

CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

**CERRAHİ OPERASYON GEÇİRECEK
PEDIATRİK OLGULARDA EBEVEYN
ANKSİYETESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Kıvanç AŞIK

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Koray ERBÜYÜN

MANİSA, 2012

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimime başladığım ilk günden itibaren her konuda desteğini esirgemeyen değerli hocalarıma ve tez danışmanım Doç. Dr. Koray ERBÜYÜN'e sonsuz minnet ve saygılarımı sunarım.

Her zaman desteği ile yanımda olan ve tez aşamasında katkı ve desteğini esirgemeyen hayat arkadaşım Psikiyatri Anabilimdalı Araştırma Görevlisi Dr. Ecenur AYDIN'a sabır ve yardımları için teşekkür ederim.

Tezimin hazırlanmasının farklı aşamalarında yardım ve desteği bulunan Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD.'daki arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Anestezi uzmanlık süresince bana her yönden destek olan aileme içtenlikle teşekkür ederim.

Dr. Kıvanç AŞIK

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	II
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1.Anksiyete Hakkında Genel Bilgiler	3
2.1.1. Anksiyete Tanımı.....	3
2.1.2. Anksiyetenin Fenomenolojisi	3
2.1.3. Psikolojik Yaklaşımlar.....	6
2.1.4. Biyolojik Yaklaşımlar	8
2.1.5. Biyolojik Kuramlar.....	11
2.1.6. Sıklık ve Yaygınlık	12
2.1.7. Belirti ve Bulgular	12
2.1.8. Anksiyete Bozukluğunun Klinik Tipleri.....	13
2.1.9. Prognoz.....	15
2.1.10. Tedavi:	15
2.2. Preoperatif Anksiyete.....	19
2.3. Aile Anksiyetesi	20
2.4. Çocuklarda Kaygı ve Bunu Etkileyen Etmenler	20
2.4.1. Yaş	22
2.4.2. Cinsiyet	22
2.4.3. Genetik.....	23
2.4.4. Anne- Baba Tutumları	23
2.4.5. Anne-Baba Eğitim Durumu.....	24

2.4.5. Sosyo-Ekonomik Durum.....	24
2.4.6. Anne-Baba Mesleği	24
2.4.7. Kardeş Sayısı	24
2.4.8. Başarı Durumu	25
2.5. Bilgilendirilmiş Onam Formu	25
3. BİREYLER VE YÖNTEM.....	30
3.1 Bireyler	30
3.2 Yöntem	30
3.2.1. Anket Uygulaması	30
3.2.2. Anket Soruları.....	31
3.2.3. Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirilmesi	31
3.2.4. Sürekli-Durumluk Kaygı Envanteri (STAI)	31
3.2.5. Beck Anksiyete Envanteri (BAE)	33
4.BULGULAR.....	34
5.TARTIŞMA	44
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	49
7.ÖZET	51
8.SUMMARY	53
9.EKLER.....	55
Ek 1 Sosyodemografik bilgi formu.....	55
Ek 2 Beck anksiyete envanteri	56
Ek 3 Stai Form TX-1 (Durumluk kaygı envanteri).....	57
Ek 4 Stai Form TX-2 (Sürekli kaygı envanteri)	58
10.KAYNAKLAR	59

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1	Anksiyetenin bilişsel, davranışsal ve bedensel bileşenleri	4
Tablo 2	Anksiyete puanları ve yaş ortalamaları	35
Tablo 3	Ebeveyn cinsiyeti ve yaşı	35
Tablo 4	Ebeveyn cinsiyetine göre anksiyete puanları	36
Tablo 5	Ebeveyn yaşı ve anksiyete	36
Tablo 6	Çocuk yaşı ve anksiyete	37
Tablo 7	Çocuk cinsiyeti ve anksiyete	37
Tablo 8	Çocuk özellikleri ve ebeveyn anksiyetesi	38
Tablo 9	Ebeveyn eğitim durumu ve anksiyete	39
Tablo 10	Meslek grupları ve anksiyete.....	39
Tablo 11	Aile tipi ve anksiyete	40
Tablo 12	Yaşadığı yer ve anksiyete.....	40
Tablo 13	Ebeveyn özellikleri ve anksiyete	41
Tablo 14	Operasyon tipi ve anksiyete	42
Tablo 15	Sosyoekonomik durum ve anksiyete.....	43

1.GİRİŞ

Son yıllarda preoperatif anksiyete, postoperatif davranışlar ve aile anksiyetesi büyük önem kazanmıştır. Bunlar birbirine bağlı kavramlardır. Anestezistler ve pediatristler hastanın duygu durumuyla ilgilendikleri kadar ebeveynlerinin duygu durumlarıyla da ilgilenmeye başlamıştır (1).

