AD, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Araştırma, cerrahi girişim uygulanacak adölesanlar ile anne/babalarının anksiyete düzeyleri, anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki ve anksiyete nedenlerini incelemek amacıyla, tanımlayıcı, ilişkilendirici ve kesitsel tipte planlandı.

Araştırmanın evrenini, Aralık 2006 / Temmuz 2007 tarihleri arasında, bir üniversite hastanesinin Çocuk Cerrahisi, Ortopedi ve Travmatoloji ve Genel Cerrahi Anabilim Dalları'nda cerrahi girişim uygulanmak üzere yatan adölesanlar ile onların anne/babaları oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise, araştırma kriterlerini karşılayan ve araştırmanın amacı açıklanarak bilgilendirildikten sonra izin alınan toplam 100 adölesan ile anne/babadan oluştu. Verilerin toplanmasında; Adölesan ve Anne/Baba Bilgi Formu, Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI FORM TX-1, STAI FORM TX-2) kullanıldı.

Verilerin analizi, yüzdeler, aritmetik ortalama ve standart sapma, t-testi, Pearson Korelasyon Tekniği ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile yapıldı.

Elde edilen veriler sonucunda, adölesanların %55'inin erkek, yaş ortalamasının $13,82 \pm 2,66$, eğitim yılı ortalamasının $7,72 \pm 2,87$ olduğu, anne/babaların %74'ünün anne, yaş ortalamasının $40,99 \pm 6,32$ ve %51'inin ilköğretim mezunu olduğu saptandı.

Anksiyete düzeylerinin, 10-13 yaş grubu adölesanlarda $37,38 \pm 8,00$ ve $36,38 \pm 6,81$, 14 yaş ve üzeri adölesanlarda $45,62 \pm 9,12$ ve $41,31 \pm 7,57$, anne/babalarda $52,10 \pm 9,17$ ve $42,85 \pm 7,80$ Durumluk ve Sürekli Kaygı puan ortalamaları ile orta düzeyde olduğu belirlendi.

10-13 yaş grubu adölesanlar ile anne/babalarının Durumluk Kaygı puanları arasında ilişki bulunmazken, Sürekli Kaygı puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ($r=0,34$ $p<0,05$), 14 yaş ve üzeri adölesanlar ile anne/babalarının ise, Durumluk ve Sürekli Kaygı puanları arasında ilişki bulunmadığı saptandı.

Adölesanlar ile anne/babaların anksiyetesinin yaşadıkları duygular, fizik ortam özellikleri, sosyal ve ekonomik faktörler ile bilgilendirilme durumundan etkilendiği saptandı. Bu doğrultuda, hemşirelerin cerrahi girişim uygulanacak adölesanlar ve anne/babaların anksiyetelerini azaltmak amacıyla, ameliyat öncesi dönemde, gereksinim duydukları rehberlik danışmanlık ve eğitim hizmetlerini vermesi, adölesanlar ve anne/babalarının duygu ve düşüncelerini paylaşabilecekleri eğitim ve destek gruplarını planlaması ve gerektiğinde sosyal kuruluşlardan destek sağlanması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi girişim, anksiyete, hemşirelik bakımı, Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri, adölesan, anne/baba.

Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından desteklenmiştir. Proje No: T-795.

ABSTRACT

Karaman, N. (2008). The Relationship Between The Anxiety Levels of Adolescents Who Undergo Surgical Intervention and Their Parents and Examination of The Anxiety Reasons. Istanbul University, Institute of Health Science, Fundamentals of Nursing Division. Master's Thesis. Istanbul.

The research was planned as descriptive, correlational and cross-sectional type to examine the relationship between adolescents who will undergo surgical intervention and their parents and to examine the reasons of anxiety .

The research population consisted of adolescents hospitalized for surgical intervention in Pediatric Surgery, Orthopedics and Traumatology and General Surgery Departments of a hospital between December 2006 / July to 2007 and their parents. Sample of the research was comprised from 100 adolescents and their parents. Adolescent and Parent Information form, State-Trait Anxiety for Children Inventory and State-Trait Anxiety Inventory were used for data collection.

Data analysis was performed with percentage, arithmetic mean and standard deviation, t test, Pearson correlation analysis and one sided variance analysis (ANOVA).

It was found that 55% of the adolescents was male with the average age of $13,82 \pm 2,66$, average education year was $7,72 \pm 2,87$, 74% of the parents was mothers with average age of $40,99 \pm 6,32$, 51% of the mothers was primary school graduates.

It was determined that anxiety levels were $37,38 \pm 8,00$ and $36,38 \pm 6,81$ in adolescents of 10-13 age group and $45,62 \pm 9,12$ ve $41,31 \pm 7,57$ in adolescents of 14 years old and over, $52,10 \pm 9,17$ and $42,85 \pm 7,80$ in parents and the State-Trait anxiety score average was found to be in mid-level.

It was found that there was no relationship between 10-13 age group adolescents and their parents' state anxiety levels while there was a positively significant relationship between their trait anxiety scores ($r=0,34$, $p<0,05$). No relationship was found between the state and trait anxiety scores of 14 and over age group adolescents and their parents.

It was determined that adolescents and parents' anxieties were affected by their feeling emotions, their physical conditions, social and economical factors and informational status. It can be recommended that the nurses should provide the necessary guidance, consulting and training services to decrease the anxiety of adolescents and their parents in preoperative period and training and support groups where parents can share their feelings and thoughts should be planned and support should be supplied from social corporations if needed.

Key Words: Surgical intervention, anxiety, nursing care, State-Trait Anxiety Inventory adolescent, parents.

The present work was supported by the Research Fund of Istanbul University. Project No.T-795.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Cerrahi girişimin türü ne olursa olsun, girişim kararı alınmasının bireylerde anksiyete yarattığı bilinmektedir. Anksiyete yalnızca cerrahi girişim uygulanacak bireyleri değil aynı zamanda aile üyeleri/yakınlarını da etkilemektedir (Boyacı 2000). Anksiyete, bilinmeyene karşı duyulan korku, anestezi sonrası uyanamama ya da ölüm korkusu, kontrol kaybı, ağrı, izole edilme, sevdiklerinden ayrılma ve sosyal yaşamdan uzaklaşma gibi farklı nedenlere bağlı olarak gelişebilmektedir (Sertbaş ve Bahar 2004; Cüceloğlu 2005). Bununla birlikte, cerrahi girişimler büyük ya da küçük, acil ya da planlanmış olsun birey ve aile üyeleri için olumsuz bir yaşam deneyimi olup, beklenmedik olaylara gösterilen tepkiye benzer tepkilere yol açabilmektedir (Munafö ve Stevenson 2001). Aynı zamanda hastane ortamının yabancılığı, tanımadığı bireylerle iletişim kurma zorunluluğu, sağlık ekibi üyelerinin tıbbi terimleri kullanması, bilinmeyen aletlerin kullanılması, uygulanan tanı, tedavi ve bakım uygulamaları gibi birçok nedenin bireylerin anksiyete düzeyleri üzerinde etkili olduğu vurgulanmaktadır (Smith ve Callery 2005).

Anksiyete yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir deneyimdir. Adölesanlarda, yukarıda sıralanan nedenlere ek olarak anne/babalarından ayrı kalmanın anksiyete düzeylerinin artmasına yol açtığı belirtilmektedir (Boyacı 2000).

Anne/babaların ise genellikle, cerrahi girişimin etkinliği, olası komplikasyonlar, çocuğunun kaybı ya da sakat kalması, yardım edememe düşüncesi, suçlanma duygusu, bilgi eksikliği, iş yeri ile ilgili izin problemleri, sosyal ve ekonomik sorunlar ile ilgili belirsizliklere bağlı olarak anksiyetelerinin arttığı vurgulanmaktadır (Zempsky ve Hagan 2004).

Hastanede yatan adölesanların anksiyete düzeylerinin anne/babaların anksiyete düzeyleri ile pozitif yönde ilişkili olduğu gösterilmiştir. Anksiyete bir çeşit duygusal salgın şeklinde anne/babalardan adölesanlara yansıyabilmektedir (Gönener ve ark. 2006). Yapılan çalışmalar yüksek anksiyeteli anne/babası olan çocukların daha korkak, heyecanlı, ameliyat sonrası ağrı konusunda daha endişeli olduğunu, bunun tersine düşük anksiyeteye sahip anne/babaların çocuklarının ise anksiyete yaratan faktörlerle başedebildiklerini ve sorun çözücü yöntemleri kullanabildiklerini göstermektedir. Bununla birlikte, anne/babadan birinin ya da her ikisinin adölesanla birlikte kalmasının,

adölesanın anksiyetesinin hafifletilmesine destek sağlayacağı ifade edilmektedir (Ercan 2005).

Sağlık ekibi içinde hemşirelerin, sağlıklı/hasta birey ve aileleri ile iyi iletişim kurabilen, onların psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlarını iyi gözlemleyebilen, ekip üyeleri olduğu bilinmektedir (Köşgeroğlu ve İlhan 2000). Bu anlamda hemşirenin anne, baba ve çocukta anksiyete yaratabilecek faktörleri ve anksiyete düzeylerini tanılaması, doğru, uygun yardım girişimlerini planlayarak uygulaması ve bakımın sonuçlarını değerlendirmesi gerekir.

Adölesan ile anne/babasına yardımda, öncelik anksiyeteye neden olabilecek faktörleri en aza indirmek amacı ile hem adölesanın hem de anne/babanın bilgilendirilmesini içerir. Bilgilendirmede uygulanacak işlemlerin ve hemşirelik girişimlerinin anlatılması, hekim ile iletişiminin sağlanması, benzer konumdaki sağlıklı/hasta birey ve aileleri ile görüştürülmesinin yanı sıra gevşeme egzersizlerinin öğretilmesi, hem anksiyete düzeylerinin azaltılmasına hem de anne/babaların çocuklarına destek olmalarına katkı sağlayacaktır (Boyacı 2000; Toshiyuki ve Módolo 2004; Yardakçı ve Akyolcu 2004).

Bu çalışma cerrahi girişim uygulanacak adölesanlar ile anne/babalarının anksiyete düzeylerini, anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiyi ve anksiyetelerini arttıran faktörleri değerlendirerek, hemşirelik bakımının sunulmasında rehber olacak öneriler getirmek amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

Yarım yüzyıl öncesine kadar hastalıkların tedavisinde çok fazla kullanılmayan cerrahi girişimler, bilimsel ve teknolojik ilerlemelere paralel becerilerdeki artış ile birlikte günümüzde birçok hastalığın iyileştirilmesinde yaygın biçimde kullanılmaktadır. Her yıl dünyada 50 milyonun üzerinde bireye cerrahi girişim uygulandığı tahmin edilmektedir (Dadaş 2003; Ayoğlu 2003). Bir tedavi yöntemi olarak cerrahi girişimlerde görülen artışın nedenlerinin nüfus artışı, ortalama yaşam süresinin uzaması, sanayide makinaların kullanımı, kazalarda artış ve tanı yöntemlerindeki gelişme olduğu belirtilmektedir. Ancak cerrahi girişimler her ne kadar yaşamı güvence altına alan uygulamalar ise de, bireyleri biyo-fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel ve ekonomik boyutlarıyla, olumlu ya da olumsuz etkileyebilmektedir (Dadaş 2003).

Bir sanat ve bir bilim olarak tanımlanan cerrahi girişim; organizmanın fizyolojik akışını mümkün olduğunca koruyarak hastalıklarda, yaralanmalarda ve deformitelerde bozulan vücut fonksiyonlarının normal fizyolojiye en yakın duruma getirilmesinde ya da dayanılabilir sınırlar içinde yaşamın sürdürülmesinde vücut bölümlerine/organlarına uygulanan bir tedavi yöntemidir (Dadaş 2003; Ay 2007). Cerrahi girişim, bireyin normal biyo-fizyolojik fonksiyonlarını değiştirebilecek “kontrollü bir travma” olarak kabul edilmektedir (Dadaş 2003).

Cerrahi girişimler ciddiyetine, aciliyetine ve amacına göre farklı biçimlerde sınıflandırılabilir.

Ciddiyetine göre sınıflandırıldığında major cerrahi girişim ve minör cerrahi girişim olmak üzere iki grupta ele alınmaktadır;

Majör Cerrahi Girişim: Vücut bölümlerinin değiştirilmesini veya yeniden normal şeklinin verilmesini içeren cerrahi girişimlerdir. Örneğin, koroner arter bypass ameliyatları, larenksin çıkarılması (Potter ve Perry 2005).

Minör Cerrahi Girişim: Vücut bölümlerinde minimum değişikliği içeren cerrahi girişimlerdir. Majör cerrahi girişime göre risk olasılığı daha düşüktür. Örneğin, katarakt ameliyatları ve diş çekimi (Potter ve Perry 2005).

Aciliyetine göre sınıflandırıldığında acil ya da zorunlu cerrahi girişim, acil cerrahi girişim ve elektif cerrahi girişim olmak üzere üç grupta ele alınmaktadır;

Acil ya da Zorunlu Cerrahi Girişim: Bireyin yaşamını kurtarmak, organ ya da ekstremite fonksiyonlarını sürdürmek; zarar gören organ ya da ekstremitiyi korumak/çıkarmak ve kanamayı durdurmak amacıyla hemen uygulanması gereken cerrahi girişimlerdir. Örneğin perfore appendektomi onarımı (Erdil ve Elbaş 2001; Potter ve Perry 2005).

Acil Cerrahi Girişim: Bireyin sağlığı için gerekli olan, gelişen ek sorunları (doku harabiyeti ve organ fonksiyonlarının azalması) önleyebilen ve çok acil olmayan cerrahi girişimlerdir. Örneğin, kanserli tümörlerin çıkarılması (Erdil ve Elbaş 2001; Potter ve Perry 2005).

Elektif Cerrahi Girişim: Bireyin isteğine göre yapılan fakat kesinlikle zorunlu ve gerekli olmayan cerrahi girişimlerdir. Örneğin, herni ve skar onarımı (Erdil ve Elbaş 2001; Potter ve Perry 2005).

Uygulanma amacına göre ise tanı, ablatif, palyatif, rekonstrüktif, doku/organ nakli, konstrüktif, araştırma, kozmetik düzeltme olarak sınıflandırılmaktadır;

Tanı: Tahmin edilen tanıyı kesinleştirmek ya da patolojinin yayılımını öğrenmek amacıyla yapılmaktadır. Daha ileri tanı için, doku çıkarılmasını da içermektedir. En bilinen örneği biyopsidir (Erdil ve Elbaş 2001; Lewis ve ark. 2004; Potter ve Perry 2005).

Ablatif: Hastalıklı vücut bölümü/organın çıkarılması amacıyla yapılmaktadır. Örneğin nefrektomi, amputasyon, kolesistektomi (Potter ve Perry 2005).

Palyatif: Hastalığa bağlı sorunların azaltılması ya da hafifletilmesi amacıyla yapılmaktadır. Esas sorun tedavi edilemez. Örneğin, ağrının giderilmesi için sinir kökünün eksizyonu (rhizotomi) ya da barsak tıkanıklıklarında geçişi sağlamak amacıyla kolostomi uygulanması (Erdil ve Elbaş 2001; Lewis ve ark. 2004; Potter ve Perry 2005).

Rekonstrüktif : Zarar gören doku ya da organın bu kısımlarının ya da tümünün daha önceki anatomik ve fonksiyonel durumu kazanması amacıyla yapılmaktadır. Örneğin, kırıklarda internal fiksasyon (Potter ve Perry 2005).

Doku/Organ Nakli: Kesin beyin ölümü gerçekleşmiş bireyin doku ve organlarının diğer birey/bireylere aktarılması amacıyla yapılmaktadır. Örneğin, karaciğer, kalp ve böbrek transplantasyonu (Potter ve Perry 2005).

Konstrüktif: Konjenital deformitelerde organın normal görünümünün ve fonksiyonunun sağlanması amacıyla yapılmaktadır. Örneğin, konjenital yarık damak (Erdil ve Elbaş 2001; Potter ve Perry 2005).

Araştırma: Hastalığın yayılışını belirlemek ve tanıyı desteklemek amacıyla yapılmaktadır (Erdil ve Elbaş 2001; Lewis ve ark. 2004).

Kozmetik Düzeltme: Kişisel görünümünün düzeltilmesi amacıyla yapılmaktadır. Örneğin rhinoplasti (Lewis ve ark. 2004; Potter ve Perry 2005).

Yukarıdaki sınıflandırmaların dışında dört temel patolojik süreç cerrahi girişim gerektirir. Bunlar;

Tıkanıklık (Obstrüksiyon): Genellikle arterleri, (koroner ve serebral) tüpleri (bronşiyal) ve kanalları (sistik) etkilemektedir. Organizmadaki kanal geçişlerinin obstrüksiyonu kan, hava, serebral mayi, idrar ve safra gibi hayati önemi olan maddelerin akımını durduğu için tehlikelidir. Bu blokajın kaldırılmasında cerrahi yöntemler kullanılmaktadır (Erdil ve Elbaş 2001; Dadaş 2003; Ay 2007).

Delinme (Perforasyon): Organ ya da damarlarda meydana gelen rüptür olarak düşünülmelidir. Kan, hava gibi yaşamsal maddelerin fizyolojik akımı gerçekleşemez ise bireyin yaşamı olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Duodenal ülser perforasyonu, mesane, serebral arter delinebilmektedir (Erdil ve Elbaş 2001; Dadaş 2003; Ay 2007).

Aşınma (Erezyon): Sürekli fiziksel iritasyon, enfeksiyon, ülserasyon ya da inflamasyon nedeniyle doku yüzeyinin bütünlüğünün bozulmasıdır. Aşınma, damar duvarını etkilerse kanamaya neden olabilmektedir. Mesane taşları, mide-duodenal ülser kan damarlarını aşındırarak kanamaya yol açabilmektedir (Erdil ve Elbaş 2001; Dadaş 2003; Ay 2007).

Tümör: Vücut için fizyolojik fonksiyonu olmayan anormal doku büyümeleridir. Tümörler, organ dokusu içinde oluşabileceği gibi, organın dış yüzeyinde ya da organa komşu olarak da oluşabilmektedir. Tümörler iyi huylu olabildikleri gibi kötü huylu da olabilmektedir. Tümörlerde, en yaygın tedavi yöntemi, cerrahi girişim ile tümörün çıkarılmasıdır (Dadaş 2003; Ay 2007).

Cerrahi girişimin türü ne olursa olsun, birey ve ailesinin yaşamını olumsuz etkileyen bir deneyimdir. Hastalığa ve cerrahi girişime gösterilen yanıtlar, bireyden bireye ve tanılanan hastalığa göre farklılık göstermekle birlikte genel olarak anksiyete

düzeşinin yükselmesine ve baş etme yeteneğinin azalmasına yol açtığı bilinmektedir (Vaughn ve ark. 2007).

2.1. ANKSİYETE TANIMI VE TARİHÇESİ

2.1.1. Tanım

Anksiyete, hoş olmayan heyecansal endişe ya da kaygı hali olup, benliğin kendini tehdit altında hissettiğı bir gerilim ve duygulanım olarak tanımlanmaktadır (Sertbaş ve Bahar 2004; Cüceloğlu 2005). Anksiyete, düşünce içinde sıkıntıya girmek anlamına gelen Latince “anxietas” kelimesinden gelmektedir. Türkçe’de “bun, bunaltı”, “kaygı”, “endişe”, “iç sıkıntı”, “can sıkıntısı” veya “hoş olmayan heyecansal bir endişe hali” gibi sözcüklerle eş anlamlıdır. Türk Dil Kurumu sözlüğünde “üzüntü, endişe duyulan düşünce, tasa” anlamındadır (TDK 2008). Webster sözlüğünde ise “olması yakın ya da umulan beklenen bir tersliğin yarattığı acı veren bir huzursuzluk” olarak ifade edilmektedir (Önertoy 2003; Öz 2004; Kocabaşoğlu 2005).

Anksiyete evrensel bir duygu olup, bireyin kendini güvensiz hissettiğı durumlara karşı geliştirdiğı doğal bir yanıttır. Birey, alışlageldiğı yaşamı içinde, ne olduğunu tam bilemediğı yeni, farklı ya da bilinmeyen bir durumla karşılaştığı zaman bu duyguyu deneyimlemektedir. Anksiyete genellikle stress yaratan durumlarda daha belirgin hissedilmektedir. Psikoanalistler anksiyetenin doğumla başlayıp ölüme kadar sürdüğünü belirtmektedir (Öz 2004; Cüceloğlu 2005; Akdemir ve Birol 2005; Şensoy 2006).

Çoğu kez anksiyete ve korku birbirinin yerine kullanılmaktadır. Oysa korku; kaynağı dıştan gelen belirli bir tehlike karşısında hissedilen, bireyi savunmaya iterek tehlikelerden koruyan, çeşitli bedensel ve ruhsal belirtileri olan karmaşık bir duygudur. Anksiyete ise genellikle içsel kaynaklı, bireyin kendini nasıl koruyacağını bilmediğı bir duygudur. Bu iki duygusal yanıt arasındaki farklardan biri, korkunun akut ve anksiyetenin kronik oluşudur (Gülçiçek 2000; Önertoy 2003; Öz 2004; Şensoy 2006; Cüceloğlu 2005).

İnsan davranışının gelişiminde anksiyetenin önemini vurgulayan ilk kuramcı Sigmund Freud’tur. 1984 yılında Freud ilk anksiyete teorisinde, sıkıntının seksüel tatminsizlikten doğduğunu belirterek, anksiyetenin geleceğe yönelik bir endişe duygusu olduğu halde, temelde kaynağı geçmiş yaşama ilişkin çatışmalardan oluşan karmaşık örüntüler olduğunu ileri sürmüştür. Freud’a göre, fiziksel ya da toplumsal çevreden gelen tehlikelere karşı bireyi uyarma, gerekli uyumu sağlama ve yaşamı sürdürme

işlevlerine katkıda bulunan anksiyetenin, insanın içgüdüsel dürtülerinden kaynaklandığını belirtmiştir (Ayoğlu 2003;; Öz 2004; Cüceloğlu 2005).

1923 yılında Freud, ikinci anksiyete kuramında anksiyetenin, tehlike durumunda korunmanın işareti olduğunu ileri sürmüştü, daha sonra ise, egonun bastırılması ile ortaya çıkan bir iç tehlike olarak kabul etmiştir. Freud'a göre anksiyete üçe ayrılmaktadır (Ayoğlu 2003).

1-Objektif/Gerçek Anksiyete: Tehlike kaynağı bireyin dışındadır. Benlik, altbenliğin gereksinimlerine doyum sağlamaya çalışırken, dış dünyanın gerçekleri karşısında zorlandığında ortaya çıkan anksiyete durumudur. Zaman zaman tüm bireyler tarafından yaşanabilmektedir (Dadaş 2003; Sertbaş ve Bahar 2004; Öz 2004).

2-Nörotik Anksiyete: Tehlike kaynağı bireyin içindedir. Bireyin bastırılmış cinsel ve saldırganlık duygularından oluşan bir iç tehlikeden kaynaklanmakta ve patolojik olarak tanımlanmaktadır (Öz 2004; Sertbaş ve Bahar 2004).

3-Ahlak/Moral Anksiyete: Bireyin duyduğu içsel suçluluk, utanma, vicdan azabı gibi duyguların yarattığı manevi bir sıkıntı durumudur. Bireyin, duygu, düşünce ve belleğindeki çelişkiler ve çatışmalar sonucu ortaya çıkmaktadır (Öz 2004; Sertbaş ve Bahar 2004).

Otto Rank' a göre ilkel anksiyeteyi doğum travması meydana getirmekte ve buna "ayrılık anksiyetesi" denmektedir. Doğumla beraber intrauterin yaşamın rahatlığı ve güvenin kaybı anksiyeteye yol açmaktadır (Veliöğlu ve ark.1993).

Karen Horney'e göre anksiyete, tüm nörotik belirtilerin kaynağıdır ve çevresel stresörlere karşı meydana getirilmiş savunma sistemidir. Örneğin, çocuk, küçük yaşta duygusal yoksunluk içinde ise, bu ona yalnız kalma korkusu, ümitsizlik, düşmanca duygular vermekte ve anksiyeteye dönüşmektedir (Öz 2004).

A.Adler ise, kişinin kendisini kanıtlama dürtüsünün engellenmesine bağlı olarak anksiyete deneyimlediğini belirtmektedir. Sullivan anksiyeteyi, herhangi birinin güvenliğine karşı olan gerçek ya da hayali tehditler sonucu oluşan bir gerginlik deneyimi olarak kabul etmektedir (Öz 2004).

Eric Fromm'a göre anksiyete (kaygı) oluşumunda, toplumsal, ekonomik ve kültürel faktörler önemli rol oynamaktadır. Hızla gelişen teknoloji ile kişilerlerarası rekabet artmış, birey kendisini yalnız ve güvensiz hissetmeye başlamıştır. Belli bir noktaya gelen bu durum ise, anksiyeteye neden olmaktadır (Öz 2004).

Travelbee, anksiyetenin bireyin algılamasını ve öğrenmesini etkileyeceğinden; öğrenmede hafif ve orta düzeyde yaşanan anksiyetenin güdüleyici olacağından ve bireyin başarısı için motivasyonunu artıracığından söz etmiştir. Peplau anksiyetenin nedenini, bireyin güvenliğine karşı oluşmuş her türlü tehdit olarak görmektedir (Öz 2004).

Miller, Spencer ve Taylor, anksiyetenin oluşumundan çok nasıl yayıldığı üzerinde durmuşlar ve anksiyetenin davranışlar üzerinde olumlu etkileri olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca yeni davranışların kazanılmasının, psikoterapide ve genel tedavide olumlu, güdüleyici bir rol oynadığı kabul edilmiş; ancak böyle bir etkinin bireyin zekası, eğitim düzeyi, sosyo-ekonomik durumu yaş ve iyi alışkanlıklarının yapısı ile ilgili olarak değişebileceği belirtilmişlerdir (Ayoğlu 2003, Sertbaş ve Bahar 2004; Öz 2004).

Anksiyete kavramını durumluk ve sürekli anksiyete olarak ayırdığı Spielberger'in iki faktörlü kuramında, durumluk anksiyetenin, bireyin içinde bulunduğu baskılı durumdan dolayı hissettiği subjektif korku olduğu; baskının yoğun olduğu zamanlarda durumluk anksiyete düzeyinde yükselme, baskı ortadan kalkınca düşme olduğu belirtilmektedir. Sürekli anksiyetenin ise, bireyin içinde bulunduğu durumları genellikle baskılayıcı olarak algılama ve yorumlama eğiliminde olduğu; objektif kriterlere göre nötr olan durumların, birey tarafından tehlikeli ve benliği tehdit edici olarak algılandığı belirtilmektedir (Öner ve Le Compte 1998; Sertbaş ve Bahar 2004; Öner 2006).

2.1.2. Anksiyete Düzeyleri

Anksiyetenin farklı düzeylerde ve farklı fiziksel, psikolojik belirtilerle kendini gösterebileceğini belirten Hay, anksiyeyi dört aşamada tanılamaktadır (Gülçiçek 2000; Yardakçı ve Akyolcu 2004; Öz 2004; Sertbaş ve Bahar 2004).

1-Hafif Anksiyete: Bireyin gördüğü, duyduğu ve etrafında olup bitenden haberdar olduğu, öğrenme düzeyinin, yaratıcılığın arttığı ve duyarlı, katılımcı olduğu gözlenmektedir. Konuşma hızı ve şiddeti, konuşma içeriği ile uyumludur.

2-Orta Düzeyde Anksiyete: Bireyin algılama, kavrama ve iletişim becerileri azalmaktadır. Kas gerginliği, kan basıncı, nabız ve solunumda artma, mide şikayetleri, kalp çarpıntısı, terleme gibi hafif somatik belirtiler görülür.

3-Yüksek Düzeyde Anksiyete: Birey çevresinde olup bitenleri algılamada zorluk çekmektedir. Bireyin algılama ve kavrama alanı iyice daralmaktadır. Birey yaşadığı küçük bir ayrıntı ya da ayrıntılar üzerine yoğunlaşmaktadır. Olaylar ve detaylar arasında ilişki kurmakta zorluklar söz konusudur. Çarpıntı, dispne, dispeptik yakınmalar, başağrısı, göğüs ağrısı, istemli kas tonusunda artış ve gerginlik vardır.

4-Panik: Anksiyetenin en yoğun yaşandığı düzeydir. Bireyin tüm dikkati dağınıktır. Çevresel tehlikelere karşı yanıtızsızdır. Dispne, boğulma, tıkanma hissi, baş dönmesi, baygınlık hissi, çarpıntı, göğüs ağrısı gibi belirtilerin yanı sıra ölüm korkusu ya da kontrol kaybı ile kendini gösterir.

Hafif ve orta düzeydeki anksiyete, bireyi duruma yoğunlaşma, öğrenme ve problem çözme konusunda motive ederken, yüksek düzeyde anksiyete de, bilişsel işlevler olumsuz olarak etkilendiğinden, duruma yoğunlaşma ve konular arasındaki ilişkilerin anlaşılmasında güçlükler yaşanmaktadır. Panik düzeyde ise, anlama ve kavrama alanı tamamen daraldığından olaylar ve konular arasında bağlantı kurulamaz. Anksiyetesi yüksek olan bireyin öğrenme, kavrama, düşünme, yargılama, karar verme ve sorun çözme yeteneği olumsuz olarak etkilenmektedir (Öz 2004).

Anksiyete, bireylerde fizyolojik, psikolojik ve bilişsel değişikliklere yol açmaktadır. Bireyin anksiyetesi ve düzeyini belirleme açısından ipuçları oluşturan bu değişiklikler (Gülçiçek 2000; Dadaş 2003; Şensoy 2006);

- **Fizyolojik Değişiklikler:** Sempatik sinir sistemi aktivasyonu ile ilgilidir. Bu belirtiler; kalp atım hızının ve solunum sayısının artması, kan basıncının yükselmesi, ağız kuruluğu, yutmada güçlük, bulantı, kusma, ishal, sık idrara çıkma, terleme, titreme, baş ağrısı ve baş dönmesi, uykusuzluk, bayılma, yorgunluk ve kas gerginliğini kapsar.
- **Psikolojik Değişiklikler:** Korku, tedirginlik, huzursuzluk, güvensizlik, çekingenlik, çaresizlik, sinirlilik, öfke, depresyon, sersemleme hali, aşırı gerginlik, konsantrasyon güçlüğü, kendini ve başkalarını eleştirme/suçlama eğilimi, libidoda azalma, kontrolünü kaybetme, iştahsızlık, yorgunluk halidir.
- **Bilişsel Değişiklikler:** Dikkat ve yaratıcılığın azalması, hatırlama ve karar verme güçlüğü, çevreye karşı ilginin azalmasıdır (Özer 2005; Öz 2004; Öner 2003; Sertbaş ve Bahar 2004; Şensoy 2006).

Anksiyetinin azaltılması ya da ortadan kaldırılması için uygun bazı yöntemler kullanılmaktadır. Bu yöntemler içerisinde ele alınan her bir girişim anksiyetenin azaltılmasını ya da ortadan kaldırılmasını amaçlar. Bu yöntemler;

Deri Stimulasyon Yöntemleri

Sıcak Uygulama: Vücudun herhangi bir bölgesi üzerine sıcaklık veren bir maddenin veya aracın uygulanmasıdır. Sıcak uygulamada yaklaşık 40-45°C'lik ısı kullanılmaktadır. Uygulama 15-20 dakika süre ile 2 saat aralıklarla tekrarlanabilmektedir. Her 5 dakikada bir bireyin derisinin durumu ve belirtiler değerlendirilmelidir. Sıcak uygulanan bölgede vazodilatasyon etkisi ile ağrı, anksiyete ve kas gerginliği azalmaktadır (Yavuz 2006).

