

T. C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON
ANABİLİM DALI

**ÇOCUKLARDA KLİNİK ÇALIŞMA İZİNİ ALINMA ZAMANININ
EBEVEYN ANKSİYETESİNE ETKİSİ**

Dr. Beyhan GÜNER

UZMANLIK TEZİ

ANKARA

2006

T. C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON
ANABİLİM DALI

**ÇOCUKLARDA KLİNİK ÇALIŞMA İZİNİ ALINMA ZAMANININ
EBEVEYN ANKSİYETESİNE ETKİSİ**

Dr. Beyhan GÜNER

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Ülkü AYPAR

ANKARA

2006

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleşmesi için gerekli imkanları sağlayan, çalışmanın her aşamasında ilgi ve sabırla beni destekleyen ve karşılaştığım her türlü sorunda yanımda olan tez danışmanım ve Anabilim Dalı Başkanım, değerli hocam Sayın Prof. Dr. Ülkü Aypar' a,

Çalışmanın gerçekleşmesi için desteği ve çalışmalarını için Psikiyatri Bölümü öğretim üyesi Sayın Prof. Dr. Kazım Yazıcı'ya,

Bu tez çalışmasının oluşum aşamasında katkıları ve ayrıca yazılımı, düzeltmeleriyle çok büyük emeği ve yardımı olan Sayın Dr. Almıla Gülsün Pamuk'a,

Çalışmanın oluşum aşamasında katkılarından dolayı Sayın Dr. Bahar Öç, anestezi teknikerleri Aşır Çalışır ve Fatih Erdal 'a,

Akademik olarak verdikleri destek için Sayın Prof. Dr. Saadet Özgen, Sayın Prof. Dr. Meral Kanbak, Sayın Prof. Dr. Elif Başgöl, Sayın Prof. Dr. Varol Çeliker, Sayın Prof. Dr. Turgay Öcal, Sayın Prof. Dr. Bilge Çelebioğlu, Sayın Prof. Dr. Fehmi Coşkun, Sayın Doç. Dr. Didem Dal, Sayın Doç. Dr. Altan Şahin, Sayın Dr. Fatma Sarıcaoğlu, Sayın Dr. Seda Akıncı' ya,

Verdikleri destek için bütün Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D. doktorlarına, Anestezi ihtisası süresince yanımdan ayrılmayan bana her yönden destek olan aileme içtenlikle teşekkür ederim.

ÖZET

Güner B. Manyetik Rezonans Ünite'sinde Bir Anestezi Çalışmasına Katılması İstenen Çocukların Ebeveynlerinden İzin Alınma Zamanının Ebeveyn Anksiyetesine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Uzmanlık Tezi. Ankara, 2006.

Bu çalışmanın amacı, anestezi altında MRI yapılan çocuk hastaların ebeveynlerinden bir klinik anestezi çalışmasına katılmaları için çocukları adına onay alma zamanının ebeveyn anksiyetesini etkileme düzeyini araştırmaktır. Çalışmayı onaylama/reddetme sebepleri de araştırılmıştır. Etik kurul izni alındıktan sonra anestezi altında MRI çekilecek olan 180 çocuk hastanın ebeveynleri üç gruba ayrılmıştır. Grup K (Kontrol grubu), çocuklarının bir klinik anestezi çalışmasına katılması istenmeyen ebeveynlerden, Grup R (Randevu grubu), randevu günü çocuklarının bir klinik anestezi çalışmasına onay vermeleri istenen ebeveynlerden, Grup M (MRI grubu), MRI yapıldığı gün çocuklarının bir klinik anestezi çalışmasına katılması için onay vermesi istenen ebeveynlerden oluşmaktadır. Randevu günü tüm ebeveynlere bir anket ve Sürekli ve Durumluk Kaygı Envanteri uygulanmıştır. MRI çekimi sırasında ebeveynlerden tekrar Durumluk Kaygı Envanteri anketini ve Beck Anksiyete Ölçeğini doldurmaları istenmiştir. Çalışmaya 97 anne ve 97 baba olmak üzere toplam 194 ebeveyn katılmıştır. Annelerin kaygılarının babalara göre yüksekliği anlamlı bulunmuştur. Anestezi uygulaması ve çocukların aç kalması da tetkik sonucu kadar anksiyete yaratmıştır. Ebeveynler, çocuklarının klinik çalışmaya katılmasına “tıbbi bakımın en iyisini almak” için onay vermekle beraber, “çocuğun sağlığını tehlikeye atma korkusu” reddetme sebebi olabilmektedir. Grup R’de, MRI tetkiki sırasında yapılan Durumluk Kaygı Envanteri puanının yüksekliği diğer gruplara göre anlamlıdır. Bu bulgu verilen bilginin yetersiz olduğunu veya çalışma amaçlarının yeterince açık ve inandırıcı olarak anlatılmadığını düşündürmektedir. Bu çalışmayla, hastaların çalışmalardan zarar görme endişesini azaltacak şekilde uygun yer, zaman ve içerikte bilgilendirme yollarının bulunması gerektiği sonucuna varılmıştır.

Anahtar kelimeler: Bilgilendirme ve onam, pediyatrik anestezi, ebeveyn anksiyetesi, MRI

ABSTRACT

Güner B. Informed Consent for an Anesthesia Study in the Magnetic Resonance Unit: How Does Timing Effect Parental Anxiety Levels? Hacettepe University Department of Anesthesia, October 2006

A study was designed aiming to demonstrate the effects of timing of informed consent on the anxiety levels of parents whose children were invited to take part in an anesthesia study in the MRI unit. Factors contributing to consent and refusal would also be evaluated. Following ethical committee approval, parents of 180 children were randomized into three groups: Group K(control group), consisted of parents whose children were scanned under anesthesia, but not asked to participate in the study; Group R (appointment group), of parents who were asked to give informed consent for the study on the day of appointment; Group M (MRI group), of parents who were asked to give consent on the day of scan. All parents were asked to complete a survey plus the State-Trait Anxiety Inventory on the day of appointment. They were asked to complete the Beck Anxiety Scale and repeat Trait Anxiety Inventory on the day of MRI.

194 parents (97 mothers, 97 fathers) were entered into the study. Mothers had higher anxiety levels; the need for anesthesia and pre-scan fasting were contributing factors. Parents said they gave consent to assure their child would receive ‘highest standard of care’ and would refrain from consenting for fear of ‘their child getting hurt’. Parents who were informed on the day of appointment had higher state anxiety levels on the day of MRI scan. We think this reflects the inability of parents to process information and display emotional reaction at the last minute, rather than early information causing more anxiety.

We conclude that informed consent should be adapted to time, place, target population, and further studies are needed which focus on these issues.

Key words: Informed consent, pediatric anesthesia, parental anxiety, MRI

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEŞEKKÜR	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR	v
ŞEKİLLER	vi
TABLolar	vii
GİRİŞ	1
GENEL BİLGİLER	4
2.1. Anksiyete Hakkında Genel Bilgiler	4
2.2. Aile Anksiyetesi	14
2.3. Çocuklarda Kaygı ve Bunu Etkileyen Etmenler	14
2.4. Magnetik Rezonans İnceleme (MRI)	19
2.5. Bilgilendirilmiş Onam Formu	27
BİREYLER VE YÖNTEM	34
3.1. Bireyler	34
3.2. Yöntem	34
BULGULAR	40
TARTIŞMA	54
SONUÇLAR VE ÖNERİLER	60
KAYNAKLAR	
EKLER	

SİMGELER VE KISALTMALAR

MRI	Magnetik Rezonans İnceleme
BT	Bilgisayarlı Tomografi
EKG	Elektrokardiyografi
K Grubu	Kontrol Grubu
R Grubu	Randevu Grubu
M Grubu	MR Grubu
STAI FORM TX1	Durumluk Kaygı Envanteri Anketi
STAI FORM TX-2	Sürekli Kaygı Envanteri Anketi
STAI FORM TX1 ilk	Randevu günü ebeveynlere uygulanan Durumluk Kaygı Envanteri Anketi
STAI FORM TX1 sonra	MRI günü ebeveynlere uygulanan Durumluk Kaygı Envanteri Anketi
T	Tesla
RF ışınları	Radyofrekans ışınları
°C	Santigrat derece
°F	Fahrenayt
ASA	Amerikan Anestezistleri Derneği
TARD	Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği
BAI	Beck Anxiety Inventory
BAE	Beck Anksiyete Envanteri
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ark.	arkadaşları
Çocuk anestezi (-)	Çocuk daha önce anestezi almamış
Çocuk anestezi (+)	Çocuk daha önce anestezi almış
ort	ortalama
SD	Standart sapma
Aile anestezi(-)	Ailede daha önce anestezi alan birey yok
Aile anestezi(+)	Ailede daha önce anestezi alan birey var
Ölen çocuk(-)	Düşük veya ölüm nedeniyle kaybedilen çocuk yok
Ölen çocuk(+)	Düşük veya ölüm nedeniyle kaybedilen çocuk var
DAS	Cerrahi günü kabul edilen hasta

AMB

Günöbirlik cerrahi hastası

GABA

γ -aminöbütirik asid

I.V.

intravenöz

ŞEKİLLER

Şekil		Sayfa
4.1	Çalışmaya katılan ebeveynlerin gruplara göre dağılımı	40
4.2.	Gruplara göre ebeveynlerin yaşları dağılımı	41
4.3	Gruplara göre ebeveynlerin eğitim düzeylerinin dağılımı	41
4.4	Gruplara göre STAI FORM TX1-ilk puanlarının dağılımı	42
4.5	Gruplara göre STAI FORM TX2 puanlarının dağılımı	43
4.6	Gruplara göre Beck Anksiyete puanlarının dağılımı	43
4.7	Gruplara göre STAI FORM TX1-sonra puanlarının dağılımı	44
4.8	Ebeveynlerin eğitim düzeyine göre STAI FORM TX2 puanı dağılımı	45
4.9	Ebeveynlerin eğitim düzeyine göre STAI FORM TX1 ilk puanı dağılımı	46
4.10	Ebeveynlerin eğitim düzeyine göre Beck anksiyete puanı dağılımı	46
4.11	Ebeveynlerin eğitim düzeyine göre STAI FORM TX1 sonra puanı dağılımı	47
4.12	Grupların STAI FORM TX1 puanının zaman içinde değişimi	47

TABLULAR

Tablo		Sayfa
4.1	Tek ebeveyn ve iki ebeveyn ile çalışmaya katılan çocuk sayısının gruplara göre dağılımı	40
4.2	Gruplara göre anksiyete skorlarının ortalamaları ve standart sapmalarının dağılımı	42
4.3	Çocuğun daha önce anestezi alıp almamasıyla anksiyete skorlarının karşılaştırılması	48
4.4	Ailede daha önce geçirilmiş anestezi öyküsü olup olmamasıyla anksiyete skorlarının karşılaştırılması.	49
4.5	Daha önce düşük yada ölüm nedeniyle kaybedilmiş çocuk olup-olmamasıyla anksiyete skorlarının karşılaştırılması.	49
4.6	Cinsiyetin Beck Anksiyete Puanı üzerine etkisi.	50
4.7	Cinsiyetin STAI FORM TX2 puanı üzerine etkisi.	50
4.8	Cinsiyetin STAI FORMTX1 ilk puanı üzerine etkisi	50
4.9	Cinsiyetin STAI FORM TX1 sonra puanı üzerine etkisi	51
4.10	Anne ve babaların anestezi kaygısının karşılaştırılması.	51
4.11	Anne ve babaların anestezi öncesi çocuğun açlığı ile ilgili kaygısının karşılaştırılması.	52
4.12	Anne ve babaların MRI sonucuyla ilgili kaygısının karşılaştırılması	52
4.13	Onay nedenlerinin eğitim düzeyleri ile ilişkisi.	53
4.14	Red nedeni ile eğitim düzeyleri arasındaki ilişki.	53

1. GİRİŞ

Son yıllarda preoperatif anksiyete, postoperatif davranışlar ve aile anksiyetesi büyük önem kazanmıştır. Bunlar birbirine bağlı kavramlardır.

Çocuk hastaların perioperatif hazırlığı içinde anksiyetenin önlenmesi pediatrik anestezinin önemli bir parçasıdır. Pediatrik hastalardaki anksiyete kabuslar, ayrılma anksiyetesi, yeme bozuklukları, enüresis gibi negatif postoperatif davranışlara sebep olabilmektedir. Çocuk hastaların anksiyetesi ebeveyn anksiyetesinin artması ile de artmaktadır (1). Ebeveyn anksiyetesi preoperatif olduğu kadar postoperatif ve hastanede yatış sürecinde de önemlidir (2). Bu nedenle anestezi uzmanları ve pediatrik uzmanlar hastanın duyu durumuyla ilgilendikleri kadar ebeveynlerinin duyu durumlarıyla da ilgilenmeye başlamışlardır (3).

Çalışmalar birbiriyle tutarlı şekilde göstermiştir ki, cerrahiye hazırlanan çocukların ebeveynleri, anestezi uygulamaları ve riskleri hakkında bilgi almak istemektedirler (4, 5, 6). Yine bu ebeveynler, anesteziyi çocuklarının ameliyatında en tedirgin edici faktör olarak görmekte ve bu nedenle fazlaca endişelenmektedirler. Buna rağmen anestezi hakkında alınan bilgilere bağlı olarak, anksiyetenin kaybolduğu görülmemektedir (7). Bu nedenle ebeveyn anksiyetesi sadece anestezi konusunda bilgi sahibi olup olmamaya bağlı değildir. Linda S. Franck ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırma göstermiştir ki, ebeveynlerin çocuklarına yönelik anestezi uygulamaları ile ilgili tatmin düzeyleri, hastanenin genel tedavi ve bakım kalitesi hakkındaki kanaatlerinde belirgin unsur olmaktadır (8).

Anestezi uzmanlarının etik ve legal olarak anestezi ve komplikasyonları hakkında hasta ve yakınlarına bilgi vermesi gereklidir. Bazı çalışmalarda anestezi hakkında verilen detaylı bilginin anksiyeteyi artırdığı bazı çalışmalarda ise azalttığı gösterilmiştir (9).

Benzer çalışmalar dünyanın çeşitli ülkelerinde yapılmış, ebeveyn anksiyetesinde çeşitli farklılıklar bulunmuştur. Bunda kültürel farklılıkların etkili olduğu düşünülmüştür (9).

Anestezi çalışmalarına katılması istenen hastalar, yeterince bilgi alarak karar vermek için yeterli zamanı bulamayabilmekte ya da kendilerini baskı altında hissetmektedirler (10). Bazı klinik çalışmalar önemli riskler içerir. Bazıları ise katılımcılarda rahatsızlık veya ağrıya neden olur. Bunların her ikisi de etik değildir. Bu tür çalışmaların, katılımcıların riskler ve katılım sırasında duyulabilecek rahatsızlıklar konusunda tamamen bilgilendirilip, tam ve özgür rızaları alınmadan yapılmasının savunulması mümkün değildir (11).

Kanada'daki pek çok Etik Kurul hastaların hastaneye kabulünden önce görülmemesini bir sorun olarak algılamakta, ancak anestezi pratiğinin özelliği nedeniyle, hastaların hastaneye kabulünü takiben bilgilendirilmiş onam formunun verilmesini uygun bulmaktadırlar (12).

Klinik anestezi çalışmalarının onayı genellikle cerrahi günü alınmaktadır çünkü hasta anesteziyle ilk defa cerrahi günü karşılaşabilmektedir. Bununla birlikte, cerrahi günü hastalardan klinik anestezi çalışmalarına katılmaları için onay almanın uygun olmadığı düşünülmektedir. Çünkü, hastalara preoperatif dönemde cevap verebilmeleri için yeterli süre verilememektedir. Ayrıca, hastaların en stresli olduğu zamanda ve kalabalık bir ortamda klinik anestezi çalışmalarına katılmak için onay alınmaktadır. Ancak, hastaların hoşnutsuzluğunu gösteren çok az kanıt vardır (13). Cerrahi dışında, tetkik için anestezi alan hastalarla yapılan böyle bir çalışmaya ise rastlanmamıştır.

Bu çalışmanın amacı; anestezi altında MRI yapılan çocuk hastaların ebeveynlerinden, bir klinik anestezi çalışmasına katılmaları için çocukları adına onay alma zamanının ebeveyn anksiyetesini etkileme düzeyini araştırmak ve 'Bilgilendirilmiş Onam Formu', randevu günü verilen ebeveynler ile MRI günü verilen ebeveynlerin endişelerindeki değişiklikleri karşılaştırmaktır. Ayrıca bir klinik

araştırmaya onay verme/vermeme nedenleri ve bunlara etki eden faktörlerin araştırılması planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Anksiyete Hakkında Genel Bilgiler

Anksiyetenin Tanımı

Anksiyete hoş olmayan, yersiz korku duygusudur ve sıklıkla fizyolojik belirtilerle birlikte. Anksiyete bozukluğu (anksiyete nevrozu) ise anksiyeteye bağlı belirgin sıkıntı ve işlev bozukluğu anlamındadır (14).

İnsanoğlunun varoluşundan bu yana varlığı kabul edilen anksiyetenin genel bir amacı vardır. Başlangıçta bu amaç ilkel insanı çevresinden gelebilecek tehlikelere karşı korumaya yönelik iken, çağımızda anksiyete canlılığın, yaşamla mücadele etmenin, yeni şeyler keşfetme ve yaratabilmenin, rekabet ortamında daha olumlu işler yapmanın ve kendini kabul ettirebilmenin bir gereği olarak yaşanmaktadır. Görülüyor ki anksiyete bireyin kendi varlığına yönelik çeşitli yıkıcı, bozucu durumlara karşı bir tepkisidir. Anksiyetenin bu olumlu özelliği yanında bunun patolojik boyutlara varmasıyla yıkıcı yanları da vardır (15).

İnsan yaşamında iki tür anksiyete vardır:

- 1-Normal anksiyete
- 2-Patolojik anksiyete

Normal anksiyetenin başlıca özellikleri şunlardır:

- a) Objektif tehdiye uygun bir tepkidir.
- b) Regresyon mekanizmalarını kapsamaz.
- c) Yönetilmesi için nevroitik savunma mekanizmalarını gerektirmez.
- d) Bilinç düzeyinde yapıcı bir biçimde kabul edilir (15).

Normal anksiyete, organizmanın tehdiye tepki gösterme kapasitesinin bir ifadesidir. Bu kapasitenin doğuştan gelen nörofizyolojik bir temeli vardır. Ancak

burada hangi yaşantının tehdit edici değerinin olduğunun bilinmesi bireyin öğrenmesine bağlıdır (15).

Patolojik anksiyete, kaygı ile aynı anlamda kullanılır. Psikiyatride anksiyete kavramını karşılayabilecek en uygun terim bunaltıdır. Anksiyete korkuya benzeyen bir duygudur. Kişi bunu içinde sanki kötü bir haber alacakmış, bir felaket olacakmış gibi nedeni belli olmayan bir sıkıntı, bir endişe duygusu olarak algılar ve tanımlar. Çok hafif tedirginlik ve gerginlik duygusundan panik derecesine varan değişik yoğunlukta olabilir. Ağır derecelerinde kişinin benliği bu ruhsal acı altında ezilir ve en güçlü fiziksel ağrının bile bu denli rahatsız edici olmadığı hasta tarafından söylenir (15).

Anksiyete diffüz ve ayrışmamış bir tepki olup korku ile arasındaki en önemli fark, korkunun spesifik bir tehlikeye karşı ortaya çıkan bir tepki oluşudur. Anksiyete ise nonspesifik, belirsiz ve objesiz tehlikelere karşı bir tepkidir. Anksiyetede en önemli özellik tehlike ve tehdit yaşantısına karşı belirsizlik ve çaresizlik hislerinin varlığıdır (16).