Ebeveyn anksiyetesinin artması ile çocukların anksiyetesi de artmaktadır (2). Ebeveyn anksiyetesi preoperatif olduğu kadar postoperatif ve hastanede yatış sürecinde de önemlidir (3). Preoperatif, çocuklar ve ebeveynleri psikolojik olarak beraber değerlendirilmelidir (4).

Çalışmamızda operasyona girecek çocuk olguların ebeveynlerinde zaten var olmasını beklediğimiz anksiyetenin hangi faktörlerin etkisiyle arttığını saptamak ve bu oluşan anksiyeteyi azaltmak için biz anestezistlerin neler yapabileceğimizi görmeyi hedefledik.

Çocuğun ameliyat için hastaneye yatması ebeveynler için de yoğun anksiyeteye neden olan bir durumdur. Ebeveynlerin hastalık ve ameliyatla ilgili daha önceki bilgileri, ekonomik sorunlar, diğer çocukların bakımı ve iş yaşantıları ile ilgili sorunlar ebeveynin anksiyetesini etkileyen durumlardır (5).

Ameliyat kararı ve bekleme süresi çoğu hastada tedaviyi aksatmayacak ölçüde anksiyeteye neden olur, ancak hastaların %5'inde tedavi reddine neden olacak düzeyde anksiyete belirtileri tespit edilmiştir.(6) Ameliyat öncesinde anksiyete düzeyi yüksek olan hem çocuk, hem de yetişkin hastalarda ameliyat sonrasında daha yüksek oranlarda anksiyete ve uyku sorunu olduğu, daha fazla tıbbi komplikasyon geliştiği, daha çok ağrı çekip, daha fazla ağrı kesici kullandıkları ve yatış sürelerinin uzadığı bildirilmiştir (3).

Ameliyat Öncesi Dönemde Çocuk ve Ebeveynin Yoğun Anksiyete Yaşadıkları Dönemler;

- a. Hastaneye kabul
- b. Ameliyat öncesi testler
- c. Ameliyattan önceki gün
- d. Premedikasyon enjeksiyonu
- e. Ameliyathaneye gitmeden önceki saatlerdir (6)

Cerrahi kliniklerinde gözlenen anksiyete, cerrahi işlem öncesinde, işlemin kendisine yönelik özgül korkular olabileceği gibi, sonrasındaki komplikasyonlara ve yeti yitimine bağlı da olabilir. Cerrahi işlemin belirli yönlerine özgül korkularla ameliyat korkusu, enjeksiyon korkusu, anestezi korkusu örnek verilebilir (8).

Justus ve arkadaşlarının ise ameliyat öncesi hazırlık programına katılan ebeveynlerin anksiyetelerinin azaldığını, bilgilerinin arttığını ve baş etmelerinin daha etkili olduğunu saptamışlardır (9). Ameliyat öncesi dönemde ebeveynler ne kadar iyi hazırlanırlarsa çocuğa o kadar çok yardımcı olabilirler. Ebeveynler çocuğun ameliyatı hakkında mümkün olduğunca fazla bilgiye sahip olmalıdırlar (10).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Anksiyete Hakkında Genel Bilgiler

2.1.1. Anksiyete Tanımı

Anksiyete hoş olmayan, yersiz korku duygusudur ve sıklıkla fizyolojik belirtilerle birlikte. Anksiyete bozukluğu (anksiyete nevrozu) ise anksiyeteye bağlı belirgin sıkıntı ve işlev bozukluğu anlamındadır (11).

Anksiyete hissi gerçekte tüm insanlarca yaygın olarak yaşanır. Bu his, sıklıkla baş ağrısı, terleme, çarpıntı, göğüste sıkışma hissi ve hafif mide rahatsızlığı gibi otonomik semptomların eşlik ettiği yaygın, hoş olmayan belirsiz bir endişe hissidir. Anksiyöz (=endişeli) kişi ayrıca kendini rahat hissetmeyebilir, uzun süre aynı şekilde oturamaması ya da duramaması bunun göstergesidir. Anksiyete esnasında mevcut olan özel semptomlar kümesi, kişiler arası değişkenlik göstermektedir.