Masaj: Vücudun yumuşak dokularının elle ya da mekanik olarak uyarılmasıdır (Yıldırım ve ark. 2006).

Masaj uygulaması ile ciltte bulunan çevresel reseptörler uyarılmakta ve uyarılar, spinal kord yolu ile beyne ulaşmaktadır. Burada hoş bir duygu yanında genel bir rahatlama sağlanmaktadır. Masajın etkisi kan ve lenf dolaşımının hızlanması, kaslarda gevşeme ve arteriollerde dilatasyon şeklinde kendini göstermektedir. Böylece, anksiyete ve kas gerginliği azalmaktadır (Laura ve Noble. 2003; Yavuz 2006; Taşçı ve Sevil 2007).

Akupunktur: Vücudun belli noktalarına çelik, gümüş ve altından yapılmış iğnelerin batırılması ile uygulanan bir tedavi yöntemidir. Bu konuda eğitim almış uzman kişiler tarafından uygulanmalıdır. Akupunktur ile anksiyete ve kas gerginliği azaltılmaktadır (Yavuz 2006; Yıldırım ve ark. 2006; Taşçı ve Sevil 2007).

Psikolojik Yöntemler:

Gevşeme: Gevşeme yöntemi, düz ve rahat bir şekilde oturarak ya da yatarak derin nefes alıp-verme, derin solunum ve esneme eşliğinde tüm vücut kaslarının ya da belli alanların gevşetilmesidir. Gevşeme düşüncesi ve gerçek gevşemede, korteks uyarılarak rahatlama sağlanmaktadır. Böylece, anksiyete ile açığa çıkan enerji boşalmaktadır (Akşit ve Cimete 2001; Önertoy 2003; Yavuz 2006).

Mc. Caffery gevşeme yönteminin yararlarını, stres ve anksiyeteyi azaltma, ağrıdan uzaklaşma, ağrıya neden olan kas gerginliğini hafifletme, yorgunluğu azaltma

ve uykuyu kolaylaştırma şeklinde sıralamıştır (Gülçiçek 2000; Büyükyılmaz 2005; Özer 2005; Yavuz 2006).

Dikkati başka yöne çekme: Bireyin düşüncesini anksiyeteden uzaklaştıracak bir aktiviteye yönelmektir. Dikkati başka yöne çekmek amacıyla en çok kullanılan yöntemlerden biri solunum egzersizidir. Solunum egzersizi ile gevşeme ve dikkati başka yöne çekmenin etkisi birleşmektedir. Dikkati başka yöne çekmek için kullanılan diğer yöntemler ise; düşünme, ritmik solunum, şarkı söyleme ya da mırıldanma, müzik dinleme, oyun oynama, konuşma, okuma, televizyon izleme, sayı sayma gibi çeşitli ilgi alanlarını içermektedir. Mizah'ın da oldukça başarılı bir yöntem olarak vücutta endorfin salgısını arttırdığı gösterilmiştir (Büyükyılmaz 2005; Özer 2005; Yavuz 2006).

Düşleme: Düşleme, bireyde kontrol duygusu ve gevşeme sağlayan, dikkati başka yöne çekme yöntemidir. Birey bir düşe konsantre olur ve kendini bu düşe yerleştirir. Düşleme, ritmik solunum ve gevşeme ile birlikte daha etkili olmaktadır (Yıldırım ve ark. 2006; Yavuz 2006). Yapılan çalışmalar, düşlemenin cerrahi girişim uygulanan bireylerde ve iyileşme sürecinde etkili ve yararlı olduğunu göstermektedir (Yıldırım ve ark. 2006).

Müzik dinleme: Müziğin tedavi edici veya rahatlatıcı etkisi hem sosyal etkileşimleri sağlayamakta hem de vücut sistemlerinin işleyişinde değişiklikler oluşturmaktadır. Yatıştırıcı müzik dinlemek, şarkı söylemek, müzik eşliğinde dans etmek, egzersiz yapmak, müzik aleti kullanmak gibi aktiviteler endorfin salımını uyararak gevşemeyi sağlamakta ve anksiyete düzeyini azaltmaktadır (Laura ve Noble 2003; Yavuz 2006; Arslan ve ark.2007; Taşçı ve Sevil 2007).

Hastalık, hastaneye yatma ve cerrahi girişim, birey ve ailesini tüm insani boyutları ile olumsuz olarak etkileyebilen yaşam deneyimleri olup korku ve anksiyeteyi de beraberinde getirmektedir. Bireylerin, anksiyete ile başetmelerine yardım amacı ile uygulanacak bakım girişimlerinde, bireysel özelliklerinin yanı sıra yaş dönemlerinin dikkate alınması önemlidir.

2.2. CERRAHİ GİRİŞİMİN ADÖLESANLAR VE ANNE/BABALARINA ETKİSİ VE ANKSİYETE NEDENLERİ

Adölesan kavramı, ondokuzuncu yüzyıl sonlarına kadar kaynaklarda yer almayan, ilk kez 1904 yılında Stanley Hall tarafından tanımlanan bir terimdir. Latince kökenli olan adölesan kelimesi “yetişkinliğe doğru büyüyen” anlamındaki “adolescere”

yükleminden türemiştir. Bütün toplumlarda adölesan, çocukluğun olgunlaşmamışlığından yetişkinliğin olgunluğuna geçişin, gelecek için hazırlanmanın gerçekleştiği bir büyüme dönemi olarak kabul görmektedir (Neyzi ve Ertuğrul 2002; Çimen 2003; Ercan 2005; İnanç ve ark. 2005; Yavuzer 2005; Çuhadaroğlu 2006; Büyükgebiz 2006; Çok 2007).

Adölesan dönemi bedensel, bilişsel ve sosyal alanlarda gelişimsel sorunların yaşandığı çocukluktan erişkinliğe geçiş sürecidir (Çetin ve ark. 2004). Hall tarafından bu dönem “fırtına ve gerginlik” evresi olarak tanımlanmıştır (Yavuzer 2005; Çok 2007). Freud’ a göre adölesan dönemi, çok hızlı meydana gelen fizyolojik değişiklikler nedeniyle sorunların aşırı yoğun olduğu bir evredir (Çok 2007). Ericson’a göre ise, adölesanın kendini ve toplumdaki rollerini tanıdığı, kimlik arayışı içinde olduğu normatif bir kriz dönemidir (Yörükoğlu 2004; Çetin ve ark. 2004; Ay 2007).

Her ne kadar adölesan dönemi için bazı yaş sınırlamaları getirilmeye çalışılsa da, bu dönemi kesin sınırlarla ayrılan bir yaş grubu olarak belirlemek oldukça zordur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) adölesanları “10-19 yaşları arasındaki bireyler” olarak tanımlamaktadır (DSÖ 2001). UNESCO, adölesan dönemini 15-25 yaşları arasında göstermektedir (UNESCO 2001). Kızların, erkeklere göre ortalama iki yıl kadar önce olgunlaşmaları nedeniyle adölesan dönemindeki yaş sınırlarında, cinsiyetler arasında farklılık görülmektedir. (Neyzi ve Ertuğrul 2002; Yavuzer 2005; Çuhadaroğlu 2006).

Adölesan dönemi, 10-13 yaş erken adölesan, 14-16 yaş orta adölesan, 17-21 geç adölesan olmak üzere üç evrede incelenmektedir (Çimen 2003; Yavuzer 2005; Victoria ve ark. 2006).

Birçok ülkede nüfusun %20-25’ini adölesanların oluşturduğu ve bunların %85’inin gelişmekte olan ülkelerde yaşadığı belirtilmektedir (Başer 2000; Çimen 2003; Yavuzer 2005). Genç nüfus yapısına sahip olan ülkemizde ise 2003 yılı verilerine göre toplam nüfusun % 44.3’ünü adölesan yaş grubu oluşturmaktadır (TÜİK 2003).

Adölesan dönemi, yaşam sürecindeki en hızlı iki büyüme evresinden birini oluşturmaktadır. Bu dönemdeki biyo-fizyolojik gelişim, bir anlamda duygusal, sosyal ve zihinsel olgunlukların temelini oluşturmaktadır. Bir başka deyişle, adölesan dönemi biyo-fizyolojik gelişim ile başlamakta bedensel, zihinsel ve ruhsal gelişimlerle tamamlanmaktadır (Neyzi ve Ertuğrul 2002; Yörükoğlu 2004; Ercan 2005; Yavuzer 2005; Ay 2007). Bu dönemde adölesanlarda, beden imajı, öz-saygı, rol ve kimlik

öğeleri ile tümleşen kendilik kavramı önem kazanmakta ve meydana gelen hızlı değişimler kendilik kavramını etkileyebilmektedir.

Büyüme ve gelişmenin hızlı olması beden imajında değişikliği vazgeçilmez kılmaktadır. Beden imajı, bireyin kişiliği, değerleri ve diğer insanlarla ilişkileri ile ilgili bireysel düşüncelerinin tümü ile biçimlenmektedir. Beden imajı fizyolojik bir temele dayanmasına karşın, fiziksel, psikolojik ve sosyal deneyimlerden oluşmaktadır. Fisher'a göre beden imajı, vücudun psikolojik bir deneyimini yansıtmakta ve bireyin duygu ve düşünceleri vücudu üzerine odaklanmaktadır (Velioğlu ve ark. 1993). Adölesanların vücutlarını kabullenmesinde vücudun görünüşü ve faydalılığı da etkili olmaktadır. Bu hızlı değişimleri kabullenmek adölesanlar için bazen oldukça zor olabilmektedir (Öz 2004; Orsel ve ark. 2004; İnanç ve ark. 2005; Kulaksızoğlu 2006).

Beden imajındaki herhangi bir olumsuzluk, adölesanların kendileri hakkında olumlu ya da olumsuz düşünceleri, değerli ya da değersiz hissetmelerinin bir ifadesi olan öz-saygılarında da azalmaya yol açabilmektedir. Bununla birlikte rol ve kimlik arayışı adölesan döneminin en belirgin özelliklerindedir (Öz 2004).

Tüm adölesanlarda yukarıda sıralanan bu değişimler gelişmekle birlikte, bu dönemde gözlemlenen duygusal coşku ve taşkınlık, çabuk kurulan ve çabuk bozulan ilişkiler, kolay etkilenme, kişiliğinin sınırlarını aşma, topluluk içinde sivrilme, ilgi çekme, rol ve kimlik karmaşası içinde bağımsızlığını elde etme çabası şeklindeki yanıtlarda bireysel farklılıklar kaçınılmazdır (Çimen 2003; Ercan 2005; Yavuzer 2005).

Adölesanlarda içinde buldukları dönemin doğası gereği etkilenen kendilik kavramı başlı başına bir anksiyete kaynağı oluştururken buna eklenen hastalık ve cerrahi girişim gibi faktörler anksiyete düzeyini daha da arttırabilmektedir (Öz 2004; Orsel ve ark. 2004; Yörükoğlu 2004; İnanç ve ark. 2005; Kulaksızoğlu 2006).

Cerrahi girişim, adölesanları fizyolojik olduğu kadar psikolojik olarak da tehdit eden bir yaşam deneyimi olarak görülmektedir. Literatürde, cerrahi girişimde yaşanan anksiyetenin global bir sorun olduğu ifade edilmektedir. Yapılan çalışmalar, cerrahi girişim uygulanan adölesanların %40-60'ının anksiyete deneyimlediklerini göstermektedir (Fidangül 2003; Smith ve Callery 2005; Dreger ve Tremback 2006; Victoria ve ark. 2006; Li ve Lopez 2007).

Cerrahi girişim nedeniyle hastaneye yatan adölesanlar için; sevdiklerinden ayrı kalma, hastane ortamının yabancılığı, tanımadığı kişiler, bilinmeyen aletler, işlemler, tedaviler, anlaşılmayan teknik dil, klinik ortamda yaşanan günlük olaylar, ilişkiler,

bireyselliğin geri planda kalması gibi anksiyete ve korkuyu arttıracak pek çok neden vardır. Bunların dışında bilinmeyene duyulan korku, ölüm korkusu, bilincini kaybetme, cerrahi girişim sonrası ortaya çıkabilecek komplikasyonlar, ağrı, organ kaybı ya da zarar görme, normal yaşama dönememe, fiziksel ve mental yeteneklerini kaybetme, beden imajının bozulması, başkalarına bağımlı olma, yeterliliğin kaybı, cinselliğin tehdit edilmesi, hastalığa yüklenen anlam ve önem adölesanlarda anksiyete düzeyini arttıran diğer kaynaklardır (Cimilli 2001; Fidangül 2003; Dadaş 2003).

Cerrahi girişim öncesinde adölesanların anksiyete düzeyini, bireysel özellikler, yapılacak işlemler ile ilgili bilgisi, daha önceki anestezi ve cerrahi girişim deneyimi, uygulanacak cerrahi girişimin türü etkileyebilmektedir (Kayahan ve Sertbaş 2007).

Adölesanlarda, tüm bunlara ek olarak anne/babalarından ayrı kalmanın anksiyete düzeyinin artmasına yol açtığı gösterilmiştir. Yapılan bir çalışmada; hastanede yatan adölesanların, anksiyete yaşadıklarında, onlara en fazla destek verecek kişiler olarak, anne-babalardan birinin veya her ikisinin birlikte yanlarında bulunmasını istediklerini göstermeleri bunun belirgin bir kanıtıdır (Gülçiçek 2003).

Literatürde cerrahi girişim uygulanacak adölesanlarda anksiyete belirtisi olan korku, öfke, heyecan, huzursuzluk, hırçınlık, titreme, ağlama, içe kapanma, dikkatsizlik, tırnak yeme, uyku bozuklukları, üriner inkontinans gibi sorunlara sıklıkla rastlandığı ve adölesanların hafif düzeyden, panik derecesine varabilen anksiyete deneyimledikleri vurgulanmaktadır (Gönener 2003).

Anksiyete yalnızca cerrahi girişim uygulanan adölesanları değil aynı zamanda onların anne/babalarını ve yakınlarını da etkilemektedir (Boyacı 2000; Lamontagne ve ark. 2003; Fidangül 2003; Ayoğlu 2003).

Cerrahi girişimler büyük ya da küçük, acil ya da planlı olsun anne/babalar için olumsuz bir yaşam deneyimi olup beklenmedik olaylara verilen tepkilere yol açmaktadır. İlk tepki genellikle şok ve şaşkınlıktır. Daha sonra inkar, anksiyete, öfke, üzüntü, keder ve panik yaşanmaktadır (Dolgun ve ark.2002; Gönener 2003).

Anne/babalarda çocuklarının hastaneye yatışı karşısında, çocuklarına yardım edemeyeceklerini düşünmeleri, onların anksiyete ve korkularını azaltamamaları, ağırlı işlemlerden koruyamamaları, yapılan işlem ve uygulamalar karşısında karar verme kontrollerinin kaybı, çocuklarının kendilerini suçlayacaklarını düşünmeleri önemli

anksiyete nedenleri arasında yer almaktadır (Gönener ve ark. 2006). Aynı zamanda hastane ortamının yabancılığı tanımadığı bireylerle iletişim kurma zorunluluğu, sağlık ekibi üyelerinin tıbbi terimleri kullanması, bilinmeyen aletlerin kullanılması, uygulanan tanı, tedavi ve bakım uygulamaları gibi birçok nedenin anne/babaların anksiyete düzeylerini etkilediği ifade edilmektedir (Gönener ve ark. 2006). Bunların dışında anne/babanın rollerinin artması ve değişmesi, aile süreci içinde oluşabilecek değişiklikler, iş yeri ile ilgili izin problemleri, evin hastaneden uzak olması, hasta çocuğun kardeşleriyle ilgilenen birinin olmayışı, hastalık-hastane ve işlemler hakkında bilgi eksikliği, ekonomik sorunlar, sosyal çevreden uzaklaşma zorunluluğu, sosyal destek sistemlerinin azlığı, çocuklarının okuldan ve arkadaşlarından uzak olması, eşler arasında iletişim bozukluğu, uykusuzluk, sağlık ekibi üyelerinin yaklaşımı anne/babaların anksiyete düzeyinin artmasına katkı sağlayan önemli nedenler olarak ele alınmaktadır (Akşit ve Cimete 2001; Dolgun ve ark. 2002; Gönener 2003; Gönener ve ark. 2006).

Anksiyete bir çeşit duygusal salgın şeklinde anne/babalardan adölesanlara yansıyabilmektedir. Anne/babaların deneyimleyeceği anksiyetenin adölesanlara yansıtma olasılığı, adölesanın var olan anksiyetesini ve cerrahi girişim sonrası ağrı yanıtlarını arttırarak, bakıma direnç göstermesine, tedavi ve bakım girişimlerini reddetmesine ortam hazırlayabilmektedir (Ayoğlu 2003). Yapılan çalışmalar yüksek anksiyeteli anne/babası olan çocukların daha korkak, heyecanlı, ameliyat sonrası ağrı konusunda daha çok endişeli olduğu belirtilmekte, bunun tersine düşük anksiyeteye sahip anne/babaların çocuklarının ise anksiyete yaratan faktörlerle başetme ve sorun çözücü yöntemleri kullanmada daha etken olduğunu göstermektedir (Gülçiçek 2000; Pıçakçıefe 2003; Ercan 2005).

Anne/babaların cerrahi girişim öncesi dönemde bilgilendirilmeleri, onların ve çocuklarının duygularını kontrol edebilmelerini sağladığı gibi anksiyete ve korkularını azaltma ve bakıma ilişkin memnuniyetlerini arttırmaya katkı sağlayacaktır. Bu nedenle anne/babaların anksiyetesinin azaltılmasında ve başetme mekanizmalarının çocuğu ile birlikte ele alınarak yardım edilmesinin etkinliği tartışılmaz.

2.3. HEMŞİRELİK BAKIMI

Bireye özgü doğru ve gerçekçi hedeflere temellenen bakımın planlanarak uygulanabilmesinde öncelik bütüncül bir bakışla gerekli verileri elde edebilmektir.

Hemşirelik Sürecinin ilk aşaması olan “Tanılama” da hemşire, adölesan ve ailesine özgü topladığı verileri kapsamlı olarak değerlendirmelidir. Verilerin eksiksiz ve doğru toplanması, yorumlanması ve doğrulanması, doğru hemşirelik tanısının konulmasında, beklenen hasta sonuçlarının ve girişimlerinin planlanarak hemşirelik bakımının uygulanmasında ön koşuldur (Şendir ve Kaya 2008). Bu bağlamda cerrahi girişim uygulanacak adölesan ile anne/babasının anksiyete düzeyinin tanılanmasında, cerrahi girişime karşı bireysel yanıtlarını ve anksiyete düzeylerini etkileyen tüm faktörlerin irdelenmesi için hemşirelik sürecinin bir model/kuram doğrultusunda uygulanmasının yararlı olacağı bilinen bir gerçektir. Bu nedenle cerrahi girişim uygulanacak adölesan ve anne/babasına sunulan bakım “Yaşam Modeli”ne temellendirilerek açıklanacaktır (Roper ve ark.1996; Kaya 2002; Kaya 2004; Birol 2004).

Yaşam Modeli son yıllarda büyük ölçüde kabul gören ve sadece hasta bireylere yönelik olmayıp, sağlıklı bireylere de sağlığın korunması ve sürdürülmesinde rehber olarak kullanılabilen bir hemşirelik modelidir (Roper ve ark.1996; Kaya 2002; Kaya 2004; Birol 2004).

1980 yılında Roper, Logan ve Tierney tarafından geliştirilen Yaşam Modeli’nde, yaşam süresinin tüm evrelerinde, bağımlılık-bağımsızlık dizgesine, biyo-fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel ve politiko-ekonomik faktörlere ve yaşamda bireyselliğe bağlı olarak farklı biçimlerde gerçekleştirilen günlük yaşam aktivitelerine (GYA) ilişkin sorunların belirlenerek, çözümlenmesi yaklaşımı ile adölesan ve anne/babasının bütüncül olarak ele alınması hedeflenmektedir (Roper ve ark. 1996; Kaya 2004; Kaya 2008).

Cerrahi Girişim Uygulanacak Adölesanlar İle Anne/Babaları ve Yaşam Modeli

Yaşam Süresi: Konsepsiyon ile başlayan ve doğumdan ölüme kadar süren, bireyin yaşam bütünlüğünü oluşturan ögedir (Roper ve ark. 1996).

Cerrahi girişim, yaşamın herhangi bir döneminde uygulanabilmektedir. Adölesan döneminde cerrahi girişim, sıklıkla konjenital deformitelerden, ev/spor ve trafik kazalarından kaynaklanmaktadır. Her 20 bireyden biri, bir başka deyişle nüfusun %5’i yaşam süresinin herhangi bir döneminde cerrahi girişim deneyimlemektedir. Amerika’da her yıl beş milyondan fazla adölesana cerrahi girişim uygulandığı

bildirilmiştir. Ülkemizde bu konuya ilişkin literatüre ulaşılamamıştır (Güz ve ark. 2003; Dreger ve Tremback 2006).

Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA): Yaşam Modeli'nin odak noktasını oluşturan ve 12 yaşamsal aktiviteden meydana gelen ögedir. Bu aktivitelerin bir bölümü yaşamın sürdürülmesinde gerekli olan biyo-fizyolojik temelli aktiviteleri (güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi, solunum, beslenme, boşaltım, beden ısısının kontrolü, hareket, uyku) diğerleri ise, yaşam kalitesini yükselten aktiviteleri (kişisel temizlik ve giyinme, iletişim, çalışma ve eğlenme, cinselliği ifade etme) kapsamaktadır. Modelde tüm GYA'ni etkilediği savunularak "Ölüm"e de yer verilmiştir (Roper ve ark. 1996; Kaya 2002, Kaya 2004). Yaşam Modeli'nin bu bölümünde, ağırlıklı olarak, cerrahi girişim uygulanacak adölesan ile anne/babasının anksiyete düzeylerinin günlük yaşam aktiviteleri üzerinde durulmuştur (Roper ve ark. 1996).

- *Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi Aktivitesi*

Bireyin bulunduğu ortamda, bedensel ve işlevsel zararın önlenmesi ve diğer GYA'ni gerçekleştirebilmesi için tüm boyutlarına yönelik güvenli bir çevrenin sağlanması büyük önem taşımaktadır (Roper ve ark. 1996).

Cerrahi girişim adölesan ve anne/babası için güvenliğini tehdit eden bir durum olup güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi adına, birçok sorunu da beraberinde getirmektedir. Hastane ortamı, girişim kararının alınması ile başlayan tanılama işlemleri, bakım ve tedavi girişimleri, enfeksiyon riski en önemli sorunlardandır (Gülçiçek 2000).

Ayrıca, uzun süre aynı pozisyonda kalma, dolaşım yetersizliği, beslenmede yetersizlik/değişimin yanı sıra sürtünme, tahriş, sentetik yatak örtüleri ve giysilerin kullanılması, deri bütünlüğünün bozulmasına yol açabilmektedir.

- *İletişim Aktivitesi*

İletişim insanın kendini, duygu ve düşüncelerini, gereksinimlerini anlatma ve başkalarını anlama yoludur (Roper ve ark.1996).

Cerrahi girişim uygulanacak adölesanda beden imajında bozulma, bağımsızlık kaybı, okuldan, arkadaşlarından, aileden ayrılma ve ağrı ile ilişkili anksiyete, korku, depresyon, sosyal izolasyon, öfke, kızgınlık, düşmanlık, ümitsizlik ya da geri çekilme reaksiyonları görülebilmektedir. Anne/babasında ise, çocuklarına yardım edememe, aile

ve iş yaşamından uzaklaşma, rol ve sorumlulukların artması, hastane ve iş ortamı ile ilişkili anksiyete, korku, suçluluk, depresyon, öfke, kızgınlık görülebilmektedir (Erdim ve ark. 2006). Adölesan ve anne/babasının sağlık bakım ekibi üyeleri ile iletişimini olumsuz yönde etkileyen bu davranışlar, cerrahi girişime bağlı olarak yaşanan anksiyetenin bir sonucu olup, bireylerin cerrahi girişime bağlı sorunlar ve yaşamlarındaki değişimler ile baş etme çabaları olduğu vurgulanmaktadır (Gülçiçek 2000).

- *Solunum Aktivitesi*

Solunum aktivitesi insanın doğumu ile başlayan ve ölümü ile son bulan, diğer aktivitelerinden farklı olarak doğumdan itibaren bağımsız bir şekilde sürdürülen ve hayati önemi olan bir aktivitedir (Roper ve ark.1996).

Cerrahi girişim uygulanacak adölesanda yaşanan anksiyetenin yanı sıra bakım ve tedavi uygulamalarına bağlı olarak kalp atım hızı ve solunum sayısında değişimler görülebilmektedir (Toker ve Özdamar 2003).

- *Hareket Aktivitesi*

Hareket aktivitesi bireyin bağımlılık-bağımsızlık durumu ile yakından ilişkili olan aktivitelerden biridir (Roper ve ark.1996).

Cerrahi girişim uygulanacak adölesanda hareket aktivitesinde kısıtlama olduğunda diğer günlük yaşam aktiviteleri de birbirine bağlantılı olarak olumsuz yönde etkilenebilmektedir.

Cerrahi girişim uygulanacak adölesan, yatak istirahatine, yatak içinde aktif-pasif egzersizlere ve buna bağlı olarak akut ağrı ve anksiyete deneyimlemektedirler. Ayrıca hareketsizlik sonucu; kas atrofisi, eklem kontraktürleri, pnömoni, atelaktazi, dekubitüs ülserleri, konstipasyon, tromboflebit gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir. Bu komplikasyonların gelişmesi ise, yaşanan anksiyeteyi daha da arttırmaktadır (Toker ve Özdamar 2003).

- *Beslenme Aktivitesi*

Bireyin yaşamını/sağlığını koruyabilmesi ve sürdürebilmesi, sağlıktan sapma durumunda ise, iyileşmenin hızlandırılması için birey tarafından yaşamın belli

dönemlerinde bağımlı, yarı bağımlı ya da bağımsız olarak gerçekleştirilen oldukça önemli bir aktivitedir (Roper ve ark. 1996; Kaya 2002).

Cerrahi girişim uygulanacak adölesanlarda yiyecek ve içecek alımının kısıtlanması ve artmış anksiyete başlı başına bu aktivitede değişimlere yol açabilmektedir. Bunların yanı sıra ağrı, hastane ortamı, kullanılan ilaçlar, iştahsızlık, bulantı, kusma beslenme aktivitesini olumsuz etkileyen diğer faktörlerdir. Anne/baba da ise, hastane ortamı, çocuğunun hastalığı, iyileşme süreci vb. faktörlere bağlı yaşadıkları anksiyete ve depresyon ile ilişkili beslenme alışkanlıklarında değişimler olabilmektedir (Dolgun ve ark. 2007; Yılmaz 2007).

• *Boşaltım Aktivitesi*

Boşaltım aktivitesi, beslenme gibi yaşamın önemli bir parçası olup, hem barsak hem de mesaneden atık ürünlerin uzaklaştırılması anlamını taşıyan ve gizlilik içinde gerçekleştirilen bir aktivitedir (Roper ve ark. 1996).

Cerrahi girişim öncesi sindirim sistemine ilişkin hazırlık işlemlerinin yanı sıra yaşanan anksiyete diyare, konstipasyon gibi barsak alışkanlıklarında değişimlere yol açabilmektedir (Erdil ve Erbaş 2001; Fidangül 2003; Ay 2007).

• *Kişisel Temizlik ve Giyinme Aktivitesi*

Kişisel görünüm ve korunmanın yanı sıra sosyal sorumluluk bilincini yansıtan bu aktivite, beden temizliği ve giyim şekli ile ilgilidir (Roper ve ark. 1996).

Adölesanda ağrı, anksiyete, depresyon, yorgunluk, yatak istirahati ve hareket kısıtlamasına neden olan araçların varlığı (atel, alçı vb.), kişisel temizlik ve giyinme aktivitesindeki alışkanlıkların sürdürülmesini etkileyebilmektedir.

Anne/babada ise, hastane ortamında bulunma, ortak kullanılan banyo ve tuvaletler nedeni ile mahremiyetin sağlanamaması bu aktivitenin gerçekleştirilmesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Dinçergök ve Özbayır 2007).

• *Beden Isısının Kontrolü Aktivitesi*

İnsan vücudunun işlevsel olabilmesi için belirli bir ısı enerjisine gereksinimi vardır. Sağlıklı bireylerde dış ortamdaki ısı değişimlerine rağmen homeodinamizm ile beden ısısı normal sınırlarda tutulabilmektedir (Roper ve ark. 1996; Birol 2004).

Cerrahi girişim öncesi ve sonrası yiyecek alımının kısıtlanmasının yanı sıra, yaşanan anksiyete, sempatik sinir sisteminde hipotalamik kontrolde azalmaya yol açarak, hipotermi ya da hipertermiye neden olabilmektedir (Toker ve Özdamar 2003; Wagner ve ark. 2006).

- *Çalışma ve Eğlenme Aktiviteleri*

Çalışma, bireyin kendisi ve sorumluluğunu üstlendiği ailesi/yakınlarının geçimlerini sağlama, ülke ekonomisine katkıda bulunma ve bireysel kimlik kazanma adına olduğu kadar, iyilik ve esenliğe ulaşmada da önemli role sahiptir. Eğlenme ise, bireyin boş zamanlarında biyo-fizyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel açıdan sağlığını sürdürücü ve geliştirici sevdiği aktivitelere yer vermesidir (Roper ve ark. 1996).

Adölesanın geçici bir süre sevdiklerinden, arkadaşlarından ve okulundan uzak kalması, anne/babanın ise ev, aile ve iş yaşantısının engellenmesi bu aktiviteye ilişkin sorunlara neden olabilmektedir (Zora ve ark. 2000; Köşgeroğlu ve İlhan 2000).

- *Cinselliği İfade Etme Aktivitesi*

İnsan neslinin sürdürülmesini sağlayan ve yetişkin yaşamının önemli bir parçası olan bu aktivite, aynı zamanda cinsiyeti ifade etmenin bir yoludur (Roper ve ark. 1996; Birol 2004).

Beden imajında bozulma, organ ya da vücut bölümünün kaybı, kalıcı fonksiyon kaybı, hastane ortamında bulunma, kullanılan ilaçlar, mahremiyete özen gösterilmemesi ve yaşanan anksiyete gibi faktörler, adölesanın içinde bulunduğu gelişim dönemlerinin getirdiği cinsel kimlik arayışının yarattığı sorunları arttırabilir (Öz 2004).

Anne/babada ise hastane ortamında bulunma, ev ve iş ortamından uzaklaşma, eşinden/arkadaşlarından uzak olma gibi faktörler bu aktivitenin gerçekleştirilmesini engelleyebilmektedir (Gönener ve ark.2006; Erdim ve ark.2006).

- *Uyku Aktivitesi*

Büyüme, gelişme ve hücre yenilenmesi için temel olan bu aktivite, uyanıklık ve uykudan oluşan bir dönüşüm ritminde işlerlik gösterir. Uyku, insan yaşamında temel ve yaşamsal aktivitelerden biridir (Roper ve ark. 1996; Altun ve Öztekin 2007).

Adölesanın, ağrı, anksiyete, depresyon gibi biyo-fizyolojik ve psikolojik nedenlerin yanı sıra hastane ortamı, gürültü gibi çevresel nedenler ile uyku düzeni ve kalitesinde değişimler yaşanabilmektedir (Yılmaz ve ark.2007).

Anne/babada ise çevre değişimi, uygun ortamın bulunmaması, yaşanan anksiyete uyku aktivitesinin gerçekleştirilmesini etkileyebilmektedir (Parlak ve ark. 2007).

