

**T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI**

**ANESTEZİ İLE İLGİLİ FARKLI BİLGİLENDİRMELERİN ÇOCUKLARI
CERRAHİ İŞLEM GEÇİRECEK EBEVEYNLERİN DURUMLUK KAYGISINA
ETKİSİ**

**THE EFFECT OF DIFFERENT ANESTHESIA INFORMATION METHODS
ON STATE OF PARENTS OF CHILDREN PRIOR TO SURGERY**

Uzmanlık Tezi

Dr. Fatih ATASOY

TRABZON - 2011

**T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI**

**ANESTEZİ İLE İLGİLİ FARKLI BİLGİLENDİRMELERİN ÇOCUKLARI
CERRAHİ İŞLEM GEÇİRECEK EBEVEYNLERİN DURUMLUK KAYGISINA
ETKİSİ**

**THE EFFECT OF DIFFERENT ANESTHESIA INFORMATION METHODS
ON STATE OF PARENTS OF CHILDREN PRIOR TO SURGERY**

Uzmanlık Tezi

Dr. Fatih ATASOY

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Nesrin ERCİYES**

TRABZON - 2011

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
İÇİNDEKİLER.....	ii
TABLolar DİZİNİ.....	iv
GRAFİKLER DİZİNİ	v
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Anksiyete Hakkında Genel Bilgiler	4
2.1.1. Anksiyetenin Tanımı	4
2.1.2. Anksiyeteyi Açıklayan Kuramlar	5
2.1.2.1. Psikanalitik Kuram	5
2.1.2.2. Davranışçı ve Bilişselci Kuram	6
2.1.2.3. Varoluşçu Kuram	6
2.1.2.4. Sullivan ve İlişkiler Kuramı	7
2.1.2.5. Anksiyetenin Nöropsikolojik Yönü	7
2.1.3. Anksiyetenin Görülme Sıklığı ve Yaygınlığı.....	7
2.1.4. Belirti ve Bulgular	8
2.1.5. Anksiyete Bozukluğunun Klinik Tipleri	9
2.1.6. Ayırıcı Tanı	10
2.1.7. Tedavi.....	10
2.1.8. Prognoz.....	10
2.2. Çocuk Ebeveyn Kaygısı Preoperatif Durum	11
2.2.1. Çocuklarda Kaygı ve Bunu Etkileyen Etmenler	11
2.2.2. Aile Anksiyetesi	13
2.2.3. Preoperatif Anksiyetenin Azaltılmasına Yönelik Kuramlar	13
2.3. Anksiyetenin Değerlendirilmesi.....	14
2.3.1. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory = STAI).....	14
2.3.2. Beck Depresyon Ölçeği.....	16
3. MATERYAL VE METOD	18
3.1. Araştırmanın Modeli	18
3.2. Araştırma Evreni ve Örneklemi	18

3.3. Uygulama	19
3.4. Görüşme	20
3.5. Veri Toplama Araçları.....	22
3.5.1. Yapılandırılmış Görüşme Tekniği.....	22
3.6. Verilerin Toplanması.....	22
3.7. Verilerin Analizi.....	23
4. BULGULAR	24
5. TARTIŞMA.....	43
6. SONUÇLAR.....	48
7. ÖZET	50
8. SUMMARY	51
9. KAYNAKLAR.....	52
10. EKLER	56

TABLOLAR DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1. Ebeveynlerin Gruplarda Cinsiyetlere Göre Dağılımı	25
Tablo 2. Ebeveynlerin Yaşlarının Gruplara Göre Aritmetik Ortalama, Standart Sapma, Minimum ve Maksimum Değerlerinin Dağılımı	26
Tablo 3. Ebeveyn Eğitimlerinin Frekans ve Yüzdeleri	27
Tablo 4. Çocukların Yaşlarının Gruplara Göre Aritmetik Ortalama, Standart Sapma, Minimum ve Maksimum Değerlerinin Dağılımı	28
Tablo 5. Araştırma Gruplarının Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği İlk Test Puanlarının Minimum Değerleri, Maksimum Değerleri, Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	29
Tablo 6. Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının İlk Test Puanlarının Minimum Değerleri, Maksimum Değerleri, Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	30
Tablo 7. Ebeveynlerin Eğitim Düzeylerine Göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği İlk Test Puanlarının Minimum Değerleri, Maksimum Değerleri, Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	31
Tablo 8. Ebeveynlerin Durumluk Kaygı Ölçeği İlk Test ve Son Test Puanlarının Minimum Değerleri, Maksimum Değerleri, Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	32
Tablo 9. Ebeveynlerin Sürekli Kaygı Ölçeği İlk Test ve Son Test Puanlarının Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	33
Tablo 10. Ebeveynlerin Beck Depresyon Ölçeği İlk Test ve Son Test Puanlarının Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	34

GRAFİKLER DİZİNİ

	Sayfa No
Grafik 1. Ebeveynlerin Gruplarda Cinsiyetlere Göre Dağılımı	25
Grafik 2. Ebeveynlerin Gruplarda Yaşlarının Aritmetik Ortalama Değerleri.....	26
Grafik 3. Ebeveynlerin Eğitim Düzeylerinin Gruplar Arasında Dağılımı	27
Grafik 4. Çocukların Yaşlarının Gruplarda Aritmetik Ortalama Değerleri	28
Grafik 5. Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı İlk Test Sonuçları Ortalama Değerlerinin Gruplarda Dağılımı.....	29
Grafik 6. Beck Depresyon Ölçeği İlk Test Sonuçları Ortalama Değerlerinin Gruplarda Dağılımı.....	30
Grafik 7. Ebeveynlerin Eğitim Düzeylerine Göre Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı İlk Test Sonuçları Ortalama Değerleri.....	31
Grafik 8. Ebeveynlerin Durumluk Kaygı Ölçeği İlk Test ve Son Test Puanlarının Aritmetik Ortalama Değerleri.....	32
Grafik 9. Ebeveynlerin Sürekli Kaygı Ölçeği İlk Test ve Son Test Puanlarının Aritmetik Ortalama Değerleri.....	33
Grafik 10. Gruplarda Ebeveynlerin Beck Depresyon Ölçeği İlk Test ve Son Test Puanlarının Aritmetik Ortalama Değerleri	34
Grafik 11. 1. Soruya “Anestezi Bilgilendirme Formunu Okudunuz mu ya da Size Bu Konuda Anestezist Tarafından Bir Bilgi Verildi mi?” Sorusuna Verilen Yanıtların Frekans ve Yüzde Değerleri	35
Grafik 12. 2. Soruya “Size anestezi hekimi Tarafından Verilen Bilgileri Yeterli Buldunuz mu?” Sorusuna Verilen Yanıtların Frekans ve Yüzde Değerleri	36
Grafik 13. 3. Soruya “Daha Önce Bir Ameliyathane Görmüş müydünüz?” Sorusuna Verilen Yanıtların Frekans ve Yüzde Değerleri	37
Grafik 14. 4. Soruya “Daha Önce Bir Yakınınız Anestezi Aldı mı?” Sorusuna Verilen Yanıtların Frekans ve Yüzde Değerleri	38
Grafik 15. 5. Soruya “Çocuğunuzun Ameliyathaneye Alınma Şekli Size Anlatılanlarla Benzer miydi?” Sorusuna Verilen Yanıtların Frekans ve Yüzde Değerleri.....	39
Grafik 16. 6. Soruya “Ameliyat Öncesi Bilgi Verilmesi Kaygı Düzeyinizi Nasıl Etkiledi?” Sorusuna Verilen Yanıtların Frekans ve Yüzde Değerleri	40
Grafik 17. 7. Soruya “Anestezistin Cerrahi Müdahale Sırasındaki Sorumluluk Alanını Biliyor muydunuz?” Sorusuna Verilen Yanıtların Frekans ve Yüzde Değerleri.....	41
Grafik 18. 8. Soruya “Uyuyana Dek Çocuğunuzla Olmak İster miydiniz?” Sorusuna Verilen Yanıtların Frekans ve Yüzde Değerleri	42

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Anestezi ve cerrahi; daima gerginlik, korku, endişe, kaygı, heyecan ve hüznün gibi insanoğlu tarafından yaşanabilecek tüm olumsuz duygu ve düşünceleri anımsatan ve yaşatan işlemler topluluğudur. Kaygı tüm diğer duygular gibi tarif edilmesi zor bir duygu olup kaygıyı; üzüntü, sıkıntı, korku, başarısızlık duygusu, acizlik, sonucu bilememe ve yargılanma gibi heyecanların birini veya çoğunu içerdiğini ifade etmek mümkündür (1).

Çocukların anestezisi ve cerrahisi hem çocuk hem de ebeveyn için önemli bir kaygı nedeni olmaktadır (2). Preoperatif anksiyetenin; anestezi indüksiyonunu zorlaştırdığı, intraoperatif ilaç kullanımını artırdığı, postoperatif derlenme kalitesini bozduğu ve postoperatif ağrıyı artırdığından analjezik kullanımını artırdığı göz ardı edilemez bir durumdur. Yüksek derecede kaygının hastanede kalış süresini uzattığı, daha yüksek dozda analjezik ve sedatif ajan gereksinmesine neden olduğu, postoperatif negatif etkilere yol açtığı gösterilmiştir (3).

Çocuklarda preoperatif anksiyeteyi azaltmak amacıyla bazı yöntemler öne sürülmüş olup bu stratejilerin başlıcaları psikolojik ve farmakolojik premedikasyondur. Psikolojik premedikasyonun önemli bir parçası ebeveynlerin ameliyat odasına alınması şeklinde olabilir.(4). Premedikasyon yöntemleri etkili olmakla birlikte uygulamada zorluklar, fazladan insan gücü gerektirmesi, postoperatif derlenmeyi geciktirmesi, ekonomik olmaması gibi durumları söz konusudur (5).

Premedikasyon amaçlı davranışsal yaklaşımlar ise ebeveynlerin eğitimi, ebeveyn-çocuk eğitimleri, öğrenme teorileri ile model alma gibi yöntemlerdir (6).

Farmakolojik premedikasyonun rutin uygulaması konusunda önemli tartışmalar bulunmaktadır. Bazı araştırmacılar, farmakolojik premedikasyon uygulamasını savunurken, bir grup araştırmacı ise bunun rutin gerekliliğine inanmamaktadır. Birçok araştırmacı, çocukların anestezisi indüksiyonu sırasında ebeveynlerin de bulunmasının farmakolojik premedikasyon uygulamasına olan gereksinmeyi önemli şekilde azalttığını

öne sürmektedir. Ebeveynlerin bulunması çocukların korkularını ve anksiyetelerini önemli ölçüde azaltmaktadır (5,7).

Çocuk hastaların anksiyetesi ebeveyn anksiyetesinin artması ile de artmaktadır (8). Ebeveyn anksiyetesi preoperatif olduğu kadar postoperatif ve hastanede yatış sürecinde de önemlidir (4). Bu nedenle anestezi uzmanları ve pediatri uzmanları hastanın duygu durumuyla ilgilendikleri kadar ebeveynlerinin duygu durumlarıyla da ilgilenmeye başlamışlardır (9). Ebeveyn kaygısı çocuğun kaygısının oluşmasını etkileyen en önemli nedenlerden biri olduğu görüşü de öne sürülmektedir (8). Bu da bize çocuğun kaygısını yok edebilmek için çıkış yolunun ebeveyn kaygısını ortadan kaldırmaktan geçtiğini göstermektedir. Ebeveynlerin, çocuklarının cerrahiye algılayış biçimlerinde ve streslerinin azalmasında önemli bir rol alabilecekleri bildirilmiştir (10,11). Anksiyete ve korku duygusunun çocuklukta somatik semptomlara karşı edinilen öğrenmelerle yakın ilişkili olduğu ve ebeveynlerin kaygıları ile çocukların kaygıları arasında bir doğru orantı olduğu ifade edilmiştir. Yine bu çalışmada ağırlı girişimlerden önce ebeveyn anksiyetesinin azaltılmasının, çocuğun anksiyetesini ve ağrısını azaltmakta büyük ölçüde yardımcı olacağı belirtilmiştir (12).

Preoperatif anksiyetenin önlenmesinin gerekliliği bu kadar açık olarak ortaya koyulmuş ve çocuk anksiyetesinin önemli bir kısmının ebeveyn anksiyetesinden kaynaklandığı çalışmalarla da gösterildiği için ebeveyn anksiyetesinin ortadan kaldırılmasının önemi anlaşılmıştır. Ebeveynlerin kaygı düzeylerinin nasıl azaltılacağına yönelik yapılan çalışmalarda genellikle tıbbi bilgilendirme teknikleri kullanılmıştır (13, 14,15). Çalışmalar birbiriyle tutarlı şekilde göstermiştir ki, cerrahiye hazırlanan çocukların ebeveynleri, anestezi uygulamaları ve riskleri hakkında bilgi almak istemektedirler (16,17, 18).

Farklı bilgilendirme yöntemleri içinde Literatürde iki tip bilgilendirme yöntemi tartışılmaktadır. Bunlardan birincisi yapılacak işleme ait bilgilendirmedir. Tıbbi girişimin tanımlanması, anlatılması, nerede, ne zaman ve nasıl yapılacağına açıklanmasıdır. Diğer yöntem ise girişimden sonra neler hissedeceğinin ve hastanın duygusal beklentilerinin temel alındığı duygusal destek yöntemidir(19). Tüm doktorların olduğu gibi anestezi uzmanları da etik ve yasal 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 (3).

Bu bilgiler ışığında ameliyat olacak bir çocuğun kaygısının en önemli nedeni ebeveyninden kaynaklanıyorsa biz bu kaynağı ortadan kaldırıp iyi bir premedikasyon sağlamak için neler yapmalıyız? Nasıl yapmalıyız? Ebeveyn anksiyetesini, dolayısıyla çocuğun anksiyetesini azaltmak için kullanılan farklı yöntemler içindeki; ebeveyn bilgilendirme yöntemini ne şekilde yapmalıyız? İşte biz bu çalışmayla ebeveynlere; rutin poliklinik bilgilendirmesi, hekim tarafından detaylı tıbbi bilgilendirme ve detaylı tıbbi bilgilendirme ile birlikte duygusal destek sağlanması şeklindeki 3 farklı bilgilendirme yöntemini uygulayarak, bu farklı yöntemlerin sonucunda durumluk kaygı düzeylerinde ortaya çıkacak değişiklikleri tespit etmeyi amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Anksiyete Hakkında Genel Bilgiler

2.1.1. Anksiyetenin Tanımı

Anksiyete; hoş olmayan endişe, gerginlik, huzursuzluk, kaygı, sıkıntı hali olup yersiz bir korku duygusudur bu durum sıklıkla fizyolojik belirtilerle de birlikte dir(20). Anksiyete bir tehdide veya bir nesnenin eksikliğine bağlı oluşan normal içgüdüsel bir tepkidir (21). Anksiyetenin ızdırap verici bir duygu olarak bilinçli şekilde yaşanması bütün dünyada gittikçe artmaktadır. İçinde yaşadığımız kültürde anksiyete meydana getiren faktörler her geçen gün daha fazla artmakta ve şiddetlenmektedir(22). Anksiyeteyi yaşama şekli bireyin yaşına, yaradılışına ve bu deneyimi daha önce geçirip geçirmemesine bağlı olarak değişir (21).

İnsanoğlunun var oluşundan 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 tepkisi olmaktadır. Anksiyetenin bu olumlu özelliği yanında bunun patolojik boyutlara varmasıyla yıkıcı yanları ortaya çıkmaktadır (23).

İnsan yaşamında iki tür anksiyete mevcuttur.

1) Normal anksiyete

2) Patolojik anksiyete

Normal anksiyetenin başlıca özellikleri şunlardır:

- a) Objektif bir tehdide karşı gösterilen yerinde bir tepkidir.
- b) Regresyon mekanizmalarını içermez.
- c) Yönetilmesi için nevrotik savunma mekanizmalarını gerektirmez.
- d) Bilinç düzeyinde yapıcı bir biçimde kabul edilir (23).