2.1.2. Anksiyetenin Fenomenolojisi

Anksiyete, genellikle tüm benliğe nüfuz eden, iyi tanımlanamayan ve çok yönlü bir yaşantıdır. Anksiyeteli biri deneyimlediği ve “emosyonel ya da psikolojik” olarak adlandırılan korku, heyecan, huzursuzluk, panik, kötü bir şey olacak hissini yanı sıra başka belirtiler de yaşar. Anksiyete özde bir emasyon olmakla birlikte her türlü anksiyete haline ve dolayısıyla anksiyete bozukluklarının neredeyse daima üç farklı öğenin eşlik ettiği gözlemlenmektedir. Bedensel ya da somatik öğede, ister nesnel, ister öznel olsun, anksiyetenin yarattığı kalp çarpıntısı, terleme, gevşeyememe hali, irritabilite, uykusuzluk gibi çok sayıda fiziksel belirtiler yer almaktadır. Bu belirtiler emosyonel haller ile endokrin ve otonomik işlevler entegrasyonunun sonucudur. Otonomik

uyarılanın bir yansıması olan bu belirtiler tek tek görülebileceği gibi farklı bileşimlerle de karşımıza çıkabilir ve bizzat belirtilerin kendisi de korku verici ya da anksiyete uyarıcı olabilir. Hiperventilasyon eşlik ettiğinde kanda karbondioksit düzeyleri azalır ve başta sersemlik, baş dönmesi, ellerde-ayaklarda kasılmalar, değişik beden parçalarında uyuşma – karıncalanma gibi belirtiler ortaya çıkabilir. Hiperventilasyon anksiyeteyi kompanse etmek için ortaya çıkan, ancak ek bedensel belirtiler oluşmasına yol açan düzenektir. Kas gerilimi oluğunda hastalarda baş ağrıları, sırt ve omuz kaslarında gerginlikler – ağrılar görülebilir (12).

Tablo 1: Anksiyetenin bilişsel, davranışsal ve bedensel bileşenleri(12)

Bedensel	Bilişsel	Davranışsal
Çarpıntı	Katastrofik düşünceler	Motor huzursuzluk
Nefes alamama	Endişeler	Kaçınma
Boğulma hissi	Intrusif düşünceler	Güvenlik davranışları
Terleme	imgeler	Kompulsiyonlar
Titreme	Obsesyonlar	Yardım arama
Baş dönmesi, sersemlik	Flashbackler	
Göğüste sıkışma		
Hiperventilasyon		
Epigastrik rahatsızlık		
Kas gerilimi, ağrıları		
Hipertansiyon		
Pupil dilatasyonu		

İnsan yaşamında iki tür anksiyete vardır:

1. Normal anksiyete
2. Patolojik anksiyete

Normal anksiyetenin başlıca özellikleri şunlardır:

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

Normal anksiyete, organizmanın tehdiye tepki gösterme kapasitesinin bir ifadesidir. Bu kapasitenin doğuştan gelen nörofizyolojik bir temeli vardır. Ancak burada hangi yaşantının tehdiye edici değeri olduğunu bilmesi bireyin öğrenmesine bağlıdır. Patolojik anksiyete, kaygı ile aynı anlamda kullanılır. Psikiyatride anksiyete kavramını karşılayabilecek en uygun terim bunaltıdır. Anksiyete korkuya benzeyen bir duygudur. Kişi bunu içinde sanki kötü bir haber alacakmış, bir felaket olacakmış gibi nedeni belli olmayan bir sıkıntı, bir endişe duygusu olarak algılar ve tanımlar. Çok hafif tedirginlik ve gerginlik duygusundan panik derecesine varan değişik yoğunlukta olabilir. Ağır derecelerinde kişinin benliği bu ruhsal acı altında ezilir ve en güçlü fiziksel ağrının bile bu denli rahatsız edici olmadığı hasta tarafından söylenir (13).

Anksiyeteli hastayı değerlendirirken , klinisyen anksiyetenin normal ve patolojik tiplerini ayırd etmelidir. Anksiyete büyümeye, yeni ve denenmemiş şeyleri denemeye ve bireyin kendi kimliğini ve hayatın anlamını bulmaya doğal olarak eşlik eder. Patolojik anksiyete, zıt olarak verilen uyarıya şiddet ya da süre olarak uygunsuz bir yanıtıdır (14).