- *Ölüm Aktivitesi*

Ölüm, yaşamsal sonu ifade etmekle birlikte tüm günlük yaşam aktivitelerini etkilemektedir (Roper ve ark. 1996).

Tüm cerrahi girişimler bireylerde ölüm korkusuna neden olmaktadır. Ölüm korkusu daha sonra yerini genel bir anksiyeteye bırakmaktadır. Cerrahi girişim uygulanacak adölesan ve anne/babasının anestezi etkisinden kurtulamama (uyanamama), kan kaybının fazla olması gibi karmaşık duygu ve düşünceler içinde ölüm korkusunu yoğun yaşadıkları bilinmektedir (Ay 2007).

Bağımlılık/Bağımsızlık Dizgesi

Bireyin biyo-fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel ve politiko-ekonomik durumu ile değişebilen bir öğedir. Ancak hastalık, cerrahi girişim ve sağlık davranışlarındaki yetersizlikler ya da yabancı bir çevrede bulunma gibi olumsuz etmenlerle adölesan ve anne/babası bazı günlük yaşam aktivitelerinin gerçekleştirilmesinde bağımlı olabilmektedirler (Roper ve ark. 1996).

Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) Etkileyen Faktörler

Biyo-fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel ve politiko-ekonomik faktörler, birbiri ile etkileşim içinde olup, GYA gerçekleştirilmesini etkileyen faktörlerdir (Roper ve ark. 1996).

Biyo-fizyolojik Faktörler: Cerrahi girişim uygulanacak adölesanın yaşı, cinsiyeti, geçmişte ve şu anda yaşadığı sağlık sorunlarına bağlı gelişen fizyo-patolojik değişimlerin anesteziyi tolere etme düzeyi ve iyileşme sürecinin yanı sıra cerrahi girişim sonrası olası komplikasyon gelişimi üzerinde etkili olabilmektedir (Güz ve ark. 2003; Ay 2007).

Hastalığın doğasına bağlı olarak görülen ağrı, cerrahi girişim uygulamasını ve anksiyete düzeyini etkilemektedir. Ağrı ile anksiyete arasında doğrudan bir ilişki olduğu ve birbirinin şiddetini arttırdığı bilinmektedir. Yapılan çalışmalar, cerrahi girişim öncesinde anksiyete düzeyi yüksek olan bireylerin, cerrahi girişim sonrasında yoğun ağrı yaşadıklarını ayrıca daha fazla korku, öfke, kızgınlık gibi davranışsal tepkiler verdiklerini belirlemiştir (Demirel ve Çam 2006; Vaughn ve ark. 2007).

Psikolojik Faktörler: Entellektüel becerilerin, kişilik özelliklerin, ruhsal durumun, tutum ve davranışların bireyin bağımlılık-bağımsızlık durumu üzerinde etkili olduğu bilinmektedir (Roper ve ark.1996; Kaya 2008).

Cerrahi girişim, anksiyete deneyimlenmesine ve yaşam tarzında da büyük değişimlere neden olan bir durumdur. Genellikle adölesan ve anne/babası şok, inkar, depresyon, kızgınlık ve sonuçta da kabullenme yaşarlar. Adölesan ve anne/babasının durumu kabullenmesine kadar geçen süreçte GYA ve öz-bakım engellenme/kesintiye uğrayabilmektedir.

Cerrahi girişim, adölesanda, anesteziye bağlı ölüm korkusu, bilinmeyene karşı duyulan korku, anestezi korkusu, bağımsızlık ve kontrol kaybı, anne/babadan ayrılma, izole edilme ve sosyal yaşamdan uzaklaşma anksiyete düzeyini etkileyen psikolojik faktörlerdendir (Gönener ve ark.2006; Erdim ve ark.2006).

Cerrahi girişim, adölesanda şekil bozuklarına neden olarak beden imajında değişime yol açabilmektedir. Bu değişimler adölesanın kendini algılama şeklini değiştirmekte, sonuçta da öz-güven, öz-saygı ve beden imajında değişimlere ilişkin sorunlar görülebilmektedir (Öz 2004; Çuhadar ve ark. 2007).

Anne/babada ise anestezi korkusu, çocuğun kaybı ya da sakat kalması, cerrahi girişimin etkinliği, hastanenin yabancı ve alışılmadık bir çevre olması, çocuklarına yardım edemeyeceklerini ve kendilerini suçlayacaklarını düşünmeleri, çocuklarının anksiyete ve korkularını azaltamaması, çocuğunun hastalığı nedeniyle suçluluk duyması, evdeki diğer aile üyelerini merak etmesi, yaşam biçimindeki değişiklikler, rol ve sorumluluklarında değişiklikler, iş durumu, destek sistemlerinin azlığı anksiyete düzeyini etkileyen psikolojik faktörlerdendir (Boyacı 2000; Uzun ve ark. 2002; Ayoğlu 2003; Gönener ve ark. 2006).

Sosyo-kültürel Faktörler: Bireyin içinde yaşadığı kültür, inanç, ahlaki değerler, sahip olduğu rol, statü, ilişkiler ve ait olduğu sosyal grup günlük yaşam aktivitelerini ve anksiyete düzeyini etkilemektedir (Roper ve ark. 1996; Kaya 2004; Birol 2004).

Cerrahi girişim, adölesanı sadece fiziksel ve psikolojik boyutunda değil aynı zamanda, eğitimi ve sosyal yaşamı; rol ve sorumlulukları v.b. gibi sosyal boyutunda da birçok değişimi beraberinde getirmektedir. Bununla birlikte adölesan ve anne/babası sahip olduğu kültür, inanç-değerler, gelenek ve görenekler, cerrahi girişimden ve anksiyeteden kaynaklanan sorunların algılanmasında, verecekleri yanıtların belirlenmesinde ve baş edebilmelerinde önemli bir paya sahiptir (Lamontagne 2001, Gönener ve ark. 2006).

Çevresel Faktörler: Cerrahi girişim uygulanacak adölesan ve anne/babasının hastane ortamının koşulları, aile ortamından, okul ve iş yaşantısından uzak kalma, GYA gerçekleştirilmelerini ve anksiyete düzeyini etkilemektedir.

Politiko-ekonomik Faktörler: Bireyin ekonomik durumu, sosyal güvencesinin varlığı/yokluğu, ulusal ve uluslararası yasalar, ülke ekonomisi GYA'lerinin sürdürülmesinde ve anksiyete yaşanmasında etkili olan diğer önemli faktörlerdir (Roper ve ark. 1996; Kaya 2004; Birol 2004).

Hastalık ve cerrahi girişim, bakım ve tedavi uygulamalarının (hastane ücretleri, ilaçlar, ortez/protez/korse/yürümeye yardımcı araçlar v.b.) maliyeti, yeterli maddi olanak ve sağlık güvencesinin bulunmaması, ekonomik zorluklar yaşanmasına, hatta bakım ve tedavinin aksamasına neden olmaktadır. Bu ekonomik zorluklar, özellikle anne/baba için başlı başına bir anksiyete kaynağıdır (Akşit ve Cimete 2001; Erdim ve ark. 2006).

Yaşamda Bireysellik

Yaşamda bireysellik, bireyin bilgi, değer, inanç ve tutumları ile GYA 'ni uygulama biçimi, sıklığı, yeri, zamanı ve nedeni ile değişebilen, bireyin yaşam tarzından oluşan bir öğedir (Roper ve ark.1996; Kaya 2004; Birol 2004).

Cerrahi girişim ve anksiyete, adölesan ve anne/babasının günlük yaşam aktivitelerini, bağımsız olarak gerçekleştirilmesini etkiler.

Cerrahi girişim uygulanacak adölesan ile anne/babasına verilecek hemşirelik bakımının yaşam evreleri, bağımlılık/bağımsızlık durumları, günlük yaşam aktiviteleri,

günlük yaşam aktivitelerini etkileyen faktörler ve bireysellik öğeleri dikkate alınarak hemşirelik süreci doğrultusunda sunulması bütüncül bir yaklaşım için kaçınılmazdır. Bu bağlamda adölesanın bakım gereksinimlerinin ve anksiyete düzeyinin belirlenmesinde, anne/babası ile birlikte ele alınarak doğru yol ve yöntemler izlenerek yapılacak tanılama ön koşuldur (Sertbaş ve Bahar 2004).

TANILAMA

Cerrahi girişim öncesinde yapılan tanılamadaki amaç, bireylerin cerrahi girişimden önceki normal fonksiyonlarının, güçlü/güçsüz yönlerinin değerlendirilmesi ve cerrahi girişim sonrasında ortaya çıkabilecek komplikasyonlara ilişkin risk faktörlerinin belirlenerek önlenmesine yardımcı olmaktır (Erdil ve Elbaş 2001)..

Cerrahi girişim uygulanacak adölesan, tıbbi tanılarına ve sağlık durumlarına bağlı olarak, girişimden bir gün önce veya girişim günü servise kabul edilebileceği gibi, cerrahi girişimden haftalarca önce de servise kabul edilebilmektedirler. Kabul türü ne şekilde olursa olsun, hemşirelik tanılaması adölesan ve anne/babası ile ilk karşılaşıldığında başlar (Büyükyılmaz 2005).

Adölesan, anne/babası ve diğer mevcut kaynakların yanı sıra görüşme, gözlem ve fizik muayene yöntemleri ile günlük yaşam aktiviteleri ve bunları etkileyen faktörlere ilişkin objektif ve subjektif veriler toplanarak uygun formlara kayıt edilir. Özellikle anksiyetenin artmasına neden olan faktörlerin ve anksiyete düzeyinin belirlenip uygun ve doğru girişimlerin planlanarak, uygulanmasında (Akdemir ve Birol 2005);

- Güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi (Hastane ortamı, ağrı ve ağrıyı arttıran/azaltan faktörler, adölesanın mental durumu ve duyu organlarının yapısı)
- İletişim (Cerrahi girişimi kabul etme durumu, inanç ve değerlerin cerrahi girişime ve anksiyeteye etkisi, kullandığı dil, iletişim kurmasını engelleyecek durumlar, hastane ortamı, hastalık ve uygulanacak girişime ilişkin bilgisi).
- Solunum (Solunum sayısı, kan basıncı ve nabız hızında değişim).
- Beslenme (Beslenme şekli, ağız kuruluğu, bulantı, kusma, iştah kaybı/artışı, ilaç kullanımı)
- Boşaltım (Sıklığı, konstipasyon, diyare ve distansiyon varlığı, idrar sıklığı)

- Kişisel temizlik ve giyinme (Görünüm ve giyinme alışkanlıkları, deri ve mukoz membranların durumu, cerrahi girişim uygulanacak bölgenin temizliği, öz-bakımı yerine getirme durumu)
- Beden ısısının kontrolü (Hipotermi ve hipertermi varlığı)
- Hareket (Harekette zorlanma, yorgunluk hali, ekstremitte kaybı, şekil bozukluğu, ağrı ve hareket kısıtlılığı, yatak istirahati, hareket, duruş ve davranışlarda değişiklik)
- Çalışma ve eğlenme (Çalışma ve eğitim durumu, boş zamanlarını değerlendirme biçimi, cerrahi girişime bağlı okuldan/arkadaşlardan/aileden uzaklaşma durumu)
- Cinselliği ifade etme (Beden imajı algısı, organ ya da vücut bölümü kaybı, cerrahi girişim izi, kalıcı fonksiyon kaybı)
- Uyku (Genel uyku alışkanlığı, uykuya dalmada güçlük, gece uyanma, erken uyanma, uykusuzluk) durumları değerlendirilir (Kaya 2008).

HEMŞİRELİK TANISI-PLANLAMA

Adölesan ve ailesinden elde edilen veriler değerlendirilerek, GYA'ne ilişkin gerçek/olası sorunlar, bu sorunları etkileyen tüm faktörler dikkate alınarak yorumlanır ve "hemşirelik tanıları" belirlenir. Hemşirelik tanısı, hemşireliğin sorumluluğu ve yükümlülüğü altında olan beklenen hasta sonuçlarına ulaşılabilmesi için uygun hemşirelik girişimlerinin seçiminde temel oluşturur (Carpenito 1997; Birol 2004).

Belirlenen hemşirelik tanılarına yönelik beklenen hasta sonuçları ve bu sonuçlara ulaştıracak en doğru, en uygun girişimler adölesan ve anne/babasının katılımı sağlanarak planlanır, uygulanır ve değerlendirilir (Carpenito 1997; Birol 2004).

Aşağıda adölesan ile anne/babasında cerrahi girişim ve ansiyete ile ilişkili olabilecek NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) hemşirelik tanıları alfabetik sıra ile ele alınmış, beklenen hasta sonuçları ve girişimler açıklanmıştır (Carpenito 1997; Birol 2004).

AKUT AĞRI

Tanım: Bir saniyeden uzun, 6 aydan kısa bir süre, bir rahatsızlık duygusu ya da şiddetli rahatsızlığı olduğunu bildiren ve bunu yaşayan bireydeki durumdur.

İlişkili Faktörler: Cerrahi girişim, kazalar, anestezi, kemoterapi, invazif girişimler, doku travması, enfeksiyon, travma, ankiyete, korku, stress, yorgunluk, bilgi eksikliği, v.b.

Tanımlayıcı Özellikler: Adölesanın ağrısı ve rahatsızlığını sözel olarak ifade etmesi, dikkat azalması, hareket ve yüzde ağrı ifadesi, kas tonusunda değişim (halsizlik/rijidite), ağlama, kan basıncı ve nabız hızında artma, pupillerde dilatasyon.

Amaç/Beklenen Hasta Sonuçları:

- Adölesanın ağrı nedenini, ağrısını azaltan ve arttıran faktörleri tanılaması,
- Adölesanın ağrısı olmadan günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yerine getirebilmesi.

Hemşirelik Girişimleri:

- Adölesanın ağrı deneyimi değerlendirilir.
- Ağrının yeri, şiddeti ve zamanı belirlenir.
- Adölesanın ağrısını arttıran ve azaltan nedenler belirlenir.
- Adölesanın ağrı hakkında soru sorması için cesaretlendirilir.
- Uygun gevşeme egzersizleri öğretilerek adölesanın ağrı ile başa çıkması öğretilir.
- Analjezik ilaçlar, hekim istemine göre düzenli aralıklarla verilir.
- Adölesanın güvenli bir çevre sağlama adına, analjezik ilaçların yan etkileri gözlenir.
- Anne/babanın çocuğunun ağrısına tanık olmaya ve çaresizlik yaşamalarına ilişkin duygularını paylaşmaları için fırsatlar verilir (Carpenito 1997; Birol 2004; Erdemir 2005; Albayrak ve ark. 2007).

ANKSİYETE

Tanım: Belirsiz, spesifik olmayan bir tehdide karşı otonom sinir sistemi aktive olan ve bir huzursuzluk yaşayan bir birey ya da grubun durumudur.

İlişkili Faktörler: Hastaneye yatma, cerrahi girişim, temel gereksinimleri karşılayamama, beden imajında bozulma riski, kontrol kaybı, bilgi eksikliği, hastane ile ilişkili olumsuz deneyimler, adölesanın okul ve sosyal etkinliklerinden uzaklaşması, anne/babanın iş ve sosyal çevreden uzaklaşması, adölesan ve anne/babasının

sevdiklerinden ayrılması (Carpenito 1997; Birol 2004; Akdemir ve Birol 2005; Erdemir 2005; Albayrak ve ark 2007).

Tanımlayıcı Özellikler:

Biyolojik Belirtiler: Kan basıncı, nabız ve solunum hızında değişiklik, pupillada dilatasyon, keskin prekordiyal ağrı, ağız kuruluğu, konuşma biçiminde bozulma, ses titremesi, vücutta titreme, bulantı, kusma ve gaz şikayeti, iştah kaybı/artışı, diyare, konstipasyon, idrar sıkışıklığı, yorgunluk, göz göze gelmekten kaçınma, parestezi, uykusuzluk.

Bilişsel (Cognitif) Belirtiler: Hallüsinasyon, konsantre olamama, unutkanlık, geçmişe ve şimdiki zamana uyumsuzluk.

Psikolojik (Emosyonel) Belirtiler: Korku, endişe, tedirginlik, sinirlilik, çaresizlik, huzursuzluk, güvensizlik, gerginlik, kontrolünü kaybetme, öfke, şüphencilik, suçluluk duygularının sözel ifadesi.

Davranışsal Belirtiler: İrritabilite, diğerlerini suçlama eğilimi, çekingenlik, ağlama, üzüntülü olma, dışa dönük davranış, fazla konuşma, hızlı konuşma, şakalaşma, uyku bozuklukları, hareket, duruş ve davranışlarda değişiklik, parmak emme (Carpenito 1997; Birol 2004; Akdemir ve Birol 2005; Albayrak ve ark. 2007).

Amaç/Beklenen Hasta Sonuçları:

- Adölesan ve anne/babanın anksiyetesini ve baş etme örüntülerini tanımlayabilmesi ve kullanabilmesi.
- Adölesan ve anne/babanın etkili baş etme yöntemleri geliştirebilmesi (Carpenito 1997; Akdemir ve Birol 2005; Albayrak ve ark. 2007).

Hemşirelik Girişimleri:

- Uygun değerlendirme araçları ile adölesan ve anne/babanın anksiyete düzeyi belirlenir.
- Adölesan ve anne/babanın duygu ve düşüncelerini ifade etmesine fırsat verilir ve soru sorması sağlanır.
- Adölesan ve anne/babanın anksiyete düzeyini arttıran uyaranlar uzaklaştırılır.
- Adölesan ve anne/babası ile güven verici bir ilişki kurulur.

- Konfor ve güvenliği sağlamak için güvenli bir çevre oluşturulur.
- Tüm bakım ve tedavi yöntemleri adölesan ve anne/babasına açıklanır.
- Anne/babanın bakıma katılımları sağlanır.
- Adölesan ve anne/babanın kendi anksiyetesini tanıması sağlanır, anksiyete ile başa çıkma yöntemleri değerlendirilir, uygun yöntemlerin kullanılması sağlanır (müzik dinleme, egzersiz v.b.) ve yeni yöntemler geliştirilir.
- Anne/babanın çocuğu ile birlikteyken anksiyetesini yönetmelerine izin verilir.
- Gerekirse, adölesan ve anne/babanın psikolojik destek alması için yönlendirilir (Carpenito 1997; Akdemir ve Birol 2005; Erdemir 2005; Albayrak ve ark. 2007).

BEDEN İMAJINDA BOZULMA

Tanım: Kendi beden imajı algılayış biçiminde bir bozulma/rahatsızlık yaşayan ya da bu riski taşıyan bir bireydeki durumdur.

İlişkili Faktörler: Hastaneye yatma, cerrahi girişim, organ kaybı korkusu, yaşam tarzında değişiklik.

Tanımlayıcı Özellikler: Yapısal ve işlevsel olarak gerçek ya da algılanan değişime sözel ya da sözel olmayan olumsuz yanıt verme, vücut parçasına bakamama, vücudu hakkında olumsuz duyguları ifade etme, değişimi kabullenememe, değişime bağlı utanç ve suçluluk duyma, kızgınlık, reddetme, sosyal etkileşimde değişiklik (Carpenito 1997; Birol 2004; Akdemir, Birol 2005; Albayrak ve ark.2007).

Amaç/Beklenen Hasta Sonuçları:

- Adölesanın kendisi hakkındaki duygu ve düşüncelerini sözel olarak ifade etmesi ve olumlu özelliklerini tanıması.
- Adölesanın yardım/destek gereksinimini sözel olarak ifade etmesi.
- Adölesanın yeni başatma yöntemleri uygulaması ve görünümünü kabul ettiğini göstermesi ve sözel olarak ifade etmesi.
- Adölesanın öz-bakımını/rol sorumluluklarını yerine getirmeye yeniden başlaması.
- Anne/babanın destekleyici davranışlar göstermesi.

Hemşirelik Girişimleri:

- Adölesanın kendini nasıl algıladığını ve düşüncelerini ifade etmesi sağlanır ve soru sorması için desteklenir.
- Adölesanın beden imajı kavramını algılayış şekli değerlendirir.
- Adölesanın bedeninin işlev ve görünümündeki değişime uyumu sağlarken, mahremiyeti sağlanır.
- Adölesanın öz-saygısını arttırmak için kişisel hijyenine özen gösterilmesi konusunda cesaretlendirilir, güvenli bir çevre sağlanır ve sürdürülür.
- Adölesanın benzer sorunu deneyimlemiş adölesanlarla görüşmesi sağlanır.
- Mümkünse, seçenekler önerilerek adölesanın gücüne ve ilgisine uygun aktiviteler için cesaretlendirilir.
- Aile üyeleri ve diğer önemli bireylerle duygularını paylaşması sağlanır.
- Bireysel özelliklerine uygun başatme mekanizmaları geliştirilir (Carpenito 1997; Akdemir ve Birol 2005; Erdemir 2005; Albayrak ve ark.2007).

BİLGİ EKSİKLİĞİ

Tanım: Tedavi ve bakım planı ya da durumla ilgili bilişsel ve/veya psikomotor beceri eksikliği olan bir birey ya da gruptaki durumdur.

İlişkili Faktörler: Hastane ortamı, cerrahi girişim, bakım ve tedavi uygulamaları, bilgi eksikliği/inkar, bilgi alamama, yeni bakım ve tedavi uygulamaları.

Tanımlayıcı Özellikler: İstendik ya da tanımlanan bir sağlık davranışını doğru olarak yerine getirememeye, bilgi ya da beceride bir eksiklik olduğunu sözel olarak ifade etme, anksiyete belirtileri gösterme, bilgi isteme, sağlık durumunu yanlış anladığını gösterme, çok fazla soru sorma veya hiç soru sorulmaması (Carpenito 1997; Birol 2004; Akdemir, Birol 2005; Albayrak ve ark. 2007).

Amaç/Beklenen Hasta Sonuçları:

- Adölesan ve anne/babanın acil girişim gerektiren durumlar ve cerrahi girişimden önce ya da sonra, bakım ve tedavi uygulamaları hakkında bilgi edindiğini sözel olarak ifade etmesi.

- Adölesan ve anne/babanın bakım ve tedavi uygulamalarını doğru olarak anladığını sözel olarak ifade etmesi (Albayrak ve ark.2007).

Hemşirelik Girişimleri:

- Tanı, tedavi ve bakım uygulamaları hakkında bilgi vermek için adölesan ve anne/babanın isteği değerlendirilir ve öğrenme yeteneği belirlenir.
- Adölesan ve anne/babanın anlayabileceği şekilde cerrahi girişim süreçleri ve bakım uygulamaları hakkında bilgi verilir, adölesanın bakımı ile ilgili verileri kaydedilir ve gerektiğinde diğer sağlık ekibi üyeleri ile paylaşılır.
- Adölesan ve anne/babanın hekimi ile iletişimi koordine edilir.
- Adölesan ve anne/babanın eğitimi sırasında çeşitli eğitim araçları kullanılır (broşür, resim, şekil).
- Adölesan ve anne/babasına hasta ziyaret saatleri açıklanır ve ulaşılacak telefon numaraları verilir (Carpenito 1997; Erdemir 2005; Albayrak ve ark.2007).

BOS VAKİTLERİNİ GECİRME/EĞLENME AKTİVİTELERİNDE YETERSİZLİK

Tanım: İlgi alanı ve hareketlilikte azalma riski olan bir birey ya da gruptaki durumdur.

İlişkili Faktörler: Ağrı, yorgunluk, motivasyon yokluğu, hastane ortamında bulunma, aile ve sosyal çevreden uzak kalma.

Tanımlayıcı Özellikler: Can sıkıntısı/anksiyete/depresyonun gözlenmesi, olumsuz düşünce veya hislerin ifade edilmesi, esneme/ilgisizlik, durgun bir yüz ifadesi.

Amaç/Beklenen Hasta Sonuçları:

- Adölesan ve anne/babanın can sıkıntısı duygusunu ifade etmemesi.
- Adölesan ve anne/babanın boş vakitlerini değerlendiren aktivite ve yöntemleri uygulaması.

Hemşirelik Girişimleri:

- Fizik ortam adölesan ve anne/babanın tercihi göre düzenlenir.
- Adölesan ve anne/babanın duygu ve düşüncelerini ifade etmesi sağlanır.
- Adölesan ve anne/babanın hoşlandığı hobiler belirlenir.

- Adölesan ve anne/babanın ziyaretçilerini kabul edeceği saatler düzenlenir.
- Adölesan ve anne/babanın tercihinine göre televizyon, radyo, kitap, dergi gibi materyallere ulaşması sağlanır.
- Sınırlılıkları belirlenerek adölesan ve anne/babanın isteklerine göre boş vakitleri planlanır ve uygulanır (Carpenito 1997; Birol 2004; Akdemir ve Birol 2005; Albayrak ve ark. 2007).

EBEVEYN ROL ÇATIŞMASI

Tanım: Hastalık, hospitalizasyon, boşanma gibi eksternal faktörlerin etkisi sonucu rolünde bir değişim yaşayan bir ebeveyndeki primer bakım verici durumdur.

İlişkili Faktörler: Akut ya da kronik bir hastalıkla çocuğun hastaneye yatması, hastalığın seyirinde, şiddetinde ya da bakım ortamında değişimler olması, sık sık hastaneye gelmesi, iş/çalışma yaşamı sorumlulukları.

Tanımlayıcı Özellikler: Anne/babanın ebeveynlik rolündeki değişimler, hasta çocuğun ve evdeki diğer çocukların bakımı konusunda yaşanan anksiyetenin sözel olarak ifade edilmesi, çocuğu ile ilgili kararlar üzerinde kontrolünü kaybetme duygusu.

Amaç/Beklenen Hasta Sonuçları:

- Rol çatışmasının kaynağının belirlenmesi,
- Ebeveynin çocuğu ile ilgili kararlara katılması,
- Çocuğunun bakımına istendik düzeyde katılması.

Hemşirelik Girişimleri:

- Role ilişkin değişimlere yol açan faktörler belirlenir.
- Hayal kırıklıkları/beklenti kaybı duygularını paylaşmasına izin verilir.
- Çocuğunun bakımına ilişkin ebeveyn katılımı sağlanır.
- Ebeveynlerin çocuklarının bakımına istedikleri kadar katılmaları sağlanır.
- Çocuğunun hastalığı ya da hospitalizasyonuna uyumu konusunda ebeveynlerin duyguları paylaşılır.

- Ebeveynlerin fiziksel ve duygusal gereksinimlerini karşılanır gerekirse psikolojik destek sağlanır (Carpenito 1997; Birol 2004; Akdemir ve Birol 2005; Albayrak ve ark. 2007).

ETKİSİZ AİLE İÇİ BAŞ ETME

Tanım: Fiziksel, psikolojik ya da bilişsel kaynakların yetersizliği nedeniyle, içsel ve dışsal stresörleri yönetmekte yetersiz kalan ve bu yetersizliğe yanıt olarak yıkıcı davranışlar gösteren ya da bu riski taşıyan ailedeki durumdur.

İlişkili Faktörler: Cerrahi girişim, aile üyesini kaybetme, sosyo-ekonomik sorunlar, ailenin diğer üyelerini ihmal etme.

Tanımlayıcı Özellikler: Cerrahi girişime ilişkin bilgi yetersizliği, yetersiz baş etme stratejileri, hoşgörüsüzlük, reddetme, ajitasyon, depresyon.

Amaç/Beklenen Hasta Sonuçları:

- Ailenin bakıma katılması.
- Etkili olan baş etme stratejilerini ve olumlu baş etme davranışlarını tanımlaması.
- Ailenin duygularını sözel olarak ifade etmesi.

Hemşirelik Girişimleri:

- Aile ile dürüst ve açık iletişim içinde olunması sağlanır.
- Ailenin endişelerini, korkularını tanımlaması ve beklentilerini ifade etmesi sağlanır, soru sormaları için yeterli zaman ve uygun ortam sağlanır.
- Gerekirse psikolojik destek sağlanır (Carpenito 1997, Erdemir 2005; Albayrak ve ark. 2007).

ETKİSİZ BİREYSEL BAŞ ETME

Tanım: Kaynakların (fiziksel, psikolojik, davranışsal, bilişsel kaynakların) yetersizliğinden dolayı içsel ya da çevresel stresörleri yönetemeyen ya da bu riski taşıyan bireydeki durumdur.

İlişkili Faktörler: Sağlık durumundaki ani değişim, destek sistemlerinin yetersizliği, düşük öz-saygı, yetersiz baş etme yöntemleri, fiziksel görünümde değişim.

Tanımlayıcı Özellikler: Başetme yetersizliğini sözel olarak ifade etme, savunma mekanizmalarını uygun olmayan şekilde kullanma, yardım istememe, rol beklentilerini yerine getirmede yetersizlik, anksiyete, ajitasyon, temel gereksinimleri karşılamada yetersizlik.

Amaç/Beklenen Hasta Sonuçları:

- Duygularını, güçlü ve zayıf yanlarını ve baş etme yöntemlerini sözlü olarak ifade etmesi ve kullanabildiğini göstermesi.
- Adölesanın, kendisi tarafından kontrol edebilecek etkenleri tanıyabilmesi/farkında olabilmesi.

Hemşirelik Girişimleri:

- Adölesanın kullandığı olumlu ve olumsuz baş etme yöntemleri tanınır.
- Adölesanın sağlıklı ve uygun baş etme yöntemlerini kullanmasına yardımcı olunur.
- Adölesanın mümkün olduğunca bağımsızlığını kazanması için, öz-bakım aktivitelerine katılımı sağlanır.
- Bakım ve tedavisi hakkında bilgilendirilir.
- Anksiyete, korku duygularını ve beklentilerini ifade etmesine izin verilir.
- Adölesanın hoşlanacağı aktiviteleri yapması sağlanır.
- Yeterli dinlenme ve beslenmenin önemi açıklanır.
- Adölesan ve anne/babası arasındaki iletişim desteklenir.
- Anne/baba ve yakınlarının sık sık ziyaret etmesi sağlanır (Carpenito 1997; Erdemir 2005; Albayrak ve ark. 2007).

GÜÇSÜZLÜK

Tanım: Yaşam şeklini, amaçlarını, bakış açısından etkileyen belirli durumlar ve olaylar üzerine kişisel kontrolünün olmadığını algılayan bir grup ya da bireydeki durumdur.

İlişkili Faktörler: Akut/kronik hastalık, cerrahi girişim, travma, kanser, hastane ortamı, bilgilendirilmeme, rol ve sorumluluklarını yerine getirememe.

Tanımlayıcı Özellikler: Anksiyete, öfke, depresyon, apati, huzursuzluk, gerginlik, saldırgan davranışlar.

Amaç/Beklenen Hasta Sonuçları:

- Adölesan ve anne/babanın kontrol edebileceği durumları farketmesi/tanılaması.
- Adölesanın kendi bakımı, tedavisi ve geleceğe ilişkin kararlar verebilmesi (Carpenito 1997, Erdemir 2005; Albayrak ve ark. 2007).

Hemşirelik Girişimleri:

- Adölesan tercihleri, gereksinimleri, değerleri ve tutumları belirlenir.
- Adölesan ve anne/babanın duygu ve düşüncelerini ifade etmesi sağlanır ve soru sorması için cesaretlendirilir.
- Adölesan ve anne/babanın bakıma katılımı sağlanır.
- Destek sistemleri belirlenir, gerektiğinde psikolojik destek sağlanır (Carpenito 1997; Albayrak ve ark. 2007).

KORKU

Tanım: Tehlike olarak algılanan, tanımlanabilen belirli bir kaynağa ilişkin olarak, fizyolojik ya da duygusal bir rahatsızlık duygusu yaşayan bir birey ya da gruptaki durumdur.