Normal anksiyete, organizmanın açık bir tehdide karşı tepkisinin bir ifadesidir. Bu tepkinin doğuştan gelen nörofizyolojik bir temeli vardır. Ancak burada hangi yaşantının tehdit edici değerinin olduğu bireyin daha önceki öğretilerine bağlıdır (23).

Patolojik anksiyete ise kaygı ile aynı anlamda kullanılır(23). Kaygı üzüntü, sıkıntı, korku, başarısızlık duygusu, acizlik, sonucu bilememe ve yargılanma gibi heyecanların birini veya çoğunu içerir (1).

Psikiyatride anksiyete kavramını karşılayabilecek en uygun terim bunaltıdır. 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 (23). Anksiyetede en önemli özellik tehlike ve tehdit yaşantısına ve düşüncesine karşı belirsizlik ve çaresizlik hislerinin varlığıdır(24). Anksiyetenin anatomisine bakılırsa, beyinde anksiyeteyi kontrol eden başlıca alanlar, ponsta locus caeruleus, beyin korteksinde de limbik sistemdir (25).

2.1.2. Anksiyeteyi Açıklayan Kuramlar

2.1.2.1. Psikanalitik Kuram

Anksiyete bir iç çatışmanın ürünüdür. Bu iç çatışma benlik ve alt benlik 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 (26).

Freud'a göre, normal insanın yaşadığı anksiyete, nevrotik anksiyeteden yoğunluğu bakımından değil, niteliği yönünden farklıdır. Günlük yaşamda herkesin arada bir yaşadığı

anksiyete gerçekçi anksiyetedir. Dış dünyadaki gerçek nesnelere kaynaklanan bu duygu; korku duygusuyla eşanlam taşır. Gerçekçi anksiyete, mantıklı ve anlaşılır olmasıyla nevrotik anksiyeteden ayrılır. Bu tür anksiyete, beklenen ya da yaklaşan bir dış tehlikenin algılanması sonucu geliştirilen bir tepkidir. Çoğu kez kaçma refleksiyle birlikte oluşan bu tepki, yaşamı sürdürme ve korunma içgüdülerinin bir belirtisi de sayılabilir (27).

2.1.2.2. Davranışçı ve Bilişselci Kuram

Koşullu refleks kuramcıları, anksiyeteyi organizmanın acı veren veya tehlikeli dış uyaranlara karşı koşullu olmayan, doğal bir tepkisi olarak görmektedirler. Fobiler ise anksiyeteye eşlik eden koşullanmış kaçınma davranışları olarak nitelendirilmektedir (26).

Bandura ve Rosenthal “korku, korkulu insanlar izlenerek öğrenilebilir” şeklinde bir ifade kullanarak psikopatolojide bir çok olayın sonradan kazanılarak, öğrenilerek ortaya çıktığını anlatmaya çalışmışlardır. Yani ebeveyn uçağa binmekten veya fırtınadan korkuyorsa çocuk da bu korkuyu taşıyacak ve bu nesillerden nesillere aktarılacaktır(19).

2.1.2.3. Varoluşçu Kuram

Varoluşçu kuramda anksiyetenin en önemli nedenleri; ölüm, özgürlük, yalıtım ve anlamsızlıktır. Böylelikle “varoluşçu psikodinamikler” bu dört getiriye, bu nihai kaygılara ve her birinin neden olduğu bilinçli ve bilinçdışı korku ve güdülere gönderme yapmaktadır. Dinamik varoluşçu yaklaşım; Freud tarafından ana hatları çizilen temel dinamik yapıyı korumakta, fakat içeriği temelden değiştirilmektedir(28).

Bu kuramda;

DÜRTÜ → ANKSİYETE → SAVUNMA MEKANİZMASI

şeklindeki eski formül,

**TEMEL KAYGILARIN FARKINA VARMA → ANKSİYETE → SAVUNMA
MEKANİZMASI**

şeklinde sunulmuştur.

2.1.2.4. Sullivan ve İlişkiler Kuramı

Anksiyete, bir insanın güvenliğinin gerçek ya da hayali bir tehditle karşılaştığı zaman yaşanan duygudur. Yoğunluğu arttığı oranda, insanın ihtiyaçlarında doyum sağlama etkinliklerinde de bir azalma olur, ilişkileri bozulur ve düşünce düzeni aksar. Anksiyetenin yoğunluğu, tehlikenin önemine ve kişinin savunma işlevlerinin etkinlik oranına göre değişir. Sullivan, anksiyetenin yaşam üzerinde eğitici bir etkisi olduğundan söz etmiştir (29).

Anksiyete anneden çocuğa empati yoluyla geçer. Sullivan'a göre, annenin bakışları, ses tonu ve genel havası bu geçişi gerçekleştirir (29). Anksiyete, kişinin diğer davranışlarını da "felce uğratan" bir etki yaratır. Sullivan'ın da çoğu kez işaret ettiği gibi, anksiyete insanın başına bir darbe indirilmişçesine yaşanan bir duygudur (29).

Sullivan'a göre, insan anksiyeteye son verebilecek içgüdüsel tepkilerden yoksundur. Anksiyetenin yoğunluğunu azaltma çabalarına güvenlik tepkileri denir(29). Uzun süren anksiyete, insanda, Sullivan'ın uyuklama tepkisi dediği ve çevreden kopmayla belirlenen bir durumun ortaya çıkmasına neden olur.

2.1.2.5. Anksiyetenin Nöropsikolojik Yönü

Anksiyete davranışsal baskılayıcı sistemin etkinleşmesi ile oluşur. Bu sistem gelen uyarının, gerçekle karşılaştırılmasını yaparak değerlendirir. Bu sistem uyarılar üzerinde bir tür gözlemler yapar. Bu kontroller sırasında tehdit edici veya umulmadık durumlar ortaya çıkarsa anksiyete belirtilerinin ortaya çıkması (otonom aktivitenin artışı, davranıştan kaçınma ve öznel deneyimler) tehdit edici nitelikteki davranışa karşı davranışsal baskılayıcı sistemin durdurucu etkisi kaçınılmazdır. Ancak bu tek başına anksiyete durumunu açıklamakta yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle bu görüşün, bilişsel kuramla birlikte ele alınması gerekliliği ortaya çıkmaktadır(19).

2.1.3. Anksiyetenin Görülme Sıklığı ve Yaygınlığı

Anksiyete bozukluğunun genel nüfustaki yaygınlık oranı %4–6 olarak bilinmektedir. Prevalans oranlarının erkeklerde bir yıllık %2, yaşam boyu %3.6 olduğu ve kadınlarda bir

yıllık %4.3, yaşam boyu %6.6 olduğu saptanmıştır(30). Kadınlarda erkeklere oranla iki kat sık görülmektedir(30). Çocuklar ve gençlerde de anksiyete bozukluğu görülmektedir. Yaşla ilgili bulgular değişkendir. Anksiyete bozukluklarının yaşla artış gösterdiğini ortaya koyan çalışmalar vardır (31).

2.1.4. Belirti ve Bulgular

Anksiyete tüm psikiyatrik bozukluklarda görülebilecek bir semptomdur, anksiyete bozukluğunda tek başına veya primer semptom olarak ortaya çıkar(32).

Anksiyete bozukluğu bulguları;

1. Genel Görünüm: Kişide huzursuzluk, endişeli yüz, gergin duruş, hareketlerinde tedirginlik, çabuk irkilme, çabuk kızma, sabırsızlık ve yerinde duramama hali vardır.
2. Konuşma ve İlişki Kurma: Kişinin sesinde heyecanlı bir titreklikle beraber konuşması düzgündür. İlişkilerinde endişeli, huzursuz ve gergindir.
3. Duygulanım: Kişi içinde korkuya benzeyen bir duygusu olduğunu, sanki kötü bir haber alacakmış gibi hissettiğini anlatır. Fakat korkusunun nedenini bilemez.
4. Bilişsel (Kognitif) Yetiler: Kişinin bilişsel yetilerinde temelde bir eksiklik yoktur. Aşırı ve yorucu olan sıkıntı nedeniyle hasta dikkatini toplayamaz, bu dönemde unutkanlık olabilir.
5. Düşünce Akımı ve İçeriği: Düşünce içeriğinde yakınmaları dışında bir bozukluk yoktur. Yakınmalarını büyük bir sabırsızlıkla anlatmak istediğinden düşünce akımı bozulmuş olabilir.
6. Fizyolojik Belirtiler: Otonomik uyarı ile ilgili olarak kan basıncının yükselmesi, kalp atımının hızlanması, çarpıntı, kaslarda gerginlik, kılların dikleşmesi, göz bebeklerinin genişlemesi, ağız kuruluğu, yüzde solukluk ya da kızarma, terleme, sık işeme, sık dışkılama, öğürme ve bazen kusmalar, boğazda düğümlenme, soluk almada zorluk, hava açlığı, ellerde ve ayaklarda soğukluk ve karıncalanmalar görülebilir (24).

2.1.5. 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(32).

Kronik anksiyetede ise bu belirtiler daha hafiftir ve daha uzun sürelidir. Kronik anksiyeteli hastalar günlük aktivitelerinde ve insan ilişkilerinde uzun süreli bir rahatsızlık hissederler. İş kapasiteleri; kronik yorgunluk ve konsantrasyon güçlüğünden dolayı azalmıştır (32).

Yaygın anksiyete bozukluğunda (anksiyete nörozu) belirtiler altı aydan daha uzun, genellikle yıllarca, artarak veya azalarak sürer (20).

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 (20).

Fobik bozukluklar, özel korkularla giden anksiyete bozukluklarıdır. Sürekli ve yoğun korkular olan fobiler, uyararla orantısızdır. Korkulan obje ya da durumdan kaçınmaya yol açar, belirgin huzursuzluk ve yetersizliğe yol açtığına fobik bozukluk olarak adlandırılır. Üç altı 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 (26).

Obsesif-kompulsif bozuklukta da anksiyete temel özelliştir; buradaki anksiyete içten kaynaklanan düşüncelerden yani obsesyonlardan doğar (32).

2.1.6. Ayırıcı Tanı

Ayırıcı tanıda; psikiyatrik hastalıklardan depresyon, şizofreni, somatoform bozukluklar ve psikosomatik bozukluklar nonpsikiyatrik hastalıklardan ise hiper ve hipotroidizm, hiperparatroidizm, kardiyak hastalıklar, feokromasitoma, vestibüler sinir hastalığı, reaktif hipoglisemi, mitral valv prolapsusu sayılabilir (23).

Patolojik olmayan anksiyete ile yaygın anksiyete bozukluğu ayırımında, endişenin denetlenemez olması ve işlev bozucu niteliğine bakılması gerekir (23).

2.1.7. Tedavi

1. İlaçla tedavide;

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

2. Psikoterapide;

Gevşeme yöntemleri, bilişsel-davranışçı yaklaşım, destekleyici psikoterapi ve çözümleyici psikoterapi uygulanabilir (24).

İlaç ve psikoterapi birlikte uygulanmalıdır Hangi tedavi seçilirse seçilsin, başlangıçta hastayla tartışma, eğitim ve güvence vermek yararlıdır(20).

2.1.8. 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 (24).

Anksiyete bozukluğu olan hastalarda fobiler, panik nöbetleri, depresyon, kronik alkolizm, ilaç bağımlılığı gibi bozuklukların sıklıkla birlikte bulunabileceği unutulmamalıdır (24).

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 uzun süreçte patolojik bir eğilimi ortadan kaldırabilir (33).

2.2. Çocuk Ebeveyn Kaygısı Preoperatif Durum

2.2.1. Çocuklarda Kaygı ve Bunu Etkileyen Etmenler

Çocukluk yılları insan hayatının en hızlı gelişim yıllarıdır. Çocuk çevresini tanımaya çevresindeki ilişkileri kendince anlamaya, olaylara karşı bakış açısı kazanmaya ve olayları yorumlamaya çalışır. Bu gelişim süreci içinde çocuğun içinde bulunduğu çevresel koşullara göre anksiyete düzeyi de şekillenmeye başlar(34).

Gelişimsel olarak bebeklik döneminden itibaren görülen normal anksiyete, yetişkinlik döneminde görülür bir neden olmadan patolojik kaygıya dönüşebilmektedir. 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 (34).

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 değişikleri 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 (34).

Anksiyete duygusu anne-babasının, öğretmenlerinin ve arkadaşlarının davranışları ile şekillenir ve oluşur. Anksiyete bulaşıcı bir duygu olduğundan çocuğun anksiyete anlayışı ve tepkisi; çevresindeki insanların (anne-baba veya öğretmeni gibi otorite figürlerinin) anksiyeteyi yaşaması ve bunların çocuk tarafından algılanması veya özdeşim kurulmasıyla gelişebilmektedir (35).

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 (35).

Ebeveynleri ile bu kadar derin ilişkisi olan çocukların etkileşimleri preoperatif dönemde de doğal olarak yoğun bir şekilde yaşanmaktadır. Ailelerin anksiyetesi direkt olarak hem preoperatif hem de postoperatif dönemde çocukların davranışlarını ve anksiyetelerini etkilemektedir (36). Çocuk hastaların anksiyetesi ebeveyn anksiyetesinin artması ile de artmakta (7), ebeveyn kaygısı çocuğun kaygısının oluşmasını etkileyen en önemli nedenlerden biri olmaktadır. Ebeveynlerin, çocuklarının cerrahiye algılayış biçimlerinde ve streslerinin azalmasında önemli bir rol alabilecekleri bildirilmiş olup (9), ebeveyn kaygısı indirekt olarak çocuğun kaygı düzeyini etkileyebilmektedir (10).

2.2.2. Aile Anksiyetesi

Çocuklarının ameliyat olması, ebeveynlerde çok ciddi düzeyde kaygı yaratmakta ve bir patoloji ile eş değer tabloya yol açabilmektedir (12). 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 (37).

Anesteziistler çoğu zaman çok stresli ailelerle karşılaşırırlar ve ebeveynler 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 (38).

2.2.3. Preoperatif Anksiyetenin Azaltılmasına Yönelik Kuramlar

Stresle başa çıkma programlarında amaç; kişiye stres oluşturan öğeleri ve bunlara verdiği tepkileri tanıtmak, problemlerin doğru tanısına yardımcı olmak, stres vericileri yönlendirmek, kendisini psikolojik ve fizyolojik zararlardan korumak için yöntemler öğretmek ve geliştirmektir (39).

Bilgi verilmesi, preoperatif gevşeme eğitimi ve destekleyici danışmanlık gibi yöntemlerle hastanın preoperatif anksiyetesinin ve korkusunun azaltılması hedeflenir (19). Burada söz konusu çocuksa olaya dahil olan ebeveyn olacaktır. Preoperatif dönemde önemli derecede gelişen kaygıyı azaltmak için kullanılabilen stratejiler şu şekildedir:

Duygusal Yönetim Kuramı

Hastanın bilgilendirilmesi cerrahi için ilk psikolojik hazırlığı oluşturur. Çünkü bilgi bilişsel faktörleri de etkileyerek kişinin duygusal kontrolü üzerindeki etkinliğini artırır. Bu stratejideki asıl amaç hastanın duygusal desteğinin sağlanmasıdır (19).

Bireysel Düzenleme Kuramı

Bu stratejinin temeli hastanın anlayacağı Şekilde bilgilendirilmesi ve muhtemel beklenen durumların Őematize edilmesi ilkesi üzerine kuruludur. Dikkat duygulardan uzaklaŐtırılarak, bilgiler üzerinde yođunlaŐtırılır. Bu görüŐe göre hasta bu bilgilendirme Şekli ile kendi durumunu kavrar, bir davranıŐ stratejisi geliŐtirilerek bu konudaki kendi deneyimlerini de gözden geçirip düzeltme fırsatı bulur (19).

Bilişsel Kuram

Bu strateji hem probleme odaklanma hem de duygulara odaklanmayı önerir. Problem odaklı yaklaşım, hastanın kaçınmasını minimize etmeyi ve durumu kontrol edebilme görüşü kazandırmayı hedefler. Probleme odaklı yaklaşım hem giriŐimsel bilgiyi hem de duygusal yaŐantıları birlikte ele alır. Duygu odaklı yaklaşım ise duygusal gerilimi azaltmayı hedefler (19).