2.1.3. Psikolojik Yaklaşımlar

Psikanalitik Kuramlar: Anksiyetenin oluş biçimi ve kökeni Freud'a göre temelde bir iç çatışmanın (intrapsychic conflict) ürünüdür. Psikanalitik yapısal varsayımına göre iç çatışma benlik (ego) ve altbenlik (id) ya da benlik (ego) ve üstbenlik (süperego) arasında oluşmaktadır.

Süperego anksiyetesi: Katı, cezalandırıcı bir üstbenliğin aşırı denetleyici olması ve cezalandırılacakmış gibi duygunun ortaya çıkmasıdır. Suçluluk duygusu ve bunaltı biçiminde yaşanır.

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

Ayrılma Anksiyetesi: Sevilen bir kişiyi yitirme ya da ondan uzaklaşma , kopma anksiyetesidir. En çok çocukluk çağında görülür. Ayrılma anksiyetesinde birey sevdiği kişiyi tümüyle yitirecekmiş, dünyada yapayalnız desteksiz kalacakmış gibi hisseder.

İd/ Dürtü Anksiyetesi: Çeşitli nedenlerle egonun denetim gücü azaldığında ya da altbenlik dürtülerinin aşırı güç kazandığı durumlarda dürtülerin bütün çıplaklığı ile ortaya çıkarak başıbozuk eylemlere yol açabileceği korkusudur(15).

Davranışçı ve Kognitif Görüş: Davranışçı görüşe göre anksiyete yaşayan kişi çevreyi tehdit edici olarak algılar, çevresel uyaranları tehlike yönünde abartır ve genelleştirir. Kendisini bunlarla baş edecek güçte bulmaz ve anksiyete ile baş etmede olası yardımcı güçleri küçümser. Bu yüzden anksiyetesi olan kişilerdeki en temel bilişsel şemalar tehlike, tehdit ve

incinebilirliktir. Bu temel bilişsel şemalar bireye özgü olmakta, aile ve kültürden köken almakta, erken çocukluk yaşamında ve sosyalleşme sürecinde yerleşmektedir. Kişiyi algıladığı tehlikeli ortama uyumlandırmak ve zarardan kurtarmak için bilişsel, etkili ve davranışsal değişiklikleri içeren anksiyete programları devreye girer. Bu programlar kaçma ya da dövüşmesi için hazırlık, uyanıklıkta artış ve otonom sinir sistemi değişiklikleri, yapılmakta olan davranışın durdurulması, çevrenin olası tehlike odakları yönünden inceden inceye gözden geçirilmesi gibi öğelerden oluşmaktadır. Böylece anksiyete kişinin ilgisinin tehlikeye yönelmesini sağlar. Kişi potansiyel tehlike yaratan uyaranları izler, tehlike oluşturmayanları dikkate almaz. Bu süreç otomatiktir kişinin bilinçli iradesinin dışında işler. Tehlike kişinin kaçınma ve güven arayışı davranışlarını geliştirirken, aynı anda kişide fizyolojik belirtilerde de artış olur. Fizyolojik değişiklikler, bilişsel alanda yeni tehlike ve bedensel hastalık düşünceleri (korkudan korku) geliştirir (16).

Anksiyete bozukluğu olan kişiler uyanıklık hali, gerginlik ve sıkıntı hissini sürekliliğine yol açacak biçimde "yanlış alarm" mekanizmasını devreye sokma eğilimindedir. Anksiyete bozukluklarında otomatik düşünce ve şema içeriklerinde tehdit ve tehlike temaları hakimdir.

Anksiyete bozukluğu olan kişiler bilgi işleme sürecinde sistematik olarak bazı yanlılıklar gösterirler, örneğin felaketleştirme, seçici soyutlama, siyah beyaz düşünce tarzı ve keyfi çıkarım gibi. Bu tür hastalarla görüşüldüğünde , anksiyete yaşadıkları durumlar için hastaların tehlike algıladıklarına işaret eden düşünce ve imajlara sahip oldukları dikkat çekmektedir. Ortamı ve kendilerini yanlış değerlendirmeleri sonucunda anksiyete yaşadıkları düşünülmektedir(17).

Belirsizliğe Dayanamama Görüşü: Korku, acı veren ve tehlikeli bir uyarana karşı gelişen bir tepkidir. Bunaltı nesnesi ise belirlenememiş ya da tanınmayan , tehlike olasılığı içeren durumlarda ortaya çıkan, korkuya benzer bir tepkidir. Korkudan farkı bunaltının nesnesinin belirsiz oluşudur ve asıl tehdit edici olan bu belirsizliktir(15).