İlişkili Faktörler: Hastaneye yatma, cerrahi girişim, anestezi, invazif girişimler, radyasyon, ağrı, ölüm riski, organ kaybı, bilişsel yetersizlik, sakatlık, hastalıklar, duygusal yetersizlikler, ayrılık, bilgisizlik, bakım ve tedaviler, bilişsel bozukluklar, terminal hastalıklar.

Tanımlayıcı Bulgular: Anksiyete, korku duyguları, sakınma davranışları, ağlama, agresyon, tetikte olma, çok sık soru sorma, fazla konuşma, gerginlikte artma, titreme, kas gerginliği, kol bacakta zayıflık/yorguluk, kan basıncında artma, nabızda hızlanma, yüzeysel solunum, solunum hızında artma, anoreksiya, bulantı/kusma, diyare, ağız kuruluğu, sık idrara çıkma, terleme, parestezi, senkop, insomnia, irritabilite, konsantrasyon güçlüğü, kabus görme, rahat uyuyamama.

Amaç/Beklenen Hasta Sonuçları:

- Adölesan ve anne/babanın psikolojik ve fizyolojik rahatlıkta artış olduğunu ifade etmesi.
- Adölesan ve anne/babanın etkili ve etkisiz başetme stratejilerini tanımlaması.

Hemşirelik Girişimleri:

- Adölesan ve anne/babanın çevresi ve sağlık durumuna ilişkin algıları belirlenir.
- Sözlü ve sözsüz tepkileri değerlendirilir.
- Adölesan ve anne/babanın duygularını ifade etmesi için cesaretlendirilir.
- Adölesan ve anne/babası ilgi ve dikkatle dinlenir, soru sormasına fırsat verilir.
- Adölesan ve anne/babanın bakıma aktif katılımı sağlanır ve gevşeme teknikleri öğretilir.
- Diğer sağlık ekibi üyeleriyle görüşülerek, adölesan ve anne/babanın korku veya anksiyetesini azaltacak girişimler planlanır (Carpenito 1997, Erdemir 2005; Albayrak ve ark.2007).

SOSYAL İZOLASYON

Tanım: Başkaları ile daha fazla birlikte olma gereksinimi ya da isteği olan ya da böyle algılayan, ancak ilişki kuramayan bir birey ya da gruptaki durumdur.

İlişkili Faktörler: Kişilerarası iletişimin yetersiz ya da bozulmuş olması, enerji ve istek yetersizliği, yorgunluk, hastaneye yatma, cerrahi girişim.

Tanımlayıcı Özellikler: Yalnızlığın ifade edilmesi, ilişkilerin anlamsız olduğunu ifade etmesi, yalnız kalmak isteme, keder, üzüntü, sıkıntı hissi yaşama, içe kapanma, göz temasından kaçınma, az konuşma, kederli donuk duygu durumu.

Amaç/Beklenen Hasta Sonuçları:

- Adölesan ve anne/babanın diğer insanlarla birlikte olma yolları geliştirmesi.
- Adölesan ve anne/babanın önem verdiği bireylerle ilişkilerini aktif biçimde sürdürmesi.

Hemşirelik Girişimleri:

- Adölesan ve anne/babanın diğer insanlarla etkileşim düzeyi değerlendirilir.
- Adölesan ve anne/babası ile destekleyici ve olumlu bir ilişki kurulur.
- Günlük yaşam aktivitelerine katılımları sağlanır,
- Yaşamlarında ilgilendiği şeyler ve kendisi için anlamını belirlemesine yardım edilir.

- Adölesan ve anne/babanın benlik saygısını arttırıcı girişimler uygulanır (Carpenito 1997, Erdemir 2005; Albayrak ve ark. 2007).

UYKU DÜZENİNDE BOZULMA

Tanım: Dinlenme örüntüsünün nitelik ve niceliğinde, rahatsızlığa yol açan ya da istenen yaşam kalitesini etkileyen/engelleyen bir değişim olan ya da bu riski taşıyan bir bireydeki durumdur.

İlişkili Faktörler: Cerrahi girişim öncesinde yaşanan anksiyete, stress, depresyon korku, ağrı, çevre değişimi, yaşam tarzında değişimler, tanı testleri, işlemleri ve ilaçlar.

Tanımlayıcı Özellikler: Uykuya dalmakta, uyumada ve uyanmada güçlük çektiğini sözel olarak ifade etme, uykunun bölünmesi, uyku kalitesinin bozulması, gündüz uyuma, sık sık esneme, huzursuzluk, ajitasyon, yorgunluk, ruh halinde değişimler.

Amaç/Beklenen Hasta Sonuçları:

- Adölesan ve anne/babanın uyumasını engelleyen faktörleri tanımlaması.
- Adölesan ve anne/babanın uykusuzluk belirtilerinin azaldığını ifade etmesi.
- Adölesan ve anne/babanın kesintisiz uyuduğunu ve dinlenmiş olduğunu belirtmesi.
- GYA'ni sürdürmek için yeterli enerjiye sahip olduğunu göstermesi.

Hemşirelik Girişimleri:

- Adölesan ve anne/babanın uyku düzeni, alışkanlıkları ve uyku sorununun türü tanılanır.
- Adölesan ve anne/babanın uyku öncesi alışkanlıkları (banyo, içecekler, kitap okuma v.b.) mümkün olduğunca sürdürülür.
- Yatma zamanından önce kafeinli içecekler içmemeleri, ağır yiyecekler yememeleri, boşaltım aktivitesini gerçekleştirmeleri önerilir.
- Uyku saatinde rahatlatıcı masaj yapılır.
- Adölesan ile birlikte, gündüzleri uygulamak üzere, bir aktivite programı oluşturulur (yürüyüş, fizik edavi v.b.).
- Adölesan ve anne/babanın uyumasına engel olan düşüncelerini paylaşması için cesaretlendirilir.

- Gürültüsüz/sakin bir ortam oluşturulur.
- Gerekirse güvenlik önlemleri alınır (yeterli aydınlatma, yatak kenarlıklarının yükseltilmesi, yatakta uygun pozisyon verilmesi).
- Adölesan ve anne/babaya gevşeme yöntemleri (sakinleştirici masaj, meditasyon, derin solunum egzersizleri v.b.) öğretilir.
- Hekim istemi ile verilen, ilaçların etkinliği ve yan etkileri gözlenir (Carpenito 1997, Birol 2004; Akdemir ve Birol 2005; Erdemir 2005; Albayrak ve ark.2007).

UYGULAMA

Uygulama aşamasında, adölesanın bireyselleştirilmiş bakım gereksinimleri karşılanırken hem adölesan hem de anne/babanın katılımı sağlanır. Adölesanlar ve anne/babaları ile güven verici bir ilişki kurularak, merak ettikleri sorular yanıtlanır ve kendilerini ifade etmeleri için gerekli fırsatlar verilir. Hastane ortamında mümkün olduğunca bağımsızlıkları desteklenir ve kararlara katılımları sağlanır (Sertbaş ve Bahar 2004; Demirel ve Çam 2006; Fitzpatrick ve Hyde 2006).

DEĞERLENDİRME

Cerrahi girişim uygulanacak adölesan ve anne/babanın gereksinimleri doğrultusunda uygulanan bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı sonucunda, planlama aşamasında saptanan amaç/beklenen hasta sonuçlarına ulaşıp ulaşılmadığı değerlendirilmeli ve gerekirse değişen gereksinimleri belirlemek üzere odaklanmış tanılama ile süreç tekrarlanmalıdır. Bunun için somut/ölçülebilir bir gösterge olarak Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE) ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri'nden yararlanılabilir (Birol 2004).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Cerrahi girişim uygulanacak adölesanlar ile anne/babalarının anksiyete düzeyleri, anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki ve anksiyetelerini arttıran faktörleri incelemek amacıyla, tanımlayıcı, ilişkilendirici kesitsel tipte planlanmış bir araştırmadır.

3.2. ARAŞTIRMA SORULARI

- Cerrahi girişim uygulanacak adölesanların anksiyete düzeyi nedir?
- Cerrahi girişim uygulanacak adölesanların anne/babalarının anksiyete düzeyi nedir?
- Cerrahi girişim uygulanacak adölesanlar ile anne/babalarının anksiyete düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
- Cerrahi girişim uygulanacak adölesanlar ve anne/babalarında anksiyetesini etkileyen faktörler nelerdir?

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, 22 Aralık 2006 / 30 Temmuz 2007 tarihleri arasında, bir üniversite hastanesinin Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı ile Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda yatan ve cerrahi girişim uygulanacak adölesanlar ile anne/babaları oluşturdu.

Araştırmanın örnekleme ise, aşağıda belirtilen kriterleri karşılayan ve araştırmanın amacı açıklanarak bilgilendirildikten sonra araştırmaya katılım için izin alınan toplam 100 adölesan ile anne/babadan oluştu.

Örnekleme seçiminde kriterler;

- Adölesanın 10 yaş ve üzerinde olması (DSÖ adölesanları "10-19 yaşları arasındaki bireyler" olarak tanımlamaktadır) (WHO 2001).
- Daha önce herhangi bir cerrahi girişim geçirmemesi,
- Bilişsel, duyuşsal ve sözel olarak iletişim kurmayı engelleyen herhangi bir sorununun bulunmaması,
- Çocuğun yanında refakatçi olarak anne/babanın kalması,
- Anne/babanın öz olması,
- Çalışmaya katılım için gönüllü ve istekli olması.

3.4. VERİLERİN TOPLANMASI

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında;

- Adölesan Bilgi Formu,
- Anne/Baba Bilgi Formu,
- 10-13 yaş adölesanlar için Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri,
- 14 yaş ve üzeri adölesanlar ile anne/babalar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri olmak üzere 4 form kullanıldı.

3.4.1.1. Adölesan Bilgi Formu (Ek-1)

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen adölesan bilgi formu; yaş, cinsiyet gibi bireysel özellikler ile, cerrahi girişimin türü, daha önceki hastane deneyimi, hastane ortamından nasıl etkilendikleri, cerrahi girişim hakkında bilgilendirilme durumunu içeren sorulardan oluştu.

3.4.1.2. Anne/Baba Bilgi Formu (Ek-2)

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen anne/baba bilgi formu; yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, çocuk sayısı, aile tipi, sağlık güvencesi gibi sosyo-demografik özellikler ile çocuğun eğitim yılı, tanısı ve hastalığının süresi gibi çocuğa ait özellikler; ve çocuğun hastalığının aileyi etkileme durumu, cerrahi girişim hakkında bilgilendirilme durumları, anne/babanın daha önceden kendilerine ilişkin yaşadıkları hastane ya da cerrahi girişim deneyimlerine ilişkin sorulardan oluştu.

3.4.1.3. Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE) (Ek-3, Ek-4)

9-12 yaş grubu çocukların anksiyete düzeylerini ölçmek için Spielberger ve arkadaşları (1970) tarafından geliştirilen ölçeğin, Türk toplumuna uyarlanması için geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1995 yılında Ş. Özusta tarafından yapılmış ve Cronbach Alfa değerleri Durumluk Kaygı Ölçeği için 0,82, Sürekli Kaygı Ölçeği için 0,81 olarak bulunmuştur. Ancak daha sonra yapılan çalışmalarda ölçeğin 9-13 yaş arasındaki çocuklar için de uygulanabilir olduğu saptanmıştır (Özusta 1995; Gülçiçek 2000; Alparslan 2003).

ÇDSKE, Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeklerinden oluşur. **ÇDSKE Durumluk Kaygı Ölçeği**, gerginlik, sinirlilik, telaş, tedirginlik gibi durumluk kaygıyla ilişkili

duyguların değerlendirilmesini amaçlayan ve yirmi maddeden oluşan 3'lü Likert tipi bir ölçektir (Özusta 1995).

ÇDSKE Durumluk Kaygı Ölçeği'nde, çocuktan “*şu anda*” kendisini nasıl hissettiğini değerlendirmesi için maddelerdeki duygu ya da davranışların *şiddet* derecesini belirten ifadelerden birini işaretlemeleri istenir. Bu duygular çocuk tarafından “çok” hissediliyorsa en yüksek puan olan 3, “hiç” hissedilmiyorsa en düşük puan olan 1 verilir. ÇDSKE Durumluk Ölçeği'nde doğrudan ve tersine çevrilmiş (1., 3., 6., 8., 10., 12., 13., 14., 17., 20. maddeler) ifadeler bulunur. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine çevrilmiş ifadeler ise olumlu duyguları gösterir. Ters ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 3'e, 3 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüştürülerek hesaplanır. ÇDSKE Durumluk Kaygı Ölçeği'nden alınabilecek en yüksek puan 60, en düşük puan ise 20'dir. Yüksek puan yüksek kaygı düzeyini, düşük puan ise düşük kaygı düzeyini gösterir (Özusta 1995).

ÇDSKE Sürekli Kaygı Ölçeği, kaygı yatkınlığında kalıcı bireysel farklılıkları ölçmeyi amaçlar ve yirmi maddeden oluşan 3'lü Likert tipi bir ölçektir (Özusta 1995).

ÇDSKE Sürekli Kaygı Ölçeği'nde çocuktan kendisini “*genellikle*” nasıl hissettiğini değerlendirmesi için maddelerdeki duygu ya da davranışların *sıklık* derecesini gösteren (1) “hemen hemen hiç”, (2) “bazen”, (3) “sık sık” ifadelerinden birini işaretlemesi istenir. “Sık sık” ifadesinin seçilmesinde en yüksek puan olan 3, “hemen hemen hiç” ifadesinin seçilmesinde ise en düşük puan olan 1 verilir. Sürekli Kaygı Ölçeği'nden alınabilecek en düşük toplam puan 20, en yüksek toplam puan 60' tır. Yüksek puan yüksek kaygı düzeyini, düşük puan ise düşük kaygı düzeyini gösterir (Özusta 1995).

ÇDSKE öz bildiri formundadır ve bireysel ya da grup halinde uygulanabilir. ÇDSKE'nin, okuma yeteneği iyi olan 9-13 yaş arası çocuklarda da kullanılabileceği gösterilmiştir (Özusta 1995). Uygulama sırasında Durumluk Kaygı Ölçeği, testle ilgili ya da test koşullarında ortaya çıkacak tedirginlik ve heyecan gibi duygusal olaylara duyarlı olduğundan Sürekli Kaygı Ölçeğinden önce verilir.

3.4.1.4. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI FORM TX-1, STAI FORM TX-2 Ek 5, Ek-6)

14 yaş ve üzerinde olan bireylerin anksiyete düzeyini ölçmek için Spielberger ve arkadaşları tarafından (1970) geliştirilen ölçeğin, Türk toplumuna uyarlanması 1995 yılında N. Öner ve A. Le Compte tarafından yapılmıştır. Ölçeklerin, iç tutarlığı ve

güvenirligi Durumluk Kaygı Ölçeği için 0,83 ile 0,92 arasında, Sürekli Kaygı Ölçeği için 0,86 ile 0,92 arasında bulunmuştur (Öner ve Le Compte 1998).

Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeklerinden oluşur (Öner ve Le Compte 1998).

Durumluk Kaygı Ölçeği, bireyin belli bir anda ve belirli koşullar altında kendini nasıl hissettiğini belirlemeyi amaçlayan ve yirmi maddeden oluşan 4'lü Likert tipi bir ölçektir (Öner ve Le Compte 1998).

Durumluk Kaygı Ölçeği'nde bireyden kendini "*şu anda*" nasıl hissettiğini değerlendirmesi ve maddelerde ifade edilen duygu ya da davranışların *şiddet* derecesine göre (1) "hayır", (2) "biraz", (3) "çok" ve (4) "tamamiyle" ifadelerinden birini seçmesi istenir. "Tamamiyle" ifadesinin seçilmesinde en yüksek puan olan 4, "hayır" ifadesinin seçilmesinde en düşük puan olan 1 verilir. Durumluk Kaygı Ölçeği'nden alınabilecek en düşük toplam puan 20, en yüksek toplam puan 80' dir. Yüksek puan yüksek kaygı düzeyini, düşük puan ise düşük kaygı düzeyini gösterir (Öner ve Le Compte 1998).

Sürekli Kaygı Ölçeği, bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, kendini nasıl hissettiğini belirlemeyi amaçlayan ve yirmi maddeden oluşan 4'lü Likert tipi bir ölçektir (Öner ve Le Compte 1998).

Sürekli Kaygı Ölçeği'nde bireyden kendini "*genellikle*" nasıl hissettiğini değerlendirmesi ve maddelerde ifade edilen duygu, düşünce ve davranışların *sıklık* derecesine göre (1) "hayır", (2) "biraz", (3) "çok" ve (4) "her zaman" ifadelerinden birini seçmesi istenir. "Her zaman" ifadesinin seçilmesinde en yüksek puan olan 4, "hayır" ifadesinin seçilmesinde en düşük puan olan 1 verilir. Sürekli Kaygı Ölçeği'nden alınabilecek en düşük toplam puan 20, en yüksek toplam puan 80' dir. Yüksek puan yüksek kaygı düzeyini, düşük puan ise düşük kaygı düzeyini gösterir (Öner ve Le Compte 1998).

Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanterindeki ölçekler, doğrudan ve tersine çevrilmiş iki tür ifade içerir. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine çevrilmiş ifadeler ise olumlu duyguları belirtir. Durumluk Kaygı Ölçeğinde on (1., 2., 5., 8., 10., 11., 15., 16., 19. ve 20. maddeler) ve Sürekli Kaygı Ölçeği'nde ise yedi (21., 26., 27., 30., 33., 36. ve 39. maddeler) tersine çevrilmiş madde vardır. "Ters" ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüştürülerek hesaplanır. (Öner ve Le Compte 1998).

Ölçeklerin puanlanması elle ve bilgisayarla olmak üzere iki şekilde yapılabilir. Elle puanlama yapılırken doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadelerinin herbiri için iki ayrı anahtar hazırlanır. Böylece bir anahtarla doğrudan ifadelerin, ikinci anahtarla tersine çevrilmiş ifadelerin toplam ağırlıkları saptanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan, ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır. Bu sayıya önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk Kaygı Ölçeği için bu değişmeyen değer 50, Sürekli Kaygı Ölçeği için ise 35'dir. Bilgisayarda puanlama ise, genellikle büyük grup uygulamaları için önerilir (Öner ve Le Compte 1998).

Ölçeklerden elde edilen 0-19 arası toplam puan anksiyete olmadığını, 20-39 arası toplam puan hafif anksiyete düzeyini, 40-59 arası toplam puan orta anksiyete düzeyini, 60-79 arası toplam puan ise ağır anksiyete düzeyini gösterirken, toplam puanı 60 ve üzerinde olması bireyin profesyonel yardıma gereksinimi olduğuna işaret eder (Öner ve Le Compte 1998).

Ölçeklerin yanıtlanması sırasında herhangi bir zaman kısıtlaması yoktur. Yaklaşık, on dakika içinde her iki ölçek de yanıtlanabilir. Envanter okuma-yazma bilmeyenlere uygulandığında; maddeler araştırmacı tarafından okunup, verilen yanıtlar yine araştırmacı tarafından form üzerinde işaretlenebilir (Öner ve Le Compte 1998).

Araştırmanın Uygulanması

Araştırma öncesi araştırmacı tarafından; araştırmanın yürütüleceği birimler ile gerekli görüşme ve yazışmalar sonucu kurumsal izinler sağlandı. Aynı zamanda araştırmanın yürütüleceği kurumun etik kurulundan onay alındı (Ek-8). Daha sonra Ortopedi ve Travmatoloji, Genel Cerrahi ve Çocuk Cerrahisi Kliniklerinde yatan ve örneklem seçim kriterlerini karşılayan adölesanlar ile anne/babaları belirlendi. Araştırma için uygun olan adölesanlar ile anne/babalarına, araştırmanın amacı, içeriği, yöntemi konusunda bilgi verildi ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul edenlerden yazılı izin alınarak örneklem oluşturuldu.

Veriler, adölesanlar ve anne/babalarına ameliyattan bir gün önce, Tablo 3-1'de gösterilen araçlar uygulanarak elde edildi.

Tablo 3-1:Veri toplamada uygulanan araçlar

10-13 yaş gubu adölesanlar	Adölesan Bilgi Formu ÇDSKE
14 yaş ve üzerinde olan adölesanlar	Adölesan Bilgi Formu Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri
Anne/Baba	Anne/Baba Bilgi Formu Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri

ARAŞTIRMANIN ETİK ve YASAL YÖNLERİ

- ÇDSKE’ni Türk toplumuna uyarlayarak, geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan Şeniz Özusta’dan ölçeğin kullanımına ilişkin bilgi ve destek sağlandı.
- Araştırmanın yürütüleceği hastanenin Çocuk Cerrahisi, Ortopedi ve Travmatoloji ile Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlıklarından yazılı izinler alındı. Daha sonra hastanenin etik kurulundan etik onay sağlandı (Ek-8).
- Araştırmanın yürütüleceği anabilim dallarının başhemşireleri ve hemşireleri araştırma hakkında yazılı olarak bilgilendirildi ve destek sağlandı.
- Araştırmaya katılan adölesanlar ile anne/babalarına çalışmanın amacı, planı, süresi ve kendilerinden ne beklenildiği, elde edilen verilerin nasıl ve nerede kullanılacağı açıklanarak **isteklilik** ve **gönüllülük ilkesi** ışığında, araştırmaya katılımları için **bilgilendirilmiş yazılı izinler** alındı (Ek-7). 10-18 yaş grubu adölesanlara bilgilendirilme yapıldı. Ancak izinler anne/babalarından sağlandı.
- Araştırmaya katılmayı kabul eden adölesanlar ve anne/babalara istediklerinde araştırmadan çekilebilecekleri bildirilerek “**otonomi**” ilkesine saygı gösterildi.
- Adölesanlar ve anne/babalarına, kimliklerinin ve kendilerinden alınan bireysel bilgilerin araştırmacının dışında başka hiç kimseye açıklanmayacağı ya da bilgilere başkalarının ulaşmasına izin verilmeyeceği kendilerine açıklanan amaç dışında hiçbir şekilde kullanılmayacağı konusunda güvence verilerek “**sadakat-gizlilik**” ilkesine bağlı kalındı.
- Veriler, adölesanların bakım ve tedavisini engellemeyecek zaman dilimlerinde toplanarak “**Zarar vermeme-yarar sağlama**” ilkelerine özen gösterildi (Acaroğlu 2003).

ARAŞTIRMANIN TAMAMLANMASINDA KARŞILAŞILAN DURUMLAR

Olumlu Durumlar;

- Araştırmanın yürütüldüğü birimlerde çalışan sağlık ekibi üyeleri ile olumlu işbirliği sağlandı ve sürdürüldü.
- Verilerin toplanmasında herhangi bir sorun yaşanmadı.
- Cerrahi girişim uygulanacak adölesanlar ve anne/babaların çalışmaya istekli ve gönüllü katılımları, araştırmanın yürütülmesini kolaylaştırdı.

Olumsuz Durumlar;

- Araştırmanın yapılacağı kurumda izin işlemlerinin uzun sürmesi nedeni ile hedeflenen örneklem sayısına planlanan zamanda ulaşılamadı.
- Araştırmanın 3 ayrı birimde yürütülmesi ve birimlerin birbirinden farklı yerlerde bulunması, zaman ve hastaların takibi açısından az da olsa güçlükler neden oldu.
- Araştırmacının klinik alanda sürekli bulunamaması nedeni ile zaman zaman hasta kabulünden haberdar olamamaya yol açtı.
- Adölesanların anksiyete düzeyini değerlendirmek için iki farklı ölçek kullanılması, bulguların bütünleştirilerek tartışılmasında güçlük yarattı.

3.4.2. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırma sonucu elde edilen verilerin istatistiksel analizleri bilgisayar aracılığı ile yapıldı.

Verilerin istatistik analizlerinde;

- Parametrik (sürekli) değişkenlerin değerlendirilmesinde; aritmetik ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler,
- Nonparametrik (süresiz) değişkenlerin değerlendirilmesinde frekans ve yüzdeler,
- İki grup ortalamasının karşılaştırılmasında t-testi,
- İki'den fazla grup ortalamasının karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi (ANOVA),
- İki'den fazla grupların puan ortalamaları arasındaki ilişkilerin belirlenmesinde Pearson Korelasyon Tekniği kullanıldı (Özdamar 2003; Özdemir 2005; Akgül 2005).

4. BULGULAR

Bu bölümde; cerrahi girişim uygulanacak adölesanlar ile anne/babalarının anksiyete düzeyleri, anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki ve anksiyetelerini arttıran faktörlerin nedenlerini belirlemek amacıyla ile gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen bulgular ve istatistiksel analizleri tablolar halinde sunuldu.

Araştırmanın bulguları;

- Cerrahi girişim uygulanacak adölesanlar ile anne/babaların bireysel özelliklerine ilişkin bulgular,
- Cerrahi girişim uygulanacak adölesanlar ile anne/babaların anksiyetelerine ilişkin bulgular,
- Cerrahi girişim uygulanacak adölesanlar ile anne/babaların anksiyeteleri arasındaki ilişkiyi gösteren bulgular,
- Cerrahi girişim uygulanacak adölesanlar ve anne/babalarında anksiyeteyi etkileyen faktörlere ilişkin bulgular olmak üzere 4 bölümde ele alındı.

4.1. CERRAHİ GİRİŞİM UYGULANACAK ADÖLESANLAR İLE ANNE/BABALARIN BİREYSEL ÖZELLİKLERİ

Tablo 4-1: Adölesanların bireysel özelliklerinin dağılımı (n=100)

		10-13 yaş		14 yaş ve üstü		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Kız	20	41,5	25	51,9	45	45
	Erkek	28	58,5	27	48,1	55	55
Hastane Deneyimi	Var	10	20,8	16	30,8	26	26
	Yok	38	79,2	36	69,2	74	74
Cerrahi Girişim Şekli	Acil	7	14,6	5	9,6	12	12
	Planlı	41	85,4	47	90,4	88	88
Cerrahi Girişim Türü	Minör	7	14,6	17	32,3	38	38
	Majör	41	85,4	35	67,3	62	62
Yaş	$\bar{X} \pm SD$	11,44±1,28		16,02±1,4		13,82±2,66	
Eğitim Yılı	$\bar{X} \pm SD$	5,23±1,62 (3-8)		10,02±1,52 (7-13)		7,72±2,87 (3-13)	

Araştırma kapsamına alınan **adölesanların bireysel özelliklerinin** dağılımı incelendiğinde; **yaş ortalamasının** 13,82±2,66 yıl, **eğitim yılı** ortalamasının 7,72±2,87 yıl olduğu, %55'inin (n=55) **erkek**, %74'ünün (n=74) **hastane deneyiminin** olmadığı, %88'ine (n=88) **planlı** ve %62'sine (n=62) **majör cerrahi girişim** (skolyoz v.b.) uygulanacağı belirlendi (Tablo 4-1).

Tablo 4-2: Adölesanların yaşadıkları duyguların dağılımı (n=100)

		10-13 yaş		14 yaş ve üstü		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Ağrı Korkusu	Evet	29	60,4	29	55,8	58	58
	Hayır	19	39,6	23	44,2	42	42
Sosyal Yaşamdan Uzaklaşma	Evet	34	70,8	22	42,3	56	56
	Hayır	14	29,2	30	57,7	44	44
Cerrahi Girişime Karşı Korku	Evet	13	27,08	34	65,4	47	47
	Hayır	35	72,92	18	34,6	53	53
Narkoza Bağlı Korku	Evet	36	75	16	30,8	52	52
	Hayır	12	12	36	69,2	48	48
Mutluluk	Evet	25	52,08	26	50	51	51
	Hayır	23	47,92	26	50	49	49
Sevdiklerinden Uzak Kalma	Evet	43	89,8	5	9,62	48	48
	Hayır	5	10,2	47	90,38	52	52

Tablo 4-2’de görüldüğü gibi adölesanların yaşadıkları duyguların dağılımı incelendiğinde; %58’inin (n=58) **ağrı korkusu** yaşadığı, %56’sının (n=56) **sosyal yaşamdan uzaklaştığı**, %53’ünün (n=53) **cerrahi girişimden korkmadığı**, %52’sinin (n=52) **narkoza bağlı korku** yaşadığı, %52’sinin (n=52) **sevdiklerinden uzak kalmaktan etkilenmediği**, %51’inin ise (n=51) **kendisini mutlu hissettiği** belirlendi.

Tablo 4-3: Adölesanların fizik ortam koşullarına ilişkin görüşlerinin dağılımı (n=100)

		10-13 yaş		14 yaş ve üstü		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Gürültülü	Evet	40	83,3	47	90,4	87	87
	Hayır	8	16,7	5	9,6	13	13
Havasız	Evet	43	89,6	43	82,7	86	86
	Hayır	5	10,4	9	17,3	14	14
Dağınık	Evet	41	85,4	44	84,6	85	85
	Hayır	7	14,6	8	15,4	15	15
Kalabalık	Evet	40	83,3	44	84,6	84	84
	Hayır	8	16,7	8	15,4	16	16
Sıcak	Evet	34	70,8	38	73,1	72	72
	Hayır	14	29,2	14	26,9	28	28

Adölesanların fizik ortam koşullarına ilişkin görüşlerinin dağılımı incelendiğinde; adölesanların %87'sinin fizik ortamın (n=87) **gürültülü**, %86'sının (n=86) **havasız**, %85'inin (n=85) **dağınık**, %84'ünün (n=84) **kalabalık**, %72'sinin ise (n=72) **sıcak** olmasından yakındığı saptandı (Tablo 4-3).

Tablo 4-4: Anne/babaların bireysel özelliklerinin dağılımı (n=100)

		n	%
Yaş Grupları	29-39	42	42
	40-50	50	50
	51 ve üzeri	8	8
Cinsiyeti	Kadın	74	74
	Erkek	26	26
Medeni Durumu	Evli	97	97
	Bekar/Dul/Boşanmış	3	3
Eğitim Durumu	Okur/Yazar Değil	5	5
	Okur-Yazar	3	3
	İlkokul Mezunu	51	51
	Ortaokul Mezunu	6	6
	Lise Mezunu	24	24
	Yüksekokul Mezunu	11	11
Mesleki Durumu	Memur	14	14
	İşçi	2	2
	Serbest Meslek	19	19
	Emekli	8	8
	Ev Hanımı	57	57
Çalışma Durumu	Çalışıyor	63	63
	Çalışmıyor	37	37
Aile Tipi	Çekirdek Aile	87	87
	Geniş Aile	13	13
Çocuk Sayısı	1 Çocuk	5	5
	2 Çocuk	44	44
	3 Çocuk	32	32
	4 Çocuk ve Daha Fazla	19	19
Çocuğunun Tanısını Bilme Durumu	Biliyor	78	78
	Bilmiyor	22	22
Sağlık Güvencesi	Var	97	97
	Yok	3	3

Tablo 4-4'ün Devamı

Hastane Deneyimi	Var	30	30
	Yok	70	70
Girişim Deneyimi	Var	30	30
	Yok	70	70
Evde Bakım Sorumluluğu	Var	40	40
	Yok	60	60
Son Zamanlarda	Yaşayan	35	35
Üzücü Deneyim	Yaşayamayan	65	65

Araştırma kapsamına alınan **anne/babaların bireysel özelliklerinin** dağılımı incelendiğinde; %50'sinin (n=50) **40-50 yaş grubunda** ve yaş ortalamasının $40,99 \pm 6,32$ yıl olduğu, %74'ünü (n=74) **annelerin** oluşturduğu, %97'sinin (n=97) **evli**, %51'inin (n=51) **ilkokul mezunu**, %57'sinin (n=57) **ev hanımı**, %63'ünün (n=63) **çalıştığı**, %87'sinin (n=87) **çekirdek ailede yaşadığı**, %44'ünün (n=44) **iki çocuk sahibi** olduğu, %78'inin (n=78) **çocuğunun tanısını bildiği**, %97'sinin (n=97) **sağlık güvencesinin bulunduğu**, %70'inin (n=70) **hastane deneyimi olmadığı**, %70'inin (n=70) kendisinin **cerrahi girişim deneyimlemediği**, %60'ının (n=60) **evde bakım sorumluluğunu üstlenmek zorunda kaldığı bir aile üyesi olmadığı**, %65'inin ise (n=65) **son zamanlarda üzücü bir deneyim yaşamadığı** görüldü (Tablo 4-4).