2.3. Anksiyetenin Değerlendirilmesi

2.3.1. Durumluk-Sürekli Kaygı  l eği Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory = STAI)

Anksiyete, insanın temel duygularından biri olarak kabul edilebilir. Hepimiz, tehlike gördüğümüz durumlarda bir miktar kaygı duyarız. DiŐ hekim koltuğunda otururken, sınav kapısında beklerken, uçağa binmeden ya da bir ameliyata girmeden önce tedirgin ve huzursuz oluruz. Tehlikeli koŐullarının yarattığı bu anksiyete türü genellikle her bireyin yaşadığı geçici, duruma bağlı bir anksiyete oluşturur. Buna ‘‘durumluk anksiyete (kaygı)’’ denir (40).

Bazı kişiler sürekli olarak huzursuzluk içinde yaşarlar ve mutsuzdurlar. Doğrudan doğruya çevreden gelen tehlikelere bağlı olmayan bu anksiyete türü içten kaynaklanır. Birey  z değerlerinin tehdit edildiğini zannetmesi ya da içinde bulunduğu durumları stresli olarak yorumlaması sonucu anksiyete duyar. Buna da ‘‘sürekli anksiyete (kaygı)’’ denir (40).

Klinik psikologlar ve psikiyatriŐtrelere başvuran hastaların büyük bir çoğunluğu sürekli kaygı belirtilerinden Őikayet dirler (40).

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 ifade eder.

Sürekli kaygı, bireyleri birbirinden ayırt eden bir özelliktir. Anksiyete yaşantılarındaki bu ayırımı yapılıması Spielberger'in 'İki Faktörlü Anksiyete Kuramı' ile anksiyete türlerinin ölçülmesi de Spielberger ve arkadaşlarının Durumluk- Sürekli Anksiyete Envanteri'yle mümkün olmuştur (40).

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 değişmeler, bireyin gerilim ve huzursuzluk duygularının göstergesidirler. Stresin yoğun olduğu zamanlarda durumluk anksiyete seviyesinde yükselme, stres ortadan kalkınca, düşme olur (40).

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 (40).

Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri'nin Türkçe'ye adaptasyonu, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öner ve Le Compte (1983) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin normal ve hasta örnekleriyle yapılan çalışmalar sonucu elde edilen güvenilirlik katsayılarının 0.83 ile 0.87 arasında değiştiği bildirilmektedir (40).

Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçek her biri 20 sorudan oluşan durumluk ve sürekli olmak üzere iki alt ölçekten oluşmaktadır. Her bir soru için 1-4 arası puan verilen Likert tipi bir ölçektir, 14 yaş üstü bireylere uygulanabilmektedir(40). Durumluk Anksiyete Ölçeği bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini betimlemesini, içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını dikkate alarak cevaplamasını gerektirir. Sürekli kaygı ölçeği ise bireyin genellikle nasıl hissettiğinin ifadesini gerektirir.

Durumluk anksiyete ölçeği maddelerini; ifade edilen duygu ya da davranışları bu tür yaşantıların şiddet derecesine göre (1) hiç, (2) biraz, (3) çok, (4) tamamıyla gibi şıklardan birini işaretlemek suretiyle yanıtlamaları istenmiştir.

Sürekli Anksiyete Ölçeği maddelerinde ifade edilen duygu yada davranışları ise sıklık derecesine göre (1) hemen hiçbir zaman, (2) bazen, (3) çoğu zaman ve (4) hemen her zaman şeklinde işaretlemeleri istenmiştir.

Her iki ölçek için kişilerin anksiyete durumu ölçüt yönergesine göre uygun biçimde 0-19 puan (yok), 20-39 puan (hafif), 40-59 puan (orta), 60-79 puan (ağır), 80 puan ve üzeri (çok şiddetli) panik olarak belirtilmiştir(40).

Durumluk anksiyete ölçeğinde on tane tersine dönmüş ifade bulunmaktadır. Bunlar; 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20 maddeleridir. Durumluk anksiyete düzeyleri değerlendirilirken doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin puanları ayrı ayrı toplanarak, doğrudan ifadelerin toplam puanından ters ifadelerin toplam puanı çıkartılır. Bulunan değere durumluk anksiyete ölçeği için önceden saptanmış ve değişmeyen değer olan 50 sayısı eklenerek her kişinin durumluk anksiyete puanı hesaplanır(40).

Sürekli anksiyete ölçeğinde de tersine dönmüş ifadeler vardır ve bu ifadeler 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39 maddeleridir. Hastaların sürekli anksiyete düzeyleri değerlendirilirken yine doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin toplam puanları hesaplanıp daha sonra doğrudan ifadelerin toplam puanından tersine dönmüş ifadelerin toplam puanı çıkarılarak elde edilen değere sürekli anksiyete ölçeği için değişmeyen değer olan 35 sayısı eklenir böylece sürekli anksiyete puanları hesaplanır(40).

2.3.2. Beck Depresyon Ölçeği

Depresyon düzeyini ve belirtilerini belirlemek amacıyla 21 belirti kategorisinden oluşan Beck Depresyon Ölçeği kullanılmaktadır. Özgün biçimi 1961 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Depresyon ölçeği hastalığın etyolojisini değil, bilişsel içerik daha belirgin olmak üzere depresyonun duygusal, somatik, motivasyonel boyutlarına ilişkin bulguları derecelendirerek depresif belirti ve tutumlar hakkında bilgi vermektedir (41).

Ölçekteki her bir belirti kategorisi dört puanlık kendini değerlendirme maddelerinden oluşmuştur. Maddeler 0-3 arası puan ile değerlendirilmektedir. Ölçekte alınabilecek en

yüksek puan 63'tür. Her kategori grubu ve onu oluşturan maddeler depresif hastalarda açıkça görülebilen belirtilere dayanarak geliştirilmiştir. Beck Depresyon Ölçek puanlarını şöyle sınıflandırmıştır(42).

00-13 puan: depresyon yok

14-24 puan: orta derecede depresyon

25 ve + puan: ciddi depresyon

Depresyon ölçeğinin Türkiye'deki geçerlik ve güvenirlik çalışması Tegin (1980) ve Hisli (1988) tarafından yapılmıştır. (43-44). 40 üniversite öğrencisi ve 30 depresif hasta üzerinde yapmış olduğu çalışmada Beck Depresyon Ölçeğinin Türk toplumuna uygunluğunu ve her iki grup için ölçeğin güvenirliğini belirlenmiştir(43).

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma çocukları cerrahi girişim geçirecek ebeveynlerin anksiyetelerinin azaltılmasında üç farklı bilgilendirme yönteminin etkilerini analiz eden bir çalışma olup ebeveynler 3 farklı grupta çalışmaya alındı.

Çalışma grupları:

Grup 1: Anestezi polikliniğinde normal muayene edilip rutin bilgi verilmiş ebeveynler

Grup 2: Araştırmacı tarafından detaylı tıbbi bilgilendirme verilen ebeveynler

Grup 3: Araştırmacı tarafından detaylı tıbbi bilgilendirme ile birlikte duygusal destek sağlanan ebeveynlerden oluşturuldu.

Bu farklı grupların bağımlı değişkeni çocukları elektif cerrahi geçirecek ebeveynlerin durumluk kaygıları iken, bağımsız değişken ise bu ebeveynlere uygulanan bilgilendirme yaklaşımları idi.

Çalışmada, çocukları cerrahi geçirecek ebeveynlerin anksiyete düzeylerine üç farklı bilgilendirme yönteminin etkileri karşılaştırılmış ilk test ve son test kontrol gruplu model kullanılmıştır.

3.2. Araştırma Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmaya Ekim 2010 ile Mart 2011 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakóltesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D' na cerrahi nedeniyle başvuracak 1-12 yaş arası çocukların ebeveynleri dahil edildi.

Bu araştırmada; kronik hastalığı olan, daha önceden hastanede yatmış olan veya tekrarlayan cerrahi işlem geçirme ihtimali olan çocukların ebeveynleri ile sağlık personeli

olan ebeveynler çalışma kapsamı dışında tutuldu. Ayrıca çalışmaya en az ilkokul mezunu olan ebeveynler dahil edildi.

Bu amaçla anestezi polikliniğine muayeneye gelen cerrahi planlanan çocukların ebeveynleri arasından bu kriterlere uyan 100 ebeveyn üzerinde araştırma yapıldı.

3.3. Uygulama

Çocukları cerrahi işlem geçirecek ebeveynler, ameliyattan en erken bir hafta, en geç olarak da 1 gün önce anestezi polikliniğine başvurmaktadırlar. Rastgele olarak seçilen ebeveynlerin çalışmanın içeriği anlatılıp onamı alındıktan sonra gruplardan birine alınarak çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya dahil olan ebeveynlere Demografik Bilgi Formu (Ek1), Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri (Ek2-3) ile Beck Depresyon Ölçek'leri (Ek4) uygulandıktan sonra dahil edildiği gruba göre farklı yollar izlendi.

Grup 1'deki rutin poliklinik bilgilendirmesi poliklinikteki hasta yükü ile ilişkili olarak genellikle 10-15 dakika sürdü ve hastanın tıbbi durumunu belirleyen bir görüşmeyi içerdi. Hastanın tıbbi geçmişi standart bir görüşme formuna işaretlenerek fizik muayene yapıldı. Bu görüşme sırasında hastaya yapılacak işlemler çok kısa ve genellikle tıbbi terimleri içeren bir tarzda sunuldu tıbbi görüşme sırasında hastaya veya yakınına yapılacak işlemleri ana hatları ile özetleyen bir bilgilendirme formu yasal gerekçelerle imzalatıldı.

Grup 2'deki ebeveynlere araştırmacı tarafından detaylı tıbbi bilgilendirme verildi. Bu görüşmede poliklinik muayenesinde yapılan tüm işlemler araştırmacı tarafından uygulandı ve sonrasında ebeveynlere, görüşme metninde ifade edildiği şekilde çocuklarına nasıl anestezi uygulaması yapılacağı ve olası riskler anlayabilecekleri şekilde sunuldu. Bu görüşmeler 20-25 dakika civarında sürdü.

Grup 3'teki ebeveynlere de araştırmacı tarafından detaylı tıbbi bilgilendirme verildi ve birlikte duygusal destek sağlandı. Bu görüşmede poliklinik muayenesinde yapılan tüm işlemler araştırmacı tarafından uygulandı ve sonrasında ebeveynlere görüşme metninde ifade edildiği şekilde detaylı tıbbi bilgilendirme yapıldı, duygusal destek sağlandı. Bu görüşme sırasında empatik yaklaşım, duygu ve içeriğin yansıtılması, kişiselleştirme gibi psikolojik danışma teknikleri uygulandı. Bu görüşmeler ise 30-35 dakika civarında sürdü.

3.4. Görüşme

Grup 1'deki ebeveynlere anestezi polikliniğinde çocuklarının muayene sırasında poliklinikte bulunan bir anestezi asistanı tarafından rutin poliklinik bilgilendirmesi yapılmıştır.

Grup 2 ve 3'teki ebeveynlere ise çocuklarının rutin poliklinik muayenesinden sonra araştırmacı tarafından bir odaya alınarak çocuklarına yapılacak işlemler onlara detaylı olarak açıklandı.

Detaylı tıbbi bilgilendirme yapılacak ebeveynlere (Grup 2) çocuklarına yapılacak işlemler detaylı olarak açıklandı. Bu görüşme kabaca aşağıdaki şekilde gerçekleşti.

“Hoş geldiniz. Ben Dr. Fatih ATASOY, yarın çocuğunuz cerrahi işlem geçirecek o hocamla asistan doktor arkadaşlar tarafından uyutulacak. Operasyondan önce (1-3 yaş arası çocuklar için 6 saat, 3-12 yaş arası çocuklar için 8 saat aç olarak ifade edildi.) hiçbir şey yemeyecek ve içmeyecek. Sabah siz çocuğunuzla birlikte ameliyathanede çocuk bekleme odasına geleceksiniz. Çocuğunuz orada sizden alıp ameliyathaneye alacağız. Sizinle ben bir başka odada görüşeceğiz. O anestezi maskesi ile gazlar verilerek veya damardan bazı ilaçlar verilerek uyutulacak. Bu arada damar yolu ile serum verilecek. Daha sonra da ameliyat sonrası ağrı duymaması için bazı ilaçlar verilebilir. Sizin çocuğunuza ameliyat sonrası ağrı tedavisi için bir iğne yapmak (belinden, boğazından) uygun olabilir. (Çocuğun geçireceği cerrahiye göre belirtildi veya belirtilmedi.) Ameliyat bitince uyutmak için verilen gazlar kesilecek uyanmaya başlayacak, biraz uyanınca derlenme odası denen odamıza alacağız, tamamen uyanınca ise çocuğunuz postu ile birlikte servise gitmesi için size vereceğiz. Orada birlikte olacaksınız. Daha sonra da ameliyatın durumuna göre çocuğunuz iyileşince servisten eve gönderileceksiniz. Tüm dünyada anestezi riski 1/10.000 olarak bildirilmiştir. Belinden yapılan iğne ile ilgi olarak çocuğunuzun baş ağrısı, sırt bel ağrısı olabilir; ama bu riskler genellikle anestezi riski kadar düşüktür. (Spinal, epidural, kaudal anestezi uygulanabilecek olanların ebeveynlerine anlatıldı). Ameliyat sonrası ağrı için iyi bir yöntemdir; ama sadece damar yolu ile de ilaç verilebilir. Bu durumda ağrısız dönem genellikle birkaç saat sürer. Bana bu anlattıklarım ile ilgili olarak veya çocuğunuzun anestezisi ile ilgili başka sorunuz var mı?”

Grup 3'teki tıbbi bilgilendirme ile birlikte duygusal destek sağlanan ebeveynlerde ise, görüşme aşağıdaki gibi gerçekleşti.

“Hoş geldiniz. Ben Dr. Fatih ATASOY, yarın çocuğunuz cerrahi işlem geçirecek o hocamla asistan doktor arkadaşlar tarafından uyutulacak. Operasyondan önce (1-3 yaş arası çocuklar için 6 saat,3-12 yaş arası çocuklar için 8 saat aç olarak ifade edildi.) hiçbir şey yemeyecek ve içmeyecek. Çocukların açlığa ve susuzluğa zor dayandıklarını biliyorum, ama bu onun sağlığı için gerekli. Sabah siz çocuğunuzla birlikte ameliyathanede çocuk bekleme odasına geleceksiniz. Çocuğunuz orada sizden alınıp ameliyathaneye alınacak. Sizinle ben bir başka odada görüşeceğiz. O anestezi maskesi ile gazlar verilerek veya damardan bazı ilaçlar verilerek uyutulacak. Bu arada damar yolu ile serum verilecek. Canı acımadan, çabuk ve rahat bir uyku olacak. O andan itibaren hiç bir şey hissetmeyecek. Çocuğunuz güvende ve emin ellerde olacak. Daha sonra da ameliyat sonrası ağrı duymaması için bazı ilaçlar verilebilir. Sizin çocuğunuza ameliyat sonrası ağrı tedavisi için bir iğne yapmak (belinden, boğazından) uygun olabilir. (Çocuğun geçireceği cerrahiye göre belirtildi veya belirtilmedi.) Çocuklar ağrı çekince gerçekten anne ve baba için çok rahatsız edici olabilir. Ameliyat bitince uyutmak için verilen gazlar kesilecek uyanmaya başlayacak, biraz uyanınca derlenme odası denen odamıza alacağız, tamamen uyanınca ise çocuğunuzu posta ile birlikte servise gitmesi için size vereceğiz. Orada birlikte olacaksınız. Daha sonra da ameliyatın durumuna göre çocuğunuz iyileşince servisten eve gönderileceksiniz. Tüm bu kaygı ve endişeleriniz kaybolacak. Tüm dünyada anestezi riski 1/10.000 olarak bildirilmiştir. Belinden yapılan iğne ile ilgili olarak çocuğunuzun baş ağrısı, sırt bel ağrısı olabilir; ama bu riskler genellikle anestezi riski kadar düşüktür. (Spinal, epidural, kaudal anestezi uygulanabilecek olanların ebeveynlerine anlatıldı.).Ameliyat sonrası ağrı için iyi bir yöntemdir; ama sadece damar yolu ile de ilaç verebiliriz. Bu durumda ağrısız dönem genellikle birkaç saat sürer. Biliyorum bazen anestezi ile ilgili çok ürkütücü şeyler söylüyorlar halk arasında. Ancak anestezi riski aslında sizin eve giderken bir kaza yapmanızdan, deprem olmasından vs. çok daha düşük bir olasılık. Kaygılanmakta haklısınız ben olsam ben de aynı şeyleri yaşarım bende bir babayım, çocuklarımız çok değerli, herkes çocuğunuzun sağlığına kavuşması için çaba gösterecek. Bana bu anlattıklarımıyla ilgili olarak veya çocuğunuzun anestezisi ile ilgili başka sorunuz var mı? Sizin için yapabileceğim başka bir şey var mı bu konuda?”