Etyoloji:

Anksiyete klinik özelliklere göre geliştirilmiş bir tanı ve sınıflandırma sistemine dayanmaktadır. Bu nedenle anksiyete bozukluklarının ortak etyolojik modellerini sunmak güçtür. Anksiyetenin psikolojik yönleri üzerinde yıllardır çalışılmaktadır. Anksiyete bozukluklarının biyolojik modelleri ise henüz oldukça yeni ve çok kesin tanımlanmamış olmakla birlikte kuvvetli bulgular üretmektedir. Merkezi sinir sistemi fizyolojisi ve farmakolojisindeki yeni gelişmeler, anksiyetenin biyolojisini kavrama yönünde yeni ve heyecan verici ufuklar açmaktadır (17).

Psikolojik Yaklaşımlar:

Psikoanalitik Görüş: Anksiyete bir iç çatışmanın ürünüdür. Bu iç çatışma benlik ve altbenlik ya da benlik ve üst benlik arasında oluşmaktadır. Benliğin

dürtüler karşısında çözüm bulamadığını gösterir. Anksiyete benlikte bir tehlikenin habercisidir. Benliğin, homeostatik işlevi olan ve tehlikeyi algılayan bir tepkisidir (17).

Davranışçı ve Kognitif Görüşler: Koşullu refleks kuramcıları, anksiyeteyi organizmanın acı veren veya tehlikeli dış uyaranlara karşı koşullu olmayan, doğal bir tepkisi gibi görmektedirler. Fobiler ise anksiyeteye eşlik eden koşullanmış kaçınma davranışları olarak nitelenmektedir (17).

Bazı öğrenme modellerine göre önceden yaşanan nötral uyaranlar veya düşünceler, nedeni bilinmeyen bir panik atağı ile herhangi bir şekilde eşleştiginde koşullanmış uyaran olur. Ancak bu açıklama ilk panik atağını yine de açıklamamaktadır (17).

Anksiyetenin kognitif (bilişsel) açıklaması ise şöyledir: Anksiyete yaşayan kişi çevreyi tehdit edici olarak algılar, çevresel uyaranları tehlike yönünde abartır ve genelleştirir. Kendisini bunlarla baş edecek güçte bulmaz ve anksiyete ile baş etmede olası yardımcı güçleri küçümser. Bu yüzden anksiyetesi olan kişilerdeki en temel bilişsel şemalar tehlike, tehdit ve incinebilirliktir. Bu temel bilişsel şemalar bireye özgü olmakta, aile ve kültürden köken almakta, erken çocukluk yaşamında ve sosyalleşme sürecinde yerleşmektedir. Kişiyi algıladığı tehlikeli ortama uyumlandırmak ve zarardan kurtarmak için bilişsel, etkili ve davranışsal değişiklikleri içeren anksiyete programları devreye girer. Bu programlar kaçma ya da dövüşmesi için hazırlık, uyanıklıkta artış ve otonom sinir sistemi değişiklikleri, yapılmakta olan davranışın durdurulması, çevrenin olası tehlike odakları yönünden inceden inceye gözden geçirilmesi gibi öğelerden oluşmaktadır. Böylece anksiyete kişinin ilgisinin tehlikeye yönelmesini sağlar. Kişi potansiyel tehlike yaratan uyaranları izler, tehlike oluşturmayanları dikkate almaz. Bu süreç otomatiktir ve kişinin bilinçli iradesinin dışında işler. Tehlike kişinin kaçınma ve güven arayışı davranışlarını geliştirirken, aynı anda kişide fizyolojik belirtilerde de artış olur. Fizyolojik değişiklikler, bilişsel alanda yeni tehlike ve bedensel hastalık düşünceleri (korkudan korku) geliştirir (18).

Biyolojik Yaklaşımlar:

Genetik Çalışmalar: Kalıtımın yeri giderek daha belirgin olmaktadır. Birinci derece akrabalarda anksiyete bozukluğu olasılığı %15-18 arasındayken, ikinci derece akrabalarda % 6'dır (16).

Hayvan Modelleri: Pek çok hayvan modeli tanımlanmıştır. Daha çok ilaçlara cevabı önceden kestirebilmek için uygulanmaktadır.

Kışkırtma Testleri: Anksiyete ve panik ataklarının ortaya çıkışında rolü olduğu sanılan bazı sistemleri etkinleştiren, agonist, antagonist vb. ajanlar verilerek panik ataklarının oluşumu kışkırtılmaktadır. Bu ajanlar;

a) Sodyum laktat ve bikarbonat

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

c) Yohimbin

d) İzoproterenol

e) Kolesistokinin

f) Hipoglisemi (düşük kan glukoz düzeyinin panik ataklarında yaygın olan anksiyete, taşikardi ve sistolik kan basıncı yükselmesine yol açtığı, merkezi glikopeninin panik ataklarına neden olabileceği bildirilmiştir): Düşük kan glukozunun anksiyete benzeri etkileri, periferal semptomlara bilişsel cevaplar olarak nitelendirilmektedir.

g) Serotonin agonistleri

h) Benzodiazepin antagonistleri

Kışkırtma testleri panik bozukluğunda başta noradrenalin ve 5-HT(5-Hidroksitriptofan) olmak üzere birçok sistemin anormal etkileşimleri için deliller üretmektedir (17).

Anksiyetenin Nörofizyolojik Düzenekleri: Uyanıklık kavramı anksiyete nörofizyolojisinde merkezi önem taşır. Beynin yaygın ve genel etkinliğini tanımlar. Uyanıklık ve anksiyete ile ilgili beyin yapıları şunlardır: Beyin sapı retiküler formasyonu, limbik sistem, serebral korteks ve temporal loblar.

Anksiyete ile İlgili Nöroanatomik Modeller: Limbik sistem, paralimbik korteks (prefrontal ve temporal), lokus seruleusdan çıkan noradrenerjik ve rafe nukleusundan çıkan serotonerjik projeksiyonların (kesinlik kazanmamış olmakla birlikte) anksiyetenin nöroanatomik substratları olduğu düşünülmektedir (17).

Anksiyetenin Nörokimyasal Temelleri: Serotonin, noradrenalin, GABA gibi nörotransmitterlerin veya bunların birbirleriyle etkileşimlerinin anksiyete bozukluklarıyla ilişkisi gösterilmiştir. 5-HT işlevinin azaltılması anksiyeteye sebep olur (17).

Stres- Anksiyete İlişkisi

İnsanlar dahil tüm yüksek organizmalar çevrenin karışıklıklarına karşı koymak üzere donatılmışlardır. Biyokimyasal ve davranışsal uyum çabaları içindedir. Olası bir tehlike durumunda kalp atım hızı artar. Kan basıncında artma, kan şekerinde yükselme olur. Kanın kaslara hücumu ile biyolojik bir uyarı sistemi, artmış bir farkındalık hali vardır. Bu kavram ‘stres cevabı’ olarak tanımlanmıştır. Anksiyete, stres cevabının bir özelliğidir. Stresle anksiyetenin fizyolojik ve davranışsal belirtileri içiçe girmiştir. Anksiyete bozukluğu olan kişilerde artmış bazal adrenal kortikotropik hormon ve kortizol düzeyleri, tirotropin salgılatıcı hormon’a yanıtız troid stimülan hormon ve prolaktin cevapları kaydedilmiştir (18).

Özetle, anksiyete bozukluklarında psikodinamik etkenler, öğrenme ilkeleri ve biyolojik etkenlerin tümü etken olup, sadece birisini olaydan sorumlu tutmak mümkün değildir (16).

Sıklık ve Yaygınlık

Anksiyete bozukluğunun genel nüfustaki yaygınlık oranı %4-6 olarak bilinmektedir. Kadınlarda erkeklere oranla iki kat sık görülmektedir (18).

Prevalans oranlarının erkeklerde bir yıllık %2, yaşam boyu %3.6 olduğu ve kadınlarda bir yıllık %4.3, yaşam boyu %6.6 olduğu saptanmıştır (18).

Çocuklar ve gençlerde de anksiyete bozukluğu görülmektedir. Yaşla ilgili bulgular değişkendir. Anksiyete bozukluklarının yaşla artış gösterdiğini ortaya koyan çalışmalar vardır (19).

Belirti ve Bulgular

Anksiyete tüm psikiyatrik bozukluklarda görülebilecek bir semptomdur, anksiyete bozukluğunda tek başına veya primer semptom olarak ortaya çıkar (20).

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

2) Konuşma ve İlişki Kurma: Hastanın sesinde heyecanlı bir titreklik olabilir, fakat konuşması düzgündür. İlişkilerinde endişeli, huzursuz ve gergindir.

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

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

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

6) Fizyolojik Belirtiler: Otonomik uyarı ile ilgili olarak kan basıncının yükselmesi, kalp atımının hızlanması, çarpıntı, kaslarda gerginlik, kılların dikleşmesi, gözbebeklerinin genişlemesi, ağız kuruluğu, yüzde solukluk ya da kızarma, terleme, sık işeme, sık dışkılama, öğürme ve bazen kusmalar, boğazda düğümlenme, soluk almada zorluk, hava açlığı, ellerde ve ayaklarda soğukluk ve karıncalanmalar görülebilir (16).

Anksiyete Bozukluğunun Klinik Tipleri

Akut anksiyete atağı (panik bozukluk) en acı veren hayat deneyimlerinden birisidir. Bu belirtiler şiddetli bir şekilde birkaç dakikadan iki saate kadar sürebilen bir zaman dilimi boyunca hissedilir. Nöbetler halinde tekrarlayabilir.

Kronik anksiyetede ise bu belirtiler daha hafiftir ve daha uzun sürelidir. Kronik anksiyeteli hastalar günlük aktivitelerinde ve insan ilişkilerinde kronik bir rahatsızlık hissederler. İş kapasiteleri, kronik yorgunluk ve konsantrasyon güçlüğünden dolayı azalmıştır (20).

Yaygın anksiyete bozukluğunda (anksiyete nörozu) belirtiler altı aydan daha uzun, genellikle yıllarca, artarak ve azalarak sürer (14).

Çevreden kaynaklanan, kısa süreli, hafif anksiyete stresin yok olmasıyla çözümlenir. “Anksiyöz Duygu Durumu Gösteren Uyum Bozukluğu” olarak adlandırılan bu hafif anksiyete tipi, preoperatif anksiyetenin dahil edilebileceği bir sınıflamadır. Bu sınıflamada semptomlar stres etkeni sonlanınca altı aydan uzun sürmez. Stres etkeninin başlangıcından sonraki üç ay içinde, gösterilebilir stres etkenine bir tepki olarak duygusal ve davranışsal semptomlar gelişir. Semptomlar

beklenene göre daha aşırıdır. Toplumsal ya da mesleki işlevsellikte belirgin bozulma ile birlikte (14).

Fobik bozukluklar, özel korkularla giden anksiyete bozukluklarıdır. Sürekli ve yoğun korkular olan fobiler, uyarılarla orantısızdır. Korkulan obje ya da durumdan kaçınmaya yol açar, belirgin huzursuzluk ve yetersizliğe yol açtığı fobik bozukluk olarak adlandırılır. Üç alt tipi vardır: Agorafobi (açık ve/veya kapalı alanlardan, kalabalık yerlerden, tanımadığı yerlerden, yalnız kalmaktan korku ve güvenlik duygusu kaybı), sosyal fobi (kalabalıkta konuşurken, genel tuvaletleri kullanırken, genel yerlerde yemek yerken vb. durumlarda kızarma, diğerleri tarafından incelenme korkusu) ve basit fobiler (tekil fobiler) olarak sayılabilir (17).

Obsesif-kompulsif bozuklukta da anksiyete temel özelliştir; buradaki anksiyete içten kaynaklanan düşüncelerden yani obsesyonlardan doğar (20).

Prognoz

Anksiyete bozukluğu tedavi edilmezse kronikleşebilir. Belirtiler ağırsa özellikle bizim toplumumuzda, bir süre sonra konversiyon, hipokondriazis ya da başka somatoform bozukluk belirtileri ortaya çıkabilir ya da tipik depresyon başlayabilir (16).

Anksiyete bozukluğu olan hastalarda fobiler, panik nöbetleri, depresyon, kronik alkolizm, ilaç bağımlılığı gibi bozuklukların sıklıkla birlikte bulunabileceği unutulmamalıdır (16).

Ayırıcı tanı

Ayırıcı tanıda psikiyatrik hastalıklardan depresyon, şizofreni, somatoform bozukluklar, psikosomatik bozukluklar, fobiler ve nonpsikiyatrik hastalıklardan hiper ve hipotroidizm, hiperparatroidizm, kardiyak hastalıklar, feokromasitoma, vestibüler sinir hastalığı, reaktif hipoglisemi, mitral valv prolapsusu sayılabilir (15).

Patolojik olmayan anksiyete ile yaygın anksiyete bozukluğu anksiyetesi ayırımında, endişenin denetlenemez olması ve işlev bozucu niteliğine bakılması gerekir (15).

Tedavi

1. İlaçla tedavide;

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

kullanılabilir.

2. Psikoterapide, gevşeme yöntemleri, bilişsel-davranışçı sağaltım, destekleyici psikoterapi ve çözümleyici psikoterapi uygulanabilir (16).

İlaç ve psikoterapi birlikte uygulanmalıdır (14). Hangi tedavi seçilirse seçilsin, başlangıçta hastayla tartışma, eğitim ve güvence vermek yararlıdır.

Normal ve patolojik boyutlarda anksiyete hemen her zaman karşılaştığımız bir durumdur. Herşeyden önce anksiyetenin o kişi için ne kadar patolojik olduğunu belirlememiz gerekir. Normal bir anksiyetenin hekim tarafından, normal yaşanabilir bir olgu gibi belirlenmesi, bunun patolojik boyutlara varan bir saplantı haline gelmesine engel olabilir. Örneğin, ameliyat olacak bir kişinin anksiyete duyması doğaldır. Bunun doğallığının hastayla paylaşılması dahi patolojik bir eğilimi ortadan kaldırabilir (21).

Anksiyete, insanın temel duygularından biri olarak kabul edilebilir. Hepimiz, tehlike gördüğümüz durumlarda bir miktar kaygı duyarız. Dışçı koltuğunda otururken, sınav kapısında beklerken, uçağa binmeden ya da bir ameliyata girmeden önce tedirgin ve huzursuz oluruz. Tehlikeli koşullarının yarattığı bu anksiyete türü

genellikle her bireyin yaşadığı geçici, duruma bağlı bir anksiyete oluşturur. Buna “durumluk anksiyete (kaygı)” denir (22).

Bazı kişiler sürekli olarak huzursuzluk içinde yaşarlar ve mutsuzdurlar. Doğrudan doğruya çevreden gelen tehlikelere bağlı olmayan bu anksiyete türü içten kaynaklanır. Birey özdeğerlerinin tehdit edildiğini zannetmesi ya da içinde bulunduğu durumları stresli olarak yorumlaması sonucu anksiyete duyar. Buna da “sürekli anksiyete (kaygı)” denir (22). Klinik psikologlar ve psikiyatlara başvuran hastaların büyük bir çoğunluğu sürekli kaygı belirtilerinden şikayetçidirler. Huzursuzluklarını gidermede, hafifletmede ya da kontrol etmede bu hastaların karşı koyma, başa çıkma becerileri ya da savunmaları yetersizdir (22).

Tehlikeli koşulların yarattığı korku ve tedirginlik, bireyin yaşadığı geçici ve normal bir anksiyete olarak kabul edilebilir. Kişinin o anda içinde bulunduğu duruma doğrudan doğruya bağlı olmayan sürekli anksiyete ise bir kişilik özelliğini belirler. Sürekli kaygı, bireyleri birbirinden ayırt eden bir özelliktir. Anksiyete yaşantılarındaki bu ayırımın yapılması Spielberger’in ‘İki Faktörlü Anksiyete Kuramı’ ile, anksiyete türlerinin ölçülmesi de Spielberger ve arkadaşlarının Durumluluk- Sürekli Anksiyete Envanteri’yle mümkün olmuştur (22).

Birbirinden farklı özellikleri olan iki tür anksiyete, yukarıda da belirtildiği gibi durumluk ve sürekli anksiyetedir. Bu anlayış Cattell ve Scheier’in (1958) faktör analizi çalışmalarıyla iki kez ileri sürülmüştür. Daha sonraları da Spielberger (1966) ve arkadaşlarının çalışmaları sonucu geliştirdikleri “İki Faktörlü Anksiyete Kuramının” özünü oluşturmuştur (22).

Durumluk anksiyete: Bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği subjektif korkudur. Fizyolojik olarak otonom sinir sisteminde meydana gelen bir uyarılma sonucu terleme, sararma, kızarma ve titreme gibi fiziksel değişimler, bireyin gerilim ve huzursuzluk duygularının göstergesidirler. Stresin yoğun olduğu zamanlarda durumluk anksiyete seviyesinde yükselme, stres ortadan kalkınca, düşme olur (22).

Sürekli anksiyete: Bireyin içinde bulunduğu durumları genellikle stresli olarak algılama ya da stres olarak yorumlama eğilimi vardır. Objektif kriterlere göre normal olan durumlar birey tarafından tehlikeli ve özünü tehdit edici (küçültücü) olarak algılanır. Bunun sonucunda oluşan hoşnutsuzluk ve mutsuzluk duygusu sürekli anksiyetedir. Bu tür kaygı seviyesi yüksek olan bireylerin kolaylıkla incindikleri ve karamsarlığa büründükleri görülür. Bu bireyler durumluk anksiyeteyi de normal kişilerden daha sık ve yoğun biçimde yaşarlar (22).

2.2. Aile Anksiyetesi

Ailelerin anksiyetesi direkt olarak hem preoperatif hem de postoperatif dönemde çocukların davranışlarını ve anksiyetelerini etkilemektedir (23). Çocuğu anlamak için aile dinamiğinin doktorlar tarafından iyi anlaşılması ve gözlemlenmesi gerekir. Çocuğun hasta olması hiç kuşkusuz anne ve babayı üzer, tedirgin eder. Ebeveynler kaygı ve üzüntüyle eski tutumlarını bırakırlar. Çocuklarına hoşgörülerini artar ve her istediklerini yaparlar. Ebeveynlerin tutumları aşırıya kaçtıkça çocuğun tedirginliği artar ve kendini olduğundan daha hasta zanneder. Çocuk tedirginliğini daha çok ilgi bekleyerek gidermeye çalışır (24).

Anestezistler çoğu zaman çok stresli ailelerle karşılaşabilirler. Ebeveynler çoğu zaman sinirli, suçlu ve yorgun ruh durumunda olabilirler. Aileler alışık olmadıkları bu durum karşısında şok, reddetme, üzüntü, öfke, olgunluk ve kabullenme gibi farklı duygusal tepkiler verebilirler. Farklı aileler ve farklı aile bireyleri farklı zamanda bu duygu durumlarından herhangi birinde olabilirler. Ayrıca daha önceki tecrübeleri ve kişilik yapıları tepkilerini belirler. Özellikle dezorganize ve iletişimi olmayan aileler daha sinirli ve engelleyici olmaktadır (25).

2.3. Çocuklarda Kaygı ve Bunu Etkileyen Etmenler

Çocukluk yılları insan hayatının en hızlı gelişim yıllarıdır. Bu yıllarda fiziksel, zihinsel, sosyal ve duygusal gelişimin temelleri atılır. Çocuk çevresini tanımaya çevresindeki ilişkileri kendince anlamaya, olaylara karşı bakış açısı

kazanmaya ve olayları yorumlamaya çalışır. Bu gelişim süreci içinde çocuğun içinde bulunduğu çevresel koşullara göre anksiyete düzeyi de şekillenmeye başlar. Anksiyete duygusu anne-babasının, öğretmenlerinin ve arkadaşlarının davranışlarına göre artar veya azalır.