Tablo 4-5: Anne/babaların cerrahi girişime ilişkin duygu ve düşüncelerinin dağılımı (n=100)

		n	%
Narkoza Bağlı Korku	Evet	63	63
	Hayır	37	37
Ağrı Korkusu	Evet	66	66
	Hayır	34	34
Cerrahi Girişimden Korkma	Evet	43	43
	Hayır	57	57

Anne/babaların cerrahi girişime ilişkin duygu ve düşüncelerinin dağılımı incelendiğinde; %63'ünün (n=63) çocuğuna narkoz verilecek olmasından korktuğu, %66'sının (n=66) çocuğunun ağrı deneyimlemesinden korktuğu ve %57'sinin (n=57) cerrahi girişimden etkilenmediği saptandı (Tablo 4-5).

Tablo 4-6: Anne/babaları etkileyen sosyal ve ekonomik faktörlerin dağılımı (n=100)

		n	%
Ekonomik Yükte Artma	Evet	74	74
	Hayır	26	26
Anne/Babanın Sorumluluğunda Artma	Evet	79	79
	Hayır	21	21
Anne/Babanın Kendilerine Ayrılan Zamanda Azalma	Evet	64	64
	Hayır	36	36
Diğer Çocuklara Ayrılan Zamanda Azalma	Evet	63	63
	Hayır	37	37
Aile İçi Anlaşmazlıklarda Artma	Evet	29	29
	Hayır	71	71
Sosyal İlişkilerde Azalma	Evet	34	34
	Hayır	66	66

Anne/babaları etkileyen sosyal ve ekonomik faktörlerin dağılımı incelendiğinde; %74'ünde (n=74) **ekonomik yükün** arttığı, %79'unda (n=79) **anne/babanın sorumluluğunda** artış olduğu, %64'ünde (n=64) **kendilerine** ve %63'ünde (n=63) **diğer çocuklara ayrılan zamanın** azaldığı, %71'inde (n=71) **aile içi anlaşmazlıklarda** artış olmadığı, %66'sında ise (n=66) **sosyal ilişkilerde azalma** görülmediği belirlendi (Tablo 4-6).

Tablo 4-7: Adölesanlar ve anne/babaların bilgilendirilme durumlarının dağılımı

		n	%	
Bilgilendirilme Durumu	10-13 Yaş Grubu Adölesanlar	Evet	27	56,3
		Hayır	21	43,7
	14 Yaş ve Üzeri Adölesanlar	Evet	31	59,6
		Hayır	21	40,4
	Anne/Baba	Evet	68	68
		Hayır	32	32
Bilgiyi Yeterli Bulma	Anne/Baba	Yeterli	36	36
		Kısmen Yeterli	24	24
		Yetersiz	8	8

Tablo 4-7’de görüldüğü gibi adölesanlar ve anne/babalarının bilgilendirilme durumlarının dağılımı incelendiğinde; 10-13 yaş grubu adölesanların %56,3’ünün (n=27), 14 yaş ve üzeri adölesanların %59,6’sının (n=31), anne/babaların ise %68’inin (n=68) **bilgilendirildiği** belirlendi. Anne/babaların %36’sının (n=36) verilen **bilgiyi yeterli bulduğu** görüldü.

4.2. CERRAHİ GİRİŞİM UYGULANACAK ADÖLESANLAR İLE ANNE/BABALARIN ANKSİYETELERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Adölesanların anksiyete düzeylerini belirlemede yaş gruplarına uygun iki farklı ölçekten yararlanıldı ve bulgular bu doğrultuda ele alındı.

Tablo 4-8: Adölesanlar ve anne/babaların Durumluk ve Sürekli Kaygı puan ortalamalarına ilişkin bulgular

		(Minimum- Maksimum)	$\bar{X} \pm SD$	r	p	t	p
10-13 Yaş Grubu Adölesanlar	ÇDSKE Durumluk Kaygı Puanı	(24-55)	37,38±8,00	r=0,211		t=0,740	
	ÇDSKE Sürekli Kaygı Puanı	(24-55)	36,38±6,81	p=0,150		p=0,463	
14 Yaş ve Üzeri Adölesanlar	Durumluk Kaygı Puanı	(32-64)	45,62±9,12	r=0,404		t=3,374	
	Sürekli Kaygı Puanı	(26-56)	41,31±7,57	p=0,003**		p=0,001**	
Anne/Baba	Durumluk Kaygı Puanı	(33-71)	52,10±9,17	r=0,252		t=8,861	
	Sürekli Kaygı Puanı	(27-63)	42,85±7,80	p=0,011*		p=0,000***	

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Tablo 4-8’de görüldüğü gibi 10-13 yaş grubu adölesanların Durumluk Kaygı puan ortalamalarının 37,38±8,00 ve Sürekli Kaygı puan ortalamalarının 36,38±6,81 olduğu saptandı. 10-13 yaş grubu adölesanların Durumluk ve Sürekli Kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görüldü. 10-13 yaş grubu adölesanların Durumluk ve Sürekli Kaygı puan ortalamaları karşılaştırıldığında Durumluk ve Sürekli Kaygı puan ortalamaları arasında farklılık belirlenmedi (t=0,740 p>0,05).

14 yaş ve üzeri adölesanların Durumluk Kaygı puan ortalamalarının 45,62±9,12 ve Sürekli Kaygı puan ortalamalarının 41,31±7,57 olduğu belirlendi. 14 yaş ve üzeri adölesanların Durumluk ve Sürekli Kaygı puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu saptandı (r=0,404 p<0,05). 14 yaş ve üzeri adölesanların Durumluk ve Sürekli Kaygı puan ortalamaları karşılaştırıldığında Durumluk Kaygı puan

ortalamasının Sürekli Kaygı puan ortalamasına göre yüksek olduğu ve aralarındaki farklılığın istatistiksel olarak da anlamlılık gösterdiği belirlendi ($t=3,374$ $p<0,05$).

Anne/babaların Durumluk Kaygı puan ortalamalarının $52,10\pm 9,17$ ve Sürekli Kaygı puan ortalamalarının $42,85\pm 7,80$ olduğu görüldü. Anne/babaların Durumluk ve Sürekli Kaygı puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlendi ($r=0,252$ $p<0,05$). Anne/babaların Durumluk ve Sürekli Kaygı puan ortalamaları karşılaştırıldığında Durumluk Kaygı puan ortalamasının Sürekli Kaygı puan ortalamasına göre yüksek olduğu ve aralarındaki farklılığın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlılık gösterdiği belirlendi ($t=8,861$ $p<0,001$).

4.3. CERRAHİ GİRİŞİM UYGULANACAK ADÖLESANLAR İLE ANNE/BABALARIN ANKSİYETELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİYİ GÖSTEREN BULGULAR

Tablo 4-9: Adölesanlar ile anne/babaların Durumluk ve Sürekli Kaygı puanları arasındaki ilişki

	Anne/Baba			
	Durumluk Kaygı Puanı		Sürekli Kaygı Puanı	
	r	p	r	p
10-13 Yaş Adölesanlar	r=0,07	p=0,78	r=0,34	p=0,02*
14 Yaş ve Üzeri Adölesanlar	r=0,162	p=0,20	r=0,06	p=0,65

* $p<0,05$

Tablo 4-9’da görüldüğü gibi, 10-13 yaş grubu adölesanlar ile anne/babalarının Durumluk Kaygı puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, Sürekli Kaygı puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlendi ($r=0,34$ $p<0,05$).

14 yaş ve üzeri adölesanlar ile anne/babaların ne Durumluk ne de Sürekli Kaygı puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.

4.4. CERRAHİ GİRİŞİM UYGULANACAK ADÖLESANLAR VE ANNE/BABALARIN ANKSİYETESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4-10'da görüldüğü gibi adölesanlarda anksiyeteye etki eden faktörler incelendiğinde; **acil ve majör cerrahi girişim** uygulanacak 10-13 yaş grubu adölesanların Durumluk Kaygı puan ortalamalarının, planlı ve minör cerrahi girişim uygulanacak olanlara göre yüksek olduğu ve aralarındaki farklılığın istatistiksel olarak da anlamlılık gösterdiği saptandı ($t=2,558$ $p<0,05$; $t=2,186$ $p<0,05$). Bu grup adölesanlarda Durumluk Kaygı puan ortalamaları **cinsiyet, hastane deneyimi ve son zamanlarda üzücü olay yaşama durumuna** göre farklılık göstermedi.

Sürekli Kaygı Puan ortalamalarına bakıldığında; **acil cerrahi girişim** uygulanacak 10-13 yaş grubu adölesanların Sürekli Kaygı puan ortalamalarının, planlı cerrahi girişim uygulanacaklara göre yüksek olduğu ve aralarındaki farklılığın istatistiksel olarak da anlamlılık gösterdiği saptandı. Sürekli Kaygı puan ortalamalarında **cinsiyet, hastane deneyimi, cerrahi girişimin şekli ve son zamanlarda üzücü olay yaşama durumu** ile ilişkili farklılık belirlenmedi.

14 yaş ve üzeri adölesanlarda ise, Durumluk ve Sürekli Kaygı puan ortalamalarının **cinsiyet, hastane deneyimi, cerrahi girişim şekli, türü ve son zamanlarda üzücü olay yaşama durumu** gibi bireysel özelliklere göre farklılık göstermediği saptandı.

Tablo 4-10: Adölesanlarda bireysel özelliklerin anksiyete üzerine etkisi (n=100)

	10-13 Yaş Adölesanlar				14 Yaş ve Üzeri Adölesanlar							
	ÇDSKE Durumluk Kaygı Puanı $\bar{X}\pm SD$	t	p	ÇDSKE Sürekli Kaygı Puanı $\bar{X}\pm SD$	t	p	Durumluk Kaygı Puanı $\bar{X}\pm SD$	t	p	Sürekli Kaygı Puanı $\bar{X}\pm SD$	t	p
Cinsiyet	Kız	36,85±8,42	t=0,380	38,55±6,88	t=-1,920	p=0,061	45,86±9,11	t=-0,049	p=0,961	42,44±7,85	t=-1,038	p=0,304
	Erkek	37,75±7,83	p=0,705	34,82±6,44	p=0,013	p=0,990	45,56±9,30	p=0,970	p=0,970	40,26±7,28	t=1,657	p=0,104
Hastane Deneyimi	Var	35,90±7,83	t=-0,651	36,40±7,66	t=2,489	p=0,017*	45,69±9,25	t=-0,870	p=0,388	43,88±7,13	t=-1,545	p=0,129
	Yok	37,76±8,10	p=0,518	36,37±6,69	p=0,014*	p=0,017*	45,58±9,20	t=2,489	p=0,388	40,17±7,57	t=-1,545	p=0,129
Cerrahi Girişim	Acil	44,14±7,42	t=2,558	42,00±4,58	t=2,489	p=0,017*	49,00±5,14	t=-0,870	p=0,388	36,40±10,74	t=-1,545	p=0,129
	Planlı	36,22±7,59	p=0,014*	35,41±6,70	p=0,017*	p=0,017*	45,26±9,38	t=-0,870	p=0,388	41,83±7,11	t=-1,545	p=0,129
Cerrahi Girişim Türü	Majör	39,52±8,19	t=2,186	37,15±6,47	t=0,889	p=0,379	45,20±10,14	t=-0,467	p=0,642	42,31±7,05	t=-1,388	p=0,171
	Minör	34,15±7,01	p=0,034*	35,38±7,27	p=0,379	p=0,642	46,47±6,74	t=-0,467	p=0,642	39,24±8,38	t=-1,388	p=0,171
Son Zamanlarda Üzücü Deneyim	Yaşayan	42,13±9,62	t=1,888	39,75±7,00	t=1,557	p=0,126	44,20±7,06	t=-0,542	p=0,590	38,90±9,60	t=-1,121	p=0,267
	Yaşamayan	36,42±7,42	p=0,065	35,70±6,66	p=0,126	p=0,590	45,96±9,59	t=-0,542	p=0,590	41,88±7,02	t=-1,121	p=0,267

*p<0,05

Tablo 4-11: Adölesanların yaşadıkları duyguların anksiyeteleri üzerine etkisi (n=100)

	10-13 Yaş Adölesanlar				14 Yaş ve Üzeri Adölesanlar							
	ÇDSKE Durumluk Kaygı Puanı $\bar{X}\pm SD$	t	p	ÇDSKE Sürekli Kaygı Puanı $\bar{X}\pm SD$	t	p	Durumluk Kaygı Puanı $\bar{X}\pm SD$	t	p	Sürekli Kaygı Puanı $\bar{X}\pm SD$	t	p
Ağrı Korkusu	Evet	36,38±8,66	t=1,066	35,83±7,44	t=0,861		47,48±8,60	t=-1,687		47,48±8,60	t=-0,295	
	Hayır	38,89±6,82	p=0,292	37,21±5,83	p=0,388		43,26±9,39	p=0,098		40,96±7,63	p=0,769	
Sosyal Yaşamdaki Uzaklaşma	Evet	37,62±8,33	t=-0,861	35,82±6,78	t=-0,861		49,64±8,97	t=-2,914		42,09±8,96	t=-0,635	
	Hayır	36,79±7,42	p=0,747	37,71±6,90	p=0,388		42,67±8,17	p=0,005**		40,73±6,47	p=0,528	
Cerrahi Girişime Karşı Korku	Evet	31,15±5,33	t=-3,696	34,69±5,33	t=-0,043		48,00±9,64	t=-2,752		42,53±7,67	t=-1,624	
	Hayır	39,69±7,63	p=0,001**	37,00±6,25	p=0,302		41,11±6,03	p=0,008**		39,00±7,01	p=0,111	

**p<0,01

Tablo 4-11'in Devamı

	10-13 Yaş Adölesanlar				14 Yaş ve Üzeri Adölesanlar				
	ÇDSKE		ÇDSKE		Durumluk		Sürekli		
	Durumluk Kaygı Puanı $\bar{X}\pm SD$	t p	Sürekli Kaygı Puanı $\bar{X}\pm SD$	t p	Kaygı Puanı $\bar{X}\pm SD$	t p	Kaygı Puanı $\bar{X}\pm SD$	t p	
Narkoza	Evet	37,47±8,70	t=-0,144 p=0,886	36,92±7,07	t=0,952	49,13±8,26	t=-1,895	42,81±8,84	t=-0,954
Bağlı Korku	Hayır	37,08±5,71		34,75±5,95	p=0,346	44,06±9,16	p=0,064	40,64±6,96	p=0,344
Mutluluk	Evet	39,28±8,50	t=1,117 p=0,270	36,20±7,56	t=-0,183	44,88±8,95	t=0,574	40,23±6,40	t=1,026
	Hayır	35,30±7,02		36,57±6,07	p=0,855	46,35±9,40	p=0,569	42,38±8,57	p=0,310
Sevdiklerinden Uzak Kalma	Evet	37,81±8,07	t=0,186 p=0,251	36,35±6,64	t=-0,077	53,00±6,55	t=-1,955	43,80±7,66	t=-0,771
	Hayır	33,60±6,98		36,60±9,07	p=0,939	44,83±9,05	p=0,056	41,04±7,59	p=0,444

Adölesanların yaşadıkları duyguların anksiyete üzerine etkisi Tablo.4-11'de gösterildi. **Cerrahi girişime karşı korku** yaşamadığını belirten 10-13 yaş grubu adölesanların Durumluk Kaygı puan ortalamaları, korku yaşayanlara göre yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı farklılık gösterdi ($t=-3,969$ $p<0,05$). Bu grup adölesanlarda **ağrı korkusu, sosyal yaşamdan uzaklaşma, narkoza bağlı korku, mutluluk** ya da **sevdiklerinden uzak kalma** gibi duygular açısından Durumluk Kaygı puan ortalamaları arasında farklılık görülmedi.

14 yaş ve üzeri adölesanlarda ise, ve **sosyal yaşamdan uzaklaştığını** ve **cerrahi girişime karşı korku** yaşadığını ifade edenlerin Durumluk Kaygı puan ortalamalarının, korku yaşamadıklarını ($t=-2,752$ $p<0,05$) ve sosyal yaşamdan uzaklaşmadıklarını ($t=-2,914$ $p<0,05$) ifade edenlere göre yüksek olduğu ve aralarındaki farklılığın istatistiksel olarak da anlamlılık gösterdiği belirlendi. Bu grup adölesanlarda **ağrı korkusu, narkoza bağlı korku, mutluluk ya da sevdiklerinden uzak kalma** gibi duyguları deneyimlemenin Durumluk Kaygı puan ortalamaları üzerinde farklılığa yol açmadığı görüldü.

Tablo 4-12: Fizik ortam koşullarının adölesanların anksiyeteleri üzerine etkisi (n=100)

	10-13 Yaş Adölesanlar						14 Yaş ve Üzeri Adölesanlar					
	ÇDSKE			ÇDKE Sürekli			Durumluk			Sürekli		
	Durumluk Kaygı Puanı $\bar{X}\pm SD$	t	p	Kaygı Puanı $\bar{X}\pm SD$	t	p	Kaygı Puanı $\bar{X}\pm SD$	t	p	Kaygı Puanı $\bar{X}\pm SD$	t	p
Gürültü	Evet	37,45±7,78	t=0,144	35,80±6,84	t=-1,317		45,00±8,91	t=-1,510		41,51±7,65	t=-0,589	
	Hayır	37,00±9,63	p=0,886	39,25±6,31	p=0,195		51,40±10,06	p=0,137		39,40±7,23	p=0,559	
Havasız	Evet	37,83±8,01	t=1,178	36,34±6,87	t=-0,770		45,00±9,04	t=-1,064		40,86±7,45	t=-0,930	
	Hayır	33,40±7,56	p=0,245	36,60±7,02	p=0,939		48,55±9,46	p=0,292		43,44±8,21	p=0,357	
Dağınık	Evet	37,51±7,97	t=0,284	35,87±6,79	t=-1,229		44,00±8,42	t=-3,265		40,75±7,54	t=-1,252	
	Hayır	36,57±8,77	p=0,777	39,28±6,67	p=0,225		54,50±8,00	p=0,002**		44,37±7,44	p=0,216	
Kalabalık	Evet	38,12±7,89	t=1,469	36,25±6,90	t=-0,281		44,61±9,12	t=-1,904		40,63±7,33	t=-1,518	
	Hayır	33,62±7,98	p=0,149	37,00±6,80	p=0,780		51,12±7,37	p=0,063		45,00±8,29	p=0,135	
Sıcak	Evet	36,82±7,85	t=-0,740	35,82±6,92	t=-0,871		44,60 ±8,88	t=-1,325		40,57±7,70	t=-1,147	
	Hayır	38,71±8,51	p=0,463	37,71±6,60	p=0,389		48,35±9,53	p=0,191		43,28±7,07	p=0,257	

**p<0,01

Fizik ortam koşullarının adölesanların anksiyeteleri üzerine etkisi incelendiğinde; 10-13 yaş grubu adölesanların ne Durumluk ne de Sürekli Kaygı puan ortalamalarında, **gürültü, havasızlık, dağınıklık, kalabalık** ve **ısı** gibi fizik ortam özelliklere bağlı olarak farklılık gözlenmedi (Tablo 4-12).

14 yaş ve üzeri grupta, fizik ortamın **dağınık** olmadığını ifade eden adölesanların Durumluk Kaygı puan ortalamalarının, dağınık olduğunu ifade eden adölesanların Durumluk Kaygı puan ortalamalarından daha yüksek olması istatistiksel olarak da anlamlı bulundu ($t=-3,265$ $p<0,05$). Bu grup adölesanların Sürekli Kaygı puan ortalamaları ise, fizik ortam özelliklerine göre farklılık sergilemedi.

Tablo 4-13: Anne/babalarda bireysel özelliklerin anksiyete üzerine etkisi (n=100)

		Durumluk	t	p	Sürekli	t	p
		Kaygı Puanı			Kaygı Puanı		
		$\bar{X}\pm SD$			$\bar{X}\pm SD$		
Cinsiyet	Kadın	54,69±8,56	t=5,395		43,58±7,94	t=1,593	
	Erkek	44,73±6,55	p=0,000***		40,77±7,12	p=0,114	
Medeni Durumu	Evli	52,15±9,27	t=0,337		42,90±7,63	t=0,340	
	Bekar/Dul	50,33±6,02	p=0,737		41,33±14,50	p=0,734	
	/Boşanmış						
Eğitim Durumu	Okur-Yazar Değil	53,60±4,61			45,00±9,05		
	Okur-Yazar	52,33±5,50			38,33±3,05		
	İlkokul Mezunu	51,41±9,48	f=2,610		45,10±7,98	f=2,466	
	Ortaokul Mezunu	64,33±3,67	p=0,030*		42,83±4,02	p=0,038*	
	Lise Mezunu	51,29±8,96			39,63±6,92		
	Yüksekokul Mezunu	49,64±8,67			39,73±7,82		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	49,78±8,93	t=-1,962		40,14±6,82	t=-2,754	
	Çalışmıyor	53,46±9,11	p=0,053		44,44±7,94	p=0,007**	
Aile Tipi	Çekirdek Aile	52,59±9,07	t=1,377		43,03±8,07	t=0,610	
	Geniş Aile	48,85±9,52	p=0,172		41,62±5,78	p=0,543	
Çocuk Sayısı	1 Çocuk	48,00±8,94			45,40±7,30		
	2 Çocuk	55,32±8,86	f=3,573		42,18±8,16	f=0,394	
	3 Çocuk	50,06±8,58	p=0,017*		42,75±7,78	p=0,758	
	4 Çocuk Üstü	49,16±9,15			43,89±7,43		
Çocuğunun Tanısını Bilme Durumu	Biliyor	51,74±9,03	t=-0,730		42,01±7,82	t=-2,053	
	Bilmiyor	53,36±9,75	p=0,467		45,82±7,11	p=0,043*	
Sağlık Güvencesi	Var	52,08±9,28	t=0,108		42,59±7,74	t=1,939	
	Yok	52,67±4,93	p=0,914		51,33±4,50	p=0,055	
Hastane Deneyimi	Var	52,59±9,00	t=1,047		42,86±7,66	t=0,027	
	Yok	50,24±9,77	p=0,298		42,81±8,49	p=0,979	
Cerrahi Girişim Deneyimi	Var	53,16±9,11	t=1,779		43,23±7,43	t=0,739	
	Yok	49,63±8,97	p=0,078		41,97±8,66	p=0,461	

Tablo 4-13'ün Devamı

		Durumluk		Sürekli	
		Kaygı Puanı	t p	Kaygı Puanı	t p
		$\bar{X}\pm SD$		$\bar{X}\pm SD$	
Evde Bakım	Var	53,15±8,58	t=0,934	42,73±7,11	t=-0,130
Sorumluluğu	Yok	51,40±9,55	p=0,353	42,93±8,28	p=0,897
Son Zamanlarda Üzücü Deneyim	Yaşayan	53,09±9,78	t=0,787	44,71±8,85	t=1,655
	Yaşamayan	51,57±8,86	p=0,433	41,85±7,04	p=0,103

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Anne/babaların yaşları ile anksiyeteleri arasındaki ilişki incelendiğinde yaş ile Durumluk Kaygı puanı arasında negatif ($r=-0,263$ $p<0,05$), Sürekli Kaygı puanı arasında ($r=0,252$ $p<0,05$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görüldü. Anne/babalarda anksiyete üzerinde etkili olabilecek diğer bireysel özelliklere ilişkin bulgulara ise Tablo 4-13'de yer verildi.

Tablo 4-13'de görüldüğü gibi anne/babaların bireysel özelliklerinin anksiyeteye etkisi incelendiğinde; **annelerin** Durumluk Kaygı puan ortalamalarının, **babalara** göre yüksek olduğu ve aralarındaki farklılığın istatistiksel olarak da ileri derecede anlamlılık gösterdiği saptandı ($t=5,395$ $p<0,001$). Anne ve babaların Sürekli Kaygı puan ortalamaları arasında ise farklılık gözlenmedi.

Anne ve babalarda Durumluk ve Sürekli Kaygı puan ortalamaları **medeni duruma** göre farklılık göstermedi.

Eğitim durumu açısından ortaokul mezunu anne/babaların Durumluk Kaygı puan ortalamaları diğerlerine göre yüksek bulundu ve istatistiksel olarak da anlamlı farklılık gösterdi ($f=2,610$ $p<0,05$). İlkokul mezunu anne/babalarda ise, Sürekli Kaygı puan ortalamalarının diğerlerine göre yüksek olduğu ve istatistiksel açıdan da anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi ($f=2,466$ $p<0,05$).

Anne/babaların Durumluk Kaygı puan ortalamaları **çalışma durumuna** göre farklılık göstermezken, çalışmayan anne/babaların Sürekli Kaygı puan ortalamalarının

çalışan anne/babalara göre daha yüksek olması ve istatistiksel açıdan da anlamlı idi ($t=-2,754$ $p<0,05$).

Anne/babaların hem Durumluk hem de Sürekli Kaygı puan ortalamalarında, **aile tipi** açısından farklılık saptanmadı.

İki çocuğa sahip olan anne/babaların Durumluk Kaygı puan ortalamaları diğerlerine göre yüksek olup aralarındaki farklılık istatistiksel olarak da anlamlı idi ($f=3,573$ $p<0,05$). Anne/babaların Sürekli Kaygı puan ortalamalarında **çocuk sayısı açısından** farklılık gözlenmedi.

Anne/babaların Durumluk Kaygı puan ortalamaları **çocuğunun tanısını bilme durumuna** göre farklılık göstermezken, çocuğunun tanısını bilmeyen anne/babalarda Sürekli Kaygı puan ortalamasının, çocuğunun tanısını bilenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı ($t=-2,053$ $p<0,05$).

Anne/babaların ne Durumluk ne de Sürekli Kaygı puan ortalamaları **sağlık güvencesi, kendilerine ait hastane ya da cerrahi girişim deneyimi, evde bakım sorumluluğu ve hastalığı dışında üzücü bir olay yaşama durumu** gibi değişkenler açısından farklılık göstermedi.

Tablo 4-14: Anne/babaların cerrahi girişime ilişkin duygu ve düşüncelerinin anksiyete üzerine etkisi (n=100)

		Durumluk		Sürekli			
		Kaygı Puanı $\bar{X}\pm SD$	t	p	Kaygı Puanı $\bar{X}\pm SD$	t	p
Narkoza Bağlı Korku	Evet	54,38±9,01	t=-3,414		44,70±7,87	t=-3,236	
	Hayır	48,22±8,18	p=0,001**		39,70±6,67	p=0,002**	
Cerrahi Girişimden Korkma	Evet	56,23±8,52	t=-4,233		44,14±5,93	t=-1,524	
	Hayır	48,98±8,44	p=0,000***		41,88±8,88	p=0,131	
Ağrı Korkusu	Evet	53,06±9,38	t=-1,467		43,83±7,42	t=-1,775	
	Hayır	50,24±8,58	p=0,146		40,94±8,27	p=0,079	

p<0,01 *p<0,001

Tablo 4-14'de görüldüğü gibi anne/babaların cerrahi girişime ilişkin duygu ve düşüncelerinin anksiyete üzerine etkisi incelendiğinde; çocuğuna **narkoz verileceği için korktuğunu** ifade eden anne/babaların korkmadığını ifade edenlere göre hem Durumluk hem de Sürekli Kaygı puan ortalamalarının yüksek olduğu görüldü ve aralarındaki farklılık istatistiksel olarak da anlamlılık gösterdi (t=-3,414 p<0,05; t=-3,236 p<0,05).

Cerrahi girişimden etkilendiklerini ifade eden anne/babaların Durumluk Kaygı puan ortalamalarının, etkilenmediklerini ifade edenlere göre yüksek olduğu ve aralarındaki farklılığın istatistiksel açıdan da ileri derecede anlamlılık gösterdiği saptandı (t=-4,233 p<0,001). Anne/babaların Sürekli Kaygı puan ortalamaları üzerinde **cerrahi girişimin ciddiyetinin** etkili olmadığı görüldü.

Çocuğunun **ağrı deneyimlemesinden korkma** durumunun anne/babaların Durumluk ve Sürekli Kaygı puan ortalamalarında farklılığa yol açmadığı belirlendi.

Tablo 4-15: Anne/babalarda sosyal ve ekonomik faktörlerin anksiyete üzerine etkisi (n=100)

		Durumluk		Sürekli	
		Kaygı Puanı $\bar{X}\pm SD$	t p	Kaygı Puanı $\bar{X}\pm SD$	t p
Ekonomik Yükte Artma	Evet	52,31±9,12	t=-0,386	44,03±7,70	t=-2,619
	Hayır	51,50±9,47	p=0,700	39,50±7,02	p=0,010*
Anne/Babanın Sorumluluğunda Artma	Evet	52,08±9,18	t=0,051	43,16±7,97	t=-0,780
	Hayır	52,19±9,35	p=0,960	41,67±7,18	p=0,437
Anne/Babanın Kendilerine Ayrılan Zamanda Azalma	Evet	53,00±9,16	t=-1,313	43,48±7,70	t=-1,085
	Hayır	50,50±9,05	p=0,192	41,72±7,94	p=0,281
Diğer Çocuklara Ayrılan Zamanda Azalma	Evet	52,73±9,24	t=-0,895	43,73±7,75	t=-1,481
	Hayır	51,03±9,07	p=0,373	41,35±7,75	p=0,142
Aile İçi Anlaşmazlıklarda Artma	Evet	55,21±9,00	t=-2,206	47,21±6,57	t=-3,804
	Hayır	50,83±8,99	p=0,030*	41,07±7,59	p=0,000***
Sosyal İlişkilerde Azalma	Evet	52,71±10,12	t=-0,472	46,21±7,73	t=-3,231
	Hayır	51,79±8,7	p=0,638	41,12±7,31	p=0,002**

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Anne/babalarda sosyal ve ekonomik faktörlerin anksiyete üzerine etkisi (Tablo 4-15)'de gösterildi.

Aile içi anlaşmazlıkların arttığını belirten anne/babaların Durumluk Kaygı puan ortalamaları, aile içi anlaşmazlıkların artmadığını belirtenlere göre yüksek bulundu ve aralarındaki bu farklılığın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptandı (t=-2,206 p<0,05). Anne/babaların Durumluk Kaygı puan ortalamaları **ekonomik yükte artma, sosyal ilişkilerde azalma, anne/babanın sorumluluğunda artma, kendilerine ve**

diğer çocuklarına ayrılan zamanda azalma gibi sosyal ve ekonomik faktörlere göre farklılık göstermedi.

Sürekli Kaygı puan ortalamalarının ise **ekonomik yükte ve aile içi anlaşmazlıklarda artma, sosyal ilişkilerde azalma** olduğunu belirten anne/babalarda daha yüksek olduğu görüldü ve bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlı bulundu. **Anne/baba sorumluluğunda artma, kendilerine ve diğer çocuklara ayrılan zamanda azalma** gibi diğer faktörler açısından Sürekli Kaygı puan ortalamalarında bir farklılık belirlenmedi.