Bu görüşmelerden sonra ebeveynler çocukları ile birlikte ameliyat sabahı gelmek üzere gittiler. Ameliyat günü geldiklerinde ise çocukları ameliyat odasına alınan ebeveynlere daha önceden uygulanan Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri ile Beck

Depresyon Ölçek'leri tekrar uygulandı ilave olarak yapılandırılmış görüşme soruları cevaplandırıldı.

3.5. Veri Toplama Araçları

Çalışmada 3 adet farklı veri toplama yöntemi kullanılmıştır. Bunlardan birincisi ebeveynler için Spielberger Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Envanteri, ikincisi Beck Depresyon Ölçek'leridir. Bu iki veri toplama yöntemi ilk test ve son test olarak yapılmışken üçüncü veri toplama yöntemi olan ebeveynlere yapılandırılmış görüşme tekniği uygulanması sadece son test olarak yapılmıştır.

3.5.1. Yapılandırılmış Görüşme Tekniği

Yapılandırılmış görüşme tekniği (Ek5) 8 soruya verilebilecek evet- hayır cevaplarından oluşan bizim tarafımızdan hazırlanan anket formatında görüşme sorularından oluşmaktadır.

3.6. Verilerin Toplanması

Anestezi polikliniğine başvuran ve çalışmaya uygun tüm ebeveynlere Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri ile Beck Depresyon Ölçek'leri uygulandı.

Ameliyat günü daha önce görüşülen ebeveyn, çocuğu ameliyathaneye alındıktan hemen sonra araştırmacı tarafından ameliyathane dışında bulunan bir odaya götürüldü ve tüm ebeveynlere daha önce uygulanan Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri ile Beck Depresyon Ölçek'leri tekrar uygulandıktan sonra yapılandırılmış görüşme tekniği de ilaveten uygulanarak veriler kaydedildi.

Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri ile Beck Depresyon Ölçek'lerinde elde edilen puanlar araştırmacı tarafından elle hesaplanmıştır.

3.7. Verilerin Analizi

Elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılmış ve verilerin analizi için SPSS paket programı kullanılmıştır. Gruplar arası karşılaştırmalarda ANOVA tekniği kullanılmıştır. Sonuçların yorumlanmasında 0.05 yanılma olasılığı ölçüt olarak alınmıştır. Görüşmede elde edilen verilerde verilen yanıtların frekans analizi yapılmıştır.

4. BULGULAR

Bu araştırma; Durumluk Kaygı Ölçekleri, Sürekli Kaygı Ölçekleri ve Beck Depresyon Ölçekleri ilk test ve son test olarak ebeveynlere uygulanarak, özellikle Durumluk Kaygı Ölçeklerinin ebeveynlere uygulanan bilgilendirme yöntemleri sonucunda nasıl etkilendiğini belirlemek amacıyla değerlendirilmiştir. Yapılandırılmış görüşme tekniğinde sorulan sorular ile ebeveynlerin anesteziyi algılayış biçimleri ve ameliyat öncesi gereksinmelerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Bu amaçla anestezi polikliniğine muayeneye gelen cerrahi planlanan çocukların ebeveynleri arasından kriterlere uyan yaşları 24-60 arasında değişen toplam 100 ebeveyn üzerinde araştırma yapıldı.

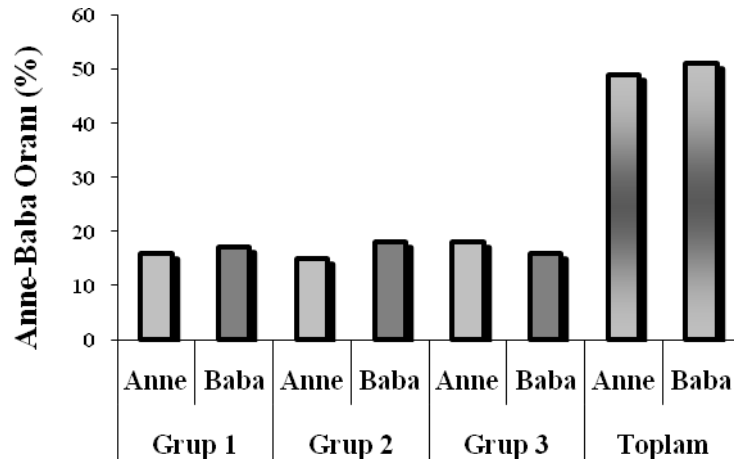
Bu 100 ebeveyn 3 grup şeklinde planlanan çalışmamızda rastgele bir gruba alınarak çalışmaya dahil edildi. Grup 1'deki rutin poliklinik bilgilendirmesi genellikle 10-15 dakika sürdü. Grup 2'deki ebeveynlere detaylı tıbbi bilgilendirme verildi, bu görüşmeler 20-25 dakika civarında sürdü. Grup 3'teki ebeveynlere de detaylı tıbbi bilgilendirme verildi ve birlikte duygusal destek sağlandı, bu görüşmeler ise 30-35 dakika civarında sürdü.

Çalışmaya dahil olan ebeveynlerin demografik özellikleri aşağıda verilmiştir.

Tablo 1 ve Grafik 1'de görüldüğü üzere ebeveynlerin cinsiyet açısından gruplar arasında dağılımında istatistiksel anlamlı fark görülmemektedir ($X^2 = 0.827$; $p > 0.05$).

Tablo 1. Ebeveynlerin Gruplarda Cinsiyetlere Göre Dağılımı

	Anne (f)	Anne (%)	Baba (f)	Baba (%)	Toplam (f)
Grup 1	16	48.5	17	51.5	33
Grup 2	15	45.5	18	54.5	33
Grup 3	18	52.9	16	47.1	34
Toplam	49	49.0	51	51.0	100

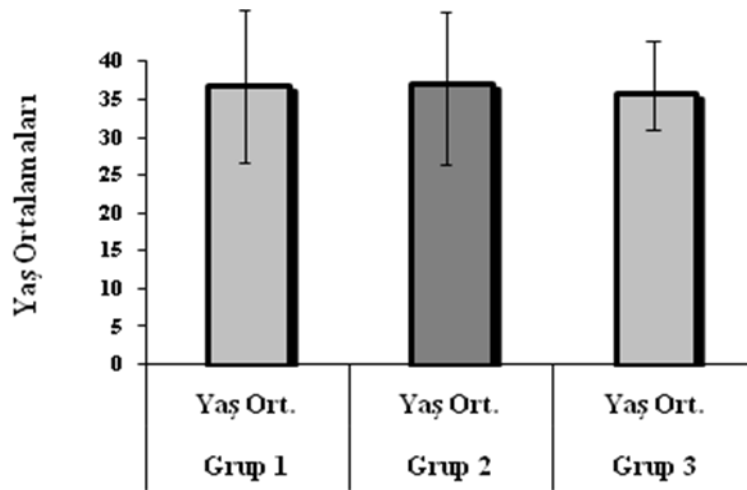


Grafik 1. Ebeveynlerin Gruplarda Cinsiyetlere Göre Dağılımı

Tablo 2 ve Grafik 2’de görüldüğü üzere ebeveynlerin yaş ortalamaları gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir ($X^2= 0.786$; $p> 0.05$).

Tablo 2. Ebeveynlerin Yaşlarının Gruplara Göre Aritmetik Ortalama, Standart Sapma, Minimum ve Maksimum Değerlerinin Dağılımı

	Ebeveyn Sayısı	Minimum Yaş	Maksimum Yaş	Yaş Ort. (Yıl)	Standart Sapma
Grup 1	33	24	60	36.82	9.153
Grup 2	33	25	59	37.09	8.615
Grup 3	34	27	50	35.82	5.430

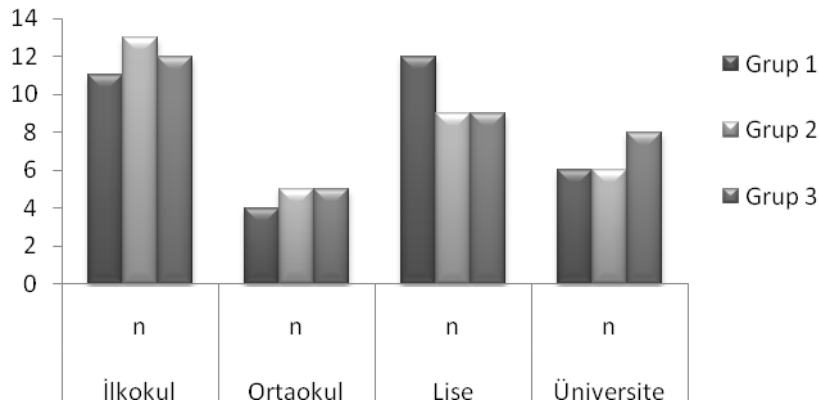


Grafik 2. Ebeveynlerin Gruplarda Yaşlarının Aritmetik Ortalama Değerleri

Tablo 3 ve Grafik 3'te görüldüğü üzere ebeveynlerin eğitim düzeylerinin gruplar içerisinde dağılımlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($X^2= 0.846$; $p> 0.05$).

Tablo 3. Ebeveyn Eğitimlerinin Frekans ve Yüzdeleri

	İlkokul		Ortaokul		Lise		Üniversite	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Grup 1	11	30.6	4	28.6	12	40.0	6	30.0
Grup 2	13	36.1	5	35.7	9	30.0	6	30.0
Grup 3	12	33.3	5	35.7	9	30.0	8	40.0
Toplam	36	36.0	14	14.0	30	30.0	20	20.0

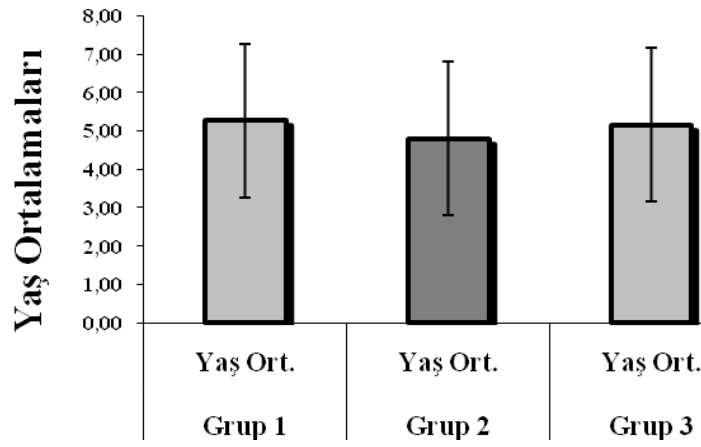


Grafik 3. Ebeveynlerin Eğitim Düzeylerinin Gruplar Arasında Dağılımı

Tablo 4 ve Grafik 4'te görüldüğü üzere her üç grupta yer alan çocukların yaş ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark yoktur ($X^2= 0.778$; $p> 0.05$).

Tablo 4. Çocukların Yaşlarının Gruplara Göre Aritmetik Ortalama, Standart Sapma, Minimum ve Maksimum Değerlerinin Dağılımı

	Çocuk Sayısı	Minimum Yaş	Maksimum Yaş	Yaş Ort. (Yıl)	Standart Sapma
Grup 1	33	1	10	5.27	2.875
Grup 2	33	2	11	4.79	2.934
Grup 3	34	2	11	5.15	2.841



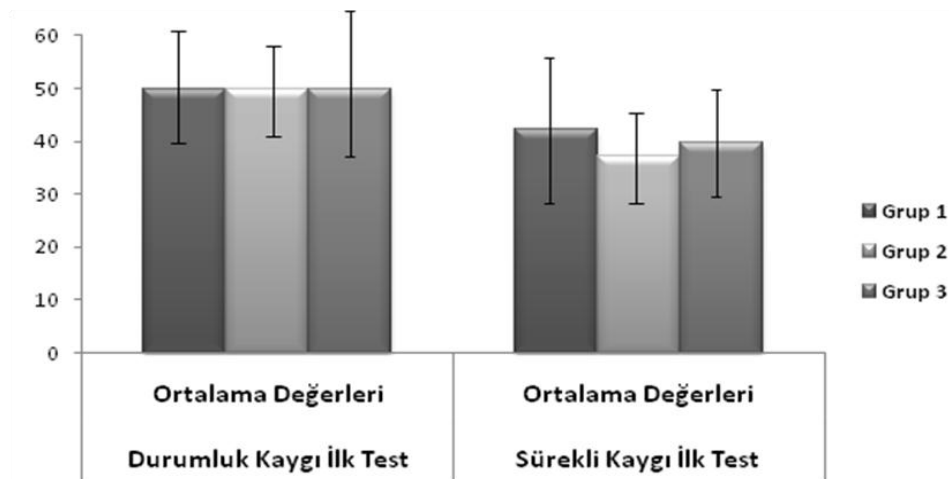
Grafik 4. Çocukların Yaşlarının Gruplarda Aritmetik Ortalama Değerleri

İlk test sonuçlarının gruplar içinde analizinde ortaya çıkan veriler ise şu şekilde oluşmuştur.

Durumluk Kaygı Ölçeği puanları aritmetik ortalamalarının grup 1’de 49.79, grup 2’de 49.82 ve grup 3’te ise 49.97 olduğu görüldü. Sürekli Kaygı Ölçeği puanları aritmetik ortalamalarının ise grup 1’de 42.18, grup 2’de 37.21 grup 3’te ise 39.79 olduğu görüldü. Ortalama değerlerin karşılaştırılmasında bir boyutlu varyans analizi (ANOVA) uygulanarak; Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği ilk test puanlarında gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark olmadığı saptandı (Durumluk Kaygı Ölçeği için; $X^2 = 0.097$; $p > 0.05$), Sürekli Kaygı Ölçeği için; $X^2 = 0.138$; $p > 0.05$).

Tablo 5. Araştırma Gruplarının Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği İlk Test Puanlarının Minimum Değerleri, Maksimum Değerleri, Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	n	Durumluk Kaygı İlk Test				Sürekli Kaygı İlk Test					
		Min. Değer	Mak. Değer	Ort.	SS	F	Min. Değer	Mak. Değer	Ort.	SS	F
Grup 1	33	34	69	49.79	9.535		30	72	42.18	10.979	
Grup 2	33	33	64	49.82	7.401	0.003	27	59	37.21	7.343	0.002
Grup 3	34	26	68	49.97	11.774		27	56	39.79	8.786	

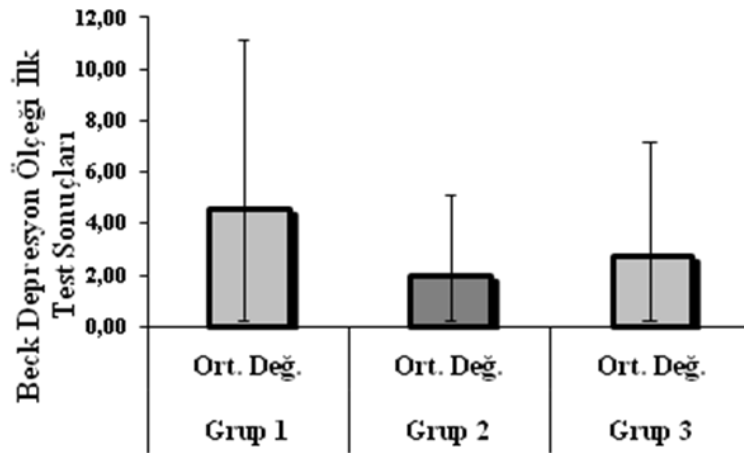


Grafik 5. Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı İlk Test Sonuçları Ortalama Değerlerinin Gruplarda Dağılımı

Beck Depresyon Ölçeği puanlarının aritmetik ortalamalarının grup 1’de 4.61, grup 2’de 2.03 ve grup 3’te ise 2.74 olduğu görüldü. Gruplar arasında Beck Depresyon Ölçeği aritmetik ortalama puanları açısından da anlamlı istatistiksel farklılık saptanmamıştır ($X^2 = 0.231$; $p > 0.05$).