Gelişimsel olarak bebeklik döneminden itibaren görülen normal anksiyete, yetişkinlik döneminde görülür bir neden olmadan patolojik kaygıya dönüşebilmektedir. Görülür geçerli bir neden olmadığı için bu tepkiler patolojik olarak değerlendirilir. Örneğin yok olma anksiyetesi, ayrılma anksiyetesi, kastrasyon (iğdiş etme) anksiyetesi çocuklarda görülen, çeşitli tepkilerle ortaya çıkması beklenen normal anksiyetelerdir. Ancak bunlar ileri yaşlarda bireyin günlük fonksiyonlarını ve performansını etkileyecek boyutlarda ortaya çıkarsa patolojik olarak değerlendirilir. 1-2 yaş arasındaki çocuğun annesinden ayrılmaya bağlı olarak gösterdiği ayrılma anksiyetesi doğal karşılanırken çok iyi imkanlar verilmesine rağmen yaşadığı bir şehirden başka bir yere gidemeyen bir kişinin anksiyetesi pek doğal karşılanmaz. Yani anksiyete yaşa göre de normal veya patolojik olarak değerlendirilmektedir. Çocuk ve gençlerdeki anksiyeteler akademik, atletik veya sosyal konularla ilgili olabilmektedir (26).

Küçük çocuklarda anksiyete yaratan durumlar ileri yaşlardaki ruhsal tepkilerin temelini oluştururlar. Çocuğun bebeklik döneminde temel ihtiyaçlarının karşılanmaması veya anneye aşırı bağımlı hale getirilmesi ilkel anksiyete denilen durumun önemli bir unsurudur. Bütün gereksinimleri annesi tarafından karşılanan çocuğun anneden ayrılma durumunda kalması, çocukta güvensizlik ve anksiyete oluşturabilir. Birden ortaya çıkan çevre değişiklikleri de küçük çocukları endişelendiren en önemli durumlardan biridir. Çocukların yoksunluk ve kayıpları anlamaları zor olduğu için alıştıkları günlük işler, rahat pozisyon ve herhangi bir şeylerini yitirmeleri halinde anksiyete duygusu ortaya çıkabilir. Aniden memeden kesilme hali veya anne memesinden yoksunluk gibi engellemeler kızgınlık ve düşmanlık duygularını ortaya çıkararak anksiyeteye neden olacak çatışmalar meydana getirebilmektedir. 3-4 yaşındaki erkek çocuklarda iğdiş edilme, kızlarda ise cinsel organının erkeklerden farklı olduğunun anlaşılmasından kaynaklanan anksiyeteler

görülürken, daha ileri yaşlarda okula başlama, kardeşinin doğumu, arkadaş edinememe, başarılı olamama, arkadaşları tarafından istenmeme anksiyetesi görülmektedir. Ergenlikte ise anksiyete gencin fiziki görünüşü, varlığını tehdit eden tehlikeler, içsel çatışma, sosyal çatışma, arkadaş ilişkileri, karşı cinsle ilişkiler ve anne-baba tutumuna bağlı olarak görülebilmektedir (26).

Yaş

Yaş anksiyeteyi etkileyen önemli bir faktördür. Çocuğun gelişiminde her yaşın kendine has gelişimsel özellikleri vardır ve çocuğun anksiyetesi, içinde bulunduğu yaşın özelliklerine göre farklılık göstermektedir. Anksiyetenin en yoğun yaşandığı yıllar doğumdan sonraki iki yıl ve ergenlik yıllarıdır. Araştırmalar küçük çocukların anksiyete düzeyinin büyük çocuklardan daha düşük olduğunu göstermiştir (27).

Cinsiyet

Anksiyete düzeyi cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Yapılan araştırmalarla kızların anksiyete düzeylerinin, erkeklerin anksiyete düzeylerinden daha yüksek olduğu saptanmıştır (28). Bu bulgu kızların daha duygusal bir yapıya sahip olmalarından kaynaklanıyor olabilir. Buna rağmen Bozak (29) 1982'de yaptığı çalışmasında 9-12 yaşa kadar kız öğrencilerin anksiyete puanlarının erkek öğrencilerinkinden daha yüksek ve 13-16 yaşlarda kız öğrencilerin anksiyete puanlarının ise erkek öğrencilerin anksiyete puanlarından daha düşük veya aynı düzeyde olduğunu bulmuştur.

Anne- Baba Tutumları

Anksiyete kökenini çocukluk yıllarından almaktadır. Çocukluk döneminde maruz kalınan aşırı reddedici, küçük düşürücü tutumlar anksiyeteyi arttırabilir. Ergenlik döneminde diğer yetişkinlerin alaycı tutumları, çocuğun fiziksel veya psikolojik baskı altında tutulması, anne-babaların birbirine karşıt düşen istekleri,

boşanmış ailelerde anne-baba arasında boşandıktan sonra bile devam eden çekişmeler, çocukta anksiyetenin oluşmasına neden olabilmektedir (28).

Anksiyete bulaşıcı bir duygu olduğundan çocuğun çevresindeki anksiyeteli insanların (anne-baba veya öğretmeni gibi otorite figürlerinin) varlığı ve bunların çocuk tarafından algılanması veya özdeşim kurulmasıyla gelişebilmektedir (28).

Çocuklar ebeveynlerindeki veya onların yerine geçen kişilerdeki anksiyeteyi, kızgınlık ve düşmanlık gibi çeşitli heyecanları algılayabilir, anksiyeteli ve telaşlı bir annenin ses tonu çocuğu etkisi altına alabilir. Anneden geçen anksiyete sonucu çocuk zihninde yeni bağlantılar kurarak çevresindeki bazı kişiler ve durumlar karşısında da anksiyete duymaya başlayabilir (28).

Anne-Baba Eğitim Durumu

Eğitim durumu, ebeveynlerin çocuklarına karşı tutumlarının belirlenmesinde de etkili olabilmektedir. Yapılan araştırmalara göre ilkokul mezunu olan ebeveynler ile yüksek okul mezunu olan ebeveynlerin çocuklarına uyguladıkları tutumlar farklılık gösterebilmektedir (29).

Sosyo-Ekonomik Durum

Sosyo-ekonomik durumun yetersiz olması aile ilişkilerine gerginlik, sinirlilik, tedirginlik şeklinde yansıyor, çocuğun yaşamını sürdürme kaygılarının oluşmasına neden olabilmektedir. Ayrıca çocuğun okul ve ev çevresindeki arkadaşlarının yediğini yiyememe, giydiğini giyememe ve bunları içine sindirememesi de anksiyete düzeyini arttırabilecektir. Araştırmalar sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan çocukların anksiyete düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir (29).

Anne-Baba Mesleği

İnsanlar zamanlarının çoğunu çalışarak geçirirler. Ebeveynlerin meslekleri onların kişilik özelliklerini de belirler. Meslekler, ebeveynler üzerindeki psikolojik etkilerinin yanı sıra çocukta da bazı anksiyetelere sebep olabilir. Anne ve babalarının tehlikeli işlerde çalışması (polis, asker vs.), gece nöbetlerinin olması, iş saatlerinin düzenli olmaması, sürekli seyahati veya evden uzun süre ayrılmayı gerektiren bir işlerinin olması çocukların anksiyete düzeylerini etkileyebilmektedir (29).

Kardeş Sayısı

Ebeveynlerin çocuğu yeni kardeşe hazırlamamaları, kardeşler arasında ayırım yapmaları, eşit olmayan tutumları, kardeşler arasında kıskançlıktan doğan anksiyeteye neden olabilir. Ekonomik düzeyi yetersiz olan ailelerdeki çocukların ihtiyaçlarının karşılanamaması da anksiyete yaratabilir (29).

Kardeş sayısı arttıa ocuk sadece anne-babasının ilgisini değil, odasını, eşyalarını, kitaplığını, harçlığını paylaşmak zorunda kalmaktadır. Bu koşullar da onun anksiyete seviyesinin yükselmesine yol açabilir (29).

Çocuğun Başarı Durumu

Çocuklar genellikle aileleri tarafından okulda başarılı olmaya doğrudan veya dolaylı olarak zorlanır. ‘Sınıfını geçersen sana bisiklet alırım’, ‘Zayıf getirirsen eve gelme’ gibi dolaylı veya direkt ifadeler çocuğun başarı konusunda aşırı hassasiyet kazanmasına neden olabilmektedir (29).

2.4. Magnetik Rezonans İnceleme (MRI)

MRI Aygıtı

Magnetik Rezonans (MR) kesit alma temeline dayanan tomografik bir görüntüleme yöntemidir. MR incelemesinde, gantri bütün hasta vücudunu içine alacak ölçülerdedir. Bunun yanında gantri içerisinde çok güçlü bir magnetik alan oluşturulur. Görüntüleme temeli, bu güçlü magnetik alan içerisine yerleştirilmiş bir organizmada gerçekleşen atomik-moleküler düzeydeki etkileşimlere dayanmaktadır (30).

Magnetik Rezonans olayı ilk kez 1940-1950'li yıllarda gözlenmiştir. O dönemlerde kimyacıların karmaşık kimyasal bileşiklerin analizi için kullandıkları bir yöntem olarak sınırlı kalmıştır. Yöntemin görüntüleme kullanılabileceği 1970'li yıllarda anlaşılmış ve hızla geliştirilerek tıbbi pratik içerisinde yerini almıştır (30).

MRI'nın BT (Bilgisayarlı Tomografi)'ye oranla yüksek kontrast çözümüleme, vasküler yapıların daha iyi görüntülenmesi, kemik artefaktlarının olmaması, iyonizan radyasyon içermemesi, daha emniyetli kontrast maddeleri olması ve multiplanar görüntüleme gibi avantajları vardır. Bu nedenlerle MRI özellikle santral sinir sistemi incelemeleri önde gelmek üzere, bir çok hastalıkta ilk tercih edilen inceleme yöntemi olmuştur (30).

MRI tarayıcıları genellikle üç ana kategoride sınıflandırılır: Düşük-orta-yüksek alan gücüne sahip olanlar. Düşük alan 0,5T(Tesla), orta 0,5-1,0T ve yüksek >1,0 T olarak kabul edilmiştir. Yüksek alan MRI'ların belirgin avantajı gelişmiş görüntü elde edilebilmesidir. Ancak yüksek alan MRI'larında yüksek ses ve sinyal oranlarına bağlı olarak hastaların anksiyetesinde artış görülmektedir. MR tarayıcılarının magnetik alanında yer alan geniş nonferromagnetik metalik implantın dönüşü voltaj ve akım üretebilir. Hastalar bu olayı, cihazın içinde kıpırdadıkları takdirde dönme ve düşme hissi gibi algılayabilirler (31). Cihaz içinde sıcaklığın 80°F (28 °C) dereceye kadar yükselmesi de hastaların sıkıntısını arttırmaktadır (32).

MRI cihazları güvenlik açısından 3 büyük risk taşımaktadır: MRI sisteminin bütününde yer alan statik magnetik alan, görüntünün elde edilmesi sırasında zamana bağlı olarak değişen magnetik etki, magnetik alanla ilgisi olmayan klostrofobi gibi etkiler. Cihazın alanı ve eğimi ile ilgili olan sorunlar da vardır. Yüksek alan tarayıcıların kenarları, düşük alanlı olanlara göre daha geniştir. Tabii ki, bu durum daha maliyetlidir. Düşük alan MRI tarayıcılarında, füze etkisi ve ferromagnetik implant gücü belirgin şekilde yüksek alan cihazlara göre azdır. RF (radyofrekans) ışınları yine düşük alan cihazlarda daha az risk içerir. Akustik ses de düşük alan cihazlarda daha düşüktür (31).

Termal yaralanmaların, üçüncü derece yanıklara kadar, rapor edildiği çalışmalar vardır. Hastaların kendi elbiseleri dışında metalik veya elektrik akımı üretecek parçalar olmadığı hallerde bile, bu yanıkların rapor edildiği görülmüştür (31).

Cihazların yüksek düzeyde ses üreten dönme işlevleri, hastaların %43'ünde geçici duyma sorunlarına yol açmaktadır. Kulak çınlaması problemi olan hastalarda, MRI uygulamaları bu rahatsızlıklarını daha da arttırmaktadır. Çocuk hastaların bazen bu sesteki korktukları görülmektedir (32).

Magnetik Rezonans İncelemede Anksiyete

MRI çekimi ve çekimlerin yapıldığı alanlar, hastalar için alışık olmadıkları ses ve magnetik alan etkileri içeren, kapalı ve dar bir alanda bir saate kadar, bazen daha fazla, kalmayı gerektirmektedir. Hastada klostrofobi oluşması ve anksiyetenin artması, çekim kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenlerle çekimlerin yenilenmesi ek maliyet gerektirdiği gibi, çekimler sırasında yaralanmalar vb. bazı durumlarla da karşılaşılabilir. Hatta, hastaların bazıları MRI çekiminin tekrarlanmasını istememektedir (32).

Beyin MRI'ı çekilecek hastalarda daha fazla anksiyete belirtisi ve daha yüksek oranda sedasyon gereksinimi görülmüştür. Beyin MRI'ında dar ve derin bir helezon alanda kalma zorunluluğu anksiyeteyi tetiklemektedir (32).

Hastaların MRI uygulamasına psikolojik tepkisinin ne olacağı konusunda öngörülebilir bulunabilmek için, anksiyete ve anksiyetenin hangi hallerde korku, panik ve klostrfobiye dönüşeceği konusunda temel bazı bilgilere sahip olmak gerekir. Korkuda gerçek bir tehlike mevcuttur, anksiyetede ise bir tehlikenin umulması ya da beklenmesi durumu sözkonusudur. Panik ise, anksiyetenin ilk ve yoğun gelişen bir tepkisidir (31).

Korku, panik ve anksiyeteye eşlik eden fiziksel ve psişik semptomlar ise, huzursuzluk, irritasyon, yıkım, ürperti, soğuk el, kontrol kaybı, baş dönmesi, bulantı, nefessiz kalma, terleme, yutkunma zorluğu, göğüs ağrısı ve kalp atışlarındaki artıştır (31).

Anksiyetenin, geleneksel MRI cihazlarının kullanıldığı hallerde daha fazla görüldüğü, gelişmiş büyük kalibreli ve açık sistem cihazların kullanıldığı merkezlerde bu duruma daha az rastlandığı görülmüştür (32).

MRI uygulamalarına bağlı kapalı yer korkusu ve anksiyetenin yarattığı olumsuzluklar üzerine yapılan çalışmalar sınırlıdır. ABD'de yılda ortalama 4 milyon 350 bin MRI çekimi yapılmaktadır (1993) (32). Pek çok enstitüde korku sebebiyle randevularını iptal ettiklerini bildirenlerin oranı %3-10 olarak rapor edilmiştir. MRI cihazlarının açık olarak (açık pozisyonda) gösterilmesi bazı olumlu etkiler yapsa da, bu durumda bile iptaller olmuştur (31).

Bu tedavinin %3-5'i klostrfobi ve anksiyete nedeniyle iptal edilecek olursa veya sonuç alınmazsa, bir çekimin 500 dolar olduğu düşünülüğünde, 65-112 milyon dolar arasında bir kayıp söz konusu olur (32).

MRI odasına alınan hastaya tetkikin ne kadar süreceği ve bu süre içerisinde, inceleme masasında hareketsiz yatması gerektiği anlatılmalıdır. Hasta ortam gürültüsü konusunda bilgilendirildikten sonra, inceleme sırasında kullanması için kulak tıkacı verilir. Böylece tetkik sonrası gelişebilecek duyma şikayetleri önlenmiş olur. Hastayla birlikte inceleme odasında bir yakınının bulunması, hastanın rahatlamasını ve tetkike daha iyi koopere olmasını sağlayabilir (30).

Klostrofobik hastalarda bütün önlemlere karşı kooperasyon sağlanamıyorsa, sedatize edici ilaçlar kullanılmalıdır. Gerekliyse, tetkik anestezi altında yapılmalıdır. Büyük çocuklar tetkike koopere olabilirler, ancak küçük çocuklarda sıklıkla sedasyon gerekir (30).

MRI'da Sedasyon

Ses, ısı, dönme hissi, kapalı alanda kalma korkusu, magnetik alan etkisi gibi tedirginlik veren ve anksiyeteye neden olan bu durumların hastalar üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak ve çekim kalitesini arttırmak için önerilen yöntem, MRI hastalarına sedasyon vermektir. Böyle olmakla birlikte sedasyonun da sersemleme duygusu, solunumla ilgili bazı sıkıntıları gibi olumsuz etkileri vardır (32).

İstatiksel sonuçlar, kadın hastaların erkek hastalara göre daha fazla sedasyon gereksinimi duyduklarını göstermektedir. Dört anatomik bölge, beyin, omurga, abdominal bölge, ekstremiteler alanlarında, verilecek sedasyon oranı bakımından farklılıklar görülmüştür (32).

MRI'da güçlü bir mıknatıs kullanıldığından, tarayıcıların etrafına hiçbir ferromagnetik obje yerleştirilemez. Bunlar implante eklem protezleri, yapay pacemaker'lar, cerrahi klipler, piller, saatler veya pensleri içerir. Puls oksimetre veya elektrokardiogramların olağan metal kablo telleri anten gibi etki gösterirler ve radyofrekans enerjisi, MRI görüntüsünü bozmaya yetecek kadar çekebilirler ve hatta hastalarda yanıklara sebep olabilirler. Buna ilaveten, tarayıcının magnetik alanı, monitörde ciddi artefaktlara yol açabilir (33).

Ekipman üreticileri MRI ortamı ile uyumlu monitör değişiklikleri geliştirmiştir. Bunlar, nonferromagnetik elektrokardiyografik (EKG) elektrodlar, grafit ve bakır kablolar, sinyallerin ileri düzeyde filtrelenmesi ve tutulması, aşırı uzun kan basıncı manşonu kordonları ve fiberoptik teknikleri kapsar. Ferromagnetik komponentler içermeyen anestezi makinalarına (örneğin aliminyum gaz silindirleri) MRI uyumlu ventilatörler ve uzun halka sistemleri veya Mapleson D solunum devreleri bağlanır (33).

Hastaların çoğunluğu, MRI çekimini sedasyon ile tolere edebilirse de, kafa travması olan hastalar veya pediatrik hastalar özel problemler gösterecekler ve çoğu kez genel anestezi gerekecektir. Makine ve monitörizasyon sınırlamaları nedeniyle sedasyonun güvenli bir seçim olduğu tartışması yapılabilir. Sedasyon ile hava yolu kontrolünün kaybolması, hastaya yaklaşmanın zor olması ve olayı saptamadaki gecikme gibi sorunlarla karşılaşılabilir (33).

Klostrofobiye neden olan MR cihaz yapısı ile cihazın çalışırken çıkardığı yüksek ses nedeniyle korkuyu, cihaz içindeki hareketin neden olduğu bozuk çekimleri önlemek için çocuk hastalara MR çekimleri sırasında sedasyon verilmesi ve özellikle yeni doğan, bebek ve küçük çocuklarda genel anestezi uygulanması gerekli hale gelmiştir. Solunum kontrolü, 3 boyutlu çekimlere ve kan akımının sıralı görüntülemesine izin vermesi nedeniyle bir avantaj olmaktadır. Özellikle yenidoğan bebek veya küçük çocuklarda, solunum kontrolünün gerekli olduğu durumlarda, genel anestezi ve kontrollü ventilasyon kesinlikle zorunlu hale gelmektedir. MR cihazları, çoğu zaman genel anestezi verilmesine ve diğer monitörizasyon işlemlerinin yapılmasına imkan veren bir yapıda değildir (34).

MRI’da Monitörizasyon

MRI’da hasta en az ameliyathanede benzer noninvaziv işlemlerde uygulananlar kadar monitörize edilmelidir. Nitekim bunlar, Amerikan Anestezistleri

Derneği (ASA)'nin Temel Anestezi Monitörizasyonu Standartlarına göre, genel anestezi alan sağlıklı bir hasta için uygulananların aynıdır (33).

Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD)'nin de 'Ameliyathane Dışı Anestezi Uygulamaları Kılavuzu' mevcuttur. Günümüzde, teknolojik ve farmakolojik gelişmeler sonucunda, ameliyathane dışı ortamlarda tanı ve tedavi amacıyla invazif olmayan girişimlerin yanı sıra, daha invazif ve karmaşık girişimler daha ağır hastalarda uygulanmaya başlanmıştır. Bu durum özel sorunlar ve potansiyel komplikasyonlar içermektedir. Ameliyathane dışı yerleşimlerde, güvenliği göz ardı etmeden hastalarda bu uygulamaları gerçekleştirmek için uygun monitorizasyon ve ekipman konusunda temel standartları sağlamakta çaba harcanmalıdır (35).

Ameliyathane dışı anestezi standart altyapı ve ekipmanlar ;

1- Oksijen kaynağı: Herhangi bir anestetik kullanımından önce, anesteziyolog ana ve yedek oksijen kaynaklarının varlığını ve yeterliliğini kontrol etmelidir. Merkezi sistem oksijen çıkışı ya da en azından dolu bir oksijen silindiri bulunmalıdır.

2- Aspirasyon için vakum kaynağı: Merkezi vakum sistemi veya elektrikli aspiratör, değişik boyda başlıklar ve aspirasyon sondaları.

3- Kendi kendine şişen ve pozitif basınçlı ventilasyonda en az %90 oksijen verebilen resüsitasyon balonu. Erişkin ve çocuklar için oral-nazal havayolları, değişik boyda maskeler, dil kaşıkları.

4- Acil arabası veya sabit sistem: Senkronize kardiyoversiyon yapabilen defibrilatör, acil ilaçlar, dantrolen, enjektör, IV kanül, havayolu aletleri (2 larengoskop ve değişik boyda bleydler, çeşitli boyda endotrakeal tüp ve larengeal maskeler, alternatif acil hava yolu ekipmanı, intravenöz infüzyon sıvıları ve setleri, IV kanüller, makas, flaster, Magill pensi, turnike v.b). Tanısal ve tedaviye yönelik girişimler çocukları da ilgilendiriyorsa ekipman buna göre desteklenmelidir. Kilo ile

uyumlu ilaç dozları listesi zaman kaybını önleyecektir. Kemik iliği iğneleri, pediatrik defibrilatör pedleri vb.

5- Yeterli sayıda topraklanmış priz bulunmalıdır. Sistoskopi, artroskopi veya doğum odalarında “ıslak alan” tabelası olmalıdır.

6- Işıklandırma: Akülü yedek ışık kaynağı mevcut olmalıdır. Anesteziyoloğun dışarı çıktığı durumlarda temiz camlar, kamera veya kapalı sistem televizyon hastanın takibi açısından gereklidir.

7- İletişim: Anesteziyoloğun gereğinde acil yardım çağrısı için haberleşebileceği özel telefon hattı, çağrı cihazı veya intercom sistem.

8- İnhalasyon anestezikleri kullanılıyorsa atık gaz sistemi kuvvetle önerilir.

9- Zorunlu anestezi ekipmanı ve personelin uygun koşullarda hastaya müdahalesine izin verecek yeterli alan bulunmalıdır.

10- Monitorizasyon: Amerikan Anestezistleri Derneği'nin (ASA) belirlediği temel anestezi monitorizasyonu standartlarına uygun olmalıdır.

Solunum monitörleri: Puls oksimetre veya pletismografi, kapnograf, oksijen çözümlenici bulunmayan ($O_2 < \%30$ ise alarm verir) eski anestezi cihazları kullanılıyorsa gaz çözümleniciler, göğüs hareketlerinin gözlenmesi, solunum seslerinin prekordiyal veya özofageal stetoskopi ile dinlenmesi, rezervuar balonun hareketinin gözlenmesi veya hissedilmesi gereklidir (35).

Kardiyovasküler monitörler: EKG, noninvaziv arteriyel kan basıncı ölçümü, periferik nabız palpasyonu, prekordiyal veya özofageal stetoskop, cilt rengi, uyanık hastada bilinç durumunu izlemek veya göğüs ağrısını sorgulamak. İnvaziv monitorizasyona nadiren ihtiyaç duyulur (invaziv kardiyolojik girişimler veya yoğun bakım hastasına kraniyal MRI çekilmesi v.b) (35).

Vücut ısısı: Çoğu tanı ve tedavi amaçlı girişimler (BT, MRI v.b) soğuk ortamda yapıldığından ısıtma blanketleri, sıcak hava dolanımlı örtüler, IV sıvıların ısıtılması, çocuklarda radyan ısıtıcılar kullanılabilir.

Bispektral indeks: Ketamin kullanımında veya nörolojik bozukluğu olan hastalarda önerilir. Rutin kullanımı yoktur.

11- Oksijen, medikal hava ve sık kullanılan anestezi ajan vaporezörlerini içeren anestezi cihazı, gerektiğinde çocuklarda kullanım için solunum sistemleri, yetersiz oksijen alarm sistemi, etiketlenmiş ve pin sistemi mevcut gaz bağlantı sistemi, azot protoksit kullanıldığında anti-hipoksik sistem ($O_2 < \%30$ ise) temel ihtiyaçlardır. MRI uyumlu anestezi cihazı ve monitör olmalıdır (35).

12- Anestezide sıklıkla kullanılan ilaçlara ilave olarak aşağıdaki durumlara uygun gerekli ilaçlar da bulundurulmalıdır;

- Anafilaksi
- Kardiyak aritmiler ve kardiyak arrest
- Akciğer ödemi
- Hiperglisemi ve hipoglisemi
- Hipotansiyon ve hipertansiyon
- Bronkospazm
- Artmış kafa içi basıncı
- Solunum depresyonu
- Uterus atonisi ve koagülopati
- Adrenal disfonksiyon (35)

MRI odasının kendisi intravenöz sedasyon sırasında sık kullanılan bazı monitörizasyon metodlarının kullanılmasını engeller ve diğer bazılarında da modifikasyonlara gerek yaratır. Örneğin, hasta tarayıcıda iken, oksijenizasyon yeterliliği deri veya tırnak yatağının rengi gözle gözlenerek değerlendirilemediğinden, puls oksimetre çok daha zorunlu hale gelir. Plastik bir

prekordial stetoskopiyla solunum seslerinin sürekli dinlenmesi aşırı sedasyon nedeni ile gelişen havayolu tıkanmasının saptanmasına yardımcı olabilir (33).

Güvenilir bir monitörizasyon MR çekimi yapılacak bütün hastalarda olduğu gibi, bebek ve çocuklarda da çok önemlidir. MR cihazlarına uyumlu bir anestezi cihazı ve havalandırma devresi kullanılmalıdır. Çocuklarda hareketsizliği sağlamak için verilen sedasyon, solunum sıkıntısına ve hava yolu obstrüksiyonuna neden olabilir. Bu durum özellikle bebek ve çocuk kardiyoloji hastalarının kardiyak sıkıntılarını arttırabilir. Yine bazı konjestif kalp hastalığı hastalarında sırt üstü yatma zorlukları olabilmektedir. Bundan başka, MR tarayıcılarının kapalı yer korkusuna neden olan dizaynları ve cihaz içinde duyulan yüksek ses özellikle çocuklar için çok rahatsız edici bir ortam yaratmaktadır. Nefes tutularak yapılan çekimlerde, hafif bir sedasyon verilerek büyük çocukların kooperasyonu belki sağlanabilirse de bebeklerde ve küçük çocuklarda bu mümkün olmamaktadır (34).

Bebeklerde, düşük doğum ağırlığı, vucut ısısının azalması, hava yolu zorlukları, mekanik ventilasyon gerekliliği gibi nedenlerle MR çekimlerinde daha dikkatli olunmalıdır.

2.5. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Tıp etiği açısından “Aydınlatılmış Onam” (*informed consent*) günümüz hekim-hasta ilişkisinin belli başlı öğelerinden birisidir. Bunun yerine getirilebilmesi için hekimin tıbbi tedavi ve müdahale konusunda hastasını bilgilendirip onayını alması gerekmektedir (36).

Hekimin, hastasının özerkliğine saygı göstermesinin en önemli boyutlarından birisi aydınlatılmış onam ögesidir. Hastanın tıbbi müdahale için üstü örtük ya da açık onayının alınması eski bir olgu olsa da, burada sözünü ettiğimiz aydınlatılmış onam kavramının vardığı farklı nokta hastanın bilgilendirilmesi, tıbbi karara katılımının sağlanması ve hekimin hasta ile işbirliğine girmesidir. Aydınlatılmış onam kavramı 1950'lerin ikinci yarısında ortaya çıkmış, geniş biçimde tartışılmasına başlanması

1970'lerde olmuştur. Tanı, tedavi ve seçenekleri, sonuçları, hastalığının gidişi gibi konularda hastaya anlayabileceği bir ifade biçimiyle bilgilendirme ve açıklamada bulunulması ve sonuçta tıbbi müdahale için onun onamının alınması hastadan sorumlu hekim için bugün etik bir yükümlülük durumudur (36).

Aydınlatılmış onam hastanın anlayabileceği dilde sunulacak en azından aşağıdaki hususları içermelidir:

- 1- Önerilen tedavi/işlemin bir açıklanması
- 2- Ölüm ve ciddi sakatlık risklerinin vurgulanarak, önerilmiş olan tıbbi işlemin yarar ve risklerinin açıklanması
- 3- Yarar ve risklerinin de içinde olmak alternatif tedavi ve işlemlerin açıklanması
- 4- Tedavi edilmediğinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçlar
- 5- Başarı olasılığı ve başarıdan ne kastedildiği
- 6- İyileşme sırasında en büyük problemin ne olduğu ve normal yaşamına ne kadar zamanda dönebileceği (36).

Hasta, hekimin kendisini doğru dürüst bilgilendirdiğini nasıl bilebilir ? Aşağıdaki liste hastanın bu konudaki karar verebilmesini sağlayacaktır. Aydınlatılmış onam formunu imzalamadan önce gözden geçirilmelidir.

- 1- Hastalık ve sakatlığımın ismi, mahiyeti ve tedavi edilmediğinde ne tehlike ve sakıncalara yol açacağı biliyorum
- 2- Sorunumla ilgili önerilen işlemlerin mahiyetini biliyorum.
- 3- Sorunumun başka yoldan tedavisinin olup olmadığını biliyorum. Eğer varsa, bunların risk ve yararlarının neler olduğu bana söylendi. İnanıyorum ki bana önerilen işlem benim için en iyisi. Bu işlemin yarar ve sakıncalarını biliyorum
- 4- İşlemin risk, sakınca ve yan etkilerini biliyorum
- 5- Başarı olasılığımı biliyorum
- 6- Tedavi olmadıgımda ne olabileceğini biliyorum
- 7- Bana söylenenlerin tümünü anladım ve kendi cümlelerimle ifade edebilirim

- 8- Doktorum bütün sorularımı açık biçimde cevapladı ve kaygılarımı benimle konuştu.
- 9- Aydınlatılmış onam formunun ne anlama geldiğini biliyorum.
- 10- İmzaladığım formdaki her şeyi kabul ediyorum ve kabul etmediklerimin üzerini çizdim. Doktorum bu değişikliklerden haberdar.
- 11- Tıbbi müdahaleyi yapacak kişilerin kimliklerini ve özelliklerini biliyorum
- 12- Aklım başımda ve kendimi, kararımı veremeyecek şekilde sıkıntı ve baskı içinde hissetmiyorum.
- 13- Bu müdahaleden yeterince yarar göreceğimi ve bu yararın aldığım riskten ağır bastığını düşünüyorum
- 14- İstemezsem, bu müdahaleye onam vermek zorunda olmadığımı biliyorum (36).

Bilgilendirilme ve onay isteme, doktor ve sağlık çalışanları için, hastanın özgürlüğüne, kendi hayatını etkileyen kararları verme hakkına saygı gösterme anlamına gelmektedir. Bu kavram ve anlayış en az şu dört durumu içerir: Bilgilendirme, hastanın karar verme ve anlama kapasitesini göz önünde bulundurma, hastanın gönüllülüğü ve karar verme özgürlüğünü mutlaka hastaya sağlama (37).

Bu konuda kritik hususlar şunlardır: Personelin bu konuda bilinçlendirilmesi ve eğitilmesi, yaklaşımın zamanlaması ve bilginin sunulması ve kalitesi. Bilinçli ebeveynlerde gerek tedavi aşamasında, gerekse bazı araştırmaların yapılmasında iyi işleyen bir yöntemdir. Bilgilendirilmiş onam sürecine, tedavi veya araştırma hakkında inançların, değer ve amaçların etkisindeki bireysel yargılar da karışır. Ebeveynler doğal olarak öncelikle çocuklarının iyi bir tedavi ve bakım almasını isterler (37).

Zamanlama önemlidir. Çünkü, ebeveynin içinde bulunduğu psikolojik duruma göre, yargılaması, anlaması, rasyonel karar verme yeteneği değişiklik gösterir (37).

Tedaviler için böyle olmakla birlikte araştırmalara katılımlar için durum farklı ve daha problemlidir. Araştırmaların konusu yeni doğan hasta bebekler olduğunda, ebeveyn anksiyetesi, algılaması, onların verilen bilgileri anlamasını ve istenilen izinlerin farkında olmasını olumsuz etkilemektedir (37).

Personel çoğu zaman ne kadar ve ne çeşit bilginin verilmesi gerektiğinden emin olamamaktadır. Çok az bilgi belki onay verilmesi için kişilerin ikna olmasına yetmezken, çok ve gereksiz bilgi de tersi etki yapabilir veya ebeveynleri gereksiz yere telaşlandırabilir. Verilecek bilginin içeriğinde, girişimin veya araştırmanın muhtemel yararları, alternatiflerin hepsi, oluşabilecek yan etkiler veya olumsuzluklar bulunmalıdır. Yan ve olumsuz etkiler toplamda %1'den fazla görölmüşe mutlaka verilecek bilgiler içinde yer almalıdır diyenler vardır (37).

Ebeveyn bilgilendirme ve onay formları geliştirilmiştir. Bu formlar gerekli bilgileri ve onay kısmını da içermektedir. Tedavi prosedürlerinde bu formlar sadece büyük ve önemli riskler taşıyan işlemlerde kullanılmaktadır. Araştırmalarda ise, bilgilendirme ve onam formları önceden lokal etik komite tarafından incelenmekte ve onay verilmektedir. Bu onaylı formları her katılına vermek gerekmektedir (37).

Çocuklarının sağlıklarından sorumlu olan ebeveynlere, çocuklarına yönelik anestezi uygulamaları hakkında bilgi verilmesi gereklidir. Ebeveynler, çocuklarına uygulanacak anestezi ile ilgili olarak, riskler, alternatifler, prosedürler hakkında detaylı bilgi talep etmektedirler. Ebeveynlere bilgi verme yöntemleriyle (video, broşür, sözlü anlatım vb.), anksiyete ve tatmin olma derecesi arasında ilişkileri belirlemeye çalışan araştırmalar vardır. Buna göre örneğin İngiltere'de, sözlü anlatımlar yerine anestezi uygulamalarını yazılı olarak anlatan broşürlerin verilmesi, anksiyeteyi azaltmış, tatmin derecelerini yükseltmiştir. Ebeveynlerin, anlama kabiliyetleri, çocukların sağlıklarıyla ilgili olma dereceleri, bilginin veriliş zamanı gibi hususların da anksiyeteyi etkilediği görölmüştür. Bu çalışmalar sonucunda, bilgilendirme konusunda optimal ve kesin bir zamanlama ve yöntemle ulaşılamamıştır. "Ne kadar erken o kadar iyi" anlayışı genellikle kabul edilse de,

erken alınan bilgilerin başka yerlerden sorulması, doğruluğunun araştırılması, çeşitli görüşlerin kafa karıştırması da mümkündür (38).

İyi bir bilgilendirme formu bir yaprak A4 boyutundaki kağıttan daha fazla olmamalıdır. Bilgiler açık ve özlü bir şekilde verilmelidir. Bazen ebeveynlerin ne anladığı test edilmelidir. Örneğin verilen bilgiden anladığını kendi kelimeleriyle yazması bazen istenmelidir. İmza mutlaka istenmelidir. Bu, hem metnin anlaşıldığı hem de rızanın verildiği anlamına gelir (37).

Araştırmalar İçin Onay

Uygulamaların uygun olarak tam ve doğru bilgilendirilmiş deneklerle yapılması önemlidir. Yine araştırmalarda acil durumlarda bile onay aranmalıdır (37). Kanada Tıbbi Araştırmalar Komitesi'nin yayınladığı rehberde, 'ideal olarak, kişiler tamamen bilgilendirilmeli, katılım konusundaki kararlarını kesinlikle herhangi bir baskı altında kalmadan tamamen özgür iradelerine dayanarak vermelidirler' denilmektedir (12).

Etik kurul üyeleri, özellikle hastane içi uygulamalarda, katılımcıların düşünmeleri için yeterince zaman ayrılmasını, sırların ve mahremiyetin korunmasının sağlanmasını istemektedirler. Bilgilendirilmiş onamın alınması için kesin bir zamanın olmadığı da görülmektedir. Çeşitli otoriteler, 'düşünmek için yeterli zaman', 'zorlama olmaması', 'araştırmalardan her zaman çekilme özgürlüğünün sağlanması' gibi kavramların önemli olduğunu yazmışlardır (12).

Klinik araştırmacılar, sadece bir araştırma önerisinin dizaynı ve özgün değerleriyle değil aynı zamanda bilgilendirilmiş onam sürecinin uygunluğu ile de ilgilidirler. Örneğin hastaların onurunun ve özerkliğinin korunmasının sağlanması gibi (39). Genel olarak, bilgilendirilmiş onamdaki standartlar kişilerin serbestçe düşünüp karar vermelerini ve diğer kişilere danışabilmeleri için yeterli zaman ve şartları içermelidir (12).

Genel olarak, cerrahlar ve dahiliyecilerden farklı olarak anestezi uzmanları hastalarını hastaneye gelmeden ve giriş yapılmadan tanımamakta ve görmemektedirler (37). Pek çok yazara göre anestezi araştırmaları için bilgilendirilmiş onamın alındığı ortam potansiyel olarak baskıcı bir ortamdır. Her ne kadar araştırma onayının cerrahi gününden önce alınması arzu edilirse de, pratik olarak bu onam genellikle cerrahiden hemen önce, hastaların anksiyeteleri en yüksek düzeydeyken istenmekte ve alınmaktadır (40).

Tıp alanında bugünkü gelişmeler önceki çalışmaların bir sonucu olduğuna göre, bugün ileriye dönük gelişmeler için herkesin çalışmalar içinde yer alması gerektiği fikri ne kadar geçerli görünse de bireysel bağımsızlık ve seçme hürriyeti karşısında ısrarcı olunamaz (37).

Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Sağlık Enstitüsü, araştırmanın riskine ve deneysel karakteristiğine göre standartlar koymaya çalışmaktadır. Örneğin standart olmayan bir anestezi veya prosedür çalışılıyorsa ve bütün riskler önceden değerlendirilemiyorsa dahi yüksek standartlarda bir bilgilendirilmiş onam aranmaktadır (12).

Her ne kadar yüksek onam oranları çalışma açısından olumlu potansiyel bir sonuç olarak görülse de, bu oranlar hastaların kendilerini onam vermeye zorunlu hissettikleri baskıcı bir çevrede hissetmeleri nedeniyle yüksek çıkmış da olabilir. Alan R. Tait ve arkadaşlarının (12) yaptığı bir çalışmada, baskıcı ortamın etkisinin az olduğu görülmüştür. Çünkü çok az sayıda katılımcı kendisini baskı altında hissettiğini ifade etmiştir. Bu nedenle yüksek katılım oranlarının, çalışmaların pek çoğunun iyi doğasından ve onam alan personelin uzmanlaşmış olmasından ve gerekli bilgileri ön yargıdan uzak ve objektif bir yolla sunmalarından kaynaklandığı düşünölmüştür.