Tablo 4-16: Adölesanlar ve anne/babaların bilgilendirilme durumlarının anksiyeteleri üzerine etkisi

			Durumluk		Sürekli		
			Kaygı Puanı $\bar{X}\pm SD$	t	p	Kaygı Puanı $\bar{X}\pm SD$	t
Bilgilendirilme Durumu	10-13 Yaş Adölesanlar	Evet	35,81±7,70	t=-1,554		34,93±7,421	t=-1,764
		Hayır	39,38±9,20	p=0,127		38,24±5,585	p=0,095
	14 Yaş ve Üzeri Adölesanlar	Evet	46,06±8,38	t=0,428		41,81±7,66	t=0,573
		Hayır	44,95±10,29	p=0,671		40,57±7,56	p=0,569
	Anne/Baba	Evet	52,87±9,72	t=1,223		43,74±7,60	t=1,669
		Hayır	50,47±7,76	p=0,224		40,97±7,99	p=0,098
Bilgi Yeterli Bulma	Anne/Baba	Yeterli	49,24±9,64	“f=6,324 p=0,003**		41,19±6,69	“f=3,697 p=0,030*
		Kısmen Yeterli	57,38±8,05			46,38±8,37	
		Yetersiz	55,38±9,67			44,75±7,70	

*p<0,05 **p<0,01

“ANOVA

Tablo 4-16’da görüldüğü gibi adölesanlar ve anne/babaların cerrahi girişim öncesinde bilgilendirilme durumu açısından Durumluk ve Sürekli Kaygı puan ortalamaları incelendiğinde; 10-13 yaş grubu adölesanların, 14 yaş ve üzeri adölesanların ve anne/babaların Durumluk ve Sürekli Kaygı puan ortalamalarının **bilgilendirilme durumuna** göre farklılık göstermediği saptandı.

Verilen bilginin kısmen yeterli olduğunu ifade eden anne/babaların hem Durumluk hem de Sürekli Kaygı puan ortalamaları, verilen bilginin yeterli ya da yetersiz olduğunu ifade edenlere göre yüksek olup, istatistiksel olarak da anlamlı farklılık gösterdi (f=6,324 p<0,05; f=3,697 p<0,05).

5. TARTIŞMA

Cerrahi girişimler her ne kadar yaşamı güvence altına alan uygulamalar olsa da, bireyleri biyo-fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel ve ekonomik boyutlarıyla, olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Vaughn ve ark. 2007).

Sağlık ekibi içinde hemşirelerin, sağlıklı/hasta birey ve aileleri ile iyi iletişim kurabilen, onların psikolojik, sosyal ve ailevi sorunlarını iyi gözlemleyebilen ekip üyeleri olduğu bilinmektedir (Köşgeroğlu ve İlhan 2000). Bu anlamda hemşire, cerrahi girişim uygulanacak adölesanı, ameliyat öncesi dönemde fiziksel olarak hazırlarken, psikolojik hazırlığı kapsamında anne/babası ile birlikte ele almalıdır. Mevcut/olası psikolojik sorunları tanılanmalı ve bu sorunları ortadan kaldıracak ya da en aza indirecek girişimler, adölesan ve ailesinin katılımı ile planlanarak uygulanmalıdır. Böylece cerrahi girişim uygulanacak adölesan, optimum koşullarda girişime hazırlanırken, ona en büyük desteği verecek anne/babanın rahatlama/ansiyetelerinin azaltılması sağlanacaktır.

Ameliyat öncesi dönemde en sık karşılaşılan psikolojik sorunlardan birisinin, birçok faktöre bağlı olarak gelişen ve her yaştaki bireylerde deneyimlenen, anksiyete olduğu bilinmektedir. Bu bilgilerden yola çıkılarak, cerrahi girişim uygulanacak adölesanlar ve anne/babaların anksiyete düzeyleri, anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki ve anksiyete nedenlerini ortaya koyarak ameliyat öncesi dönemde psikolojik hazırlık için rehber oluşturmak amacı ile planlanan bu çalışmadan elde edilen ve 4 başlık altında toplanan bulgular literatür ışığında tartışıldı.

5.1. CERRAHİ GİRİŞİM UYGULANACAK ADÖLESANLAR İLE ANNE/BABALARIN BİREYSEL ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI

Araştırma kapsamına alınan adölesanların yaş ortalaması $13,82 \pm 2,66$ olup, yaş sınırları 10 ile 18 arasında idi. Bu bulgu araştırma kriterlerini karşılıyordu.

Adölesanların diğer bireysel özellikleri incelendiğinde, eğitim yılı ortalamasının $7,72 \pm 2,87$ olduğu saptandı. Bu bulgu adölesanların yaş ortalamasının doğal bir sonucu olarak değerlendirildi (Tablo 4-1).

Adölesanların cinsiyeti incelendiğinde, %55'inin erkek, %45'inin ise kız olduğu belirlendi (Tablo 4-1). Kesitsel olarak gerçekleştirilen çalışmada, belirli bir hastalığa

karşı yanıtlar irdelenmemekle birlikte elde edilen bu bulgu literatür ve benzer araştırma sonuçları ile paralellik gösterdi (Alparslan ve ark. 2003).

Araştırmada adölesanların hastane deneyimine bakıldığında, %74'ünün hastane deneyimi olmadığı, %26'sının ise hastane deneyimi olduğunun belirlenmesi (Tablo 4-1) Pıçakçıefe'nin (2003) araştırma bulguları ile benzerdi.

Adölesanların cerrahi girişim şekli ve türü incelendiğinde, %88 gibi büyük çoğunluğuna planlı cerrahi girişim uygulanacağı, %62'sine majör cerrahi girişim uygulanacağı, %38'ine ise minör cerrahi girişim uygulanacağı görüldü (Tablo 4-1). Bu bulgu Kayhan'ın (2003) araştırma bulguları ile benzerlik gösterdi.

Adölesanların cerrahi girişime ilişkin yaşadıkları duyguları incelendiğinde, ağrı (%58) ve sosyal yaşamdan uzaklaşma (%56) korkularının azaldığı, bunu sırası ile girişim (%53), narkoz (%52) ve sevdiklerinden uzak kalma korkularının (%52) izlediği görülürken, %51'inin sorunlarından kurtulacağı düşüncesi ile mutluluk hissettikleri belirlendi (Tablo 4-2), Literatürde cerrahi girişim uygulanacak adölesanların sevdiklerinden ayrı kalma, uygulanan işlemler ve tedaviler, narkoz korkusu, normal yaşama dönememe nedeniyle korku yaşadıkları vurgulanmaktadır. Araştırmanın bu bulgusu literatür bilgisinin yanı sıra Gönener (2003) ve Kayhan'ın (2003) yapmış oldukları araştırma bulguları ile benzerlik gösterdi.

Adölesanların fizik ortama ilişkin görüşleri incelendiğinde, fizik ortamın gürültülü (%87), havasız (%86), dağınık (%85), kalabalık (%84) ve sıcak (%72) olmasından yakındıkları saptandı (Tablo 4-3). Hastane, adölesan ve anne/babası için alışkın oldukları çevreden farklı bir ortam olarak sağlığa karşı bir tehlike ve günlük yaşam aktivitelerinin çoğunu sürdürmeyi engelleyen bir tehdit olarak algılanmaktadır. Bununla birlikte fizik ortamın rahatsız edici etkisi bir taraftan adölesan ve ailesinin algıladığı bu tehdiye katkı sağlarken diğer taraftan iyileşme sürecini olumsuz etkileyebilmektedir (Karan 2003). Bu bağlamda araştırmadan elde edilen fizik ortama ilişkin bulguların, adölesanlar ve anne/babaların anksiyetelerini arttırabileceği düşünülebilir.

Araştırma kapsamına alınan anne/babaların bireysel özelliklerinin dağılımı incelendiğinde, %50'sinin (n=50) 40-50 yaş grubunda yoğunlaştığı saptandı (Tablo 4-4). Bu bulgu Gülçiçek (2000) ve Alparslan'ın (2003) yapmış oldukları araştırma bulguları ile paraleldi.

Anne/babaların cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde, %74'ünü annelerin, %26'sını ise babaların oluşturduğu belirlendi (Tablo 4-4). Ülkemizde geleneksel olarak, çocuğun her türlü gereksiniminin annesi tarafından karşılandığı ve çocukların sağlıklı büyüme ve gelişimi için olduğu kadar, hastalık durumunda da bakım sorumluluğunu annenin üstlendiği bilinmektedir. Araştırmadan elde edilen bu bulgu, çocuğun hastaneye yatması ile başlayan yoğun ve uzun süreçte en büyük yükün anneye düştüğünü vurgulayan literatür bilgisinin yanı sıra Bostancı ve arkadaşları (2007), Çelik ve Aksoy'un (2003) yapmış oldukları araştırma bulguları ile de benzerdi.

Araştırmada anne/babaların medeni durumları ile eğitim durumlarına bakıldığında, %97'sinin evli, çoğunluğunun ortaokul ve altı mezunlardan oluştuğu saptandı (Tablo 4-4). Ülkemizdeki sosyo-kültürel yapının bir yansıması olarak değerlendirilen bu bulgular, aynı zamanda Çelik ve Aksoy'un (2003) yapmış oldukları araştırma bulgularını destekler nitelikte idi.

Anne/babaların mesleki durumları ve çalışma durumları incelendiğinde, %57'sinin ev hanımı, %63'ünün çalıştığı görüldü (Tablo 4-4). Bu bulgular Gülçiçek (2000) ve Alparslan'ın (2003) araştırma bulguları ile paraleldi.

Anne/babaların aile tipi incelendiğinde, %87 oranı ile büyük çoğunluğunun çekirdek ailede yaşadığı, %13'ünün ise geniş ailede yaşadığı saptandı (Tablo 4-4). Ülkemizde, geçmişteki geniş aile yapısının, günümüzde çekirdek aile yapısına dönüşmesinin bir sonucu olarak ele alınan bu bulgu literatür bilgisi ile de uyum gösterdi (Erdim ve ark. 2006).

Anne/babaların çocuk sayısına bakıldığında, %44'ünün iki çocuk sahibi olduğu görüldü (Tablo 4-4). Günümüzde ailelerin bakabilecekleri sayıda çocuk sahibi olma tutumu giderek yaygınlaşmakla birlikte, hala üç ve daha fazla sayıda çocuk sahibi olanların sayısının, hiç de az olmadığını gösteren bu bulgu Pıçakçıefe (2003) ile Özdemir ve arkadaşlarının (2006) yapmış oldukları araştırma bulguları ile benzerdi.

Araştırmada anne/babaların çocuğunun tanısını bilme durumları incelendiğinde, %78'inin çocuğunun tanısını bildiği görüldü (Tablo 4-4). Anne/babaların çocuğuna olan ilgisini gösteren bu bulgu Gülçiçek (2000) ve Alparslan'ın (2003) araştırma bulguları ile paraleldi.

Ailelerin sağlık güvenceleri incelendiğinde, %97'sinin sağlık güvencesinin olduğu belirlendi (Tablo 4-4). Özellikle uzun süreli ya/ya da fazla harcama gerektiren hastalık durumunun yanısıra gelişen acil durumlarda, çocukların bakım ve tedavi giderlerininin karşılanması açısından sağlık güvencesinin önemi tartışılmaz. Bu anlamda araştırmada, ailelerin hemen hemen tamamına yakınının, sağlık güvencesine sahip olması olumlu bir sonuç olarak değerlendirilirken aynı zamanda Gülçicek (2000), ve Alparslan'ın (2003) araştırma bulguları ile benzerlik gösterdi.

Anne/babaların hastane ve cerrahi girişim deneyimlerine bakıldığında, %70'inin hastane deneyiminin olmadığı ve bugüne kadar cerrahi bir girişim deneyimlemedikleri belirlendi (Tablo 4-4). Bu bulgular, Akşit ve Cimete'nin (2003) "Çocuğun yoğun bakım ünitesine kabulünde, annelere uygulanan hemşirelik bakımının annelerin anksiyete düzeyine etkisi" konulu araştırma bulguları ile paraleldi.

Anne/babaların %60'ının evde bakım sorumluluğunu üstlenmek zorunda kaldığı bir aile üyesinin olmadığını ifade etti (Tablo 4-4). Araştırmada iki ve üstü çocuk sayısına sahip aile oranının fazla olması anne/babaların evde bakmak zorunda kalacağı en azından bir çocuğunun olması gerektiğini düşündürmekle birlikte, bu bulguda görüldüğü gibi yarısından fazlasının bu konuda bir sorununun olmadığını ifade etmesi, Türk kültüründeki sosyal dayanışmanın bir göstergesi olarak değerlendirildi.

Anne/babaların, son zamanlarda çocuğunun durumu dışında üzücü bir deneyim yaşayıp yaşamadıkları incelendiğinde, %65'inin böyle bir deneyim yaşamadığı görüldü (Tablo 4-4). Anne/babanın anksiyete düzeyini arttırabileceği düşünülerek sorgulanan bu bulgu Kayhan'ın (2003) araştırma bulguları ile paraleldi.

Anne/babaların cerrahi girişime ilişkin duygu ve düşünceleri incelendiğinde, anne/babaların çocuğunun ağrı deneyimlemesinden (%66) ve çocuğuna narkoz verilecek olmasından (%63) korktukları saptanırken, cerrahi girişimin ciddiyetinden (n=57) etkilenmedikleri görüldü (Tablo 4-5). Ayoğlu'nun (2003) çalışmasında çocuklarına cerrahi girişim uygulanacak anne/babaların genellikle hastane ortamı, anestezi, invaziv işlemler, sevdikleri birinin kaybı ya da sakat kalması, çocuklarının ağrı yaşamaları ve onlara nasıl yardımcı olacaklarını bilememe ve geleceğe ilişkin konularda korku ve anksiyete yaşadıkları bildirilmekte, bu tepkilerin evrensel ve doğal olduğu vurgulanmaktadır. Ayoğlu'nun sonuçları araştırmadan elde edilen narkoza bağlı korku, cerrahi girişimin ciddiyeti ve ağrı korkusuna ilişkin bulgular ile benzerlik gösterirken,

çevresel koşullardan etkilenme durumu ile benzer değildi. Bu durum, anne/babanın çocuğu ile ilgili konulara odaklandığını ve kendilerini ilgilendiren konuları göz ardı ettiklerini düşündürdü.

Boyacı'nın (2003) "Çocuğu ameliyat olacak ailelerin yaşadığı güçlükler ve hemşirelik yaklaşımları" konulu araştırmasında, ailelerin %95'inin olayı bir tehlike olarak algılaması, korku, telaş, üzüntü yaşaması ve cerrahi girişim sonrası komplikasyonlar, narkoz, hastalığın iyileşmemesine ilişkin anksiyete bulgularının elde edilmesi araştırmanın bu bulgusunu destekledi.

Anne/babaları etkileyen sosyal ve ekonomik faktörler incelendiğinde, ekonomik yük (%74) ve anne/babanın sorumluluklarında (%79) artış görülürken, anne/babanın kendilerine (%64) ve diğer çocuklara (%63) ayırdıkları zamanın azaldığı, aile içi (%71) ve çevre ile olan ilişkilerin değişmediği (%66) belirlendi (Tablo 4-6). Bu bulgular literatür ve bazı araştırma bulguları ile benzerdi (Mutlu 2002; Alparslan 2003; Kayhan 2003; Erdim ve ark. 2006; Mutlu ve Savaşer 2007).

Adölesanlar ve anne/babalarının bilgilendirilme durumları incelendiğinde, 10-13 yaş grubu adölesanların %56,3'ünün (n=27), 14 yaş ve üzeri adölesanların %59,6'sının (n=31) ve anne/babaların %68'inin bilgilendirildiği belirlendi (Tablo 4-7). Bilgilendirilme, yasal bir gereklilik ve etik açıdan önemli bir ilke olup bakım ve tedavi girişimleri için alınacak izinin ön koşuludur (Keleş ve ark.2005; Ter ve Dramalı 2006). Oysa araştırmanın bu bulgusu ülkemizde, yasalar içinde hasta hakları kapsamında yerini alan bilgilendirilmiş izin hakkının, hala yeterince uygulamaya yansımadığını gösterdi. Elde edilen bu bulgunun ilgili yasa yürürlüğe girmeden önce yapılan çalışmaların sonuçları ile benzerlik göstermesi ise yukarıdaki görüşü destekledi (Dolgun ve ark.2002; Çelik ve Aksoy 2003; Ayoğlu 2003).

Anne/babaların %36'sının verilen bilgiyi yeterli bulduğu belirlendi (Tablo 4-7). Anne/babaların çocuğunun durumunu bilmek ve doğru kararlar verebilmek amacı ile bu isteklerinin yeterince karşılanmadığını açıkça gösteren bu bulgular, bir önceki paragrafta sözü edilen savı kanıtlar nitelikte idi. Bu bulgular aynı zamanda; Ayoğlu'nun (2003) "Ameliyat öncesi ve sonrası bilgi vermenin hasta ailelerinin anksiyete düzeylerine ve kan basıncı değerlerine etkisi" konulu araştırması, Karakoç ve arkadaşlarının (2000) "Çocuk cerrahisi servisinde yatan hastaların ebeveynlerinin anksiyete düzeyleri ve bazı sosyo-demografik özelliklerle ilişkisi" konulu araştırmasında ebeveynlerin tümünün

hastalık hakkında bilgi almak istemesi, Mutlu'nun (2002) "Kalp ameliyatı olan çocuklarını ameliyat sonrası ilk kez görecek olan annelere yoğun bakım ortamı ve çocuğun görünümü ile ilgili yapılan eğitimin anksiyetelerini azaltmadaki etkisi" konulu araştırmasında, kontrol grubunun %90'ının, deney grubunun ise, tamamının bilgi verilmesi gerektiğini ifade etmesi çalışmanın bu bulgusu ile paralellik gösterdi.

5.2. CERRAHİ GİRİŞİM UYGULANACAK ADÖLESANLAR İLE ANNE/BABALARIN ANKSİYETE PUANLARININ TARTIŞILMASI

Adölesanların anksiyete düzeylerini belirlemede yaş gruplarına uygun iki farklı ölçekten yararlanıldığı için anksiyete bulguları yaş grupları doğrultusunda tartışıldı (Tablo 4-8).

10-13 yaş grubu adölesanların Durumluk Kaygı ($37,38 \pm 8,00$) ile Sürekli Kaygıları ($36,38 \pm 6,81$) birbirine yakın puan ortalamaları ile orta düzeyde anksiyete yaşadıklarını gösterirken, iki kaygı puan ortalaması arasında bir ilişki olmadığı görüldü.

14 yaş ve üzeri adölesanların her iki puan ortalamasının orta düzeyde anksiyeteye işaret ettiği belirlenirken Durumluk Kaygı puan ortalamasının ($45,62 \pm 9,12$) Sürekli Kaygı puan ortalamasından ($41,31 \pm 7,57$) biraz daha yüksek olduğu görüldü ve iki kaygı puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandı ($r=0,404$, $p<0,05$).

Cerrahi girişim, adölesanları fizyolojik olduğu kadar psikolojik olarak da tehdit eden bir yaşam deneyimi olarak görülmektedir. Literatürde, cerrahi girişimde yaşanan anksiyetenin global bir sorun olduğu ifade edilmektedir. Yapılan çalışmalar, cerrahi girişim uygulanan adölesanların %40-60'ının Durumluk Kaygı puanlarının orta ve üstü düzeyde olduğunu, dolayısı ile anksiyete deneyimlediklerini göstermektedir (Fidangül 2003; Smith ve Callery 2005; Dreger ve Tremback 2006; Victoria ve ark. 2006; Li ve Lopez 2007). Araştırmada, adölesanların orta düzeyde anksiyete yaşadığının belirlenmesi bu literatür bilgisi ile desteklenir nitelikte idi.

Her iki yaş grubu adölesanların sürekli kaygılarının orta düzeyde bulunması kaygı bozukluğu tanısı almaksızın, bu yaş gruplarında sürekli kaygı belirtilerinin varlığını normal gelişimsel bir durum olarak açıklayan literatür bilgisi ile uyumlu idi (Özusta 1995). 14 yaş ve üzeri adölesanların Durumluk kaygı puanlarının biraz daha yüksek bulunması ise bu grubun diğer grup adölesanlara göre cerrahi girişimin ve sonuçlarının farkında olduğunu düşündürdü. Bunun sonucu 14 yaş ve üzeri

adölesanlarda durumluk ve sürekli kaygı arasında görülen pozitif ilişki beklenen bir sonuç olarak değerlendirildi.

Anne/babaların Durumluk ve Sürekli Kaygı puan ortalamalarına bakıldığında orta düzeyde anksiyete yaşadıkları görüldü. Bununla birlikte Durumluk Kaygı puan ortalamalarının ($52,10 \pm 9,17$), Sürekli Kaygı puan ortalamalarından ($42,85 \pm 7,80$) yüksek olduğu ve her iki kaygı puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlendi ($r=0,252$, $p<0,05$).

Anne/babalarda çocuklarının hastaneye yatışı karşısında, çocuklarına yardım edemeyeceklerini düşünmeleri, onların anksiyete ve korkularını azaltamamaları, ağırlı işlemlerden koruyamamaları, yapılan işlem ve uygulamalar karşısında karar verme kontrollerinin kaybı, çocuklarının kendilerini suçlayacaklarını düşünmeleri önemli anksiyete nedenleri arasında yer almaktadır (Gönener ve ark. 2006). Aynı zamanda hastane ortamının yabancılığı, tanımadığı bireylerle iletişim kurma zorunluluğu, sağlık ekibi üyelerinin tıbbi terimleri kullanması, bilinmeyen aletlerin kullanılması, uygulanan tanı, tedavi ve bakım uygulamaları gibi birçok nedenin anne/babaların anksiyete düzeylerini etkilediği ifade edilmektedir (Gönener ve ark. 2006). Bunların dışında anne/babanın rollerinin artması ve değişmesi, aile süreci içinde oluşabilecek değişiklikler, iş yeri ile ilgili izin problemleri, evin hastaneden uzak olması, adölesanın kardeşleriyle ilgilenen birinin olmayışı, hastalık-hastane ve işlemler hakkında bilgi eksikliği, ekonomik sorunlar, sosyal çevreden uzaklaşma zorunluluğu, sosyal destek sistemlerinin azlığı, çocuklarının okuldan ve arkadaşlarından uzak olması, eşler arasında iletişim bozukluğu, uykusuzluk, sağlık ekibi üyelerinin yaklaşımı anne/babaların anksiyete düzeyinin artmasına katkı sağlayan önemli nedenler olarak ele alınmaktadır (Gülçiçek 2000; Akşit ve Cimete 2001; Dolgun ve ark. 2002; Gönener 2003; Gönener ve ark. 2006). Araştırmada anne/babaların orta düzeyde anksiyete deneyimlemeleri ve özellikle Durumluk Kaygı puan ortalamalarının yüksek bulunması literatür bilgisi ile benzerlik gösterdi.

Öner ve Le Compte (1998) Durumluk ve Sürekli Kaygı puanları arasında ilişki bulunduğunu, Sürekli Kaygı puanı yüksek olan bireylerin büyük olasılıkla Durumluk Kaygı puanının da yüksek olabileceğini vurgulamaktadır. Araştırmada adölesanlar ve anne/babalarının her iki kaygı puan ortalamalarının orta düzeyde anksiyeteyi göstermesi

Öner ve Le Compte'nin (1998) görüşlerini destekledi. *“Araştırmadan elde edilen bu bulgular aynı zamanda araştırmanın ilk iki sorusunu yanıtladı”*.

5.3. CERRAHİ GİRİŞİM UYGULANACAK ADÖLESANLAR İLE ANNE/BABALARIN ANKSİYETELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI

10-13 yaş grubu adölesanlar ile anne/babalarının Durumluk Kaygı puanları arasında anlamlı bir ilişki görülmezken (Tablo 4-9), Sürekli Kaygı puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlendi ($r=0,34$ $p<0,05$). Anksiyetenin duyusal bir salgın şeklinde anne/babalardan çocuklara yansiyabildiği belirtilmektedir (Ayoğlu 2003). Li ve Lopez (2006); 10-13 yaş grubu adölesanların bilişsel gelişimleri tamamlanamadığı için kendi anksiyetelerinin yeterince farkına varamadıklarını ve anne/babalarının sürekli anksiyetesinden etkilendiğini vurgulamaktadır. Kain ve arkadaşlarının (1996) çalışmasında, ebeveyn anksiyetesi ile çocukların preoperatif anksiyetesi arasında ilişki olduğu belirlenmiş ve artan ebeveyn anksiyetesinin, çocuklarının anksiyete düzeylerinde de artışa yol açtığını saptanmıştır. Araştırmanın bu bulgusu yukarıdaki literatür bilgisi ve benzer araştırma bulguları ile paralellik gösterdi (Appleyard ve ark. 2000; Dolgun ve ark. 2002).

14 yaş ve üzeri adölesanlar ile anne/babaların Durumluk ve Sürekli Kaygı puanları arasında ilişki olmadığı saptandı (Tablo 4-9). Bu bulgu, yaş ortalaması 10-13 yaş grubuna ($11,44\pm 1,28$) göre biraz daha yüksek olan 14 yaş ve üstü adölesanların ($16,02\pm 1,42$) kendilik kavramını oluşturan rol, kimlik ve bağımsızlık arayışı içinde, otoriteye karşı çıkma davranışlarının yansımaları olarak anne/babadan duyusal anlamda daha az etkilenmesinin bir sonucu olarak ele alındı. Adölesanlar ve anne/babalarının anksiyeteleri arasındaki ilişkiyi gösteren yukarıdaki bulgular değerlendirildiğinde, *“adölesanların yaşları ilerledikçe anne/babasının anksiyetesinden daha az etkilenmeye başladıklarını düşündürdü ve araştırmanın üçüncü sorusunu yanıtladı”*.

5.4. CERRAHİ GİRİŞİM UYGULANACAK ADÖLESANLAR VE ANNE/BABALARINDA ANKSİYETEYE YOL AÇAN FAKTÖRLERİN TARTIŞILMASI

Adölesanlarda anksiyeteye etki eden faktörler incelendiğinde (Tablo 4-10), acil cerrahi girişim uygulanacak 10-13 yaş grubu adölesanların Durumluk Kaygı puan ortalamalarının planlı girişim uygulanacak olanlara göre istatistiksel olarak yüksek

bulunması ($t=2,558$ $p<0,05$) cerrahi girişim şeklinin bu yaş grubu adölesanların anksiyetesini arttırdığını düşündürdü. Acil cerrahi girişim uygulanacak olanlarda aynı zamanda Sürekli Kaygı puanlarının da yüksek olması durumsal kaygılarının bir yansıması olarak değerlendirildi ve 10-13 yaş grubu adölesanlarda Durumluk ve Sürekli kaygılarının birbiri ile etkileşim içinde olduğunu vurgulayan literatür bilgisi ile uyum gösterdi (MacClaren ve Kain 2001; Ertuğrul 2007; Bükülmez 2008).

Cerrahi girişim türü açısından, majör cerrahi girişim uygulanmasının 10-13 yaş grubu adölesanların durumluk kaygılarını etkilediği belirlendi ($t=2,186$ $p<0,05$). Majör cerrahi girişimlerin genellikle beden imajını etkilediği görülmektedir. Beden imajı, bireyin kişiliği değerleri ve diğer insanlarla ilişkileri ile ilgili bireysel düşüncelerinin tümü ile biçimlenir. Beden imajı fizyolojik bir temele dayanmasına karşın, fiziksel, psikolojik ve sosyal deneyimlerden oluşmaktadır. Fisher'a göre beden imajı, vücudun psikolojik bir deneyimini yansıtmakta ve bireyin duygu ve düşünceleri vücudu üzerine odaklanmaktadır. Adölesanların vücutlarını kabullenmesinde vücudun görünüşü ve faydalılığı da etkili olmaktadır. Bu hızlı değişimleri kabullenmek adölesanlar için bazen oldukça zor olabilmektedir (Öz 2004; Orsel ve ark. 2004; İnanç 2005; Kulaksızoğlu 2006). Bunların yanı sıra beklenmedik bir durum olarak uygulanan majör cerrahi girişimlerin, araştırma kapsamındaki bu grup adölesanların beden imajını olumsuz etkileyerek, kendileri hakkında olumsuz düşüncelere ya da değersizliğe ve dolayısı ile yaşadıkları anksiyeteye katkı sağladığı düşünülür.

Literatürde ve yapılan araştırmalarda, çocuklarda acil ve majör cerrahi girişimlerin diğer girişim şekli ve türlerine göre anksiyeteyi daha fazla etkilediği vurgulamaktadır (Erdoğan 2007; Bükülmez 2008). Araştırmanın bu bulgusu, literatür bilgisi ile uyum gösterirken aynı zamanda Akkaş (1996), Paavilainen ve arkadaşları (2001), Dolgun ve arkadaşlarının (2002) yapmış oldukları araştırma bulguları ile de desteklenir nitelikte idi.

14 yaş ve üzeri adölesanlarda cerrahi girişim şekli ve türünün anksiyete düzeyini etkilememesi ($t=-0,870$ $p>0,05$, $t=-1,545$ $p>0,05$; $t=-0,467$ $p>0,05$, $t=1,388$ $p>0,05$), majör ve acil cerrahi girişim uygulananların sayısının diğer grup adölesanlara göre daha az olması ile ilişkilendirildi (Tablo 4-1).

Her iki grup adölesanlarda cinsiyet, hastane deneyimi ve son zamanlarda üzücü bir olay yaşama durumu gibi özelliklerin Durumluk Kaygı puan ortalamalarında

değişime yol açmadığının saptanması bu faktörlerin adölesanların yaşadığı anksiyete üzerinde etkisi olmadığını gösterdi. Bununla birlikte, cinsiyet, hastane deneyimi ve son zamanlarda üzücü bir olay yaşama gibi faktörlerin cerrahi girişim uygulanacak adölesanların anksiyetesi üzerine etkisini gösteren bir çalışmaya rastlanmadı.

Adölesanların yaşadıkları duyguların anksiyete düzeylerine etkisi incelendiğinde (Tablo 4-11), 14 yaş ve üzeri adölesanlarda sosyal yaşamdan uzaklaştığını ifade edenlerin Durumluk Kaygı puan ortalamalarının ($t=-2,914$ $p<0,05$) sosyal yaşamdan uzaklaşmadıklarını ifade edenlere göre yüksek olduğu belirlendi. Adölesan döneminin çocukta bağımsızlığın geliştiği, aileden çok arkadaşların önem kazandığı bir dönem olduğu bilinmektedir. Bu dönemde adölesan bir sosyal gruba ait olma çabasıdır (Yörükoğlu 2004; Kulaksızoğlu 2006; Çok 2007). Hastaneye yatma bu ilişkileri kesintiye uğratan bir durumdur. Nitekim Ekici (1990) çalışmasında, cerrahi girişim uygulanmak üzere hastaneye yatan adölesanın arkadaş ilişkilerinin ve aktivitelerinin kısıtlanarak anksiyetesinin artacağından söz etmektedir. Araştırmanın bu bulgusu literatür ve Ekici'nin (1990) çalışma sonuçları ile paraleldir.