Tablo 6. Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının İlk Test Puanlarının Minimum Değerleri, Maksimum Değerleri, Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	n	Beck Depresyon Ölçeği İlk Test			
		Min. Değer	Mak. Değer	Ort.	SS
Grup 1	33	0	26	4.61	6.609
Grup 2	33	0	10	2.03	2.789
Grup 3	34	0	26	2.74	4.686

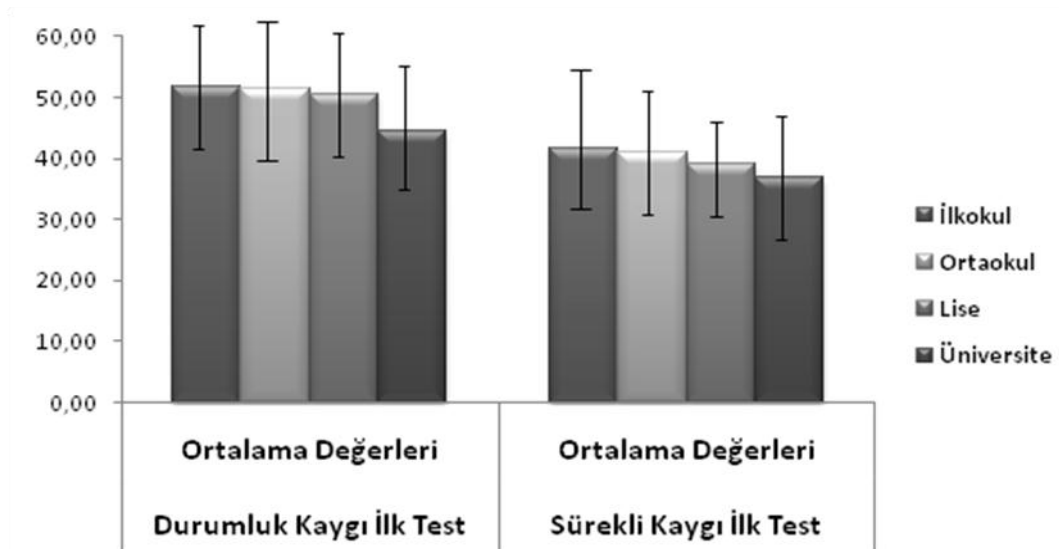


Grafik 6. Beck Depresyon Ölçeği İlk Test Sonuçları Ortalama Değerlerinin Gruplarda Dağılımı

Durumluk kaygı puanlarının eğitim durumlarına göre karşılaştırılmasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($\chi^2 = 0.046$; $p < 0.05$). Farkın kaynağını bulmak için Post Hoc Tests uygulandı ve farkın ilkökul ve üniversite mezunları arasındaki farktan kaynaklandığı görüldü. Durumluk kaygı puanları ortalama değerlerinin diğer eğitim düzeylerine göre üniversite mezunlarında daha düşük olduğu görüldü. Sürekli kaygı puanları aritmetik ortalamalarının ise eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak farklı olmadığı saptandı ($\chi^2 = 0.270$; $p > 0.05$).

Tablo 7. Ebeveynlerin Eğitim Düzeylerine Göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği İlk Test Puanlarının Minimum Değerleri, Maksimum Değerleri, Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	n	Durumluluk Kaygı İlk Test				Süreklilik Kaygı İlk Test			
		Min. Değer	Mak. Değer	Ort.	SS	Min. Değer	Mak. Değer	Ort.	SS
İlkokul	36	30	69	51.64	8.894	27	72	41.58	10.713
Ortaokul	14	30	68	51.36	10.172	27	56	40.93	8.480
Lise	30	33	69	50.60	9.676	29	56	38.93	6.997
Üniversite	20	26	59	44.50	9.384	28	72	36.75	9.803



Grafik 7. Ebeveynlerin Eğitim Düzeylerine Göre Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı İlk Test Sonuçları Ortalama Değerleri

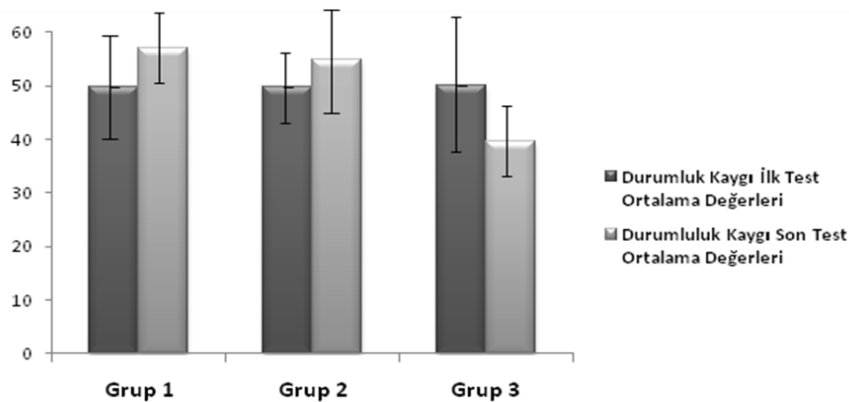
İlk test ve son test sonuçlarının gruplar arası analizinde ortaya çıkan veriler ise şu şekilde oluşmuştur.

Tablo 8 ve Grafik 8’de görüldüğü üzere her 3 grupta da Durumluk Kaygı ilk test ve son test sonuçları aritmetik ortalamaları arasında farklılık mevcut olup istatistiksel olarak anlamlı fark görülmektedir (Her bir grup için $X^2 = 0.000$; $p < 0.05$). Tabloya bakıldığında grup 1 ve 2 de son test puan ortalamalarının ilk test ölçümüne göre arttığı görülmekte olup grup 3 te ise son test puan ortalamaları ilk test ölçümüne göre azalmaktadır.

Son test sonuçları 3 grup aralarında karşılaştırıldığında da istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < 0.05$). Bu fark gruplar arasında karşılaştırma yapıldığında; grup 1 ve 2 arasında istatistiksel olarak fark yokken ($X^2 = 0.648$; $p > 0.05$) grup 1–3 ($X^2 = 0.000$; $p < 0.05$) ve grup 2–3 ($X^2 = 0.000$; $p < 0.05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Buradan da anlaşıldığı üzere gruplar arasında farklılık ortaya çıkması grup 3 ten kaynaklanmaktadır.

Tablo 8. Ebeveynlerin Durumluk Kaygı Ölçeği İlk Test ve Son Test Puanlarının Minimum Değerleri, Maksimum Değerleri, Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	n	Durumluk Kaygı İlk Test				Durumluk Kaygı Son Test			
		Min. Değer	Mak. Değer	Ort.	SS	Min. Değer	Mak. Değer	Ort.	SS
Grup 1	33	34	69	49.79	9.535	47	74	57.0	7.734
Grup 2	33	33	64	49.82	7.401	32	77	54.79	9.509
Grup 3	34	26	68	49.97	11.774	24	48	39.50	6.921



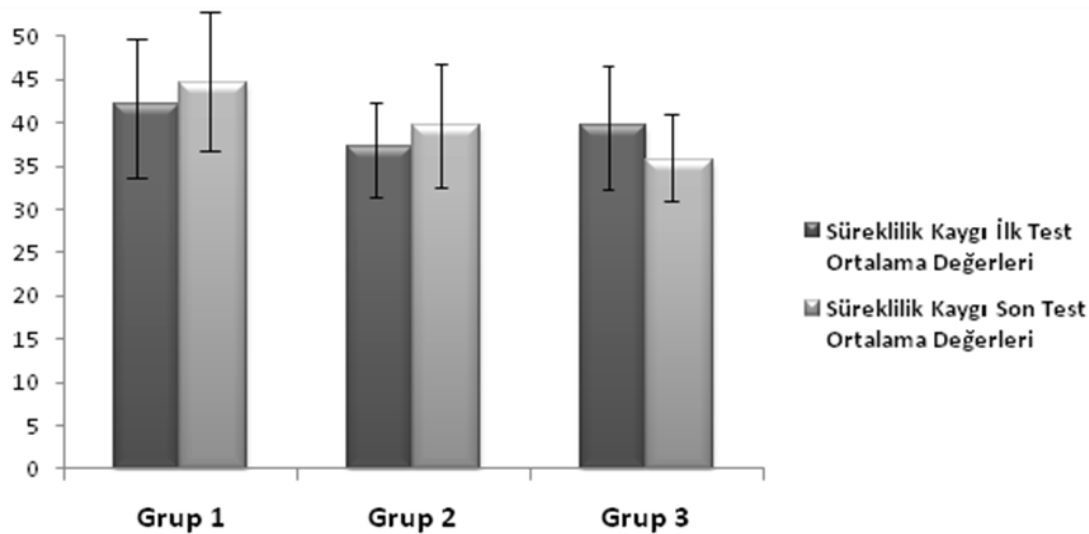
Grafik 8. Ebeveynlerin Durumluk Kaygı Ölçeği İlk Test ve Son Test Puanlarının Aritmetik Ortalama Değerleri

Tablo 9 ve Grafik 9 incelendiğinde Sürekli Kaygı Ölçekleri ilk test ve son test sonuçları aritmetik ortalamaları her 3 grupta istatistiksel olarak anlamlı farklılık

göstermektedir (Grup 1 ve 3 için $X^2 = 0.000$; $p < 0.05$ grup 2 için $X^2 = 0.001$; $p < 0.05$). Durumluk Kaygı Ölçeğindeki gibi çok net bir değişiklik olmamakla birlikte Sürekli Kaygı Ölçeğinde de grup 1 ve 2’de son test puan ortalamalarının ilk test ölçümüne göre arttığı görülmekte olup grup 3’te ise son test puan ortalamaları ilk test ölçümüne göre azalmaktadır.

Tablo 9. Ebeveynlerin Sürekli Kaygı Ölçeği İlk Test ve Son Test Puanlarının Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	n	Sürekli Kaygı İlk Test				Sürekli Kaygı Son Test			
		Min. Değer	Mak. Değer	Ort.	SS	Min. Değer	Mak. Değer	Ort.	SS
Grup 1	33	30	72	42.18	10.979	32	69	44.70	10.051
Grup 2	33	27	59	37.21	7.343	28	61	39.61	7.806
Grup 3	34	27	56	39.79	8.786	27	49	35.65	6.687



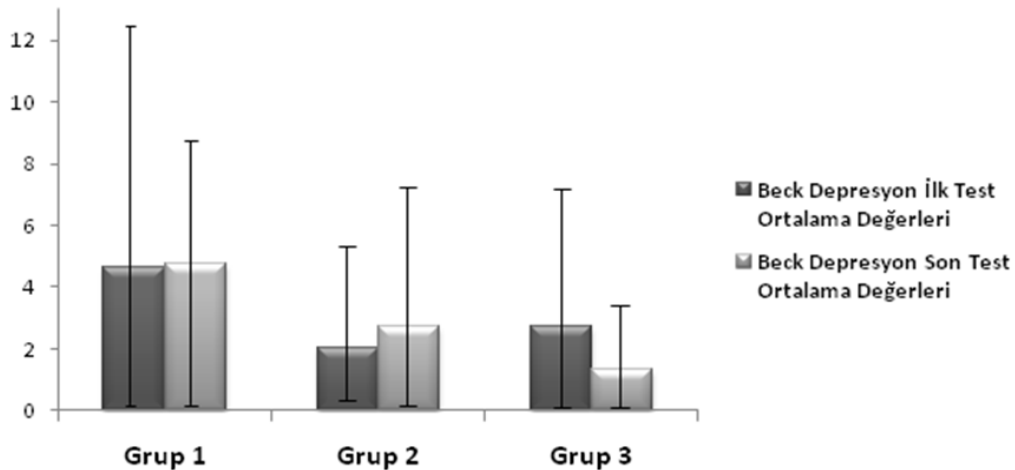
Grafik 9. Ebeveynlerin Sürekli Kaygı Ölçeği İlk Test ve Son Test Puanlarının Aritmetik Ortalama Değerleri

Tablo 10 ve Grafik 10'da görüldüğü üzere Beck Depresyon Ölçeği ilk test ve son test sonuçları aritmetik ortalamaları arasında grup 1 de istatistiksel olarak fark olmayıp ($X^2 = 0.072$; $p > 0.05$), Grup 2 ve 3 de ilk test ve son test sonuçları arasında istatistiksel olarak fark mevcuttur (p değerleri sırasıyla $X^2 = 0.029$; $p < 0.05$ $X^2 = 0.001$; $p < 0.05$).

Tablo ve grafikte ortaya konduğu üzere daha önce Durumluk Kaygı Ölçeğinde ve Sürekli Kaygı Ölçeğinde görüldüğü gibi grup 1 ve 2'de son test puan ortalamalarının ilk test ölçümüne göre arttığı görülmekte olup grup 3'te ise son test puan ortalamaları ilk test ölçümüne göre azalmaktadır. Depresyon düzeyini ortaya koymakta kullanılan bu ölçeğe göre her 3 grubunda ilk ve son test sonuç aritmetik ortalamaları depresyon yok düzeyi ile uyumludur.

Tablo 10. Ebeveynlerin Beck Depresyon Ölçeği İlk Test ve Son Test Puanlarının Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

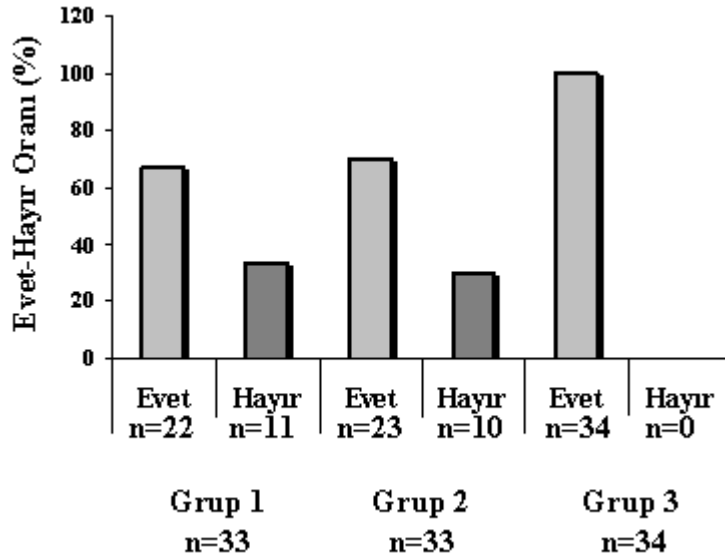
	n	Beck Depresyon İlk Test				Beck Depresyon Son Test			
		Min. Değer	Mak. Değer	Ort.	SS	Min. Değer	Mak. Değer	Ort.	SS
Grup 1	33	0	26	4.61	6.609	0	13	4.73	4.346
Grup 2	33	0	10	2.03	2.789	0	13	2.73	3.826
Grup 3	34	0	26	2.74	4.686	0	10	1.35	2.087



Grafik 10. Gruplarda Ebeveynlerin Beck Depresyon Ölçeği İlk Test ve Son Test Puanlarının Aritmetik Ortalama Değerleri

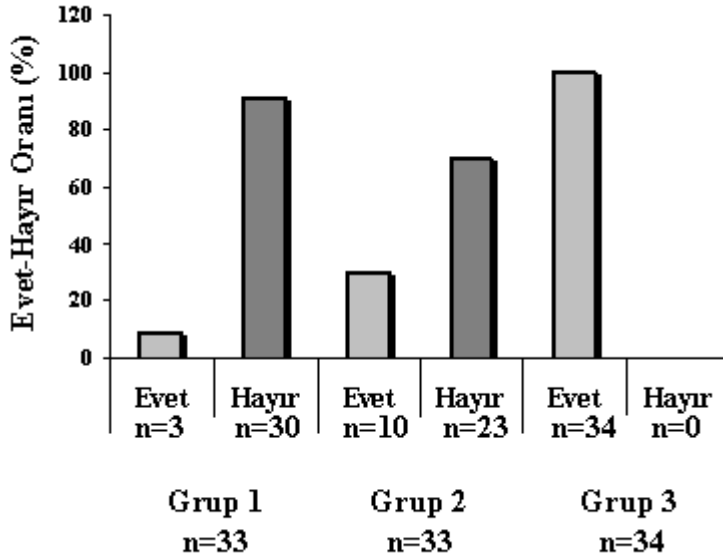
Yapılandırılmış görüşme tekniğinde sorulan sorulara ise yanıtlar şu şekilde ortaya konmuştur.