Araştırmalarda Ebeveynler ve Onam

Ebeveynlerin çocuklarının bir araştırmada yer almalarına razı olmaları konusundaki kararlarını neler etkilemektedir? Bu konuda yapılan araştırmalar göstermiştir ki, çocuklarının yaşayacağı risk ve tedavilerinde gösterilecek ayrıcalıkların değerlendirmesi bunda etkili olmaktadır. Yine, araştırmaların önemi konusundaki inanç ve yargıları ile onam sürecinde hissettikleri güven ve doğruluk da bu katılımı etkilemektedir. Araştırmalarda yine karşılaşılan bir sonuç da , 1/3 ebeveynin doktorlarının bu konuda kendileri adına karar vermesini istedikleri veya en azından kuvvetli bir fikir vermelerini bekledikleridir (37).

Mingus ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada, yetişkin ebeveynlerin bir hipotetik araştırma senaryosunda yer almakla ilgili davranışları rapor edilmiştir. Sonuçlar göstermiştir ki kayıt için tercih edilen ortam, doktorlarıyla görüştükten sonra, hastaneye kabul testlerinin yapıldığı zamandır (40).

3. BİREYLER VE YÖNTEM

3.1. Bireyler

Hacettepe Üniversitesi Klinik ve İlaç Araştırmaları Yerel Etik Kurulu'nun 22/7/2005 Tarih ve B.30.2.HAC.0.01.00.05/782 sayılı onayı alındıktan sonra Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Radyoloji Ünitesi'nde anestezi altında MRI çekimi yapılacak 180 çocuk hastanın ebeveynlerine anket uygulanması planlanmıştır.

Okuma yazması olmayan, anket doldurmayı kabul etmeyen, psikolojik rahatsızlığı olan ebeveynler çalışma dışı bırakılmıştır. Radyoloji Ünitesi'ne anestezi altında MRI çekilmesi için başvuran tüm çocukların anne ve/veya babaları 180 çocuk sayısına ulaşıncaya kadar, çalışmaya dahil edilmek üzere randomize edilmişlerdir.

3.2. Yöntem

Anket Uygulaması

Anestezi altında MRI çekilecek, ilk 180 çocuk randomize edilerek çalışmaya dahil edilmiştir. Aynı çocuğun hem anne hem de babası yanında bulunup çalışmaya katılmayı kabul ederlerse, bunlar aynı grupta yer almışlardır. Ebeveynler, MRI da verilecek anestezi hakkında bilgilendirilerek onayları alınmıştır. Randevu günü kararlaştırıldıktan sonra ebeveynlerden bir anket çalışmasına katılmaları için onay alınmıştır. Çalışmaya dahil edilen ebeveynler üç gruba ayrılmıştır;

Anket çalışmasına katılan tüm ebeveynlerden Ek 1 (Demografik bilgi formu ve anket), Ek 2 (Sürekli kaygı envanteri) ve Ek 3'ü (Durumluluk kaygı envanteri) doldurmaları istenmiştir. Görevli tekniker ve araştırmacı tarafından "bilgi ve anket formu" verilmiştir. Ebeveynlerin sakin bir yerde, herhangi bir etki altında kalmadan soruları cevaplamaları sağlanmıştır. Ebeveynlere anket formuna isimlerini yazmalarını gerekeceği, verecekleri cevapların hastalarına verilen hizmeti etkilemeyeceği söylenmiş ve gerçek düşüncelerini belirtmeleri istenmiştir. Bunun ileriye yönelik

hizmet kalitesini arttıracığı söylenerek düşüncelerini açık olarak belirtmeleri ve ankette bulunan soruların tümüne cevap vermeleri, ayrıca Sürekli-Durumluk Kaygı Envanterleri'ni doldurmaları rica edilmiştir.

Grup K (Kontrol Grubu); Ebeveynler MR anestezisi hakkında bilgilendirilmişler ve onamları alınmıştır. Randevu günü belirlendikten sonra, anket çalışması hakkında bilgilendirilen ve onayları alınan ebeveynler çalışmaya dahil edilmişlerdir. Randevu günü Demografik bilgileri içeren Anket formunu, Sürekli-Durumluk Kaygı Envanterleri'ni doldurmaları rica edilmiştir. MR günü ebeveynlerden, çocuklarına MRI çekilirken Durumluk Kaygı Envanterini (ikinci kez) ve Beck Anksiyete envanterini (Ek4) doldurmaları istenmiştir.

Grup R (Randevu grubu); Ebeveynler MR anestezisi hakkında bilgilendirilmişler ve onamları alınmıştır. Randevu günü belirlendikten sonra, anket çalışması hakkında bilgilendirilen ve onayları alınan ebeveynler çalışmaya dahil edilmişlerdir. Randevu günü Demografik bilgileri içeren Anket formunu, Sürekli-Durumluk Kaygı Envanteri'ni doldurmaları rica edilmiştir. Anketi ve Sürekli-Durumluk Kaygı Envanterini doldurduktan sonra çocuklarının bir klinik çalışmaya katılmaları için ebeveynler bilgilendirilerek onay vermeleri istenmiştir (Bunun hipotetik bir çalışma olduğu ebeveynlere bildirilmemiştir). MRI yapıldığı gün ebeveynlerden, çocuklarına MRI çekilirken Durumluk Kaygı Envanterini (ikinci kez) ve Beck Anksiyete envanterini doldurmaları istenmiştir.

Grup M (MRI grubu): Ebeveynler MR anestezisi hakkında bilgilendirilmişler ve onamları alınmıştır. Randevu günü belirlendikten sonra, anket çalışması hakkında bilgilendirilen ve onayları alınan ebeveynler çalışmaya dahil edilmişlerdir. Randevu günü Demografik bilgileri içeren Anket formunu, Sürekli-Durumluk Kaygı Envanteri'ni doldurmaları rica edilmiştir. MRI yapıldığı gün ebeveynlerden, çocuklarının bir klinik anestezi çalışmasına katılması için onay vermesi istenmiştir (Bunun hipotetik bir çalışma olduğu ebeveynlere bildirilmemiştir). Daha sonra çocuklarına MRI çekilirken, Durumluk Kaygı Envanterini (ikinci kez) ve Beck Anksiyete envanterini doldurmaları istenmiştir.

Tüm gruplarda, randevu günü ile MRI günü arasında ortalama 4 haftalık bir süre mevcuttur.

Anket Soruları

1. grup sorular ile ebeveynlerin ve çocuklarının demografik verileri araştırılmıştır. Ebeveynlerin yaşı, eğitim durumu, çocuğun yaşı, çocuğun daha önce anestezi alıp almadığı, çocuk sayısı, ailede çocuk ölümü, ailede daha önce anestezi alan kimsenin olup olmadığı ve sorunlu anestezi öyküsü sorulmuştur.

2. grup sorularda anestezi, anestezi öncesi açlık, tetkik sonucu ile ilgili ne kadar kaygılı oldukları sorulmuştur. ‘Kaygılı değilim, az kaygılıyım, kaygılıyım ve çok kaygılıyım’ şeklinde cevap vermeleri istenmiştir.

3. grup sorularla çocuklarının bir klinik anestezi çalışmasına katılmasına onay vermelerinin sebebinin ne olabileceği ve/veya onay vermemelerinin sebebinin ne olabileceği sorulmuştur (Ek1).

Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Çalışmaya dahil edilen ebeveynlerin anksiyete düzeyleri, iki defa ölçülmüştür; İlki randevu günü belirlendikten sonra Sürekli-Durumluk Kaygı envanteri ile belirlenmiştir. İkinci seferde ise çocuklarına anestezi altında MRI çekimi yapılırken Durumluk Kaygı Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği kullanılarak anksiyeteleri ölçülmüştür

Sürekli-Durumluk Kaygı Envanteri (STAI)

Necla Öner ve Ayhan Lecompte tarafından Türkçe’ye uyarlanan envanterin, her biri 20 maddeden oluşan iki ayrı ölçeği vardır (Ek2) (Ek3). İlk 20 maddelik ölçek durumluk kaygı ölçeğidir. Bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler. Diğer 20 maddelik ölçek sürekli kaygı ölçeğidir ve bireyin içinde

bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, kendini nasıl hissettiğini belirler. Her bir ölçek için ayrı soru formu vardır. Yanıtlar bu formlar üzerine işaretenir. Ayrıca her bir soru formunun puanlamasında kullanılan yanıt anahtarları mevcuttur. Hastanın kaygı düzeyleri, bu cevap anahtarları kullanılarak belirlenir (22).

Uygulanışı: Bireyin kendi kendine yanıtlayabileceği, uygulanması kolay bir envanterdir. Her iki ölçek de aynı zamanda uygulanabilir. Aynı zamanda uygulandığında önce Durumluk Kaygı Ölçeği sonra Sürekli Kaygı Ölçeği verilmelidir. Bunun nedeni, Durumluk Kaygı Ölçeğinin sınama yada sınama koşullarıyla ilgili tedirginlik, kuruntu ve heyecan gibi duygusal, fizyolojik ve bilişsel süreçlere duyarlı olmasıdır. Bu şekilde anlık (geçici) kaygı güvenilir bir düzeyde ölçülmüş olur (22).

Envanter okuma-yazma bilmeyenlere bireysel olarak uygulandığında, maddeler uygulamacı tarafından okunup, verilen yanıtlar yine uygulamacı tarafından form üzerinde işaretenir. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri öz-değerlendirme yöntemi ve kağıt kalem tekniği ile cevaplandığı için bireysel ya da grup halinde uygulanabilir. Durumluk Kaygı Ölçeği ve Sürekli Kaygı Ölçeği iki ayrı sayfa halinde basılmıştır. Her bir ayrı sayfanın başında, soruların nasıl cevaplanacağı birer paragraflık yönergelerle belirtilmiştir. Bu yönergeleri ve ölçek maddelerini orta eğitim seviyesindeki her birey anlayabilir ve cevaplandırabilir. Cevaplandırma esnasında bir zaman kısıtlaması yoktur. Ancak yirmi dakikada her iki ölçek cevaplandırılabilir.

Yanıtlaması: Durumluk kaygı ölçeğinin yanıtlamasında maddelerin ifade ettiği duyuş, düşünce ya da davranışların şiddet derecesine göre “hiç”, “biraz”, “çok” ve “tamamıyla” şıklarından birinin seçilmesi ve işaretenmesi istenir (22).

Cevapların Puanlaması: Her iki ölçek için de cevap seçenekleri dört tanedir. Seçeneklerin ağırlık değerleri 1’ den 4’ e kadar değişir. Ölçekler 20’ şer maddeden oluştuğuna göre her ölçekten elde edilen toplam puan değerleri 20 ile 80 arasında değişebilir. Puanların yüksek olması kaygı seviyesinin yüksek olduğuna işaret eder.

İlkokul mezunu seviyesinde okuma-yazması olan birey özel yardıma ihtiyaç göstermeden formları doldurabilmektedir. Ancak bazı maddeleri anlamada güçlük oluşması halinde üçten fazla cevapsız madde varlığında form geçersiz sayılır ve puanlandırılmaz (22).

Ölçeklerde iki tür ifade bulunur. Bunlara doğrudan, ya da düz, ve tersine dönmüş ifadeler denmektedir. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirmektedir. Puanlama elle ya da bilgisayarla olmak üzere iki şekilde yapılabilir.

Elle puanlamada, doğrudan ya da tersine dönmüş ifadelerin her biri için iki ayrı anahtar hazırlanır. Bir anahtarla doğrudan ifadelerin, ikinci anahtarla tersine dönmüş ifadelerin toplam ağırlıkları saptanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan, ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır (durumluk kaygı ölçeğinde on tane tersine dönmüş ifade vardır. Bunlar 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20'inci maddelerdir. Sürekli kaygı ölçeğinde ise tersine dönmüş ifadelerin sayısı yedidir ve bunlar 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39'uncu maddelerdir. Bulunan sayıya önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk kaygı ölçeği için değişmeyen değer 50, sürekli kaygı için ise 35'dir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır (22).

Puanların Yorumlanması: Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan ise düşük kaygı seviyesini belirtir. Testin kullanımı için özel bir eğitim gerekmez (22).

Beck Anksiyete Envanteri (BAE)

Bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi amacıyla kullanılır. Kendini değerlendirme ölçeğidir. Grup olarak uygulanabilir. Ergen ve yetişkinlere uygulanır. Zaman sınırlaması yoktur. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir ölçektir (41) (Ek4).

Bireylerin kendi kendine cevaplandırabilecekleri, uygulaması kolay bir ölçektir. Formun başında nasıl yanıtlanabileceğine dair bilgi vardır. Her madde için “Hiç”, “Hafif derecede”, “Orta derecede”, “Ciddi derecede” seçeneklerinden birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istenir. Verilen cevaplara 0 ile 3 arasında değişen puanlar verilir. Puan ranjı 0-63’tür. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir. Özgün adı “Beck Anxiety Inventory”(BAI) dir.

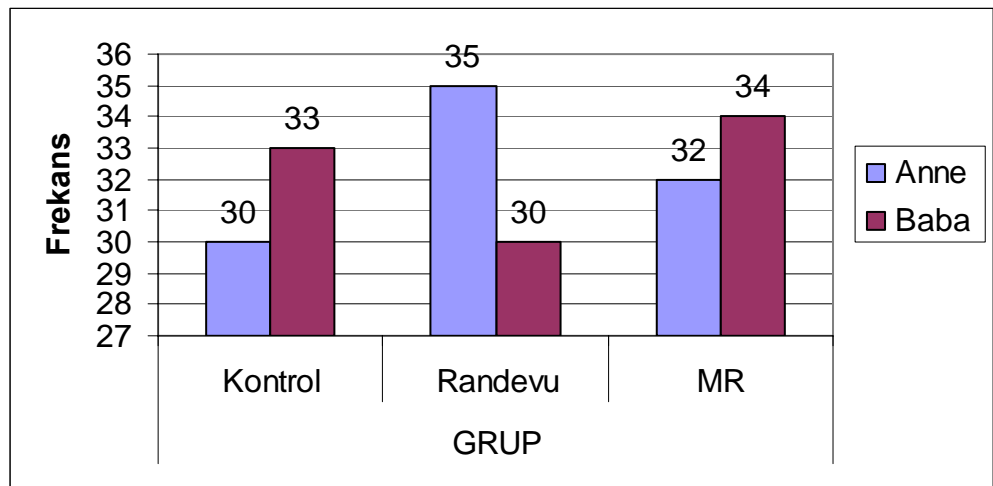
Mustafa Ulusoy, Nesrin Şahin ve Hüsnü Erkmen tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmaya 180 çocuğun ebeveyni dahil edilmiştir.. 10 çocuk ebeveyni kontrol grubundan, 13 çocuk ebeveyni randevu grubundan, 11 çocuk ebeveyni MR Grubundan toplam 34 çocuk ebeveyni Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanterini tam olarak doldurmamışlardır. Randevu gurubuna dahil 2 çocuk ebeveyni ise çocuklarının bir klinik anestezi çalışmasına dahil edilmesini reddetmiştir. Bu nedenle 36 çocuk ebeveyni çalışmadan çıkarılmışlardır. Aynı çocuğun hem anne hem de babası yanında bulunup çalışmaya katılmayı kabul ederlerse, bunlar aynı grupta yer almışlardır. Çalışmaya 144 çocuğun, 97 anne ve 97 baba olmak üzere toplam 194 ebeveyni katılmıştır. Çocukların ebeveynlerin gruplara göre dağılımı ki-kare testi ile karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.1) (Şekil 4.1).

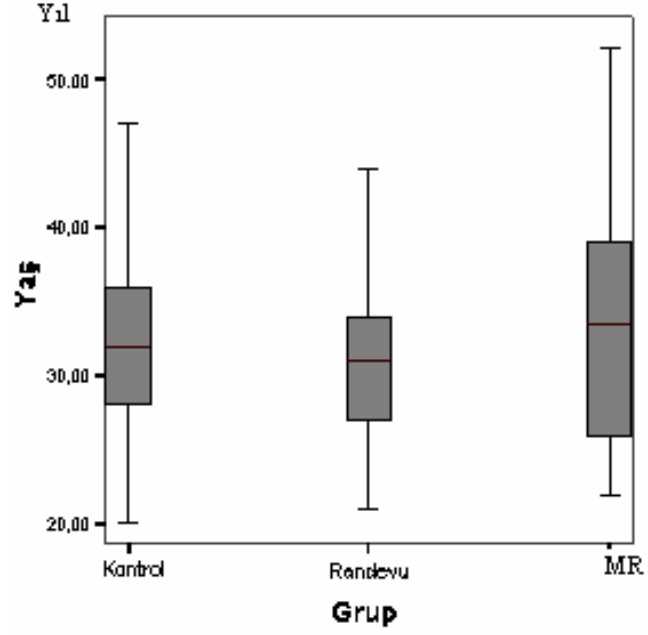
Tablo 4.1 Tek ebeveyn ve iki ebeveyn ile çalışmaya katılan çocuk sayısının gruplara göre dağılımı

	Çocuk sayısı	İki ebeveynli çocuk sayısı	Tek ebeveynli çocuk sayısı
Kontrol Grubu	50	13	37
Randevu Grubu	45	15	30
MR Grubu	49	17	32

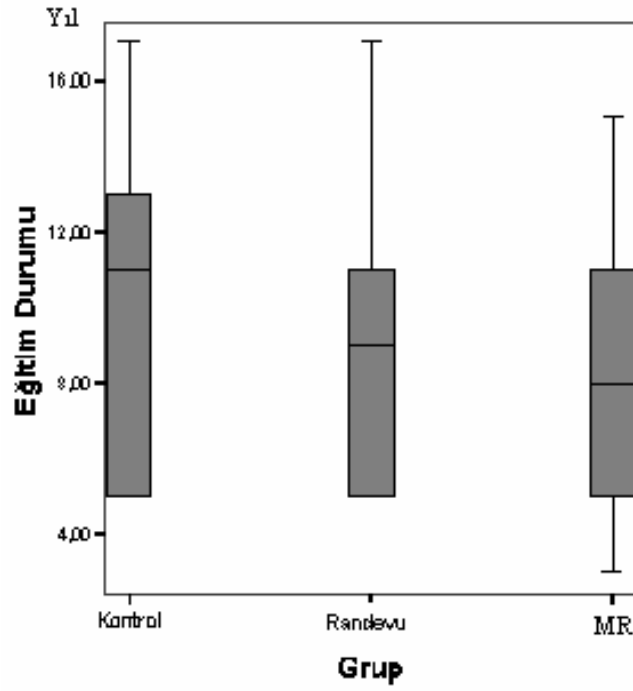


Şekil 4.1 Çalışmaya katılan ebeveynlerin gruplara göre dağılımı

Ebeveynlerin cinsiyet, yaş ve eğitim seviyelerine göre dağılımları şekil 4.1, 4.2 ve 4.3'te gösterilmiştir.