Üst-biliş (Meta-cognition) Görüşü: Bu görüşe göre yaygın bunaltı bozukluğundaki tasalanma yalnızca bir bunaltı belirtisi değil, aynı zamanda üst bilişsel düşünceler tarafından tetiklenen bir başa çıkma yöntemidir. Bu modele göre iki tip tasalanma vardır:

1. Tip tasalanma: Günlük yaşamdaki tasalardır. Örneğin: parasal konular, sevdiklerinin sağlık durumları, sosyal ortamlar, bedensel sağlık gibi.
2. Tip tasalanma: Tasalar üzerine tasalanmadır. Tasalanma tehlikesi ve denetlenemezliği üzerinde olumsuz düşünceler olarak tanımlanabilir(15).

2.1.4. Biyolojik Yaklaşımlar

Genetik Çalışmalar: Anksiyete bozukluklarında birbirlerinden ayrı yerlerde yetiştirilmiş ikizlerde yapılan araştırmalar ve aile ağacı incelemeleri kalıtsal etkenin varlığını göstermektedir. Birinci derece akrabalarda anksiyete bozukluğu olasılığı %15-18 arasındayken, ikinci derece akrabalarda % 6'dır. Çeşitli araştırmalarla bunaltı bozukluklarında kalıtsal bir yatkınlığın olabileceği görüşü desteklenmektedir. Bu bozukluklarda özgül olarak belirtilerin kendisinin değil , aşırı duyarlı bir otonom sinir dizgesinin kalıtsal olarak geçtiği ve çevredeki koşullarla da hastalık belirtisinin biçimlendiği düşünülebilir (15).

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

- a. Sodyum laktat ve bikarbonat
- b. Kafein (480 mg oral kafein yani 4-6 fincan kahve alımından sonra panik bozukluğu olan kişilerin % 40'ında panik atakları oluşur, normal kontrollerde atak görülmez, kafein nonadrenerjik işlevi artırır.)
- c. Yohimbin
- d. İzoproterenol
- e. Kolesistokinin
- f. Hipoglisemi (düşük kan glukoz düzeyinin panik ataklarında yaygın olan anksiyete, taşikardi ve sistolik kan basıncı yükselmesine yol açtığı bildirilmiştir): Düşük kan glukozunun anksiyete benzeri etkileri, periferal semptomlara bilişsel cevaplar olarak nitelendirilmektedir.
- g. Serotonin agonistleri
- h. Benzodiazepin antagonistleri

Kışkırtma testleri panik bozukluğunda başta noradrenalin ve 5-HT(5-Hidroksitriptofan) olmak üzere birçok sistemin anormal etkileşimleri için deliller üretmektedir (18).

DeneySEL Bunaltı Oluşturma Çalışmaları : Uyaransız panik nöbetleri geçiren hastaların birçoğunda damar içi sodyum laktat infüzyonu ile ya da %5 CO₂'li hava soluyarak deneysel bunaltı bozukluğu ya da panik nöbetleri ortaya çıkarılabilmektedir(15).

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

Limbik Sistem: Noradrenerjik ve serotonerjik innervasyon alanının yanında, limbik sistem ayrıca yüksek yoğunlukta GABA A reseptörü içermektedir. İnsan olmayan primatlar (=Maymunlar) üzerindeki ablasyon ve uyarma çalışmaları da limbik sistemi anksiyete ve korku yanıtının oluşumuna dahil etmişlerdir. Sempatohipokampal yolaktaki artmış aktivite anksiyete oluşumuna neden olabilir.

Amigadala ve lokus seruleus başta olmak üzere hipotalamus, nükleus ambiguus, nükleus retikularis ve paraventriküler nükleus gibi nöroanatomik yapılar ile GABA-Benzodiazepin Reseptör-Cl⁻ iyonoforu, santral noradrenerjik ve serotonerjik sistemler anksiyete semptomlarının ortaya çıkmasında ve anormal anksiyetenin bir hastalık olarak sürdürülmesinde major role sahiptir. Santral adenozin, kolesistokin ve glutamat ile birlikte NO'nun da anksiyete oluşumunda önemli bir role sahip olduğunu düşündüren önemli ipuçları bulunmaktadır (19).