Cerrahi girişimden korkmadığını belirten 10-13 yaş grubu adölesanların Durumluk Kaygı puan ortalamaları, korku yaşayanlardan yüksekti ($t=-3,969$ $p<0,05$). Bu bulgu 10-13 yaş grubu adölesanların orta düzeyde anksiyete yaşamalarına rağmen duygularını ve yaşadıkları anksiyeteyi yeterince ifade edemediklerini ya da durumun farkında olmadan anne/babalarından etkilendiklerini düşündürdü. 14 yaş grubu adölesanlarda ise girişimden korkanların Durumluk kaygılarının yüksek olması, daha önce de tartışıldığı gibi, onların genel olarak cerrahi girişim uygulamasının farkında olmasının doğal bir sonucu olarak korkuyu da beraberinde getirdiğini düşündürdü. Bu faktörlerin dışında ağrı korkusu, narkoza bağlı korku, mutluluk ya da sevdiklerinden uzak kalma gibi duyguların Durumluk Kaygı puan ortalamalarında farklılık göstermemesi, adölesanların anksiyete düzeylerinin sözü edilen faktörlerden kaynaklanmadığını düşündürdü.

Adölesanların fizik ortam koşullarının anksiyeteleri üzerine etkisi incelendiğinde (Tablo 4-12), ısı, gürültü, dağınıklık, kalabalık ya da havasızlık gibi fizik ortam özellikleri ile ilişkili kaygı puanlarında herhangi bir farklılık gözlenmedi. Yalnızca 14 yaş ve üzeri adölesanlarda, fizik ortamın dağınık olmadığını ifade edenlerin Durumluk

Kaygı puan ortalamaları dağınık olduğunu ifade edenlere göre daha yüksekti ($t=-3,265$ $p<0,05$).

Araştırmada adölesanlar buldukları klinikte fiziksel ortam koşullarının uygun olmadığını ifade etmelerine karşın Durumluk Kaygı puanlarının düşük bulunması fiziksel ortam özelliklerinin anksiyeleri üzerinde etkili olmadığını düşündürdü. 14 yaş grubu adölesanlarda ortamı dağınık bulunmadıkları halde durumluk kaygı puanının, yüksek olması cerrahi girişime bağlı korku yaşamaları (Tablo 4-11) ile ilişkilendirildi.

Anne/babaların bireysel özelliklerinin anksiyeteye etkisi incelendiğinde, yaş ile Durumluk Kaygı puanı arasında negatif ($r=-0,263$ $p<0,05$), Sürekli Kaygı puanı arasında ($r=0,252$ $p<0,05$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görüldü (Tablo 4-13). Bu bulgu, yaş arttıkça kazanılan deneyimlerle birlikte durumluk anksiyetesinin azaldığını ancak yerini sürekli anksiyeteye bıraktığını bildiren araştırma bulguları ile benzerdi (Akşit ve Cimete 2001).

Cinsiyetin anksiyete ile ilişkisine bakıldığında (Tablo 4-13); annelerin Durumluk Kaygı puan ortalamalarının, babalara göre yüksekti ($t=5,395$ $p<0,001$). Türk toplumunda annelerin beklenmedik bir durum karşısında, özellikle çocukları ile ilgili olaylarda, babalardan daha fazla anksiyete yaşadığı bilinmektedir (Alparslan 2003). Ayrıca çocuğa en yakın aile bireyinin anne olması ve çocuğun bakımını üstlenmesinden dolayı annelerin anksiyetesinin yüksek olduğu vurgulanmaktadır (Akkaş 1996; Erdim ve ark. 2006). Nitekim Akşit ve Cimete (2001) araştırmalarında, ebeveynler arasında özellikle annelerin hasta çocukla birlikte hastanede kaldığını, annelerin çocuğun bakımında daha fazla sorumluluk aldığını ve daha fazla anksiyete yaşadıklarını belirtmektedir. Araştırmadan elde edilen bu bulgular literatür bilgisi ve yukarıdaki araştırma bulguları ile desteklenir nitelikte idi.

Anne/babaların Durumluk Kaygı puan ortalamaları medeni durum açısından farklılık göstermemekle birlikte, araştırma kapsamındaki anne/babaların hemen hemen tamamının evliliklerini sürdürdüğü göz önüne alınarak (Tablo 4-4.) medeni durumun anksiyete düzeyine etkisini değerlendirmenin uygun olmayacağı düşünüldü ve bu bulgu tartışılmadı.

Anne/babalarda eğitim durumunun anksiyete düzeyine etkisi incelendiğinde, tüm eğitim düzeylerinde durumluk kaygılarının, sürekli kaygıya göre yüksek olduğu

gözlemlendi (Tablo 4-13). Bu farklılık anne/babaların çocuğuna cerrahi girişim uygulanacak olmasının bir sonucu olarak ele alındı. Bununla birlikte ortaokul mezunu anne/babaların Durumluk Kaygı puan ortalamaları diğerlerine göre yüksekti ($f=2,610$ $p<0,05$). İlkokul mezunu anne/babalarda ise, Sürekli Kaygı puan ortalamalarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu belirlendi ($f=2,466$ $p<0,05$).

Eğitim düzeyi arttıkça bireyler, daha çok sorgulamakta, araştırmakta, bilgileri arttıkça her konuda daha bilinçli kararlar verebilmekte ve etkin başetme stratejileri geliştirebilmektedirler. Eğitim düzeyi düşük olan anne/babaların başetme stratejilerini ve destek sistemlerini nasıl kullanacaklarını tam öğrenememeleri ya da çocuklarının durumundaki bazı değişikliklerin nedenlerini çabuk kavrayamadıklarından dolayı hem Durumluk hem de Sürekli Kaygı düzeyleri yüksek olabilmektedir. Eğitim düzeyi yüksek olan anne/babalarda ise bilinmezlik faktörü daha az etken olacağından, anksiyetelerinin daha düşük olması beklenmektedir. Ayrıca anksiyetenin dile getirilmesi anksiyetenin yoğun yaşanmasını önleyici bir davranış modelidir. (Özdemir ve ark. 2001; Kayhan 2003; Ertuğrul 2007). Araştırmanın bu bulgusu yukarıdaki çalışmaların yanı sıra, Mutlu'nun (2002), Akşit ve Cimete (2001) araştırma bulguları ile paraleldi.

Anne/babaların Durumluk Kaygı puan ortalamaları çalışma durumuna (Tablo 4-13) göre farklılık göstermedi ($t=-1,962$ $p>0,05$). Durumluk kaygı puanlarının çalışma durumundan etkilenmemiş olması, araştırma kapsamındaki anne/babaların hemen hemen tamamının sağlık güvencesine sahip olması (Tablo 4-4) ile ilişkilendirildi. Çalışmayan anne/babalarda Sürekli Kaygı puanının yüksek bulunması ise ($t=2,754$ $p<0,05$), ülkemizdeki ekonomik koşulların aileye yansımalarının bir sonucu olarak ele alındı.

İki çocuğa sahip olan anne/babaların (Tablo 4-13) Durumluk Kaygı puan ortalamaları diğerlerine göre daha yüksekti ($f=3,573$ $p<0,05$). Araştırmaya katılan ailelerin büyük çoğunluğunun çekirdek aile yapısında olmasının (Tablo 4-4) bir sonucu olarak değerlendirilirken bu durum, anne/babanın diğer çocuklarını yalnız bırakma korkusunun var olan anksiyetelerini daha da arttırdığını düşündürdü.

Anne/babalarda çocuğunun tanısını bilme açısından Durumluk Kaygı puan ortalamaları farklılık göstermezken ($t=-0,730$ $p>0,05$), çocuğunun tanısını bilmeyen anne/babalarda Sürekli Kaygı puan ortalamasının yüksek olduğu saptandı ($t=-2,053$ $p<0,05$). Durumluk kaygıları arasında farklılık görülmesi, anne/babaların bilgilendirilmesinin (Tablo 4-7) bir sonucu olarak değerlendirildi. Sürekli kaygısının

yüksek olması bireylerin olaylara daha kuşkulu yaklaşacağını ve sorgulayacağını düşündürmesine karşın çocuğunun tanısını bilmeyen anne/babalarda sürekli kaygının yüksek bulunması beklenen bir sonuç değildi.

Anne/babaların Durumluk Kaygı puan ortalamalarında aile tipi, sağlık güvencesi, kendilerine ait hastane ve cerrahi girişim deneyimi, evde bakım sorumluluğu ve çocuğunun hastalığı dışında üzücü bir olay yaşama durumu gibi değişkenler açısından farklılık gözlenmedi (Tablo 4-13). Bu bulgular, literatür ve yapılan araştırmalar ile paralellik gösterdi (Dönmez 1998; Karayurt 1998; Akşit ve Cimete 2001; Fidangül 2003).

Anne/babaların cerrahi girişim ve hastane ortamına ilişkin duygu ve düşüncelerinin anksiyete üzerine etkisi incelendiğinde (Tablo 4-14), çocuğuna narkoz verileceği için korktuğunu ifade eden anne/babaların korkmadığını ifade edenlere göre Durumluk Kaygı puan ortalamalarının yüksek olduğu görüldü ($t=-3,414$ $p<0,05$). Literatürde cerrahi girişimlerde en çok anksiyete yaratan nedenin narkoza bağlı korku olduğu belirtilmektedir (Franck ve Spencer 2005, Suhonen ve ark. 2005). Araştırmanın bu bulgusu literatür bilgisinin yanı sıra Ertuğrul'un (2007) araştırma bulguları ile paraleldi.

Cerrahi girişimin ciddiyetinden korktuğunu (Tablo 4-14) ifade eden anne/babaların Durumluk Kaygı puan ortalamalarının, korkmadıklarını ifade edenlere göre yüksekti ($t=-4,233$ $p<0,001$). Literatürde majör cerrahi girişimlerde mortalite ve morbidite riskinin daha yüksek olduğu ve buna bağlı olarak belli bir durumda yaşanan anksiyeteyi arttırdığı vurgulanmaktadır (Ertuğrul 2007). Yapılan benzer araştırmalarda da majör cerrahi girişim uygulanacak anne/babaların anksiyetesinin minör cerrahi girişim uygulanacak anne/babalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (MacLaren and Kain 2008). Araştırmanın bu bulgusu literatür ve MacLaren ve Kain'in (2008) çalışma bulguları ile benzerlik gösterdi.

Anne/babaların çocuğunun ağrı deneyimlemesine ilişkin korku yaşmalarının Durumluk Kaygı puan ortalamalarında farklılığa yol açmadığı görüldü. Keleş ve arkadaşları (2005) yapmış oldukları benzer çalışmada, ebeveynlerin en büyük anksiyete nedenlerinin, çocuklarının girişime bağlı ağrı hissetmesi olduğunu belirtmektedir. Araştırmadan elde edilen bulgu, Keleş ve arkadaşlarının (2005) araştırma bulguları ile uyumlu olmayıp, bilgilendirme yapılan anne/babalarda verilen bilgiyi yeterli ve kısmen yeterli bulanların oranının fazla olması ile ilişkilendirildi.

Anne/babalarda sosyal ve ekonomik faktörlerin anksiyete üzerine etkisine bakıldığında (Tablo 4-15), ekonomik yükün arttığını belirten anne/babalar arasında Durumluk Kaygı puanı açısından farklılık olmadığı ($t=-0,386$ $p>0,05$) görüldü. Anne/babaların %74'ü ekonomik açıdan etkilendiklerini ifade etmesine (Tablo 4-6) karşın Durumluk Kaygı puanlarında farklılık görülmemesi, %97'sinin (Tablo 4-4) sağlık güvencesinin bulunması ile ilişkilendirildi.

Anne/baba rollerinde artma, kendilerine ve diğer çocuklarına ayırdıkları zamanda azalma olduğunu ifade eden (Tablo 4-15) anne/babaların, Durumluk ($t=-1,313$ $p>0,05$; $t=-0,895$ $p>0,05$) Kaygı puanları farklılık göstermedi. Literatürde, çocuğunun hastalığı ve hastaneye yatması durumunda yukarıda sözü edilen faktörlerin anksiyete düzeyini arttırdığı belirtilmektedir. Araştırmadan elde edilen ve literatür bilgisi ile uyumlu olmayan bu bulgu, anne/babanın hasta çocuklarına odaklanarak kendilerinin ve diğer aile üyelerinin yaşam düzeyini etkileyebilecek bu faktörlerin var olan anksiyetelerini arttırmasına izin vermediklerini ya da bunları göz ardı ettiklerini düşündürdü (Gönener 2003).

Aile içi anlaşmazlıkların arttığını belirten anne/babalarda (Tablo 4-15) Durumluk ($t=-2,206$ $p<0,05$) ve Sürekli ($t=-3,804$ $p<0,05$) Kaygı puan ortalamaları yüksek olduğu görüldü. Aile içi anlaşmazlık yaşayan anne/baba oranı düşük olmakla birlikte (Tablo 4-6), bu bulgu çocuğun hastaneye yatmasının, anne ve baba arasındaki mevcut soruna bağlı anksiyeteyi daha da arttırdığını düşündürdü.

Sosyal ilişkilerin anksiyete düzeylerine etkisi incelendiğinde (Tablo 4-15), anne/babaların Durumluk Kaygısını etkilemediği ($t=-0,472$ $p>0,05$) belirlendi. Bu bulgu, anne/babaların %63'ünün çalışması, büyük çoğunluğunun çekirdek aile yapısında olması dikkate alınarak değerlendirildiğinde; çocuklarının cerrahi girişim uygulanmak üzere hastanede bulunmasının sosyal ilişkilerinde bir değişime neden olmadığını, ailelerin genelde sosyal ilişkilerine ilişkin anksiyete yaşadığını düşündürdü. Bu görüş anne/babalarda Sürekli Kaygı puan ortalamalarının ($t=-3,231$ $p<0,05$) yüksek bulunması ile doğrulandı.

Adölesanlar ve anne/babaların cerrahi girişim öncesinde bilgilendirme durumu açısından Durumluk Kaygı puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4-16), ne adölesanların ne de anne/babaların Durumluk Kaygı puan ortalamalarının bilgilendirilme durumuna göre farklılık göstermediği saptandı.

Literatürde cerrahi girişim uygulanacak adölesanlar ve ailelerine bilgi verilmesinin, onların anksiyete ve korkularını en aza indirmede etkili olduğu aynı zamanda bakım ve tedaviye olumlu katkılar sağladığı vurgulanmaktadır (Algier 1991). Anne/babaların cerrahi girişim öncesi dönemde bilgilendirilmesinin hem kendilerinin hem de çocuklarının olumsuz duygularını kontrol altına almayı kolaylaştırdığı bildirilmektedir (Algier 1991). Yapılan benzer çalışmalarda da bilgilendirmenin anksiyete düzeyini azalttığı açıkça gösterilmiştir (Çelik ve Aksoy 2003; Ayoğlu 2003; Erdim 2006)

Verilen bilginin kısmen yeterli olduğunu ifade eden anne/babaların Durumluk Kaygı puan ortalamaları, verilen bilginin yeterli ya da yetersiz olduğunu ifade edenlere göre yüksekti ($f=6,324$ $p<0,05$). Bu bulgu Akkaş'ın (1996) araştırma bulguları ile benzerlik gösterirken, anne/babaların bilgi edindiğini ancak doyurucu bilgiye ulaşamadığını gösterdi. Aynı zamanda hasta ve ailesine yapılan bilgilendirmenin bilgi gereksinimlerini karşılamada önemli olduğunu belirten Appleyard ve arkadaşlarının (2000) bulguları ile desteklendi.

Bu bölümden elde edilen bulgular değerlendirildiğinde, 10-13 yaş grubu adölesanların "*girişimin acil ve majör uygulanmasının*", 14 yaş ve üzeri grupta "*sosyal yaşamdan uzaklaşma ve girişimden korkma duygularının, yanı sıra dağınık fizik ortam koşullarının*", anne/babalarda ise "*cinsiyet, eğitim durumu, çocuk sayısı gibi bireysel özelliklerin, narkoz ve cerrahi girişimin ciddiyetinden korkma gibi duyguların, aile içi anlaşmazlıklarda artış ve yeterli olmayan bilgilendirmenin*" cerrahi girişim uygulamasından kaynaklanan anksiyeteyi etkileyerek arttırdığı görüldü ve "*bu bulgular araştırmanın son sorusunu yanıtladı*".

5.5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Cerrahi girişim uygulanacak adölesanlar ile anne/babalarının anksiyete düzeyleri, anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki ve anksiyete nedenlerini incelemek amacıyla, tanımlayıcı ilişkilendirici kesitsel tipte planlanmış bir araştırmadır.

Araştırma, bir üniversite hastanesinin Çocuk Cerrahisi, Ortopedi ve Travmatoloji ile Genel Cerrahi Anabilim Dallarında yatan ve cerrahi girişim uygulanacak adölesanlar ile anne/babaları üzerinde gerçekleştirildi.

Araştırma sonucunda;

- Adölesanların yaş ortalamasının $13,82 \pm 2,66$, eğitim yılı ortalamasının $7,72 \pm 2,87$ olduğu, %55'inin erkek, %74'ünün hastane deneyiminin olmadığı, %88'ine planlı ve %62'sine majör cerrahi girişim uygulanacağı,
- Adölesanların %58'inin ağrı korkusu yaşadığı, %56'sının sosyal yaşamdan uzaklaştığı, %53'ünün cerrahi girişimden korkmadığı, %52'sinin narkoza bağlı korku yaşadığı, %52'sinin sevdiklerinden uzak kalmaktan etkilenmediği, %51'inin sorunlarından kurtulacağı için kendisini mutlu hissettiği,
- Adölesanların %87'sinin fizik ortamın gürültülü, %86'sının havasız, %85'inin dağınık, %84'ünün kalabalık, %72'sinin sıcak olmasından yakındığı,
- Anne/babaların %50'sinin 40-50 yaş grubunda olduğu, %74'ünü annelerin oluşturduğu, %97'sinin evli, %51'inin ilkokul mezunu, %57'sinin ev hanımı, %63'ünün çalıştığı, %87'sinin çekirdek ailede yaşadığı, %44'ünün iki çocuk sahibi olduğu, %78'inin çocuğunun tanısını bildiği, %97'sinin sağlık güvencesinin bulunduğu, %70'inin hastane deneyimi olmadığı, %70'inin kendisinin cerrahi girişim deneyimlemediği, %60'ının evde bakım sorumluluğunu üstelenmek zorunda kaldığı bir aile üyesi olmadığı, %65'inin son zamanlarda üzücü bir deneyim yaşamadığı,
- Anne/babaların %63'ünün çocuğuna narkoz verilecek olmasından korktuğu, %57'sinin cerrahi girişimin ciddiyetinden etkilenmediği, %66'sının çocuğunun ağrı deneyimlemesinden korktuğu,
- Anne/babaların %74'ünde ekonomik yükün arttığı, %79'unda anne/baba rollerinde artış olduğu, %64'ünde kendilerine ve %63'ünde diğer çocuklara ayrılan zamanın azaldığı, %71'inde aile içi anlaşmazlıklarda artış olmadığı, %66'sında sosyal ilişkilerde azalma görülmediği,

- 10-13 yaş grubu adölesanların %56,3'ünün (n=27), 14 yaş ve üzeri adölesanların %59,6'sının (n=31), anne/babaların %68'inin bilgilendirildiği, anne/babaların %36'sının verilen bilgiyi yeterli bulduğu,
- 10-13 yaş grubu adölesanların Durumluk Kaygı puan ortalamalarının $37,38 \pm 8,00$ ve Sürekli Kaygı puan ortalamalarının $36,38 \pm 6,81$ olduğu saptandı. Durumluk ve Sürekli Kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görüldü. 10-13 yaş grubu adölesanların Durumluk ve Sürekli Kaygı puan ortalamaları karşılaştırıldığında, Durumluk ve Sürekli Kaygı puan ortalamaları arasında farklılık belirlenmedi ($t=0,740$ $p>0,05$).
- 14 yaş ve üzeri adölesanların Durumluk Kaygı puan ortalamalarının $45,62 \pm 9,12$ ve Sürekli Kaygı puan ortalamalarının $41,31 \pm 7,57$ olduğu belirlendi. Durumluk ve Sürekli Kaygı puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu ($r=0,404$ $p<0,05$) saptandı. 14 yaş ve üzeri adölesanların Durumluk ve Sürekli Kaygı puan ortalamaları karşılaştırıldığında, Durumluk Kaygı puan ortalamasının Sürekli Kaygı puan ortalamasına göre yüksek olduğu ve aralarındaki farklılığın istatistiksel olarak da anlamlılık gösterdiği belirlendi ($t=3,374$ $p<0,05$).
- Anne/babaların Durumluk Kaygı puan ortalamalarının $52,10 \pm 9,17$ ve Sürekli Kaygı puan ortalamalarının $42,85 \pm 7,80$ olduğu görüldü. Durumluk ve Sürekli Kaygı puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu ($r=0,252$, $p<0,05$) belirlendi. Anne/babaların Durumluk ve Sürekli Kaygı puan ortalamaları karşılaştırıldığında, Durumluk Kaygı puan ortalamasının Sürekli Kaygı puan ortalamasına göre yüksek olduğu ve aralarındaki farklılığın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlılık gösterdiği belirlendi ($t=8,861$ $p<0,001$).
- 10-13 yaş grubu adölesanlar ile anne/babalarının Durumluk Kaygı puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı, Sürekli Kaygı puanları arasında ise pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ($r=0,34$ $p<0,05$) belirlendi. 14 yaş ve üzeri adölesanlar ile anne/babaların ne Durumluk ne de Sürekli Kaygı puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.
- Acil ve majör cerrahi girişim uygulanacak 10-13 yaş grubu adölesanların Durumluk Kaygı puan ortalamalarının, planlı ve minör cerrahi girişim uygulanacak olanlara

göre yüksek olduğu ve aralarındaki farklılığın istatistiksel olarak da anlamlılık gösterdiği ($t=2,558$ $p<0,05$; $t=2,186$ $p<0,05$),

- 10-13 yaş grubu adölesanlarda Durumluk Kaygı puan ortalamaları cinsiyet, hastane deneyimi ve son zamanlarda üzücü olay yaşama durumuna göre farklılık göstermediği,
- 14 yaş ve üzeri adölesanların Durumluk Kaygı puan ortalamalarının cinsiyet, hastane deneyimi, cerrahi girişim şekli ve türü, son zamanlarda üzücü olay yaşama durumu gibi bireysel özelliklere göre farklılık göstermediği,
- Cerrahi girişime karşı korku yaşamadığını belirten 10-13 yaş grubu adölesanların Durumluk Kaygı puan ortalamaları, korku yaşayanlara göre yüksek olduğu ve istatistiksel olarak da anlamlı farklılık gösterdiği ($t=-3,969$ $p<0,05$),
- 10-13 yaş grubu adölesanlarda ağrı korkusu, sosyal yaşamdan uzaklaşma, narkoza bağlı korku, mutluluk ya da sevdiklerinden uzak kalma gibi duygular açısından Durumluk Kaygı puan ortalamaları arasında farklılık görülmediği,
- 14 yaş ve üzeri adölesanlarda, cerrahi girişime karşı korku yaşadığını ve sosyal yaşamdan uzaklaştığını ifade edenlerin Durumluk Kaygı puan ortalamalarının, korku yaşamadıklarını ($t=-2,752$ $p<0,05$) ve sosyal yaşamdan uzaklaşmadıklarını ($t=-2,914$ $p<0,05$), ifade edenlere göre yüksek olduğu ve aralarındaki farklılığın istatistiksel olarak da anlamlılık gösterdiği,
- 14 yaş ve üzeri adölesanlarda ağrı korkusu, narkoza bağlı korku, mutluluk ya da sevdiklerinden uzak kalma gibi duyguları deneyimlemenin Durumluk Kaygı puan ortalamaları üzerinde farklılığa yol açmadığı,
- 10-13 yaş grubu adölesanların Durumluk Kaygı puan ortalamalarında gürültü, havasızlık, dağınıklık, kalabalık ve ısı gibi fizik ortam özelliklerine bağlı olarak farklılık gözlenmediği,
- 14 yaş ve üzeri adölesanlarda, fizik ortamın dağınık olmadığını ifade eden adölesanların Durumluk Kaygı puan ortalamalarının, dağınık olduğunu ifade eden adölesanların Durumluk Kaygı puanlarından daha yüksek olması istatistiksel olarak da anlamlı bulundu ($t=-3,265$ $p<0,05$).

- Anne/babaların yaşları ile Durumluk Kaygı puanı arasında negatif ($r=-0,263$ $p<0,05$), Sürekli Kaygı puanı arasında ($r=0,252$ $p<0,05$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu,
- Annelerin Durumluk Kaygı puan ortalamalarının, babalara göre yüksek olduğu ve aralarındaki farklılığın istatistiksel olarak da anlamlılık gösterdiği ($t=5,395$ $p<0,001$) saptandı.
- Anne ve babalarda Durumluk Kaygı puan ortalamalarının medeni duruma göre farklılık göstermediği,
- Eğitim durumu açısından ortaokul mezunu anne/babaların Durumluk Kaygı puan ortalamalarının diğerlerine göre yüksek bulundu ve istatistiksel olarak da anlamlı farklılık gösterdi ($f=2,610$ $p<0,05$).
- Anne/babaların Durumluk Kaygı puan ortalamaları çalışma durumuna göre farklılık göstermediği ($t=1,962$ $p>0,05$),
- Anne/babaların Durumluk Kaygı puan ortalamalarında, aile tipi açısından farklılık saptanmadığı ($t=1,377$ $p>0,05$),
- İki çocuğa sahip olan anne/babaların Durumluk Kaygı puan ortalamalarının diğerlerine göre yüksek olduğu ve aralarındaki farklılığın istatistiksel olarak da anlamlı bulunduğu ($f=3,573$ $p<0,05$),
- Anne/babaların Durumluk Kaygı puan ortalamalarının çocuğunun tanısını bilme durumuna göre farklılık göstermediği ($t=-0,730$ $p>0,05$),
- Anne/babaların Durumluk Kaygı puan ortalamalarının sağlık güvencesi, kendilerine ait hastane ve cerrahi girişim deneyimi, evde bakım sorumluluğu ve hastalığı dışında üzücü bir olay yaşama durumu gibi değişkenler açısından farklılık göstermediği,
- Çocuğuna narkoz verileceği için korktuğunu ifade eden anne/babaların korkmadığını ifade edenlere göre Durumluk Kaygı puan ortalamalarının yüksek olduğu ve aralarındaki farklılığın istatistiksel olarak da anlamlılık gösterdiği ($t=-3,414$ $p<0,05$),
- Cerrahi girişimin ciddiyetinden etkilendiklerini ifade eden anne/babaların Durumluk Kaygı puan ortalamalarının, etkilenmediklerini ifade edenlere göre yüksek olduğu ve aralarındaki farklılığın istatistiksel açıdan da ileri derecede anlamlılık gösterdiği ($t=-4,233$ $p<0,001$) görüldü.

- Çocuğunun ağrı deneyimlemesinden korkma durumunun anne/babaların Durumluk Kaygı puan ortalamalarında farklılığa yol açmadığı,
- Aile içi anlaşmazlıkların arttığını belirten anne/babaların Durumluk Kaygı puan ortalamaları, aile içi anlaşmazlıkların artmadığını belirtenlere göre yüksek bulunduğu ve aralarındaki bu farklılığın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu ($t=-2,206$ $p<0,05$),
- Anne/babaların Durumluk Kaygı puan ortalamaları ekonomik yükte artma, sosyal ilişkilerde azalma, anne/baba rollerinde artma, kendilerine ve diğer çocuklarına ayrılan zamanda azalma gibi sosyal ve ekonomik faktörlere göre farklılık göstermediği,
- 10-13 yaş grubu adölesanların, 14 yaş ve üzeri adölesanların ve anne/babaların Durumluk Kaygı puan ortalamalarının bilgilendirilme durumuna göre farklılık göstermediği,
- Verilen bilginin kısmen yeterli olduğunu ifade eden anne/babaların Durumluk Kaygı puan ortalamaları, verilen bilginin yeterli ya da yetersiz olduğunu ifade edenlere göre yüksek olduğu ve istatistiksel olarak da anlamlı farklılık gösterdiği ($f=6,324$ $p<0,05$) belirlendi.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Servislerin adölesan ve ailesinin biyofizyolojik, psikolojik, çevresel, sosyal ve kültürel yönden rahatlatılacak şekilde düzenlenmesi,
- Sağlık ekibi üyelerinin adölesan dönemi hakkında bilgi sahibi olması ve özellikle cerrahi girişim uygulanacak adölesanın desteklenmesi için hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Temel hemşirelik eğitiminde kazanılan bakım ve eğitime ilişkin bilgi ve becerileri geliştirmek ve yenilemek amacı ile sürekli hizmet içi eğitim programlarının planlanması, yürütülmesi ve hemşirelerin uygulayıcı ve eğitici rollerini geliştirmeleri için gerekli düzenlemelerin yapılması,
- Adölesanlar ve anne/babalarına anksiyeteleri ile baş edebilmelerine yönelik eğitim ve bakım planlarının hazırlanması, uygulanması, değerlendirilmesi ve kayıt sistemlerinin oluşturulması,
- Adölesanlar ve anne/babalarına bilgi verilmesinin yaşadıkları anksiyeteyi gidermede yardımcı olabilecek ve bu amaçla hastane ortamında kendilerine rehber olabilecek, danışma gereksinimi duyduğu durumlarda başvurabilecekleri yazılı bir kaynağın verilmesi,
- Anksiyeteyi giderecek/hafifletecek yöntemleri belirleyici prospektif araştırmaların yapılması.

KAYNAKLAR

Acaroğlu, R. (2003). Bakımda etik. 2. *Uluslararası ve 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı*, İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Mezunlar Derneği, Antalya.

Akdemir, N. ve Birol, L. (2005). *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. (3.Baskı). Ankara: Sistem Ofset.

Akgöl, A. (2005). Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri “SPSS Uygulamaları”. (3. Baskı). Ankara.

Akkaş, A. (1996). *Ameliyat öncesi hastaların kaygı düzeyleri ve kaygıya neden olabilecek etmenlerin belirlenmesi*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara.

Akşit, S. ve Cimete, G. (2001). Çocuğu yoğun bakım ünitesine kabulünde annelere uygulanan hemşirelik bakımının annelerin anksiyete düzeyine etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **5(2)**, 25-36.

Albayrak, N., Erkal, S., Ançel, G. ve Albayrak, A. (Ed.). (2007). *Hemşirelik Bakım Planları (Dahiliye, Cerrahi Hemşireliği ve Psiko-Sosyal Boyut)*. Alternatif Yayıncılık, Ankara.

Algier, L. (1991). *Hastanede yatan adölesanların kaygı düzeylerinin saptanması ve kaygıya neden olabilecek faktörlerin belirlenmesi*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.

Alparslan, Ö. (2003). *Kronik hematolojik-onkolojik hastalığı olan çocukların kardeşleri ve annelerine verilen hemşirelik desteğinin kaygı düzeylerine etkisi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.

Alparslan, Ö., Yıldız, S. ve Polat, H. F. (2003). Kronik hematolojik-onkolojik hastalığı olan çocukların kardeşleri ve annelerine verilen hemşirelik desteğinin kaygı düzeylerine etkisi. 2. *Uluslararası ve 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı*, İstanbul, 688-690.

Altun, G. ve Öztekin, S. D. (2007). Cerrahi yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda uyku sorunlarının giderilmesine yönelik girişimler. *Ulusal Cerrahi Kongresi Kongre Kitabı*, Türk Cerrahi Derneği, Ankara, 367.

Appleyared, M. E., Gavaghan, S. R., Gonzalez, C. ve Ananian, L. (2000). Nurse Coached intervention for the families of patients in critical care unit. *Critical Care Nurse*, **20(3)**, 1175-1186.

Arslan, S., Özer, N., Özyurt, F. (2007). Müzik psikoterapinin ürogenital ameliyatı olacak hastaların anksiyete düzeyine etkisi. *Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, Kongre Kitabı*, İzmir.

Ay, F. A. (2007). *Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık, 79-94, 395-405.