Şekil 4.2 Gruplara göre ebeveynlerin yaşları dağılımı

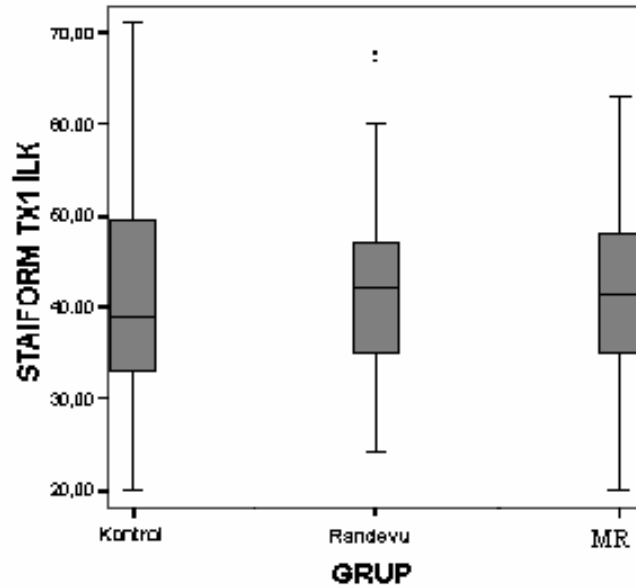


Şekil 4.3 Gruplara göre ebeveynlerin eğitim düzeylerinin dağılımı

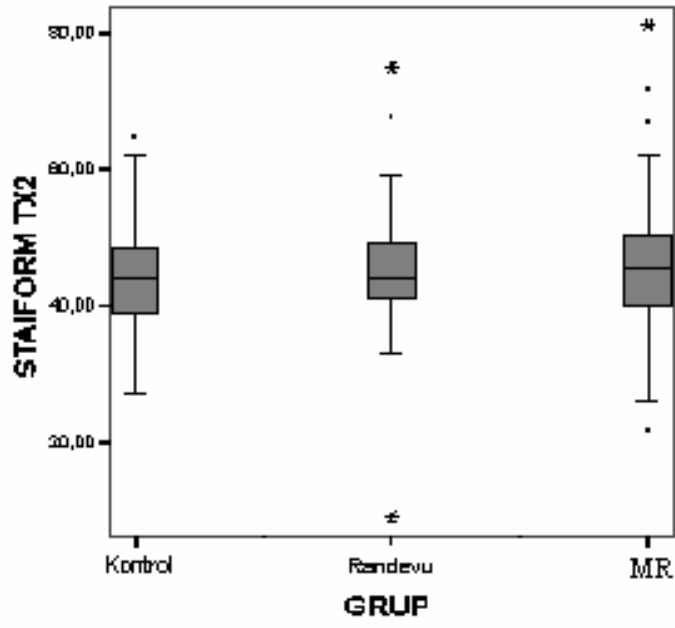
Gruplara göre anksiyete düzeyleri tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldığında; Beck Anksiyete puanında, Sürekli Kaygı Envanteri puanında (STAI FORM TX2) ve Randevu günü yapılan Durumluk Kaygı Envanteri puanında (STAI FORM TX1 ilk) istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir (Tablo 4.2) (Şekil 4.4) (Şekil 4.5) (Şekil 4.6).

Tablo 4.2 Gruplara göre anksiyete skorlarının ortalamaları ve standart sapmalarının dağılımı

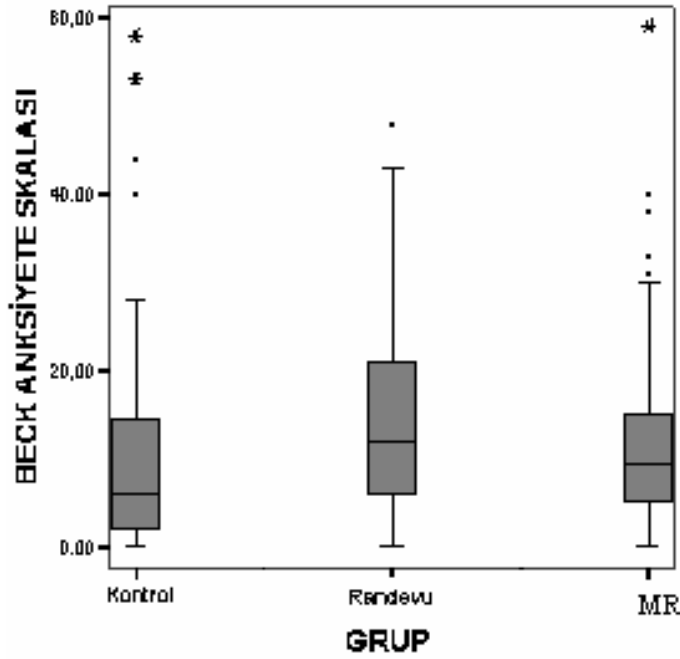
GRUP	K ort ± SD	R ort ±SD	M ort ± SD	F	p
STAI FORM TX1 ilk	42,2 ±11,7	42,3 ±9,7	41,7 ±9,4	0,205	0,815
BECK	10,5±12,7	14,6 ±11,3	12,2 ±11,0	1,953	0,145
STAI FORM TX2	43,9 ±8,6	44,9 ±8,9	45,6 ±10,5	0,511	0,601
STAI FORM TX1sonra	48,5 ±11,5	57,4 ±8,5	51,9 ±9,8	13,922	0,000



Şekil 4.4. Gruplara göre STAI FORM TX1-ilk puanlarının dağılımı

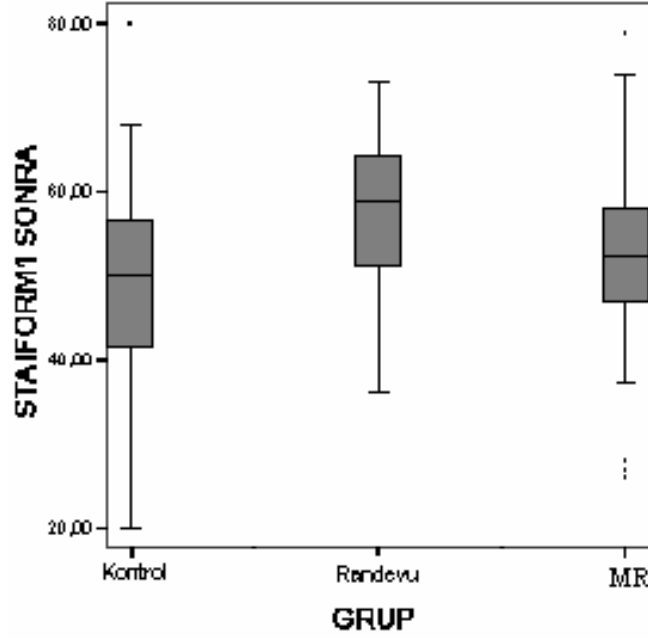


Şekil 4.5 Gruplara göre STAI FORM TX2 puanlarının dağılımı



Şekil 4.6 Gruplara göre Beck Anksiyete puanlarının dağılımı

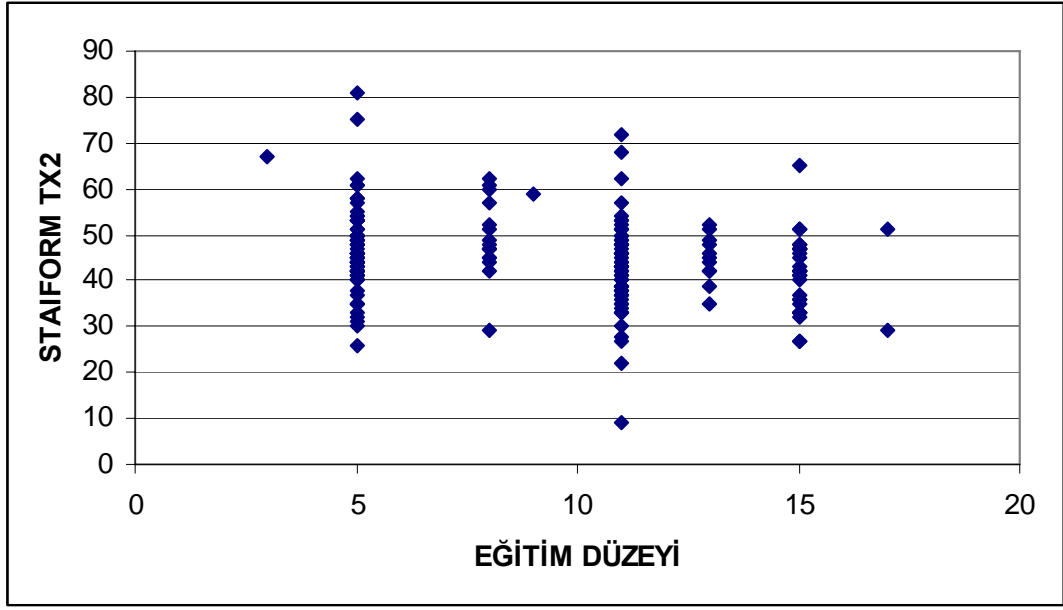
Randevu Grubunda, MR tetkiki sırasında yapılan Durumluk Kaygı Envanteri puanının (STAI FORM TX1sonra) yüksekliği diğer gruplara göre anlamlıdır (Tablo 4.1) (Şekil 4.7)



Şekil 4.7 Gruplara göre STAI FORM1 sonra puanlarının dağılımı

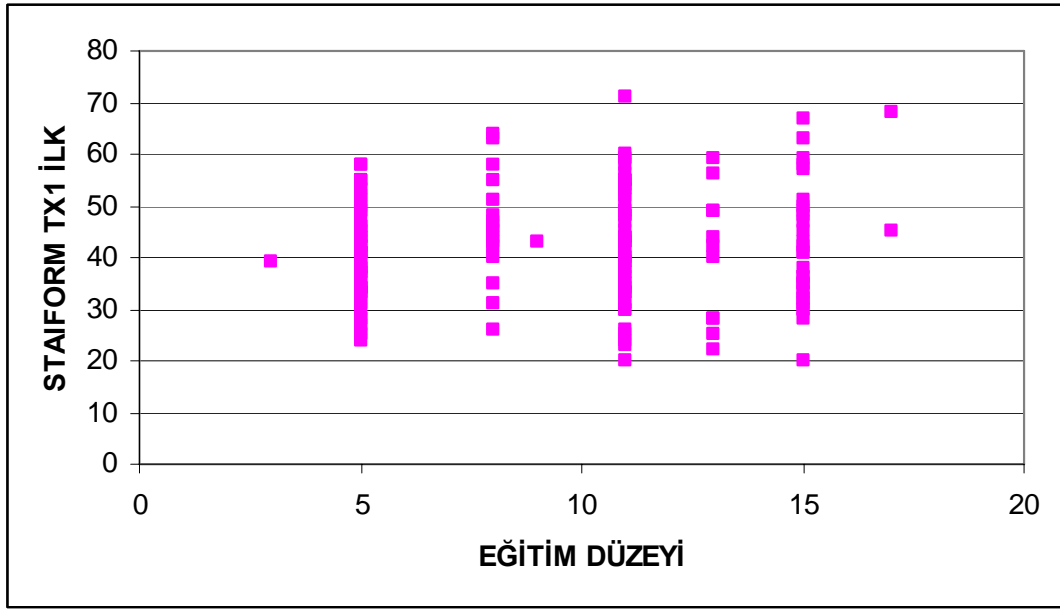
Ebeveynlerin anksiyete düzeyleri; ebeveynlerin yaşı ve çocuk yaşı ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark izlenmemiştir.

Ebeveynlerin eğitim düzeyleri ile Sürekli Kaygı Envanteri puanları arasında negatif zayıf ilişki izlenmiştir. Ebeveynlerin eğitim düzeyleri yükseldikçe, Sürekli Kaygı Envanteri puanlarında görülen azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (Şekil 4.8)

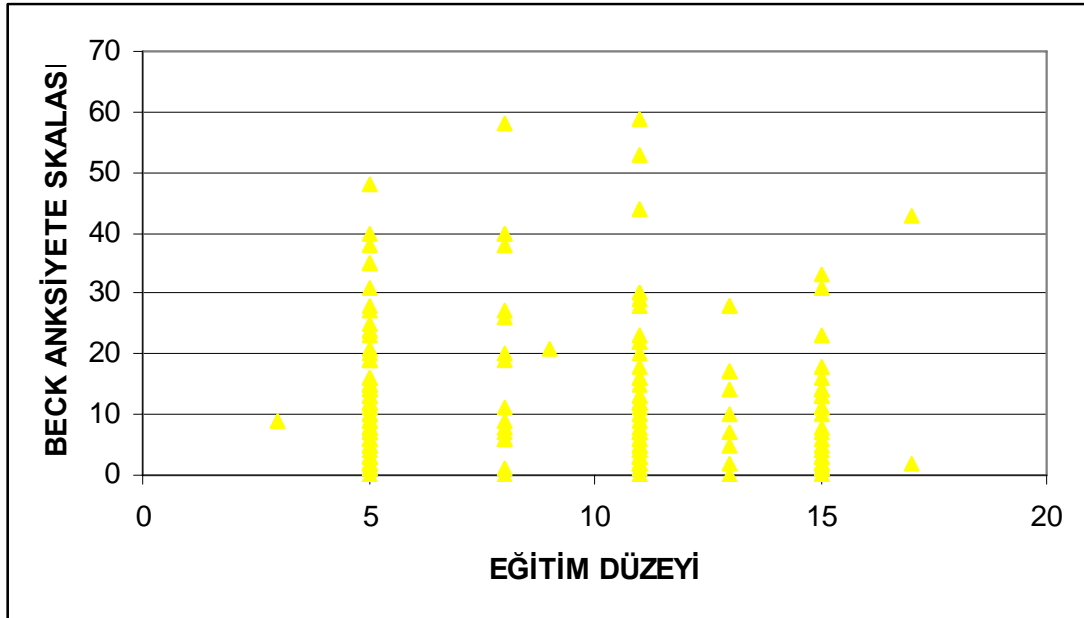


Şekil 4.8 Ebeveynlerin eğitim düzeyine göre STAI FORM TX2 puanı dağılımı

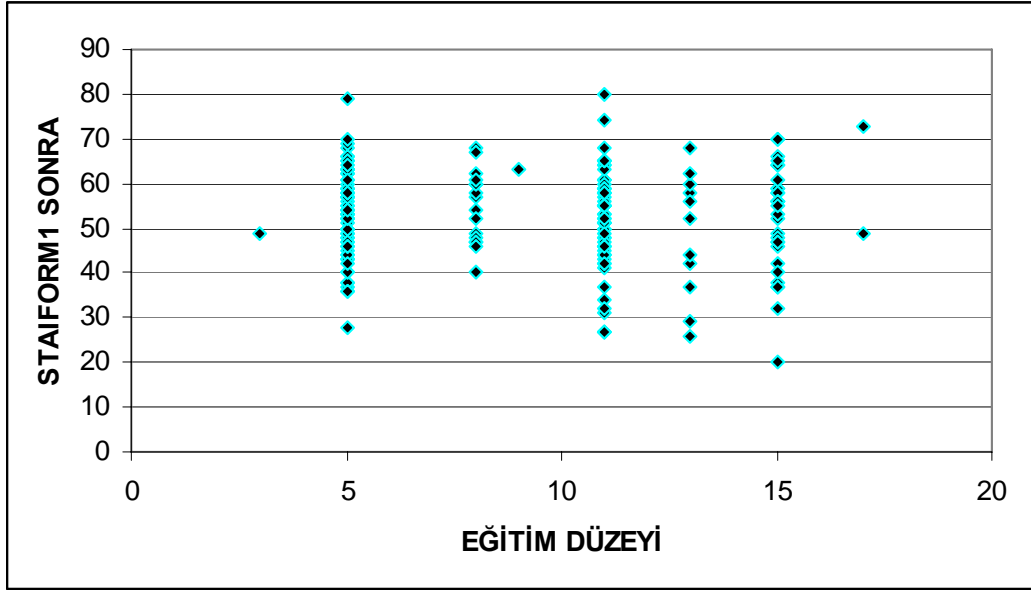
Ebeveynlerin eğitim düzeyleri ile durumluk kaygıyı gösteren STAI FORM1-ilk, STAI FORM1-sonra ve Beck anksiyete puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir (Şekil 4.9) (Şekil 4.10) (Şekil 4.11).



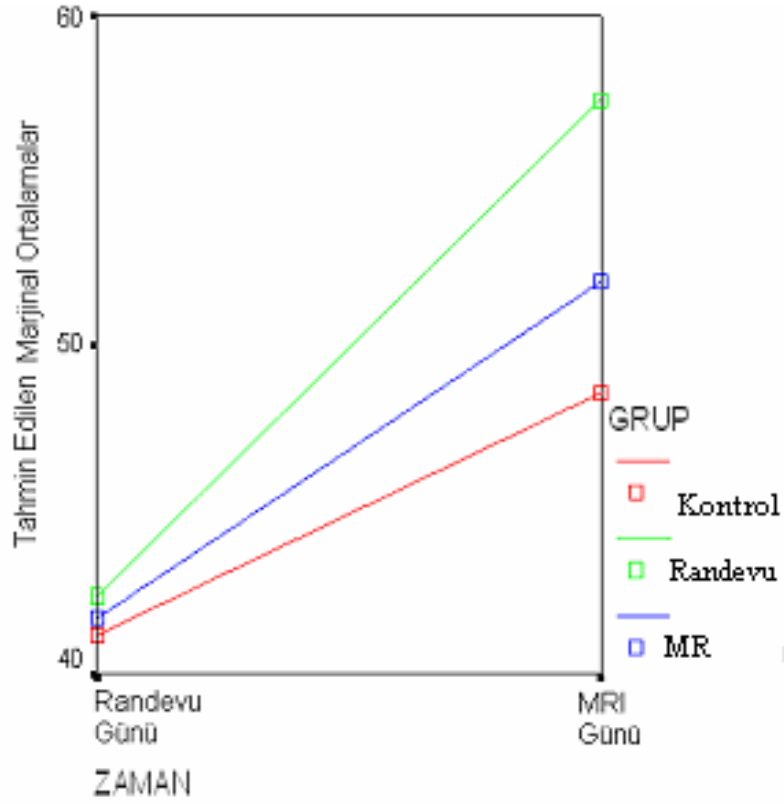
Şekil 4.9 Ebeveynlerin eğitim düzeyine göre STAI FORM TX1 ilk puanı dağılımı



Şekil 4.10 Ebeveynlerin eğitim düzeyine göre Beck anksiyete puanı dağılımı



Şekil 4.11 Ebeveynlerin eğitim düzeyine göre STAI FORM TX1 sonra puanı dağılımı



Şekil 4.12 Grupların STAI FORM1 puanının zaman içinde değişimi

Kontrol ve MR Grubunda, Durumluk Kaygı Envanteri Puanı (STAI FORM TX1) tekrarlı ölçümlerde varyans analizi ile karşılaştırıldığında, zaman içinde değişiminde anlamlı bir artış gözlenmezken; Randevu grubunda Durumluk Kaygı Envanteri Puanında zaman içinde anlamlı derecede artış gözlenmiştir (F=14,8 p=0,000) (Şekil 4.12).

Çocuklarının daha önce anestezi almalarıyla ebeveyn anksiyete puanları arasındaki ilişki, bağımsız gruplarda t-testi ile karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0,05) (Tablo 4.3).

Tablo 4.3 Çocuğun daha önce anestezi alıp almamasıyla anksiyete skorlarının karşılaştırılması

	Çocuk anestezi (-)	Çocuk anestezi(+)	p
	ort ±SD	ort ±SD	
N	110	84	
Beck	13,4± 12,5	11,3 1±0,7	0,207
STAI FORM TX2	44,4 ±8,2	45,4 ±10,8	0,471
STAI FORM TX1 ilk	41,4 ±10,7	42,2 ±9,7	0,611
STAI FORMTX1 sonra	53,5 ±10,2	51,6 ±11,1	0,226

Ailede daha önce anestezi alma öyküsü ile anksiyete skorları arasındaki ilişki bağımsız gruplarda t-testi ile karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0,05) (Tablo 4.4).