Grafik 11'de görüldüğü üzere "Anestezi bilgilendirme formunu okudunuz mu ya da size bu konuda anestezi uzmanı tarafından bir bilgi verildi mi?" sorusuna grup 1'deki ebeveynlerden sadece % 66.7 evet derken; grup 2'de grup 1'e yakın oranda %69.7'si evet demiş olup bu oran grup 3'teki ebeveynlerde %100'e ulaşmıştır.



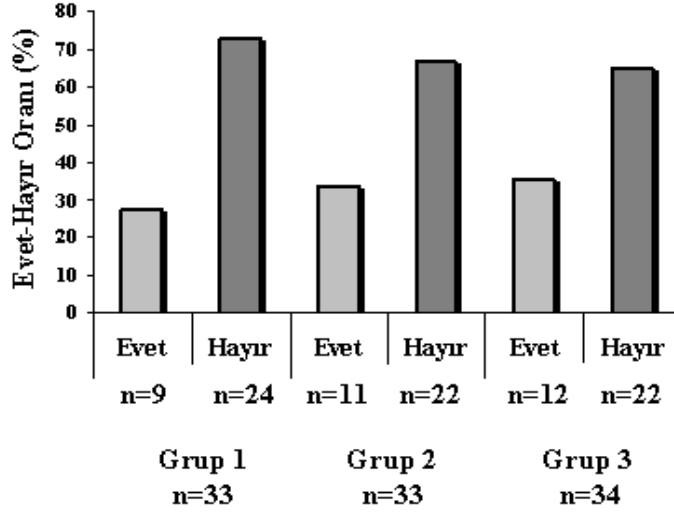
Grafik 11. 1. Soruya "Anestezi Bilgilendirme Formunu Okudunuz mu ya da Size Bu Konuda Anestezi Uzmanı Tarafından Bir Bilgi Verildi mi?" Sorusuna Verilen Yanıtların Frekans ve Yüzde Değerleri

Grafik 12'de görüldüğü üzere “Size anestezi hekimi tarafından verilen bilgileri yeterli buldunuz mu?” sorusuna grup 1'deki ebeveynlerden sadece %9.1'i “evet verilen bilgiler yeterliydi” derken; grup 2'de bu oran %30.3 evet oranına ulaşmasına rağmen grup 3'teki ebeveynlerin %100 verilen bilgilerin yeterli olduğunu ifade etmiştir.



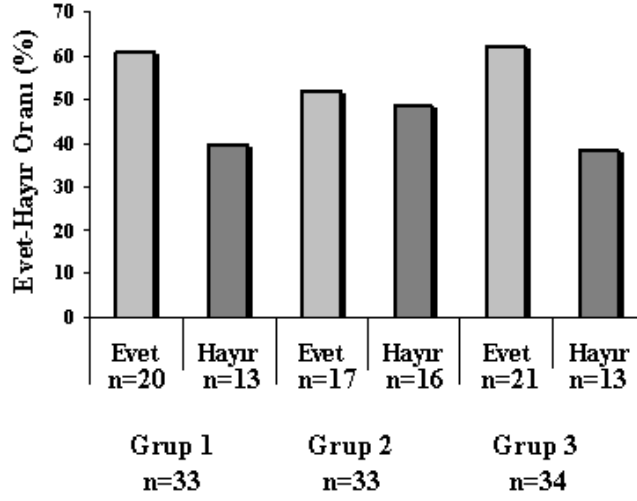
Grafik 12. 2. Soruya “Size anestezi hekimi Tarafından Verilen Bilgileri Yeterli Buldunuz mu?” Sorusuna Verilen Yanıtların Frekans ve Yüzde Değerleri

Grafik 13'te sonuçları gösterilen ‘‘Daha önce bir ameliyathane gördünüz mü?’’ sorusu ebeveynlerin kaygılarına yönelik eski tecrübelerinin araştırma sırasındaki kaygılarına etkileri olup olmadığına yönelik fikir oluşturması ve aynı zamanda toplumumuzun genel durumu hakkında yorum yapabilmek amaçlı sorulmuş olup gruplar arasında önemli bir fark bulunmamaktadır.



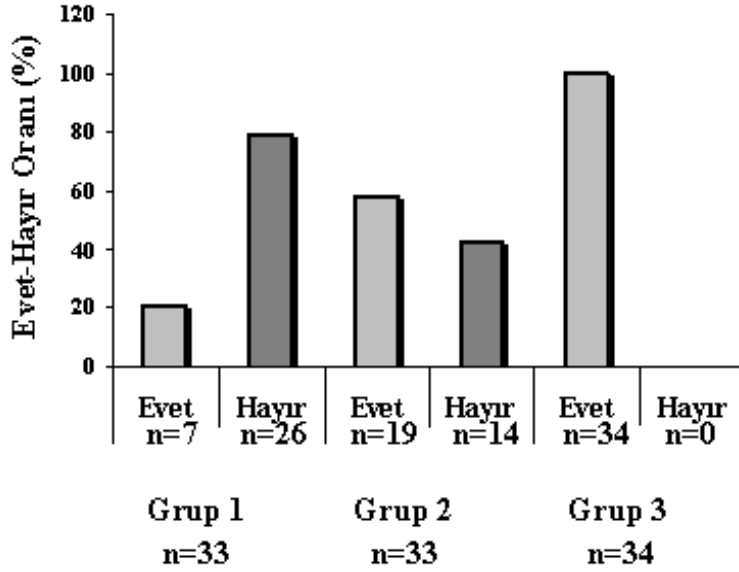
Grafik 13. 3. Soruya ‘‘Daha Önce Bir Ameliyathane Görmüş müydünüz?’’ Sorusuna Verilen Yanıtların Frekans ve Yüzde Değerleri

Grafik 14'te sonuçları gösterilen “Daha önce bir yakınınız anestezi aldı mı?” sorusunda bir önceki soruyla yaklaşık aynı mantıkta ebeveynlerin eski olumsuz ya da kaygı verici durumlarının çocukları anestezi alırken kaygı düzeylerini etkileyebilecek bir gerekçe oluşturabileceği düşüncesi ile soruldu ve yaklaşık aynı oranlarda sonuçlar elde edildi.



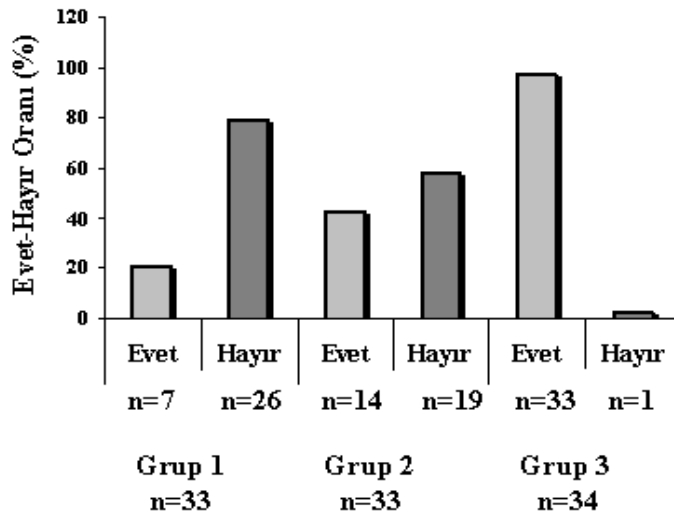
Grafik 14. 4. Soruya “Daha Önce Bir Yakınınız Anestezi Aldı mı?” Sorusuna Verilen Yanıtların Frekans ve Yüzde Değerleri

Grafik 15'te sonuçları verilen ‘‘Çocuğunuzun ameliyathaneye alınma şekli size anlatılanlarla benzer miydi?’’ sorusu 2. Soruda sorulan ‘‘Size anestezi hekimi tarafından verilen bilgileri yeterli buldunuz mu?’’ benzer tarzda sorulan bir soru olup verilen cevaplar paralellik göstermektedir. Grup 2’de evet cevabı grup 1’e göre artmakla birlikte 3. gruptaki %100 evet oranının çok gerisinde kalmaktadır.



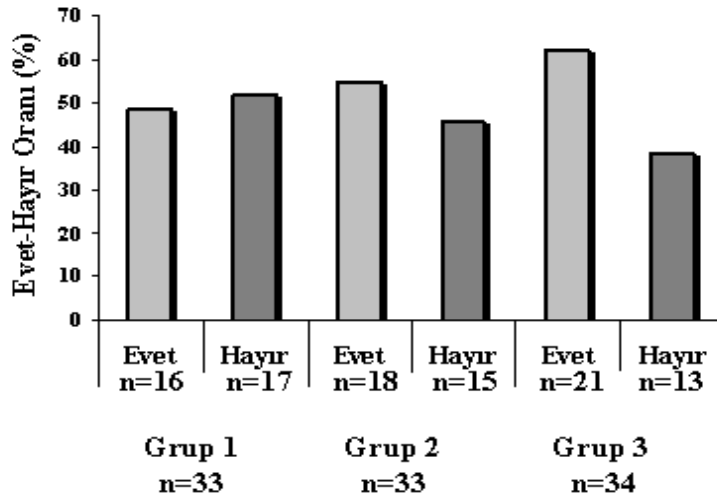
Grafik 15. 5. Soruya ‘‘Çocuğunuzun Ameliyathaneye Alınma şekli Size Anlatılanlarla Benzer miydi?’’ Sorusuna Verilen Yanıtların Frekans ve Yüzde Değerleri

Grafik 16'da sonuçları gösterilen “Ameliyat öncesi bilgi verilmesi kaygı düzeyinizi nasıl etkiledi?” sorusu altında çalışmamızda araştırdığımız konunun direk cevabını ebeveynlerden almamızı sağlayan çok açık bir sorudur. Grup 1’de azalttı cevabı verenlerin oranı %21.2 iken bu oran Grup 2 de %42.4’e çıkmaktadır. Her 2 grupta da artırdı cevabı daha yüksek orandadır. Bu durum ebeveynlere yapılmış testlerde de zaten görülmüştü, bu ebeveynlerin Durumluk Kaygı Ölçekleri son test sonuçları ilk test sonuçlarına göre yükselmişti. Grup 3’te ise yalnızca bir kişi dışında diğer ebeveynler azalttı yanıtını vermiştir.



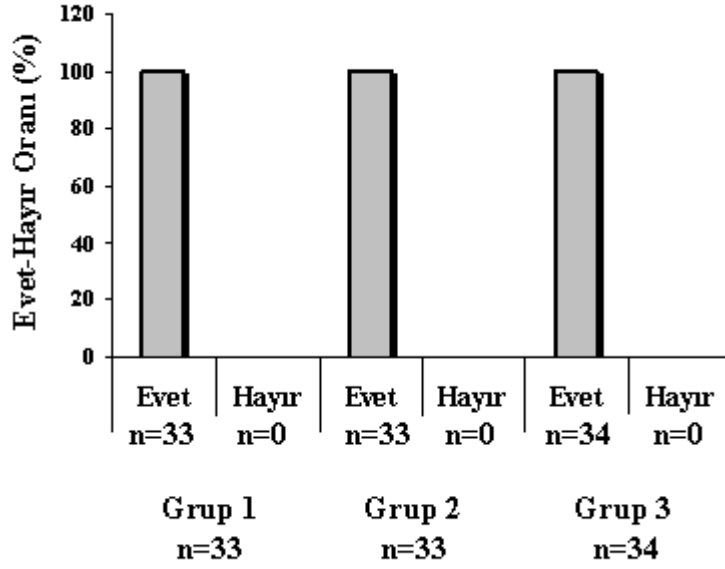
Grafik 16. 6. Soruya “Ameliyat Öncesi Bilgi Verilmesi Kaygı Düzeyinizi Nasıl Etkiledi?” Sorusuna Verilen Yanıtların Frekans ve Yüzde Değerleri

Grafik 17'de sonuçları görülen “Anestezistin cerrahi müdahale sırasındaki sorumluluk alanını biliyor muydunuz?” sorusuna verilen cevaplar gruplar arasında yaklaşık aynı oranda olup kendimizi hizmet sunduklarımıza ne kadar tanıtıldığımızı, ifade edebildiğimizi göstermesi açısından manidardır.



Grafik 17. 7. Soruya “Anestezistin Cerrahi Müdahale Sırasındaki Sorumluluk Alanını Biliyor muydunuz?” Sorusuna Verilen Yanıtların Frekans ve Yüzde Değerleri

Grafik 18'de sonuçları gösterilen “Uyuyana dek çocuğunuzla olmak ister miydiniz?” sorusu her 3 grupta da %100 oranında evet yanıtıyla ebeveynlerin bu arzularını bize ifade etmiştir.



Grafik 18. 8. Soruya “Uyuyana Dek Çocuğunuzla Olmak İster miydiniz?” Sorusuna Verilen Yanıtların Frekans ve Yüzde Değerleri

5. TARTIŞMA

Çalışmamız çocukları cerrahi işlem geçirecek ebeveynlerin kaygı düzeylerine 3 farklı bilgilendirme yönteminin etkilerini incelemek için yapıldı. Literatürdeki çalışmalar daha çok ebeveyn kaygısını bilgilendirme ile önlemeye çalışmıştır, biz ise özellikle duygusallığın üst düzeyde olduğu toplumumuzda bu kaygıyı azaltmakta bilgilendirme ile birlikte duygusal desteğin etkilerini görmeye çalıştık.

Kain (1994) gününbirlik cerrahi geçirecek çocukların ebeveynlerinde anestezi hakkında bilgilendirme arzusunu değerlendirdiği çalışmasında ebeveynlerin % 95'i anestezi uygulaması ve olası komplikasyonlar hakkında anlaşılabilir bilgi istediklerini belirtmişlerdir (16).

Litman (1993) çalışmasında ebeveynlerin anestezi bilgilerini ve anesteziye bağlı ölüm riski bilgilendirilmesi isteklerini araştırmış. Bu çalışmaya daha önceden sağlıklı olan ve gününbirlik cerrahi geçirecek 115 çocuğun ebeveynlerini dahil etmiş. Çalışma sonucunda ebeveynlerin %87'sinin anesteziye bağlı ölüm olasılığını bilmek istedikleri, % 75'inin olası komplikasyonları öğrenmek istedikleri görülmüş (17).

Ebeveynlerin cerrahi ve anestezi hakkında bilgilendirme isteklerini ortaya koydukları bu çalışmalara uygun olarak bizde ebeveynleri bilgilendirme amaçlı 3 farklı yöntem kullandık. Ama bu bilgilendirmeler istenen amaca yani ebeveynlerin kaygısının azalmasına ne kadar etkili oldu?