Ayoğlu, T. (2003). *Ameliyat öncesi ve sırası bilgi vermenin hasta ailelerinin anksiyete düzeylerine ve kan basıncı değerlerine etkisi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Başer, M. (2000). Adölesan cinselliği ve gebelik. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **4 (1)**, 50-54.

Biol, L. (2004). *Hemşirelik Süreci*. (6. Baskı). İzmir: Etki Matbaacılık.

Bostancı, N., Duruhan, Ö., Eyüboğlu, Ö., Sezgin, Ö. ve Güvenir, Ö. (2007). Kanserli çocuğun bakım verenlerinde yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete düzeyleri. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **15 (60)**, 165-172.

Boyacı, M. (2000). Çocuğu ameliyat olacak ailelerin yaşadığı güçlükler ve hemşirelik yaklaşımları. *Hemşirelik Forumu*, **3(1)**, 22-25.

Bükülmez, A., Taşdelen, M., Melek, H., Köken, R., Gözde, K. ve Geçici, Ö. (2008). Kronik hastalığı olan çocuklarda anksiyete düzeyi ve ebeveynlerinin tutumu. Erişim tarihi. 12.05.2008. www.millipediatri.org.tr/bildiriler.

Büyükgebiz, A. (2006). Adölesanlarda fiziksel ve cinsel gelişim. *I. Ulusal Adölesan Sağlığı Kongre Kitabı*, Ankara, 35-39.

Büyükyılmaz, Esen, F. (2005). *Ortopedi ve travmatoloji hastalarında postoperatif ağrı tanınması*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Carpenito, L. J. (1997). *Handbook of Nursing Diagnosis*. (7th Eds.). Philadelphia: Lippincott Company.

Cimilli, C. (2001). Cerrahide Anksiyete. *Klinik Psikiyatri*, **4**, 182-186.

Cüceloğlu, D. (2005). *İnsan ve Davranışları Psikolojinin Temel Kavramları*. İstanbul: Remzi Kitabevi, 289-304.

Çelik, S. ve Aksoy, G. (2003). Acil cerrahi girişim geçiren hasta ve hasta ailelerinin ameliyat öncesi dönemde yaşadığı duygular ve beklentiler. 2. *Uluslararası ve 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı*, İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Mezunlar Derneği, Antalya, 436-438.

Çetin, Ç. F., Canat, S., Kılıç, E., Şenol, S., Rugancı, N., Öncü, B., Hoşgör, G. ve ark. (2004). *Ergen ve Ruhsal Sorunları*. Ankara: Tübitak Matbaası.

Çimen, S. (2003). *15-18 yaş grubu gençlerde "Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği'nin" geliştirilmesi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi, İstanbul.

Çok, F. (2007). *Ergenlik*. İstanbul: İmge Kitabevi.

Çuhadaroğlu, F. (2006). Ergenlikte Psikososyal Gelişim. *I. Ulusal Adölesan Sağlığı Kongre Kitabı*, Ankara.

Çuhadar, D., Pehlivan, Ö., Uçan, Ö., Ovayolu, N. ve Lafçı, D. (2007). Cerrahi hastaların ameliyat öncesi anksiyete düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi (Uluslararası Katkı) Kongre Kitabı*, İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi.

Dadaş, S. (2003). *Ertelenen cerrahi girişimlerin hastaların anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisinin incelenmesi*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Ameliyathane Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Demirel, D. ve Çam, O. (2006). Çocuklarda ameliyat öncesi hemşire tarafından verilen destekleyici eğitimin ameliyat sonrası ağrı düzeyine etkisi. *Çocuk Cerrahisi Dergisi*, **20 (2)**, 98-104.

Dinçergök, Y. ve Özbayır, T. (2007). Hasta yakınlarının hastane ortamından etkilenme durumlarının incelenmesi. *Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi Kongre Kitabı*, İzmir.

Dolgun, E., Yavuz, M., Ertürk, S. ve Eroğlu, B. (2002). Çocuk cerrahi yoğun bakımda çocukları yatan anne-babaların durumluk-sürekli kaygı düzeylerinin belirlenmesi. *Hemşirelik Forumu*, **5(2)**, 27-31.

Dönmez, Z. (1998). *Cerrahi kliniklerinde ameliyat olmak üzere yatan hastaların hastaneye yatıştaki anksiyeteyi gidermede hemşirelik yaklaşımının etkisinin incelenmesi*. Ege Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Dreger, V. A. ve Tremback, T. F. (2006). Management of preoperative anxiety in children. *AORN Journal*, **84(5)**, 778-803.

Ekici, B. (1990). *Hastanede yatan 6-12 yaş grubu çocuklarda uygulamaların yaratabileceği korku ve endişenin azaltılmasında hemşirenin yapacağı eğitimin etkinliğinin araştırılması*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Ercan, O. (2005). Adölesanın Psikososyal Gelişimi. İçinde G. Ercan, M. Alikashifoğlu, G. Ercan (Ed.), *Adölesan Sağlığı*. İstanbul: İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Dizisi; 9-16.

Erdemir, F. (2005). *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. (7. Baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Erdil, F. ve Elbaş, N. Ö. (2001). *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*. Ankara: Tasarım Ofset.

Erdim, L., Bozkurt, G. ve İnal, S. (2006). Annelerin çocuklarının hastaneye yatışından etkilenme durumlarının araştırılması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **9(3)**, 36-43.

Ertuğrul, B. (2007). *Genel cerrahi hastalarında ameliyat öncesi anksiyete durumu ve anksiyeteye yaklaşım*. Sağlık Bakanlığı Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Ankara.

Fidangül, A. (2003). *Ameliyat akşamı hastaların anksiyete düzeyleri*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı, Doktora Tezi, Ankara.

Fitzpatrick, E. ve Hyde, A. (2006). Nurse-related factors in the delivery of preoperative patient education. *Journal of Clinical Nursing*, **15**, 671-677.

Franck, L.S. ve Spencer, C. (2005). Information parents about anesthesia for children's surgery: a critical literature review. *Patient Education and Counseling*, **59**, 117-125.

Gönener, H. D. (2003). *Okul yaş dönemi çocuğu olan ebeyenlerin hastalık ve hastaneye yatma durumunda "Ebeveynlerinin Endişe Kaynakları Ölçeği" nin geliştirilmesi ve çocukların endişe kaynakları ile etkileşimi*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.

Gönener, D. H., Güner, İ. ve Güneş, F. (2006). Çocukları ameliyat olacak ebeveynlerin ameliyat öncesi ve sonrası endişelerinin belirlenmesi. *Hemşirelik Forumu, Mayıs-Haziran-Temmuz-Ağustos*, 100-105.

Gülçiçek, S. (2000). *Tanı ve tedaviye yardımcı ağırlı uygulamalarda anne varlığının çocuğun ağrı ve anksiyetesi üzerine etkisi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.

Güz, H., Doğanay, Z. ve Güz, T. (2003). Lomber disk hernisi nedeniyle ameliyat olan hastalarda ameliyat öncesi anksiyete. *Nöropsikiyatri Arşivi, 40 (1-2)*, 36-39.

İnanç, B. Y., Bilgin, M. ve Atıcı, M. K. (2005). *Gelişim Psikolojisi Çocuk ve Ergen Gelişimi*. Adana: Nobel Kitabevleri.

Kain, Z., Mayes, L., O'Connor, T. ve Cicchetti, D. (1996). Preoperative anxiety in children: predictors and outcomes. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine 150*, 1238-1245.

Karan, İ. (2003). Hastane ortamının hastalar üzerindeki etkilerinin araştırılması. *Hemşirelik Bülteni, 13 (50)*, 15-27.

Karakoç, Ö., Erkan, M. ve Oto, R. (2000). Çocuk cerrahisi servisinde yatan hastaların ebeveynlerinin anksiyete düzeyleri ve bazı sosyo-demografik özelliklerle ilişkisi. *Hemşirelik Forumu, 4(2-3)*, 37-41.

Karayurt, Ö. (1998). Ameliyat öncesi uygulanan farklı eğitim programlarının hastaların anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisinin incelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(1)*, 20-26.

Kaya, N. (2002). *Romatoid artritli bireylerde sağlığa ilişki yaşam kalitesi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.

Kaya, H. (2004). *Spinal kord yaralanması olan hastalarda hemşirelik bakımı ve eğitimin bağımlılık-bağımsızlık ve özbakım-gücü üzerine etkisi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.

Kaya, N. (2008). Yaşam Modeli. İçinde K. Babadağ, T. Aştı, Atabek (Eds.), *Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi*. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 1-7.

Kayahan, M. ve Sertbaş, G. (2007). Dahili ve cerrahi kliniklerinde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **8**, 113-120.

Kayhan, C. (2003). *Cerrahi hastalarda preoperatif anksiyetenin postoperatif komplikasyonlarla ilişkisinin incelenmesi*. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, Afyon.

Keleş, T. G., Toprak, V., Topaloğlu, K. ve Tok, D. (2005). Pediatrik gününbirlik cerrahide ebeveynlerin postoperatif dönem hakkındaki endişelerinin değerlendirilmesi. *Aneztezi Dergisi*, **13(2)**, 111-115.

Kocabaşoğlu, N. (2005). Stres ve Anksiyete. İçinde. İ. Balcıoğlu (Ed.), *Medikal Açıdan Stres ve Çareleri*. İstanbul: Aksu Basım; 181-197.

Köşgeroğlu, N. ve İlhan, H. (2000). Çocuk, Cerrahi ve Aile. *Hemşirelik Forumu*, **3(1)**, 35-38.

Kulaksızoğlu, A. (2006). *Ergenlik Psikolojisi*. (8.Basım). İstanbul: Remzi Kitabevi.

LaMontagne, L. L., Hepworth J, T. ve Salisbury, M.H. (2001). Anxiety and postoperative pain in children who undergo major orthopedic surgery. *Applied Nursing Research*, **14 (3)**, 119-124.

LaMontagne, L. L., Hepworth, J. T., Salisbury, M. H. ve Riley, L. P. (2003). Optimisim, anxiety and coping in parents of children hospitalized for spinal surgery. *Applied Nursing Research*, **14(4)**, 228-235.

Laura, D. ve Noble, S. (2003). Using massage and music therapy it improve postoperative outcomes. *AORN Journal*, **78 (3)**, 433-447.

Lewis, S. M., Hetkemper, M. M. ve Dirksen, S. R. (2004). *Medical Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems*. Philedelphia: Mosby Company.

Li, H. C. ve Lopez, V. (2007). Development and validation of a short form of the Chinese version of the State Scale for Children. *International Journal of Nursing Studies*, **44**, 566-573.

Maclaren, J. ve Kain, Z. A. (2008). Comparison of preoperative anxiety in female patients with mothers of children undergoing surgery. *Anesthesia Analgesia*, **106**, 810-813.

McClaren, M.E. ve Kain, Z. N. (2001). The management of preoperative anxiety in children: An update. *Anesthesia Analgesia*, **93**, 98-105.

Munafö, M. R. and Stevenson, J. (2001). Anxiety and surgical recovery. *Journal of Psychosomatic Research*, **51**, 589-596.

Mutlu, B. ve Savaşer, S. (2007). Çocuğu ameliyat sonrası yoğun bakımda olan ebeveynlerde stres nedenleri ve azaltma girişimleri. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **15(60)**, 179-182.

Mutlu, B. (2002). *Kalp ameliyatı olan çocuklarını ameliyat sonrası ilk kez görececek olan annelere yoğun bakım ortamı ve çocuğun görünümü ile ilgili yapılan eğitimin anksiyetelerini azaltmadaki etkisi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Neyzi, O. ve Ertuğrul, T. (2002) (Ed.). *Pediyatri*. (Cilt 1). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Orsel, S., Canpolat, B. I., Akdemir, A. ve Özbay, H. (2004). Diyet yapan ve yapmayan ergenlerin kendilik algısı, bedem imajı ve beden kitle indeksi açısından karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **15(1)**, 5-15.

Öner, N. ve Le Compte, A. (1998). *Süreksiz Durumluk/Sürekli Kaygı Evanteri El Kitabı*. (2. Basım). İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi.

Öner, N. (2006). *Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testlerden Örnekler*. (2. Baskı). İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi.

Önertoy, O. C. (2003). *Kaygıları Aşmak*. İzmir, Sistem Yayıncılık.

Öz, F. (2004). *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*. Ankara: İmaj Basım

Özdamar, K. (2003). *SPSS ile Biyoistatistik*. (5. Baskı). Eskişehir: Kaan Kitabevi.

Özdemir, O. (2005). *Medikal İstatistik*. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık

Özdemir, A. K., Özdemir, H. D., Coşkun, A. ve Taşveren S. (2001). Diş Hekimliği Fakültesi'nde protez kliniği ile diğer kliniklerde hasta anksiyetesinin araştırılması. *Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, **4(2)**, 71-76.

Özdemir, N., Güner, Ş. İ. ve Gönener, H. D. (2006). Yoğun bakımda yatan yenidoğanların annelerinin durumluluk süreklilik anksiyete düzeyi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Çocuk Cerrahisi Hemşireliği Kongresi Kongre Kitabı*.

Özer, K. (2005). *Kaygı Sınanma Duygusuyla Baş Edebilme*. İzmir: Sistem Yayıncılık.

Özusta, H. Ş. (1995). Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, **10 (34)**, 32-44.

Paavilainen, E. Sspanen, S. ve Astedt-Kuri P. (2001). Family involvement in perioperative nursing of adult patients undergoing emergency surgery. *Journal of Clinical Nursing*, **9**, 230-237.

Parlak, A., Kökoğuz, Y., Başkaya, G. ve Yılmaz, Ş. (2007). Cerrahi yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların yakınlarının yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi. *Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi Kongre Kitabı*, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 198.

Pıçakçıfe, Ü. (2003). *İnguinal herni ameliyatı geçirecek çocukların ebeveynlerin anksiyete düzeyine etkisi olan etkisinin incelenmesi*. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Potter, P. ve Perry, A. G. (2005). *Fundamentals of Nursing*. USA: Elsevier Company.

Roper, N., Logan, W. ve Tierney, A. (1996). *A Model For Nursing Based on a Model Living*. (4th ed.). Newyork: Churcill Living Stone Publish.

Sertbaş, G. ve Bahar, A. (2004). Anksiyete ve anksiyete başetmede hemşirelik girişimleri. *Hemşirelik Forumu*, **Eylül-Ekim**: 39-44.

Smith, L. ve Callery, P. (2005). Children's accounts of their preoperative information needs. *Journal of Clinical Nursing*, **14**, 230-238.

Suhonen, R., Nenonen, H., Laukka, A. ve Valimaki, M. (2005). Patient's information needs and information received do not correspond in hospital. *Issues in Clinical Nursing*, **14**, 1167-1176

Şendir, M., Kaya, H. (2008). Hemşirelik Süreci. İçinde K. Babadağ, T. Aştı Atabek (Ed.), *Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi*. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık, 8-17.

Şensoy, Ü. (2006). *Anksiyete ve Panik Atak*. İstanbul: Morpa Yayınları.

Taşçı, E. ve Sevil, Ü. (2007). Doğum ağrısına yönelik farmakolojik olmayan yaklaşımlar. *Genel Tıp Dergisi*, **17 (3)**, 181-186.

Ter, N. ve Dramalı, A. (2006). Ortopedi ve travmatoloji kliniğinde ameliyat olan hastaların ameliyattan önce bilgilendirilme durumlarının değerlendirilmesi. *Ulusal Cerrahi Kongresi Kongre Kitabı*, Türk Cerrahi Derneği, Ankara, 358.

TÜİK (2003). 2003 Genel Nüfus Sayımı. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim 12.10.2008, [http://die.gov.tr/nufus_sayimi/2003 Nufus.pdf](http://die.gov.tr/nufus_sayimi/2003/Nufus.pdf).

Türk Dil Kurumu (2008, Nisan). Erişim 20.02.2008, <http://www.tdk.gov.tr/-40k->

Toker, K. ve Özdamar, D. (2003). Cerrahi ve stres yanıtı. *Sendrom Dergisi*, **15(3)**, 95-101.

Toshiyuki, Moro, E. ve Módolo, N. S. P. (2004). Children, parents and anxiety. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, **54 (5)**, 1-19.

UNESCO (2001). Adolescent. UNESCO Situation Reports. Erişim 22.04.2008 <http://unesco.org/ci/en/ev.pdf>.

Uzun, Ö., Özer, N. ve Akyıl, R. (2002). Cerrahi kliniklerinde ve cerrahi yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların aile üyelerinin gereksinimleri. *Ulusal Cerrahi Kongresi Cerrahi Hemşireliği Seksiyonu Panel ve Bildirileri Kongre Kitabı*, Antalya, Ege Üniversitesi Basımevi, 184.

Vaughn, F., Wichowski, H. ve Bosworth, G. (2007). Does preoperative anxiety level predict postoperative pain? *AORN Journal*, **85(3)**, 589-604.

Velioğlu, P., Pektekin, Ç. ve Şanlı, T. (1993). *Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler*. Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları, 48-70.

Victoria, A., Dreger, V. A., Thomas, F. ve Tremback, T. F. (2006). Management of preoperative anxiety in children. *AORN Journal*, **84(5)**, 778-804.

Wagner, D., Byrne, M. ve Kolcaba, K. (2006). Effects of comfort warming on preoperative warming on preoperative patients. *AORN Journal*, **84 (3)**, 427-448.

WHO (2001). Child and adolescent health and development. Erişim 12.03.2008 http://www.who.int/child_adolescent_health/en/pdf.

Yardakçı, R. ve Akyolcu, N. (2004). Ameliyat öncesi dönemde yapılan hasta ziyaretlerinin hastanın anksiyete düzeyine etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Dergisi*, **1 (2)**, 7-14.

Yavuz, M. (2006). Ağrıda Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler. İçinde F. E. Aslan (Ed.). *Ağrı Doğası ve Kontrolü*. İstanbul: Mart Matbaacılık,135-147.

Yavuzer, H. (2005). *Doğum Öncesi Ergenlik Sonuna Çocuk Psikolojisi*. (28.Basım). İstanbul: Remzi Kitabevi, 263-325.

Yıldırım, Y. Y., Fadiloğlu, Ç. ve Uyar, M. (2006). Palyatif kanser bakımında tamamlayıcı tedaviler. *Ağrı*, **18 (1)**, 26-32.

Yılmaz, E. (2007). Cerrahi hastalarda perioperatif beslenme. *Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi (Uluslararası Katılımlı) Kongre Kitabı*.

Yılmaz, E., Kutlu K. A. ve Çeçen, D. (2007). Cerrahi kliniklerde yatan hastaların uyku gereksinimini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi (Uluslararası Katılımlı) Kongre Kitabı*, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir.

Yörükoğlu, A. (2004). *Gençlik Çağı Ruh Sağlığı ve Ruhsal Sorunlar*. (12.Basım). Özgür Yayınları, İstanbul, 375-398.

Zempsky, W. T. ve Hagan, J. C. (2004). Relief of pain and anxiety in pediatric patients in emergency medical systems. *Pediatrics*, **10 (5)**, 1348-1336.

Zora, A., Tarakçı, S., Çotuk, B., Sarı, N., Tunç, R., Altinel, A. ve Yüce, S. (2000). Çocuğu ameliyat olacak ailelerin sorunları ve servisten beklentilerinin değerlendirilmesi. *Hemşirelik Forumu*, **3(1)**, 31-34.

EK-1

FORMLAR

ÇOCUK BİLGİ FORMU**Bilgi Formu No:**

1. Cerrahi girişimin türü:

- 1) Minör 2) Majör

2. Cerrahi girişim şekli

- 1) Acil 2) Planlanmış

3. Daha önce hastaneye yattınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır

4. 3.sorunun yanıtı "Evet" ise nedenini yazınız?

.....

5. Son zamalarda sizin hastalığınız dışında endişe verici, üzücü, canınızı sıkacak olaylar yaşadınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır

6. Ameliyat olacağınızı öğrendiğinizde neler hissettiniz?

EvetHayır

- 1) Narkoza bağlı korku
 2) Ağrı korkusu
 3) Cerrahi girişime karşı korku
 4) Sosyal yaşamdan uzaklaşma
 5) Mutluluk
 6) Sevdikleriden uzak kalma
 7) Diğer.....

EK-2**ANNE/BABA BİLGİ FORMU****Bilgi Formu No:**

1. Hastanızın yaşı:

2. Hastanızın cinsiyeti?

1) Erkek

2) Kız

3. Hastanızın öğrenim durumu:.....yıl

4. Yaşınız?.....

5. Cinsiyetiniz:

1) Kadın

2) Erkek

6. Medeni durumunuz?

1) Evli

2) Bekar/Dul/Boşanmış

7. Eğitim durumunuz?

1) Okur- yazar değil

2) Okur- yazar

3) İlkokul mezunu

4) Ortaokul mezunu

5) Lise mezunu

6) Yüksekokul mezunu

8. Mesleğiniz?

- 1) Memur
- 2) İşçi
- 3) Serbest Meslek
- 4) Emekli
- 5) Ev Hanımı
- 6) Diğer.....

9. Çalışıyor musunuz?

- 1) Evet
- 2) Hayır

10. Aile tipiniz nedir?

- 1) Çekirdek aile
- 2) Geniş aile

11. Kaç çocuğunuz var?

- 1) 1 çocuk
- 2) 2 çocuk
- 3) 3 çocuk
- 4) 4 çocuk ve daha fazla

12. Çocuğunuzun tanısını biliyor musunuz?

- 1) Biliyorum
- 2) Bilmiyorum

13. Sağlık güvencesi var mı? Varsa hangisi?

- 1) Yok
- 2) SSK
- 3) Yeşil Kart
- 4) Bağkur
- 5) Emekli Sandığı
- 6) Diğer

14. Daha önce hastane deneyiminiz oldu mu?

- 1) Evet
- 2) Hayır

15. Daha önce ameliyat oldunuz mu?

- 1) Evet
- 2) Hayır

16. Siz hastanede iken evde sizin bakımınıza gereksinimi olan başka biri/birileri var mı?

- 1) Var
- 2) Yok

EK-3

NASIL HİSSEDİYORUM ANKETİ

YÖNERGE: Aşağıda kızların ve erkeklerin kendilerini ifade eden, tanımlayan anlattıkları bazı cümleler verilmiştir. Her cümleyi dikkatle okuyunuz ve **su anda** nasıl hissettiğinize karar veriniz. Daha sonra **sizi en doğru anlatan ifadenin önündeki kutucuğa (x) işareti koyunuz.** Yanlış ya da doğru cevap yoktur. Herhangi bir cümle üzerinde fazla zaman geçirmeyiniz.

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

EK-4

NASIL HİSSEDİYORUM ANKETİ

Kızların ve erkeklerin kendilerini anlattıkları bazı cümleler aşağıda verilmiştir. Her cümleyi okuyunuz ve hangisinin sizin için en doğru olduğuna karar veriniz. ‘**Hemen hemen hiç**’ mi , ‘ **bazen**’ mi yoksa ‘**sık sık**’ mı. Daha sonra sizi en doğru anlatan ifadenin önündeki kutucuğa (x) işareti koyunuz. Yanlış ya da doğru cevap diye bir şey yoktur. Herhangi bir cümle üzerinde fazla zaman geçirmeyiniz. **Genellikle** nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan ifadeyi seçiniz. Yardım ve katkılarınız için teşekkür ederim.

Yanlış yapacağım diye endişelenirim.	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Ağlayacak gibi olurum.	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Kendimi mutsuz hissederim.	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Karar vermekte güçlük çekerim.	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Sorunlarımla yüz yüze gelmek bana zor gelir.	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Çok fazla endişelenirim.	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Evde sınırlarım bozulur.	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Utangacım.	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Sıkıntılıyım.	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Aklımdan engelleyemediğim önemsiz düşünceler geçer ve beni rahatsız eder.	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Okul beni endişelendirir.	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Ne yapacağıma karar vermekte zorluk çekerim.	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Kalbimin hızlı hızlı çarptığını fark ederim.	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Nedenini bilmediğim korkularım var.	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Annem ve babam için endişelenirim.	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Ellerim terler.	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Kötü birşeyler olacak diye endişelenirim.	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Geceleri uykuya dalmakta güçlük çekerim.	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Karnımda bir rahatsızlık hissederim.	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Başkalarının benim hakkımda ne düşündükleri beni endişelendirir.	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık

EK-5

KENDİNİ DEĞERLENDİRME ANKETİ

Aşağıdaki kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi dikkatlice okuyun, sonra **şu anda** hissettiğiniz ifadeleri sağ taraftaki parantezlerden uygun olanını işaretleyerek belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl kendinizi gösteren cevabı işaretleyiniz. Teşekkür ederim.

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

EK-6

KENDİNİ DEĞERLENDİRME ANKETİ

Aşağıdaki kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi dikkatlice okuyun, sonra **genellikle** kendinizi nasıl hissettiğiniz ifadeleri sağ taraftaki parantezlerden uygun olanını işaretleyerek belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl kendinizi gösteren cevabı işaretleyiniz. Teşekkür ederim.

	Hayır	Biraz	Çok	Her zaman
21. Genellikle keyfim yerindedir.	()	()	()	()
22. Genellikle çabuk yorulurum.	()	()	()	()
23. Genellikle kolay ağlarım.	()	()	()	()
24. Başkaları kadar mutlu olmak isterim.	()	()	()	()
25. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım.	()	()	()	()
26. Kendimi dinlenmiş hissederim.	()	()	()	()
27. Genellikle sakin, kendime hakim ve sğuk kanlıyım.	()	()	()	()
28. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim.	()	()	()	()
29. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	()	()	()	()
30. Genellikle mutluyum.	()	()	()	()
31. Herşeyi ciddiye alır ve etkilenirim.	()	()	()	()
32. Genellikle kendime güvenim yoktur.	()	()	()	()
33. Genellikle kendimi emniyette hissederim.	()	()	()	()
34. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.	()	()	()	()
35. Genellikle kendimi hüzünlü hissederim.	()	()	()	()
36. Genellikle hayatımdan memnunum.	()	()	()	()
37. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	()	()	()	()
38. Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unıtmam.	()	()	()	()
39. Akli başında ve kararlı bir insanım.	()	()	()	()
40. Son zamanlarda kafama takılan olaylar beni tedirgin eder.	()	()	()	()

EK-7**GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU ÖRNEĞİ**

Araştırma, “Cerrahi girişim uygulanan çocuklar ve gençler ile anne/babalarının kaygı düzeyleri arasındaki ilişkiyi ve kaygı nedenlerini incelemek” amacıyla tanımlayıcı ve ilişkilendirici bir çalışma olarak planlanmıştır.

Bu çalışmanın amacı, cerrahi girişim uygulanan çocuklar ve gençler ile anne/babalarının kaygı düzeylerini belirlemek ve arasındaki ilişkiyi değerlendirerek bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının sunulmasında kanıt temelli veri olarak öneriler getirmektir.

Bu araştırma kapsamında sizin yapacağınız tek şey anket (cerrahi girişim öncesinde çocuklar ve gençler ve onların anne/babaların özelliklerine ait sorulardan oluşan) ve ölçeği (Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri) doldurmaktır. 50 adolesan ve 50 sağlıklı anna/baba olmak üzere toplam 100 katılımcı ile çalışılması planlanmaktadır. Sorular bizzat araştırmacı tarafından okunarak doldurulacaktır. Yanıtlama süreniz 15-20 dk arasında değişecektir. Çalışmamız 3 aylık süre içinde sonuçlandırılacaktır. Değerlendirilmesi Mayıs 2007’de yapılması planlanmıştır.

Dolduracağınız anketlerde vereceğiniz bilgiler ve isminiz saklı tutulacaktır. Anketleri doldurmanız için sizden hiçbir ücret talep edilmeyecek ve bağlı bulunduğunuz kuruma hiçbir araştırma gideri yüklenmeyecektir. Araştırma sırasında ortaya çıkan ve sizleri ilgilendiren bir bilgi söz konusu olduğunda gereken tüm bilgi size bildirilecektir.

Katılmaya karar verdikten sonra da herhangi bir zamanda bu çalışmaya katılma için olurunuzu geri çekebilirsiniz.. Gönüllü olmaya karar verdiğiniz taktirde yukarıda yazılanları kabul ettiğinizi ve hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın ailenizin bilgisi dahilinde sadece kendi rızanız ile karar verdiğinizi onaylamış olacaksınız. Ayrıca sizin isteğinize bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı da bırakılabılırsınız.

Sorumlu Araştırmacı

İmza

Yard.Doç.Dr.Rengin ACAROĞLU

Yardımcı Araştırmacılar

İmza

Yüksek Lisans Öğrencisi

Nuray KARAMAN

EK-8

ETİK KURUL KARARI


 İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
 YEREL ETİK KURUL TUTANAĞI

Toplantı Tarihi : 22/11/2006

Toplantı Yeri : Behçet Kütüphanesi Pembe Salon

Toplantı Sayısı : 11

Sorumlu araştırmacılığını I.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu,Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı'nda görevli Yrd.Doç.Dr. Rengin ACAROĞLU'nun, üstlendiği Yüksek Lisans Öğrencisi Nuray KARAMAN'ın yürüteceği 2006/1874 protokol numaralı "Cerrahi girişim uygulanan adölesanlar ile anne/babalarının anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki ve anksiyete nedenlerinin incelenmesi" başlıklı tez projesi kurulumuzda incelendi etik yönden bir sakınca taşımadığı görüldü, uygulamaya konulabileceğine karar verildi.

Prof.Dr. Zafer ARI

Etik Kurul Başkanı (Dekan Yardımcısı)

Prof.Dr. A.Yağız ÜRESİN

Farmakoloji ve Kli.F. A.D

Prof.Dr. Ahmet GÜL

İç Hast. A.D, Romatoloji Bilimdal

Prof.Dr. Berrin UMMAN

Kardiyoloji A.D.

Prof.Dr. Cahide GÖKKUŞU

Biokimya A.D

Prof.Dr. Kamil PEMBEÇİ (Katılmadı)

Anesteziyoloji A.D.

Prof.Dr. Nuran YILDIRIM

Tıp tarihi ve Deontoloji A.D.

Prof.Dr. Oğuzhan ÇOBAN

Nöroloji A.D.

Prof.Dr. Pınar SAİP

I.Ü. Onkoloji Enstitüsü

+ Prof.Dr. Sevinç EMRE

Çocuk Sağ. Ve Hast. A.D

Prof.Dr. Ümit TÜRKÖĞLU

Biokimya A.D

Prof.Dr. Veli UYSAL

Patoloji A.D.

+ Prof.Dr. Yeşim ERBİL

Genel Cerrahi A.D.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Nuray	Soyadı	KARAMAN
Doğ.Yeri	İstanbul	Doğ.Tar.	25.07.1982
Uyruğu	T.C.	TC Kim No	41623511542
Email	nkaraman@istanbul.edu.tr	Tel	0212 440 00 00 (27086)

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.	İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü –Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı	2005 -
Lisans	İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu	2005
Lise	Hayrullah Kefoğlu Süper Lisesi	2000

İş Deneyimi

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Araştırma Görevlisi	İ.Ü Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu	2005-
2.	Hemşire	V.K.V. Amerikan Hastanesi	2005
3.	Öğrenci Hemşire	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	2002

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	İyi	İyi	60	

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	65,500	64,931	62,529

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office Programları (Word,excel, powerpoint)	İyi
SPSS	İyi

Yayımları: Uygur, E., Kaya N., Kaya H., Karaman, N. Bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin sağlık ekibi hizmeti anlayışları, 4. Uluslararası 11.Ulusal Hemşirelik Kongresi, Ankara, 5-8 Eylül 2007 Özet Kitabı, sf.276.

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Kitap okuma, müzik dinlemes