Tablo 4.4 Ailede daha önce geçirilmiş anestezi öyküsü olup olmamasıyla anksiyete skorlarının karşılaştırılması

	Aile anestezi(-) ort± SD	Aile anestezi(+) ort ±SD	P
N	76	118	
Beck	12,4 ±12,3	12,49 ±11,4	0,974
STAI FORM TX2	44,7 ±8,4	44,9 ±10,0	0,846
STAI FORMTX1 ilk	40,8 1±0,4	42,4 ±10,1	0,296
STAI FORMTX1 sonra	51,6 ±9,4	53,4 ±11,3	0,266

Ailede daha önce düşük veya ölüm nedeniyle çocuk kaybedilmesi ile anksiyete skorları arasındaki ilişki bağımsız gruplarda t-testi ile karşılaştırıldığında anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.5 Daha önce düşük ya da ölüm nedeniyle kaybedilmiş çocuk olup olmamasıyla anksiyete skorlarının karşılaştırılması

	Ölen çocuk(-) ort ±SD	Ölen çocuk(+) ort ±SD	P
N	161	33	
Beck	12,3± 11,5	13,2 ±13,1	0,715
STAI Form TX2	44,6 ±9,9	46,2 ±6,3	0,356
STAI Form TX1 ilk	41,6 ±10,5	42,5 ±8,9	0,620
STAI FormTX1 sonra	52,5± 10,7	53,4 ±10,2	0,670

Gruplara göre anksiyete skorlarında cinsiyetin etkisi, iki yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldığında; annelerin Beck anksiyete puanı bütün gruplarda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (F=8,3 $p=0,004$) (Tablo 4.6).

Tablo 4.6 Cinsiyetin Beck Anksiyete Puanı üzerine etkisi

Grup	Anne Beck Ank ort±SD	Baba Beck Ank ort±SD
Kontrol	12,6 ±13,6	8,7 ±11,7
Randevu	15,7 ±10,3	13,3 ±12,3
MR	16,3 ±12,7	8,4 ±7,6

F=8,3 P=0,004

Bütün gruplarda annelerin STAI FORM TX2 puanının yüksekliği istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=21,1 p=0,000) (Tablo 4.7).

Tablo 4.7 Cinsiyetin STAI FORMTX2 puanı üzerine etkisi

Grup	Anne STAI Form TX2 ort±SD	Baba STAI Form TX2 ort±SD
Kontrol	47,16 ±7,5	41,0 8±,6
Randevu	46,4 ±10,2	43,2 ±6,9
MR	49,9 1±0,7	41,6 ±8,9

F=21,1 P=0,000

Annelerin randevu günündeki STAI FORM TX1 puanı grupların hepsinde anlamlı olarak babalardan yüksek bulunmuştur (F=18,8 p=0,000) (Tablo 4.8).

Tablo 4.8 Cinsiyetin STAI FORMTX1 ilk puanı üzerine etkisi

Grup	Anne STAIForm TX1 ilk ort±SD	Baba STAIForm TX1 ilk ort±SD
Kontrol	43,7 ±11,9	38,8 ±11,2
Randevu	43,8 1±0,6	40,6 ±8,3
MR	46,9± 6,7	36,8 ±8,9

F=18,8 P=0,000

Ayrıca annelerin MR çekimi sırasındaki Durumluk Kaygı Puanlarının yüksekliği tüm gruplarda istatistiksel olarak anlamlı gözlenmiştir (F=28,9 p=0,000) (Tablo 4.9).

Tablo 4.9 Cinsiyetin STAI FORM TX1 sonra puanı üzerine etkisi

Grup	Anne STAI FORM TX1 sonra ort±SD	Baba STAI FORM TX1 sonra ort±SD
Kontrol	52,3 ±10,3	45,1 ±11,6
Randevu	60,0 ±7,8	54,4 ±8,5
MR	56,5 ±8,7	47,6 8±,9

F=28,9 P=0,000

Cinsiyet ile gruplar arasındaki ilişki Multiple Comparison testi ile karşılaştırıldığında; Randevu Grubundaki hem anne hem de babalarda STAI FORM TX1 sonra anksiyete skorlarının yüksekliği anlamlı bulunmuştur (F=13,3 p=0,000).

Ebeveynlere, çocuklarının anestezi almalarıyla ilgili kaygılı olup olmadıkları sorulmuştur. Sonuçlar ki-kare testiyle karşılaştırıldığında babalara göre annelerin anestezi kaygısının yüksekliği anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.10).

Tablo 4.10 Anne ve babaların anestezi kaygısının karşılaştırılması

	Kaygılı Değilim	Az Kaygılıyım	Kaygılıyım	Çok Kaygılıyım
Anne n(%)	25(%25,8)	25(%25,8)	16(16,5)	31(%32,0)
Baba n(%)	49(50,5)	24(%24,7)	12(%12,4)	12(%12,4)

P=0,001

Çocukların anestezi öncesi aç kalmalarıyla ilgili kaygıları ki- kare testiyle karşılaştırıldığında annelerin kaygılarının babalara göre yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.11).

Tablo 4.11 Anne ve babaların anestezi öncesi çocuğun açlığı ile ilgili kaygısının karşılaştırılması

	Kaygılı Değilim	Az Kaygılıyım	Kaygılıyım	Çok Kaygılıyım
Anne n(%)	54(%55,7)	22(%22,7)	7(%7,2)	14(%14,4)
Baba n(%)	79(%81,4)	13(%13,4)	1(%1,0)	4(%4,1)

P=0,001

Ebeveynlere, MRI sonucuyla ilgili kaygılı olup olmadıkları sorulmuştur. Sonuçlar ki-kare testiyle karşılaştırıldığında; annelerin kaygılarının babalara göre yüksekliği anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.12).

Tablo 4.12 Anne ve babaların MRI sonucuyla ilgili kaygısının karşılaştırılması

	Kaygılı Değilim	Az Kaygılıyım	Kaygılıyım	Çok Kaygılıyım
Anne n(%)	18(%18,6)	17(%17,5)	15(%15,5)	26(%26,8)
Baba n(%)	31(%32,0)	25(%25,8)	15(%15,5)	26(%26,8)

P=0,012

Eğitim düzeyi ile anestezi kaygısı, anestezi öncesi açlık kaygısı, tetkik sonucu kaygısı Pearson korelasyonu ile karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p \geq 0,005$).

Ebeveynlere çocuklarının klinik çalışmaya katılmasına onay vermelerinin nedeni sorulduğunda 170 ebeveyn (%87,6) sebebin 'tıbbi bakımın en iyisini almak' olduğunu, 3 ebeveyn (%1,5) 'tıbbi bilgiye katkıda bulunmak', 21 ebeveyn (%10,8) ise 'topluma yardımcı olmak' olduğunu belirtmişlerdir.

Çocuklarının bir klinik çalışmaya katılmasına onay vermemelerinin nedeninin ne olabileceği sorulduğunda; 152 ebeveyn (%78,4) 'çocuğun sağlığını tehlikeye atma korkusu' olduğunu, 26 ebeveyn (%13,4) 'ne olduğunu bilememe', 16 ebeveyn (%8,2) ise 'çocuğun sağlığının iyi durumda olmaması' olduğunu belirtmişlerdir.

Eğitim düzeyleri ile çalışmayı onaylama nedenleri Mann-Whitney Testiyle karşılaştırıldığında; ‘tıbbi bakımın en iyisini almak için’ diyen ebeveynlerin eğitim süreleri, ‘topluma yardımcı olmak için’ diyen ebeveynlerin eğitim sürelerine göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($p=0,001$) (Tablo 4.13).

Tablo 4.13 Onay nedenlerinin eğitim düzeyleri ile ilişkisi

Onay nedeni	N	Eğitim düzeyleri(Yıl) \pm SD
Tıbbi bakımın en iyisini almak	170	8,8 \pm 3,7
Tıbbi bilgiye katkıda bulunmak	3	13,0 \pm 2,0
Topluma yardımcı olmak	21	9,2 \pm 3,8

$p=0,001$

Bir klinik çalışmayı red etme nedenleriyle eğitim düzeyleri Kruskal-Wallis Testiyle karşılaştırıldığında red nedeni ‘ocuğun sağlığının iyi durumda olmaması’ diyen ebeveynlerin eğitim düzeyleri, ‘ne olduğunu bilememe’ nedeniyle cevabını veren ebeveynlere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0,010$) (Tablo 4.14).

Tablo 4.14 Red nedeni ile eğitim düzeyleri arasındaki ilişki

Red nedeni	N	Eğitim düzeyleri(yıl) \pm SD
Çocuğun sağlığını tehlikeye atma korkusu	152	9,15 \pm 3,69
Ne olduğunu bilememe	26	7,9 \pm 3,8
Tıbbi nedenler(ocuğun sağlığının iyi olmaması)	16	11,5 \pm 4,3

$p=0,010$

5.TARTIŞMA

Anesteziistler, prospektif çalışmalarla ilgili görüşmeleri ancak ya cerrahi günü ya da bir gün önce yapabilmektedirler. Doğal olarak, bazı kişiler en stresli zamanlarına rastlayan bu günlerdeki talepleri hoş karşılamamakta ve kabul etmemektedir. Bazı yazarlar, hastalara cerrahiden hemen önce yaklaşılmasını “etik” bulmamaktadırlar. Bu zamandaki yaklaşımların hastaları zorlayıcı bir etki yarattığı, özgürce karar vermelerine imkan sağlamadığı düşüncesindedirler. Böyle olmakla birlikte Montgomery ve arkadaşlarının (42) yaptığı bir çalışmada, 158 hastanın sadece 5’i katılım konusunda baskı hissettiğini söylemiştir.

Hastalara birdenbire yaklaşmaktansa, hastaneye kabullerinden önce böyle bir çalışma yapıldığına/yapılacağına dair bilgi vermek daha doğru bir yöntem olabilir. Buna rağmen yine de hastaların %51’i hastaneye alınmadan önce bilgilendirilmelerini istememektedir. Hastaneye kabulden önce bu konu hakkında kendilerine bilgi verilmesinin fazladan ve gereksiz bir strese neden olacağını düşünmektedirler (42).

Clark ve arkadaşları (43) onam için görüşme yapıldığı sırada önceden basılmış risk-spesifik onam formu verilen hastaların görüşme başlamadan önce onam formu verilerek okumaları söylenen hastalara göre daha az bilgi hatırladığını ve daha endişeli görüldüğünü bildirmektedirler. Alan R. Tait ve arkadaşlarının (12) yaptığı bir çalışmada ise, cerrahiden bir gün önce çalışma hakkında doküman verilen ebeveynler, cerrahi günü verilenlere göre dokümanları tamamen okumamışlardır. Bununla birlikte, cerrahiden bir gün önce onam için başvuru alan ebeveynler daha endişeli görülmüşlerdir. Bizim çalışmamızda da randevu günü bilgilendirilen ve onay alınan ebeveynlerin durumluk anksiyete skorları MR tetkiki sırasında bilgilendirilen ebeveynlere göre daha yüksek bulunmuştur.

Bilginin verilme şekli ayrıca ele alınması gereken bir parametredir. Mings ve arkadaşlarının(40) yaptığı bir çalışmada cerrahi günü kabul edilen hastalar (DAS) ve günü birlik cerrahi hastaları (AMB) gruplarının her ikisi de, bir araştırma

hakkında cerrahi öncesi telefonla aranarak bilgi verilmesinin çok yararlı olmadığını belirtmişlerdir (DAS %50 ve AMB %34). Araştırmacıdan alınacak bir telefon hastaları daha da endişelendirebilir veya araştırmacıyla yüzyüze görüşmesi gerektiği gibi bir duygu yaratabilir. Hastaların hepsi, ameliyathane içerisinde veya ameliyat için hazırlandıkları odalarda onam istenmesine karşı olduklarını belirtmişlerdir. Hastalardan çok az bir kısmı (%0-%3), araştırma hiçbir risk içermiyorsa katılmak için onay vereceklerini belirtmiştir. Bu çalışmada DAS ve AMB hastaları, doktorlarının çalışma sırasında yanlarında olmalarını ve her türlü açıklamayı kendilerine yapmalarını istemektedirler. Bu hastalar, hastaneye kabul testlerinin yapıldığı sırada araştırmayı yapan anesteziistler tarafından kendilerine araştırma protokolünün izah edilmesini istemektedirler.

Bazı yazarlar, onam dokümanı ne kadar kısa olursa o kadar çok bilginin hatırdaki kalacağını söylemektedir. Ek olarak, risklerin uzun uzadıya tartışılması bir yandan onam verilmesini güçleştirmekte öte yandan anksiyeteye sebep olmaktadır. Çok kısa formlar ise yeterli olmayabilmektedir. Tıbbi gereksinimler ışığında, bir formun riskleri tamamiyle açıklıyor olması ve hastanın menfaatlerini koruyup olması gerekir (40). Montgomery ve arkadaşlarının (42) yaptığı bir çalışmada, bilgilendirilme kağıtlarının uzun ve çok ayrıntılı olmasının hastalara yönelik belirgin bir ekstra yararının olmadığı, tek taraflı A4 kağıdının da yeterli olduğu görülmüştür.

Bizim çalışmamızda iki taraflı A4 kağıdına yazılı bilgilendirilmiş onam formu hastalara sunulmuştur. Ebeveynlerle sakin bir ortamda görüşme yapılmıştır. Ebeveynlere sözlü olarak bilgi verildikten sonra, bilgilendirilmiş onam formunu okumaları istenmiştir. Bu bilgilendirme ve onam süreci yaklaşık olarak 30 dakikalık sürede gerçekleşmiştir. Mingus ve arkadaşlarının (40) yaptığı çalışmada da, hem cerrahi günü kabul edilen hem de günü birlik cerrahi hastalarının çoğunun, standart bir üç sayfalık bilgilendirilmiş onam formunu okumak ve anlamak için 20-30 dakikalık bir süreye ihtiyaç duydukları gösterilmiştir. Onam formunu okuyup anlamak için gerekli zaman protokolün karmaşıklığına bağlı olarak farklılık gösterebilmektedir.

Gruplara göre anksiyete skorlarında cinsiyetin etkisi karşılaştırıldığında, babalara göre annelerin Beck anksiyete puanı, Sürekli Kaygı Puanı, randevu günündeki Durumluk Kaygı Puanı, MR çekimi sırasındaki Durumluk Kaygı Puanı bütün gruplarda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Litman ve arkadaşları (3) 388 anne ve 212 baba olmak üzere 600 ebeveynin üzerinde yaptığı bir çalışmada, ebeveynlerin durumluk anksiyete skoru ortalaması annelerde 41, babalarda 39 bulunmuştur. Anksiyete skorları ortalamaları çalışmamızdan düşük olmakla beraber, annelerin anksiyete skor ortalamaları çalışmamızla benzer olarak yüksek bulunmuştur. A. Messeri ve arkadaşlarının (44) yaptığı bir çalışmada ise, anestezi uygulaması sırasında operasyon odasında bulunmasına izin verilen ebeveynlerden annelerde, gerek “durumsal anksiyete” (içerisinde bulunulan durumdan kaynaklanan) gerekse “sürekli anksiyete” nin babalara göre yüksek olduğu anlaşılmıştır. Yine bu çalışmada ebeveynlerin anksiyete skorları ile (STAI) çocuğun indüksiyon sonrasındaki stresi arasında bir korelasyon görülmüştür. Ebeveynlerin kendi anksiyetelerini çocuklarına taşıdıkları ve onları daha stresli yaptıkları sonucuna varılmıştır.

Litman ve arkadaşlarının (3) çalışmasında, annelerin anksiyete skorları ile çocukların yaşı arasında da ilişki bulunmuş ve bir yaşından küçük çocukların annelerinin anksiyete skorlarının yüksek olduğu bildirilmiştir. Ayrıca bu çalışmada, çocukları daha önce ameliyat olmuş annelerin anksiyete skorları düşük bulunmuştur. Kain ve arkadaşları (45), ebeveyn anksiyetesinin çocuğun yaşıyla ilgili olduğunu ve çocuğun önceden olumsuz hastane deneyimlerinin anksiyeteyi etkilediğini bulmuştur. Bizim çalışmamızda çocuk yaşı ile ebeveynlerin anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir. Ayrıca çocukların daha önce anestezi alması ve ailede daha önce anestezi alma öyküsü ile ebeveyn anksiyete puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ailede düşük veya ölüm gibi nedenlerle çocuk kaybı olmasıyla ebeveyn anksiyete skorları arasında da bir ilişki görülmemiştir.

Litman ve arkadaşlarının(3) çalışmasında durumsal ve kişisel anksiyete skorları ile eğitim düzeyi arasında bir korelasyon bulunamamıştır. Caumo ve arkadaşları (46) tarafından yapılan bir çalışmada ise, eğitimi 12 yıldan daha fazla olan kişilerin operasyon öncesi genel anksiyete için bir risk faktörü oluşturduğu gösterilmiştir. Bunun aksine Fekrat ve arkadaşları (47), hasta grupları arasında üniversite eğitim düzeyi olan hastaların anksiyete seviyelerinin diğer eğitim gruplarına göre farklı olmadığını bulmuşlardır. Öte yandan Shevde ve Panagopoulos (48) hastaların önceki anestezi deneyimi, eğitim ve mesleğinin anksiyeteleri ile ilişkili olmadığını bildirmektedirler.

Bizim çalışmamızda anne ve babalarda eğitim düzeyleri yükseldikçe sürekli anksiyete düzeyleri azalmakla birlikte, durumluk anksiyete düzeylerinde bir fark görülmemiştir. Yine çalışmamızda ebeveyn yaşı ile anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Her üç grupta randevu günü, Sürekli ve Durumluk Anksiyete düzeyleri benzer bulunmuştur. Ancak annelerin durumluk ve sürekli anksiyetesi babalara göre yüksek bulunmuştur.

Ebeveynlerin anne ve baba kimliğinin çocukları için duydukları anksiyeteye etkisi yanında cinsler arasındaki farklı operasyon anksiyetelerinin de etkisi düşünülebilir. Shevde ve ark. (48) çalışmalarında kadın hastaların operasyon ile ilgili korkularının erkeklere göre daha yüksek olduğunu göstermişlerdir. Tolksdorf ve ark. (49) bir çalışmada, erkek hastaların emosyonel olarak kendilerini daha iyi hissettiklerini ifade etmelerine rağmen, spinal anestezi sırasında daha sık vazovagal senkop yaşadıkları saptamıştır. Bunun nedeni erkeklerin daha iyi olduklarını göstermek amacıyla duygularını tam olarak ifade etmemeleri olabilir. Ayrıca epidemiyolojik olarak kadınlarda depresyon ve genel anksiyete bozuklukları daha fazla görülmektedir (50). Fekrat ve arkadaşları (47) da preoperatif anksiyete puanlarının kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğunu bulmuşlardır.

Fekrat ve arkadaşlarının (47) çalışmasında düşük gelir grubu hastalarda, orta ve yüksek gelir grubundaki hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek anksiyete saptanmıştır. Yine bu çalışmada genç ve yaşlı hastalar arasında anksiyete düzeyinde

anlamli bir fark bulunamamis ancak yasli hastalarin VAS anksiyete puanlari daha dusuk gorulmüstür. Jennings ve Muhlenkamp (51)' in yaptigi çalismada da yas ile ilgili bir etki gösterilememistir. Bizim çalismamizda da daha önceki çalismalarla paralel olarak yas ile anksiyete arasinda bir iliski elde edilmemistir.

Preoperatif dönemde anksiyeteye sebep olabilen çok değişik faktörler vardır. Thompson'nin (52) yaptigi bir çalismada ebeveynlerin cerrahi, anestezi, postoperatif tedavi, postoperatif ağrı ve çocuklarının hastanede yatması ile ilgili kaygıları yüksek bulunurken, preoperatif açlık konusunda kaygılı olmadıkları görülmüstür. Shirley ve arkadaşları (8) tarafından yapılan bir çalismada da ebeveynlerin endişeleri, cerrahi, anestezi, postoperatif ağrı ve genel olarak hastanedeki bakım ve tedavi işlemleri üzerine yoğunlaşmış olarak bulunmuş ve preoperatif açlığın hiçbir anne ve babada endişe yaratmadığı görülmüstür. Bizim çalismamizda ebeveynlerin anestezi kaygısı ve MRI sonucu kaygısı yine yüksek bulunmakla birlikte, farklı olarak anestezi öncesi açlık ile ilgili kaygının da yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu bulguyla ailelerin cerrahi öncesi açlığı doğal karşılamalarına karşın bir radyolojik tetkik için aynı açlık sürelerini daha kabul edilmez buldukları düşünülebilir.