Waisel (1995) ve arkadaşları; ebeveynlerle ameliyattan hemen önce çocuklarının anestezi riskleri hakkında yaptıkları görüşme de anksiyetelerini ve anestezi risklerini kavramalarını değerlendirilmiş. Bu çalışmada ebeveynlerin % 90'ı anestezi riskini tartışmayı arzu ettiklerini ve anladıklarını ifade etmişlerdir. Bu ebeveynlerin % 50'si görüşmenin anksiyetelerini etkilemediğini, % 25'i azalttığını, diğer %25'i ise, bu tartışmalarla anksiyetelerinin arttığını söylemişlerdir. Bizim çalışmamızı destekler nitelikte

olan bu çalışma da göstermektedir ki; ebeveynlerle görüşme yapılması değil ne şekilde yapıldığı önemlidir(18).

Chan (2002) ve arkadaşları tarafından günübirlik cerrahi işlem geçirecek ebeveynlerin kaygılarını azaltmakta rutin bilgilendirme ve eğitimin ebeveyn kaygısına etkisini araştırmak amacıyla yaptıkları çalışmada eğitimin, ebeveynlerin kaygısını rutin bilgilendirme yapılan gruba göre önemli ölçüde azalttığı görülmüş. Rutin bilgilendirme yönteminin anksiyeteyi azaltmak için etkin bir yöntem olmadığı bu çalışmada da görülmüş (47).

Kain (1997) ve arkadaşları tarafından yapılan rutin ve detaylandırılmış anestezi bilgilendirmesinin ebeveyn anksiyetesi üzerindeki etkilerinin karşılaştırıldığı çalışmada; ebeveynlere hiçbir yazılı bilgilendirme formu verilmeden her iki gruba da anesteziyolog tarafından rutin preoperatif ziyaret sırasında bilgiler okunmuştur. Anksiyete düzeyleri hem bekleme alanında, hem de ebeveynler çocuklarından operasyon esnasında ayrıldıktan hemen sonra değerlendirilmiş olup, görülmüş ki iki farklı bilgilendirme yönteminin uygulandığı gruplar arasında anksiyete düzeyleri arasında fark olmamıştır(16). Bu çalışmada, bizim çalışmamızla aynı doğrultuda göstermektedir ki; rutin poliklinik bilgilendirmesi ve detaylı tıbbi bilgilendirme yöntemleri çocukları cerrahi geçirecek ebeveynlerin anksiyetelerini azaltmak için başarısız olmuşlardır. Bu iki bilgilendirme yöntemi bizim çalışmamızda ebeveynlerin anksiyetelerini tespit etmek için kullandığımız durumluk kaygı ölçeğinde sayısal olarak artışa neden olmuştur.

Bu farklı bilgilendirme yöntemlerinin ebeveyn anksiyetesini azaltmakta etkileri bu şekilde iken, yapılan farklı çalışmalarda değişik bilgilendirme yöntemleri de kullanılmış.

Karl (1990) ve arkadaşları bir grup ebeveyn anestezi bilgilendirmesi içeren bir video kaydı izletmişler. Çocukları ilk kez cerrahi işlem geçirecek ebeveynler; bu bilgilendirme ile kaygılarının azaldığını ve bilgilendirme ile anestezi hakkında bilgi sahibi olduklarını ifade etmişken, geçmiş anestezi deneyimi olan çocukların ebeveynleri ise bu gösteriden yararlanmadıklarını ifade etmişlerdir (48).

Zuwala (2001) ve arkadaşları araştırmalarında bir grup ebeveyn rutin anestezi bilgilendirmesi yapmış, diğer gruba ise rutin bilgilendirmenin yanı sıra 2 dakikalık anestezi indüksiyonunu gösteren video izletmişler. Çalışmanın sonucunda video izletilen ebeveynlerin kaygı düzeylerinin diğer gruba oranla önemli derecede azaldığı belirlenmiştir (13).

Conny (2002) ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise, rutin anestezi bilgilendirilmesi yapılan ve özel eğitim verilen iki grup karşılaştırılmıştır. Özel eğitim verilen grupta preoperatif anksiyetenin önemli düzeyde azaldığı ve ebeveynlerin postoperatif memnuniyetlerinin ise arttığı bildirilmiştir (15).

Bellew (2002) ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, anestezi ve postoperatif ağrı tedavisi hakkında bilgileri içeren anestezi bilgilendirme formu düzenlenmiş ve bir grup ebeveyne bu form okutularak bilgilenmeleri sağlanmıştır. Diğer gruba ise rutin görüşme tekniği uygulanmış ve ameliyathane gezdirilmiştir. Çalışmalarının sonucunda bilgilendirme formunun verildiği ebeveynlerde kaygı düzeyinin, görüşme yapılan gruba göre daha yüksek olduğu görülmüştür (14).

Ebeveynlere eğitim verilmesi, video izletilmesi, ameliyathane gezdirilmesi gibi bilgilendirme yöntemlerinin etkinliğinin ortaya konulduğu bu çalışmalarda da rutin anestezi bilgilendirmesinin etkili olmadığı görülmektedir. Buradaki eğitim verilmesi, video izletilmesi gibi bilgilendirme yöntemlerinin etkinliğinde; verilen bilginin yanında gözden kaçmaması gereken husus bu ebeveynlere farkında olmadan yanlarında olduğunun hissettirilip duygusal olarak destek sağlandığıdır. Bu da yöntemlerin başarılı olmasında önemsenemeyecek bir etkiye sahiptir. Literatürde yapılmış çalışmalara bakılınca ebeveynleri bilgilendirme yöntemlerinde duygusal desteğin ön plana çıkarılarak yapılmış çalışmaya yeterince rastlanmamaktadır.

Sobo (2005) ve arkadaşları tarafından 5 dakikalık sağlık danışmanlığı ilkesine dayalı olarak yapılan betimsel çalışmada ebeveynlerin bilgilerinin pekişebilmesi, duyguların paylaşılabilmesi için böyle bir görüşmenin yararlılığı gösterilmiş bu çalışmada özellikle anestezi riskinin tartışılmasında ebeveynlerin duygularının ön plana alınması gerekliliği tespit edilmiştir (49).

Hannallah (1994) ve arkadaşları tarafından yapılan ebeveynlerin eğitim ve psikolojik danışmanlık ile uygun koşullarda hazırlandıkları çalışmada çocukların sakin bir anestezi deneyimi yaşadıkları ve anestezi indüksiyonunun travma, korku ve anksiyeteden uzak oldukları tespit edilmiştir (45). Bu çalışmanın aslında ulaşmaya çalıştığımız son amaçta ne kadar başarılı olacağımızı göstermesi çok önemlidir. Çocuklara iyi bir premedikasyon vermek için yok etmeye, en azından minimum düzeye indirmeye çalıştığımız ebeveyn anksiyetesinin ne kadar önemli olduğunu ve psikolojik destekle kontrol altına alındığını göstermesi açısından çok önemli bir çalışma olup bizim çalışmamızdaki duygusal destekle

ebeveyn anksiyetesinin azalmasını destekler niteliktedir. Bizim çalışmamızda bu çalışmadan farklı olarak ebeveyn anksiyetelerinin çocuk üzerindeki etkileri araştırılmamıştır.

Özcengiz D.(2006), ‘‘Anesteziyle ilgili bilgilendirmede kullanılan farklı yaklaşımların çocukları günöbirlik cerrahi müdahale geçiren ebeveynlerin durumluk kaygısına etkisi’’ adlı yüksek lisans tezinde yaptığı çalışması bizim çalışmamıza öncü çalışma olup, bu çalışmanın önerilerinden olan yalnızca günöbirlik cerrahi geçirecek çocukların ebeveynlerini değil büyük cerrahi de geçirecek çocukların ebeveynlerini inceledik(46). Bu çalışmada da bizim çalışmamız gibi 3 farklı bilgilendirme yöntemi karşılaştırmış olup, bu yöntemler içinde ebeveyn anksiyetesini azaltan yöntem olarak bizim çalışmamızda olduğu gibi detaylı tıbbi bilgilendirme ile birlikte duygusal destek sağlanması yöntemi olduğu görölmüş. Bizim çalışmamızdan farklı olarak diğer 2 yöntemde ebeveynlerin durumluk kaygısında son testte ilk teste göre istatistiksel olarak anlamlı olmayan azalma görölmüş, bizde ise son test sonuçları daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmanında anket kısmında yer alan ve mantık olarak ebeveynlere yapılan bilgilendirmenin etkinliğini ve tatmin düzeyini ölçmek amaçlı sorulan ‘‘Size anestezi hekimi tarafından verilen bilgileri yeterli buldunuz mu?’’ ve ‘‘Çocuğunuzun ameliyathaneye alınma şekli size anlatılanlarla benzer miydi?’’sorularına verdikleri cevapların benzer oranlarda olduğu görölmektedir. Burada da detaylı tıbbi bilgilendirme ile birlikte duygusal destek sağlandığı ebeveyn grubunda %100 oranında bu sorulara evet yanıtı alınmıştır. Diğer 2 grupta ise hayır yanıtları %80’ nin üzerindedir. Aynı mantıkla sorulan ‘‘Ameliyat öncesi bilgi verilmesi kaygı düzeyinizi nasıl etkiledi?’’ sorusuna verilen cevaplar ise her 3 grupta da % 100 oranında azalttı şeklinde olup bizim çalışmamızda ise yalnızca detaylı tıbbi bilgilendirme ile birlikte duygusal destek sağlandığı ebeveyn grubunda azalttı cevabı %97.1 oranında olup rutin poliklinik bilgilendirmesi yapılan grupta %78.8 artırdı, hekim tarafından detaylı tıbbi bilgilendirme yapılan grupta ise % 57.6 artırdı yanıtı verilmiştir. Bu farklılık mevcut durumluk anksiyete ölçeği sonuçlarına da yansımıştı.

Bu bilgilendirmenin gerekliliğini ve duygusal desteğin önemini belirttiğimiz çalışmalar yanında Wisselo (2004) ve arkadaşları yaptıkları araştırmalarında ebeveynlere çok bilgi verilmesinin onların kaygısını azaltıcı bir etken olmadığını bildirmişler ve

ebeveynlere detaylı bilgiden çok gereksinim duyulan bilgilerin verilmesinin memnuniyeti artırdığını ve kaygıyı azalttığını ifade etmişlerdir (50).

Yapılandırılmış görüşme tekniği ile elde ettiğimiz yanıtlar araştırmamızı destekler nitelikte sonuçlar vermiştir. Sadece tıbbi bilgi verilmesinin ebeveynler tarafından yeterli bulunmadığını ve ebeveynlerin tıbbi bilgilendirmeden daha çok duygusal desteğe gereksinimleri olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda toplumumuzun; bizi yani anestezi uzmanları ne kadar az tanıdığını göstermiş ve çocuklarına olan bağlılıkları neticesi onları ne kadar sahiplendiklerini göstermiştir.

Çalışmamızda bizim kendimizi yeterince tanıtamadığımızın ve ifade edemediğimiz göstergesi olan ‘‘Anestezi uzmanının cerrahi müdahale sırasındaki sorumluluk alanını biliyor muydunuz?’’ sorusuna verilen yanıtlar her 3 grupta da eşit oranlarda olup yaklaşık yarı yarıyadır. Aynı konuda Sobo (2005) ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da ebeveynlerin anestezi hakkındaki bilgilerinin çevrelerinden duydukları ve daha önceki deneyimleri ile sınırlı oldukları görülmüş (49). Bu çalışmada da ebeveynlerin anestezi hakkındaki bilgileri ve görüşlerinin gerçek bilgilerden çok uzak olduğu gösterilmiştir.

Bu çalışmanın en dikkat çekici ve üzerinde durulması gereken hususlardan biri olan ve anket sorularında tespit edilen ‘‘Uyuyana dek çocuğunuzla olmak ister miydiniz?’’ sorusuna verilen her 3 grupta da %100 evet cevabıdır. Litman (1996) ve Wisselo (2004) yaptıkları ayrı çalışmalar sonucunda ebeveynlerin anestezi indüksiyonu sırasında çocuklarının yanlarında olmak istediklerini bildirmişlerdir (9,50). Yine bu konuda Sobo (2005) ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da çocuklarının anestezi indüksiyonu sırasında ebeveynlerin de onların yanında olmak istediklerini ve bu durumun ebeveyn kaygısını azalttığını tespit etmişlerdir (49). Bu çalışmada bir ebeveyn duygularını ‘‘uyurken çocuğumla olmak ona kendisini iyi hissettirir; kendisini güçsüz hissetmez bu da beni çok rahatlatır’’ şeklinde ifade etmiştir. Bizim çalışmamızda ise bir ebeveyn bu soruda evet cevabının yanına ‘‘Kesinlikle tek isteğim’’ yazmıştır. Bu durum bize aslında her şeyi açıklayan, çocuklarını cerrahiye veren bir ebeveynin kaygı düzeyini gösteren ve bu kaygı düzeyinde ki bir insanın yalnızca yanında bir desteğe, duygusal güce olan ihtiyacını göstermektedir.

6. SONUÇLAR

Rutin poliklinik bilgilendirmesi, hekim tarafından detaylı tıbbi bilgilendirme ve detaylı tıbbi bilgilendirme ile birlikte duygusal destek sağlanması şeklinde ki 3 farklı bilgilendirme yönteminin, ebeveynlerin durumluk kaygı düzeylerinde yaptığı değişikliği ortaya koymaya çalıştığımız bu araştırmamızda sonuçlar bize göstermiştir ki; ebeveynlerin durumluk kaygılarını azaltmayı başaran bilgilendirme yöntemi, detaylı tıbbi bilgilendirme ile birlikte duygusal destek sağlanması yöntemidir. Rutin poliklinik bilgilendirmesi yöntemi ve hekim tarafından detaylı tıbbi bilgilendirme yöntemi, bu yoğun stresli dönemde ki ebeveynlerin durumluk kaygılarını azaltmayı başaramamışlardır.

Ebeveynler için çocuklarının ameliyat olması, çocukları adına hayatta yaşayabilecekleri en kaygılı dönemlerden biri. Çünkü bu süreç çocuğunun göreceği faydaları düşünmekten başlayan, çekebileceği ızdırapları düşündüren ve en kötüsü de onu kaybetmeyi bile içinde barındıran çok travmatik bir dönemden oluşmakta. Çalışmamız bize gösterdi ki; bu yoğun kaygılı dönemde rutin poliklinik bilgilendirmesi ne ebeveynlerin yeterli tıbbi bilgi düzeyini sağlamalarına ne de kaygılarını azaltmada etkili olmadı. Detaylı tıbbi bilgilendirmenin de tıbbi bilgilenmeye ve kaygının azalmasına rutin tıbbi bilgilendirmede olduğu gibi önemli bir katkısı olmadığı görüldü. Oysa tıbbi bilgilendirme ile birlikte duyguların paylaşımı, ebeveynlerin kaygısını önemli derecede azaltmakta ve yeterli bir tıbbi bilgilendirmeyi sağlamakta. Basit bir şekilde ifade edilirse; bu zor dönemlerinde yanlarında onları anlayan duygudaşlık kuran bir doktorun olması ebeveynlere güvenecek bir arkadaş ve çocuklarını emanet edecek bir dost kazanmalarını sağladı. Bunun neticesi de tıbbi bilgilendirmeyi ve yapılan işlemi yeterli ve doyurucu bulmalarına, kendilerini daha rahat ve çocuklarını emniyette hissetmelerine neden oldu.

Bu çalışmanın yapılandırılmış görüşme soruları da ebeveynlerin kaygısını azaltmakta ve tıbbi bilgilendirme de, yöntemlerimizin etkinliğinin ortaya koyması yanında ayrıca 2 husus hakkında da bize fikir vermiştir. Bunlardan ilki; ebeveynlerin anestezi ve anestezi

doktoru hakkında yeterli bilgileri olmadığı, bizi tanımadığı yani onlara kendimizi yeterince tanıtamadığımızdır. İkinci husus ise ebeveynlerin uyuyana dek çocuklarının yanında olma isteğidir ki; bu konuda ebeveynler fikir birliği etmişçesine bu isteklerini ortaya koymuştur.