Fekrat ve arkadaşlarının (47) çalismasında, korku etkeni oranları en yüksekten en düşük olana doğru sıralandığında 'cerrahi korkuları' ilk sırada, 'anestezi cerrahi korkuları' ve 'hiç korku yok' diyenler ikinci ve üçüncü sırada bulunmuşlardır. Dördüncü sırada 'diğer korkular', beşinci sırada 'Anestezi korkuları'ndan söz edilmiştir. Tönz ve ark.(53) günlük cerrahi uygulamalarında, azalan sıraya göre, önceden ameliyat geçirmeme, evde postop ağrı, evde yaşanabilecek problemler (ateş, enfeksiyon, kusma, uyku bozukluğu), dil sorunları, yeterince hazırlanamama düşüncesi ve evde çocuğa yeterince bakamamayı, ebeveyn anksiyetesine neden olan faktörler olarak göstermişlerdir. Yine bu çalismada çocuğun yaşı, preoperatif bekleme süresi, operasyonun tipi ve süresi, hastanede kalındığı sürede postoperatif komplikasyonlar ebeveyn anksiyetesiyle ilişkili görülmeyen hususlar olarak bildirilmiştir. Bizim çalismamıza katılan ebeveynlerde operasyona özgü bu kaygıların bulunması beklenmemektedir. Tetkikin sonucu ile ilgili kaygıların da bilgilendirme ve onam sürecini etkilediğini düşünmüyoruz.

Brull ve arkadaşlarının (13) yaptığı çalışmada, hastalara çalışmaya katılmayı motive eden sebeplerin ne olduğu sorulduğunda; tıbbi bilgiye katkıda bulunma %84, gelecekte hastalara fayda sağlayacak olması %86 olarak belirtilmiştir. Mingus ve arkadaşlarının (40) yaptığı bir çalışmada katılmayı kabul edenlerin %60'ı eğer katılmayı kabul ederlerse daha iyi bir tedavi göreceklarine inandıklarını söylemiştir. Bizim çalışmamızda ise motive eden sebepler arasında; tıbbi bakımın en iyisini almak (%88), topluma yardımcı olmak (%11), tıbbi bilgiye katkıda bulunmak (%2) yer almıştır.

Hayman ve arkadaşlarının (54) yaptıkları bir çalışmada katılımcı ebeveynlerin, çocuklarının böyle bir çalışmaya katılmalarını kabul etmelerinin birinci sebebi “ Ani bebek ölümü sendromu araştırmalarına yardımcı olmak (%78,6)” olarak belirtilmiştir. Bunun yanında bebeklerinin sağlığı ve çocuk bakımı pratikleri için bilgi edinme amaçlarının da olduğunu bildirmişlerdir. Az sayıda ebeveyn bu tür çalışmalara katılmayı çocuklarının tedavisinin bir parçası olarak düşünmüşlerdir. Küçük bir grup katılımcı ise tedavi ile araştırmayı birbirine karıştırmıştır. Katılmayı kabul eden ebeveyn grubunun eğitim düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür (%56 vs %42). Harth ve Thong (55) bu bulgunun tam tersini gözlemişlerdir. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen ebeveynlerin sosyo-ekonomik düzeylerinin kabul edenlere göre daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda ise eğitim seviyesi daha düşük olan ebeveynler daha sıklıkla ‘tıbbi bakımın en iyisini almak’ için katılma onayı verirken, eğitim seviyesi yüksek olan ebeveynlerde ‘topluma yardımcı olmak’ diyenlerin sayısı artmıştır.

Çalışmamızda, çocuklarının bir klinik anestezi çalışmasına katılmasını red etme sebeplerinin ne olabileceği sorulduğunda %78 ebeveyn ‘çocuğun sağlığını tehlikeye atma korkusu’, %26 ebeveyn ‘ne olduğunu bilememe’ ve %8,2 ebeveyn ise ‘çocuğun sağlığının iyi olmaması’ olarak sebep belirtmişlerdir. Hayman ve arkadaşlarının (54) bir çalışmasında katılmayı kabul etmeyenlerin %56’sı çalışmaya katılmanın zararlı olabileceğini ifade etmişlerdir, %2’si baskı altında kaldıklarını, %29’u çalışmayı güvenli bulmadıklarını ifade etmişlerdir, %14’ü ‘diğer’ çeşitli sebepler belirtmişlerdir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Anksiyete, stres ortamında normaldir ve performans, iletişim ve duygular üzerindeki etkisi bilinmektedir. Ebebeynler aşırı endişeli olursa bu anksiyeteyi çocuklarına aksettirebilir ve hastanede kalış süresini aşan daha uzun süreli olumsuz etkilerle karşılaşılabilirler. Bu nedenle ebeveyn anksiyetesi önemsenmelidir.

Bu çalışma ebeveynlerin, özellikle annelerin, cerrahi tedavi dışında hastanede yürütülen tetkik ve tedavi sürecinde de anksiyeteli olduğunu ortaya koymuştur. Anestezi uygulanması ve bu nedenle çocukların aç kalması da tetkik sonucunun kendisi kadar anksiyete yaratmıştır. Burada ailenin ve çocuğun önceki anestezi deneyimleri veya daha önce kaybedilen çocukların varlığı anksiyeteyi etkilememiştir.

Eğitim düzeyi yüksek kişilerin “sürekli anksiyetesi” daha düşük bulunmakla birlikte, tetkik, anestezi ve onama ilişkin kaygıların göstergesi olan “durumluk anksiyete” eğitimle değişmemektedir. Ebeveyn yaşı ve çocukların yaşı da önemli bulunmamıştır.

Ebeveynler büyük oranda ‘daha iyi bakım almak’ için onay vermekle birlikte ‘çocuklarının zarar görme korkusu’ reddetme sebebi olabilmektedir. Ebeveynlerin eğitim seviyesi yükseldikçe ‘topluma yardımcı olmak’ için çalışmayı kabul etme oranları da artmaktadır.

Bu çalışma temel olarak çocukları adına bir klinik çalışmaya katılma onayı vermenin ebeveyn anksiyetesini nasıl değiştirdiğini ölçmeyi amaçlamıştır. Böyle bir kararı son anda vermek zorunda kalmanın ebeveynlerde anksiyete yaratması beklenirken, daha önce bu konuda bilgilendirilip onayı alan ebeveynlerin daha anksiyeteli oldukları bulunmuştur. Bu bulguyu, son anda telaşla onam alınan ebeveynlerin algılama yeteneğindeki olası azalmaya bağlı olarak, ani olarak verilen bilgileri anlayamaması ve değerlendirme imkanı bulamamasına bağlamaktayız. Buna karşılık daha önceden bilgilendirilen ebeveynler, bu konuda düşünmek, araştırma yapmak için zaman bulurlar ve artan anksiyetelerini ortaya koyarlar.

Bu çalışmayla elde edilen bulgulardan, tetkik günü veya işlemde hemen önce bilgilendirme ebeveynlerin anksiyetesini daha az artırdığı anlamı çıkarılmamalıdır. Bu durum verilen bilginin ebeveynler için yetersiz olduğunu veya çalışma amaçlarının yeterince açık ve inandırıcı olarak anlatılamadığını düşündürmektedir. Bu nedenle bundan sonraki çalışmaların öncelikle, bilgilendirilmiş onam formunun daha dikkatlice hazırlanmasına, hastaların bundan zarar görme endişesini azaltacak şekilde bilgilendirmenin yeterliliğine, uygun yer, zaman, içerik ve bilgilendirme yollarının bulunmasına yönelik olması gerektiği sonucuna varılmıştır.

KAYNAKLAR

1. Watson AT, Visram A. Children's preoperative anxiety and postoperative behaviour. *Pediatric Anaesthesia*, 13: 188-204, 2003
2. Kain ZN, Wang SM, Caramico LA. Parental desire for perioperative information and informed consent: a two- phase study. *Anesth Analg.* 84: 299-306, 1997
3. Litman RS, Berger AA, Chibber A. An evaluation of preoperative anxiety in a population of parents of infants and children undergoing ambulatory surgery. *Pediatric Anaesthesia.* 6: 443-447, 1996
4. Kain ZN, Wang SM, Caramico LA. Parental desire for perioperative information and informed consent: a two- phase study. *Anesth. Analg.* 84: 299-306, 1997.
5. Litman RS, Perkins FM, Dawson SC. Parental knowledge and attitudes toward discussing the risk of death from anaesthesia. *Anesth. Analg.* 77: 256-260, 1993.
6. Waisel DB, Troug RD, The benefits of the explanation of the risks of anaesthesia in the day surgery patient. *J. Clin. Anesth.* 7: 200-204, 1995.
7. Moerman N, Van Dam F, Muller MJ. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS). *Anesth. Analg.* 82: 445-451, 1996.
8. Franck LS, Spencer C. Informing parents about anaesthesia for children's surgery: a critical literature review. *Patient Education and Counseling,* 59: 117-125, 2005

9. Shirley PJ, Thompson N, Kenward M. Parental anxiety before elective surgery in children. *Anaesthesia* 53: 956-959, 1998
10. Dorantes DM, Tait AR, Naughton NN. Informed consent for obstetric anesthesia research: factors that influence parturients' decisions to participate. *Anesth. Analg.*, 91:369-373, 2000
11. Treschan TA, Scheck T, Kober A. The influence of protocol pain and risk on patients' willingness to consent for clinical studies: a randomized trial. *Anesth. Analg.*, 96: 498- 506, 2003
12. Tait AR, Voepel-Lewis T, Siewert M, Malviya S. Factors that influence parents' decisions to consent to their child's participation in clinical anesthesia research. *Anesth. Analg.*, 86: 50-53, 1998
13. Brull R, Mc Cartney, Colin JL. Are patients comfortable consenting to clinical anesthesia research trials on the day of surgery. *Anesth. Analg.*, 98: 1106- 10, 2004
14. Tomb AD. Aile Hekimleri için Psikiyatri. çev. Tunca Z, Fidaner H, İzmir, Saray Medikal Yay. 70-77, 1994
15. Çevik A. Yaygın anksiyete bozukluğunun kliniği, 2. Anksiyete Bozuklukları Sempozyumu Dergisi. Doğan O, Sivas Cumhuriyet Üniv. Tıp Fak. Basımevi, 25-33, 1993
16. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara, Hekimler Yay. Birliği, 263-266, 272-276, 1994
17. Kırkpınar I. Anksiyete Bozukluklarının Etyolojisi. Anksiyete Monografıları Serisi-2, Ankara , Medikomat, 54-89, 1995

18. Alkın T, Alptekin K. Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Anksiyete Monografaları Serisi-4, Ankara, Medikomat, 149-180,1995
19. Şahin AR. Anksiyete bozukluklarının epidemiyolojisi. 2. Anksiyete Bozuklukları Sempozyumu Dergisi, Doğan O, Sivas Cumhuriyet Üniv. Tıp Fak. Basımevi, 7-9, 1993
20. Berkow R. The Merck Manual. U. S. A. Merck Sharp& Dohme, 1502-1503, 1987
21. Kaplan H, Freedman I, Sadock B. Comprehensive Textbook of Psychiatry, London, Williams&Wilkins, Vol 2, 2056-2061, 1983
22. Öner N, Lecompte A. Durumluk/ Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, 2. Basım, İstanbul, 1998
23. Bevan JC, Johnston C, Tousignant G. Preoperative parental anxiety predicts behavioural and emotional responses to induction of anesthesia in children. Can. J. Anaesth. 37:2, 177-182, 1990
24. Yörükoğlu A. Çocuk Ruh Sağlığı, Çocuk Yetiştirme Sanatı ve Kişilik Gelişimi. 6.1 “Hastalıklar ve Çocuk”, 24. Baskı, Özgür Yayınevi, Ankara, 247-255, 2000
25. Terrance A. Yemen MD. Pediatric Anesthesia Handbook, Chapter 6 Providing Care for the Child, Parent and Family in Diffucult Situations. Mc Graw-Hill Medical Publishing Division, New York, 56-79, 2002
26. Andrew Sims and David Owen. Psychiatry. Bailliere Tindal Limit. London, 88-97, 1993

27. Dong Q, Yang B. Fears in Chinese children and adolescents and their relations to anxiety and depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35 (2): 351-363, 1994
28. Yavuzer H. Çocuk Psikolojisi. Remzi Kitabevi, İstanbul, 1994
29. Bozak M. Anksiyete ve Okul Başarısı Arasındaki İlişkiye Ait Bir Araştırma *Psikoloji Dergisi*, 16, 24-39, 1982
30. Temel Radyoloji Tekniği 1997 Güneş& Nobel, Ankara, 357-414
31. Naoto H, Yasushi W, Tomohiko M. Utilization of Low-Field MR Scanners *Magnetic Resonance in Medical Sciences*. 3(1): 27-38, 2004
32. Kieran J. Murphy, James A. Brunberg. Adult claustrophobia, anxiety and sedation in MRI. *Magnetic Resonance Imaging*, 15(1): 51-54, 1997
33. G.Edward Morgan Jr, Maged S.Mikhail, Michael J.Murray. Klinik Anestezi Kitabı.çev. M.Tulunay, H. Cuhruk, Ankara, Güneş Kitabevi, 123-126, 2004
34. Odegard KC, Dinardo JA, Tsai- Goodman B. Anaesthesia considerations for cardiac MRI in infants and small children. *Pediatric Anesthesia* 14: 471-476, 2004
35. <http://www.tard.org.tr/kilavuz/1.pdf> (13.10.2006)
36. Prof. Dr. Erdem Aydın, Paternalizm ve Aydınlatılmış Onam (Ders notu) <http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/TR/D2/9/3413.doc> (30.10.2006)
37. Richard WI. Cooke. Good practice in consent. *Seminars in Fetal&Neonatal Medicine*, 10: 63-71, 2005

38. Spencer C, Franck LS. Giving parents written information about children's anesthesia: are setting and timing important? *Pediatric Anesthesia*, 15: 547-553, 2005
39. Maltby JR., Eagle CJ.. Informed consent for clinical anaesthesia research. *Can. J. Anaesth.*, 40: 9, 891-896 1993
40. Mingus ML, Levitan SA, Bradford CN. Surgical patients' attitudes regarding participation in clinical anesthesia research. *Anesth. Analg.* 82: 332-337,1996
41. M.Ulusoy, N. Şahin, H. Erkmen. Turkish Version of The Beck Anxiety Inventory : Psychometric Properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, Volume 12, Number 2, 1998
42. Montgomery JE, Sneyd JR. Consent to clinical trials in anaesthesia. *Anaesthesia*, 53(3): 227-230, 1998
43. Clark SK, Leighton BL, Seltzer JL. A risk- specific anesthesia consent form may hinder the informed consent process. *J. Clin Anesth*, 3 (1): 11-13, 1991
44. Messeri A, Caprilli S, Busoni P. Anaesthesia induction in children: a psychological evaluation of the efficiency of parents' presence. *Pediatric Anesthesia*, 14: 551-556, 2004
45. Kain ZN, Mayes LC, Nygren M. How do parents react to surgery performed on their children. *Anesth Analg.*, 80: 222, 1995
46. Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, Bergmann J. Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiol Scand*, 45(3):298-307, 2001

47. Feriedoun Fekrat Uzmanlık Tezi. Operasyon öncesi korku ve anksiyete: hasta, cerrahi ve anestezi doktorlarının değerlendirmelerinin karşılaştırılması. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı. Ankara. 2003
48. Shevde K, Panagopoulos G. A Survey of 800 patients' knowledge, attitudes and concerns regarding anesthesia. *Anesth Analg*,73(2):190-198, 1991
49. Tolksdorf W, Merkel G, Rehder H. Psychological aspects of spinal anesthesia. Vasovagal syncope and anxiolytic medication. *Anaesthesist*, 33 (7): 307-10, 1984
50. Sadock BJr, Sadock VA(1999) Kaplan& Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th Edition. Lipincott/ Williams& Wilkins. Philadelphia. Epidemiology, Biostatistics and Social Psychiatry. s171-173
51. Jennings BM, Muhlenkamp AF. Systematic misperception: oncology patients' self- reported affective states and their care- givers' perceptions. *Cancer Nurs*, 4(6): 485-9, 1981
52. Thompson N, Irwin MG, Gunawardene WM. Preoperative parental anxiety. *Anaesthesia*, 51(11):1008-1012, 1996
53. M. Tönz, G. Herzig, G. Kaiser. Quality assurance in day surgery: do we do enough for the parents to prevent stress? *Eur J. Pediatr*, 158(12): 984-988, 1999
54. Hayman RM, Taylor BJ, Peart NS. Participation in research: informed consent, motivation and influence. *J. Pediatr. Child Health*, 37: 51-54, 2001

55. Harth SC, Thong YH. Parental perceptions and attitudes about informed consent in clinical research involving children. *Soc. Sci. Med.* 41(12): 1647–51, 1995

EK1

Adı Soyadı:	Tarih:	Grup:
Yaş:	Çocuğun Yaşı:	
Eğitim düzeyi:		
Üvey/ Öz :	Çocuk sayısı:	

Çocuğunuz daha önce genel anestezi aldı mı? ()Evet () Hayır
Genel anestezi aldıysa anesteziyle ilgili bir problem yaşandı mı?()Evet () Hayır
Ailenizde herhangi bir kişi daha önce genel anestezi aldı mı? ()Evet () Hayır
Genel anestezi aldıysa anesteziyle ilgili bir problem yaşandı mı? ()Evet () Hayır
Aşağıdaki durumlarla ilgili ne kadar kaygılısınız lütfen işaretleyiniz (x)

Kaygılı değilim Az kaygılıyım Kaygılıyım Çok kaygılıyım

Anestezi ile ilgili				
Anestezi öncesi açlık				
Tetkik sonucu				
Diğer()				

Çocuğunuzun bir klinik çalışmaya katılmasına onay vermenizin sebebi aşağıdakilerden hangileri olabilir? (Öncelik sırasına göre numaralandırınız)

Tıbbi bakımın en iyisini almak
Tıbbi bilgiye katkıda bulunmak
Topluma yardımcı olmak
Doktoru hoşnut etme

Çocuğunuzun bir klinik çalışmaya katılmasına onay vermemenizin sebebi aşağıdakilerden hangileri olabilir ? (Öncelik sırasına göre numaralandırınız)

Çocuğun sağlığını tehlikeye atma korkusu
Ne olduğunu bilememe
Kişisel nedenler
Tıbbi nedenler (sağlığın iyi durumda olmaması)
Doktora güven duyulmaması
Diğer

EK2

STAI FORM TX-2

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

1: Hemen hiç bir zaman

3: Çok zaman

2. Bazen

4: Hemen her zaman

21. Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Genellikle çabuk yoruluyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Kendimi dinlenmiş hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Genellikle sakın kendime hakim ve soğuk kanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31. Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32. Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33. Genellikle kendimi güvende hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
34. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35. Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
36. Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız ederler	(1)	(2)	(3)	(4)
38. Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39. Akli başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder.	(1)	(2)	(3)	(4)

EK3

STAI FORM TX-1

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

1: Hiç

3: Çok

2. Biraz

4: Tamamiyle

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

EK4

BECK ANKSİYETE ENVANTERİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatlice okuyunuz. Daha sonra her maddedeki belirtinin bugün dahil son bir haftadır sizi ne kadar rahatsız ettiğini aşağıdaki ölçekten yararlanarak maddelerin yanındaki uygun yere (X) işareti koyarak belirleyiniz.

0: Hiç
1: hafif derece
2: Orta derece
3: ciddi derece

Sizi ne kadar rahatsız etti?

	0	1	2	3
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme(sıcağa bağlı olmayan)				