Yeni yapılacak çalışmalarda; mükerrer anestezi alan, cerrahi geçiren çocuklarla ebeveynlerinin sosyal, davranışsal, duygusal sorunları ve çözümleri ayrıca ebeveyn kaygılarının önlenmesinde, çocukların anksiyetelerinin preoperatif azaltılmasında ebeveynlerin uyuyana dek çocuklarının yanında olmasının etkileri araştırılabilir.

Bu çalışmanın ortaya koyduğu sonuçlar neticesinde; iyi bir anestezi indüksiyonu, başarılı bir cerrahi, post op rahat bir derlenme ve iyileşme sürecinin ilk adımı olan premedikasyonun çocuklarda başarılı olabilmesi için anksiyetelerine neden olan asıl etkenin yani ebeveyn kaygısının ortadan kaldırılması çabalarının rutin tedavi planı olarak değerlendirilmesini önermekteyiz.

7. ÖZET

ANESTEZİ İLE İLGİLİ FARKLI BİLGİLENDİRMELERİN ÇOCUKLARI CERRAHİ İŞLEM GEÇİRECEK EBEVEYNLERİN DURUMLUK KAYGISINA ETKİSİ

Çocukların anestezisi ve cerrahisi hem çocuk hem de ebeveyn için önemli bir kaygı nedeni olmaktadır. Çocukları cerrahi işlem geçirecek ebeveynler, yoğun bir stres ve çaresizlik duygusu hissetmektedirler. Bu çalışmada çocukları cerrahi işlem geçirecek ebeveynlerin kaygılarının azaltılmasında, rutin poliklinik bilgilendirmesi, hekim tarafından detaylı tıbbi bilgilendirme ve detaylı tıbbi bilgilendirme ile birlikte duygusal destek sağlanması gibi üç farklı yaklaşımın ebeveynlerin durumluk kaygısına etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmada ebeveynlere Spielberger Durumluk Kaygı Ölçeği, Spielberger Sürekli Kaygı Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçek'leri anestezi poliklinik muayenesi sırasında ilk test olarak uygulanmış ardından aynı testler operasyon günü çocukların anestezi induksiyonundan sonra tekrarlanarak detaylı bilgilendirmeyle birlikte duygusal desteğin, Durumluk Kaygı Ölçeğine etkisi incelenmiştir. Ebeveynlere ayrıca son görüşmede yapılandırılmış görüşme tekniği de uygulanarak duygusal desteğin etkisi nitel yönden de araştırılmıştır.

Gruplardan elde edilen verilerin analizinde ANOVA yöntemi kullanılmış ve yanılma olasılığı 0.05 olarak alınmıştır.

Araştırmanın sonucunda; detaylı bilgilendirme ile birlikte duygusal destek sağlanan ebeveynlerde kaygının önemli bir şekilde azaldığı ve rutin poliklinik bilgilendirmesi ile detaylı tıbbi bilgilendirmenin ise ebeveyn kaygısını azaltmakta etkili olmadığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Ebeveyn Kaygısı, Çocuk Anestezisi, Ebeveyn Bilgilendirme Yöntemleri, Preoperatif Anksiyete.

8. SUMMARY

THE EFFECT OF DIFFERENT ANESTHESIA INFORMATION METHODS ON STATE OF PARENTS OF CHILDREN PRIOR TO SURGERY

The anesthesia and surgery for children and their parents are important causes of concern.

In this study, three information methods for parents were compared; information given in the routine outpatient clinic, detailed information given by a physician and emotional support plus detailed information given by a physician.

Spielberger State Anxiety Scale, Spielberger State-Trait Anxiety Scale and Beck Depression Scale were completed in the outpatient clinic prior to surgery and after the induction of anesthesia. Structured interview format was used to quantify the emotional support.

In the analysis of data, ANOVA test was used and a p value smaller than 0.05 was considered to be significant.

We conclude that, the results from the group, “emotional support plus detailed information given by a physician” were found to be different from other group in decreasing anxiety of parents.

Key Words: Parental Anxiety, Pediatric Anesthesia, Parent Information Methods, Preoperative anxiety.

9. KAYNAKLAR

1. **Cüceloğlu, D. (1998)**, İnsan ve Davranışı, Remzi Kitabevi, İstanbul.
2. **Shirley P.J, Thompson N., Kenward M., Johnson G. (1998)**, “Parental anxiety before elective surgery in children: a British perspective.” *Anaesthesia* c:53, s: 956-959.
3. **Sime A.M, (1976)**, “Relationship of preoperative fear, type of coping and information received about surgery to recovery from surgery.” *Journal of Personality and Social Psychology*, c:34, s:716-724.
4. **Kain ZN, Caramico LA, Mayes LC, Genevro JL, Bornstein MH, Hofstadter MB (1996)**, Preoperative preparation programs in children: a comparative examination. *Anesth Analg* 1996;87: 1249-55.
5. **Kain Z.N, Caldwell A, (2004)**, “Trends in the practice of parental presence during induction of anesthesia and the use of preoperative sedative premedication in the United States. 1995-2002: results of a follow-up national survey.” *Anesth Analg* c: 98, s:1252-9.
6. **Melamed B.G, Ridley J. R .(1988)**, “Psychological preparation of families for hospitalisation.” *Developmental and Behavioral Pediatrics*, c:9, s:96-102.
7. **Messeri, A, Caprilli S, Busolini P. (2004)**, “Anaesthesia induction in children: a psychological evaluation of the efficiency of parents' presence.” *Paediatr Anaesth* c:14, s:551-556.
8. **Watson AT, Visram A (2003)**, Children’s preoperative anxiety and postoperative behaviour. *Pediatric Anaesthesia*, 13: 188-204, 2003.
9. **Litman RS, Berger AA, Chibber A(1996)**, An evaluation of preoperative anxiety in a population of parents of infants and children undergoing ambulatory surgery. *Pediatric Anaesthesia*. 6: 443-447, 1996.
10. **Madelon A, Visintainer M.S.N, John A, Wolfer Ph .D (1975)**, Psychological Preparation for Surgical Pediatric Patients: The Effect on Children's and Parents' Stress Responses and Adjustment *PEDIATRICS* Vol. 56 No. 2 August 1975, pp. 187-202.

11. **Li HC, Lopez V (2006)**, Assessing children's emotional responses to surgery: a multidimensional approach. *J Adv Nurs*. 2006 Mar;53(5):543-50.
12. **Tsao JC, Lu Q, Myers CD, Kim SC, Turk N, Zeltzer LK. (2006)**, Parent and child anxiety sensitivity: Relationship to children's experimental pain responsivity *J Pain*. 2006 May;7(5):319-26.
13. **Zuwala K.(2001)**, "Reducing anxiety in parents before and during pediatric anesthesia induction." *AANA Journal* c:1 s:20-25.
14. **Bellew M. (2002)**, "The induction of a paediatric anaesthesia information leaflet: an audit of its impact on parental anxiety and satisfaction" *Paediatric Anaesthesia* c:12, s:124-130.
15. **Conny S. (2002)**, "The effects of an educational programme on the anxiety and satisfaction level of parent present induction and visitation in a postanesthesia care unit." *Paediatric Anaesthesia* c:12,s:131-139.
16. **Kain ZN (1997)**, Wang SM, Caramico LA. Parental desire for perioperative information and informed consent: a two- phase study. *Anesth. Analg.* 84: 299-306, 1997.
17. **Litman RS, Perkins FM, Dawson SC. (1993)**, Parental knowledge and attitudes toward discussing the risk of death from anaesthesia. *Anesth. Analg.* 77: 256- 260, 1993.
18. **Waisel DB, Troug RD, (1995)**, The benefits of the explanation of the risks of anaesthesia in the day surgery patient. *J. Clin. Anesth.* 7: 200-204, 1995.
19. **Edelmann R.J. (1992)**, "Anxiety, Theory, Research and Intervention in Clinical and Health Psychology" England, John Wiley and Sons Ltd Kitabevi.
20. **Tomb AD.** Aile Hekimleri için Psikiyatri. çev. Tunca Z, Fidaner H, İzmir, Saray Medikal Yay. 70-77, 1994.
21. **Aktan S, Utku U (1987)**, Türkiye Sağlık ve Tedavi Vakfı Yeni Tıp Dergisi Cilt: 4 Sayı: 5, İstanbul, s: 52-53.
22. **Çelikal A. (2001)**, Çağdaş İş Yaşamında Ruh Sağlığı. İstanbul, Alfa Basım Yayın Dağıtım Ltd.Şti. I.Basım.
23. **Çevik A.** Yaygın anksiyete bozukluğunun kliniği, 2. Anksiyete Bozuklukları Sempozyumu Dergisi. Doğan O, Sivas Cumhuriyet Üniv. Tıp Fak. Basımevi, 25-33, 1993.
24. **Öztürk O.** Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara, Hekimler Yay. Birliği, 263- 266, 272-276, 1994.

25. **Modern Medicine (1993)**, Güncel Tıp Aylık Klinik Tıp Dergisi Cilt:1 Sayı: 10, Turgut Yayıncılık, İstanbul, s: 25-26.
26. **Kırkpınar I.** Anksiyete Bozukluklarının Etiyolojisi. Anksiyete Monografaları Serisi-2, Ankara, Medikomat, 54-89, 1995.
27. **Öztürk, O (1998)**, “ Psikanaliz ve Psikoterapi” (3.baskı) Ankara: Bilimsel Tıp Kitabevi.
28. **Yalom I (2001)**, “Varoluşçu Psikoterapi (3.baskı)” İstanbul, Kabalcı Yayınevi.
29. **Gençtan, E (1988)**,” Psikanaliz ve Sonrası” (9.baskı) İstanbul, Remzi Kitabevi.
30. **Alkın T, Alptekin K.** Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Anksiyete Monografaları Serisi-4, Ankara, Medikomat, 149-180,1995.
31. **Şahin AR.** Anksiyete bozukluklarının epidemiyolojisi. 2. Anksiyete Bozuklukları Sempozyumu Dergisi, Doğan O, Sivas Cumhuriyet Üniv. Tıp Fak. Basımevi, 7-9, 1993.
32. **Berkow R.** The Merck Manual. U. S. A. Merck Sharp& Dohme, 1502-1503, 1987.
33. **Kaplan H, Freedman I, Sadock B.** Comprehensive Textbook of Psychiatry, London, Williams&Wilkins, Vol 2, 2056-2061, 1983.
34. **Andrew Sims and David Owen.** Psychiatry. Bailliere Tindal Limit. London, 88-97, 1993.
35. **Yavuzer H.(1994)**, Çocuk Psikolojisi. Remzi Kitabevi, İstanbul, 1994.
36. **Bevan JC, Johnston C, Tousignant G.(1990)**, Preoperative parental anxiety predicts behavioural and emotional responses to induction of anesthesia in children. Can. J. Anaesth. 37:2, 177-182, 1990.
37. **Yörükoğlu A.(2000)**, Çocuk Ruh Sağlığı, Çocuk Yetiştirme Sanatı ve Kişilik Gelişimi. 6.1 “Hastalıklar ve Çocuk”, 24. Baskı, Özgür Yayınevi, Ankara, 247-255, 2000.
38. **Terrance A. Yemen MD. (2002)**, 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.
39. **Baltaş, Z. (2000)**, “Sağlık Psikolojisi” İstanbul, Remzi Kitabevi.
40. **Öner N. (1998)**, Lecompte A. Durumluk/ Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, 2. Basım, İstanbul, 1998.

41. **Işık E, (1991)**, Duygulanım Bozuklukları Depresyon ve Mani, Boğaziçi Matbaası, İstanbul.
42. **Aytar, G. (1987)**, “Depresyonda Düşünce Bozukluklarının Bilişsel Kuram Açısından İncelenmesi” Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
43. **Tegin, B, (1980)**, Depresyonda Bilişsel Bozukluklar, Beck Modeline Göre Bir İnceleme, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
44. **Hisli N, (1988)**, “Beck Depresyon Envanterinin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma”, Psikoloji Dergisi, 22,118-126.
45. **Hannallah, P.S. (1994)**, “Who benefits when parents are present during anaesthesia induction in their children?” Can J Anaesth c:4, s:271-275.
46. **Özcengiz D. (2006)**, “Anesteziyle ilgili bilgilendirmede kullanılan farklı yaklaşımların çocukları gününbirlik cerrahi müdahale geçiren ebeveynlerin durumluluk kaygısına etkisi” Yüksek lisans tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.
47. **Chan, C.S.M, Molassiotis M. (2002)**, “The effects of an educational programme on the anxiety and satisfaction level of parents having parent present induction and visitation in a postanaesthesia care unit.” Peadiatr Anaesth c:12, s:131-9.
48. **Karl, H.W, Pauza B.A, Heyneman N., Tinker D.E.(1990)**, “Preanesthetic preparation of pediatric outpatient :the role of videotape for parents.” J Clin Anesth c:2, s:172-177.
49. **Sobo, E.J.(2005)**,” Parent’s perceptions of pediatric day surgery risks: unforeseeable complications, or avoidable mistakes?” Social Science and Medicine c:60, s:2341-2350.
50. **Wisselo TL, Stuart C, Muris P,(2004)**,. Providing parents with information before anaesthesia: what do they really want to know? Peadiatr Anesth 2004;14:299–307

10. EKLER

Ek 1. Demografik Bilgi Formu

Tarih:

Dosya Numarası:

Çocuğun:

Adı-Soyadı:

Yaşı:

Geçirilmiş cerrahi/anestezi:

Cerrahi /Tarih:

Ebeveynin:

Adı-Soyadı:

Yaşı:

Meslek:

Eğitim:

Adres:

Tel no:

Ek 2. Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-1)

Adı Soyadı:

Cinsiyet:

Yaş:

Meslek:

Tarih:

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duyguları anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi, herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman kaybetmeksizin, uygun olanını belirtin.

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

Ek 3. Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-2)

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duyguları anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genellikle nasıl hissettiğinizi, herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin, uygun olanını işaretleyin.

		Hemen hiçbir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Hemen her zaman
21	Genellikle keyfim yerindedir				
22	Genellikle çabuk yorulurum				
23	Genellikle kolay ağlarım				
24	Başkaları kadar mutlu olmak isterim				
25	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım				
26	Kendimi dinlenmiş hissederim				
27	Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım				
28	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim				
29	Önemsiz şeyler için endişelenirim.				
30	Genellikle mutluyum				
31	Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim.				
32	Genellikle kendime güvenim yoktur.				
33	Genellikle kendimi emniyette hissederim				
34	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım				
35	Genellikle kendimi hüzünlü hissederim				
36	Genellikle hayatımdan memnunum				
37	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder				
38	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutmam				
39	Aklı başında ve kararlı bir insanım				
40	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder				

Ek 4. Beck Depresyon Ölçeği

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Adı Soyadı:

Cinsiyeti:

A- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

B- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

C- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

D-0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

E- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

F- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.

1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

G- 0. Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

H- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

İ- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

J- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

1. Zaman zaman içindem ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

K- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

L. 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

M- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

N- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

O- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

P- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

R- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

S- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

T- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

Evet Hayır

U- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

V- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

Ek 5. Görüşme Soruları**Adı Soyadı:****Cinsiyet:****Yaş:****Meslek:****Tarih:**

1- Anestezi bilgilendirme formunu okudunuz mu ya da size bu konuda anesteziist tarafından bir bilgi verildi mi?

Evet Hayır

2- Size anestezi hekimi tarafından verilen bilgileri yeterli buldunuz mu?

Evet Hayır

3- Daha önce bir ameliyathane gördünüz mü?

Evet Hayır

4- Daha önce bir yakınınız anestezi aldı mı?

Evet Hayır

5- Çocuğunuzun ameliyathaneye alınma şekli size anlatılanlarla benzer miydi?

Evet Hayır

6- Ameliyat öncesi bilgi verilmesi kaygı düzeyinizi nasıl etkiledi?

Azalttı Artırdı

7- Anesteziistin cerrahi müdahale sırasındaki sorumluluk alanını biliyor muydunuz?

Evet Hayır

8- Uyuyana dek çocuğunuzla olmak ister miydiniz?

Evet Hayır