Beyin Görüntüleme: Normal bireylerde beklenti bunalması sırasında orta prefrontal kortekste bölgesel kan akımında azalma gösterilmiştir. Beklenti anksiyetesi ile birlikte kalp hızında artışın bulunduğu durumlarda sağ dorsolateral prefrontal kortekste, sol alt temporal korteks ve sol amigdaloit-hipokampal bölgede kan akımında artma saptanmıştır (15).

Serebral Korteks: Frontal serebral korteks parahipokampal bölge, singulat girus ve hipotalamus ile bağlantılıdır. O nedenle anksiyete bozukluklarının oluşumunda rol oynayabilir. Temporal korteks de anksiyete bozukluklarının patofizyolojik alanı olarak görülmektedir (14).

2.1.5. Biyolojik Kuramlar

Hayvan alışmaları ve ilaç tedavisine yanıt esas alındığında anksiyete ile ilişkili bulunan üç ana nörotransmitter norepinefrin, serotonin, GABA'dır.

Norepinefrin: Anksiyete bozukluklarında norepinefrinin rolünden bahseden genel kurama göre etkilenen hastaların zaman zaman aktivite patlamaları ile seyreden , noradrenerjik regulasyon sorunları olabilir.

Serotonin: Çeşitli serotonin reseptör tiplerinin tanımlanması, anksiyete bozukluklarının patogeneğinde serotonin rolü konusunda araştırmaları hızlandırmıştır. Bu ilişki konusundaki ilgi ilk olarak serotonerjik antidepresanların bazı anksiyete bozukluklarında terapotik etkilerin gözlemlenmesinden sonra ilk kez ortaya çıkmıştır.

GABA: Anksiyete bozukluklarında GABA'nın rolü, bazı anksiyete bozuklukları tiplerinin tedavisinde GABA'nın aktivitesini, GABA-A reseptöründe arttıran benzodiyazepinlerin tartışılmaz etkinliği ile güçlü şekilde desteklenmiştir (14).

Bilimsel çalışmaların sonuçları Gama Amino Butirik Asid (GABA) - Benzodiazepin Reseptörü-Cl- İyonofor Kompleksi, Noradrenerjik Sistem ve Serotonerjik Sistem olmak üzere üç temel santral nörotransmitter sistemi hem normal hem de patolojik anksiyete oluşumunda ve sürdürülmesinde önemli rollere sahip olduğuna işaret etmektedir. Bu temel nörotransmitter sistemlerinin yanısıra VTA'daki dopaminerjik nöronlar ve pedikülopontin nükleustaki kolinerjik nöronların da uyan ve dikkati arttırarak anksiyete gelişimine minimal düzeyde katkı sağladığı bilinmekle beraber antidopaminerjik ve antikolinerjik ilaçların belirgin bir anksiyolitik etkisinin olmaması dopaminerjik ve kolinerjik sistemlerin anksiyete ile direkt ilişkisini desteklememektedir (19).

Serotonin, noradrenalin, GABA gibi nörotransmitterlerin veya bunların birbirleriyle etkileşimlerinin anksiyete bozukluklarıyla ilişkisi gösterilmiştir. 5-HT işlevinin azaltılması anksiyeteye sebep olur (18).

2.1.6. Sıklık ve Yaygınlık

Anksiyete bozukluklarının yaşam boyu yaygınlığı %13.6 ile %28.8 arasında bildirilmektedir. 12 aylık yaygınlık oranları ise %5.6 ile %19.3 arasındadır. Yüzdelerdeki bu farklılık kullanılan tanımlar, sınıflandırma sistemleri ve örneklem seçimi ile ilgili olabilir. Türkiye Ruh Sağlığı Profiline bunalı bozukluklarının 12 aylık yaygınlığı %6.7 olarak bildirilmiştir.

Genellikle erken yaşlarda başlar. Ortaya çıkma açısından en riskli dönem 10 – 25 yaş arasındadır (15). Genel nüfustaki yaygınlık oranı %4-6 olarak bilinmektedir. Kadınlarda erkeklere oranla iki kat sık görülmektedir. Prevalans oranlarının erkeklerde bir yıllık %2, yaşam boyu %3.6 olduğu ve kadınlarda bir yıllık %4.3, yaşam boyu %6.6 olduğu saptanmıştır (16). Anksiyete bozukluklarının çoğu kadınlarda daha sık görülür. Kanada'da yapılan bir çalışmada anksiyete bozukluklarının bir yıllık prevalansı erkeklerde %9 kadınlarda ise %16 bulunmuştur. Yaşam boyu prevalans oranları Kuzey Amerika kaynaklı bir epidemiyolojik çalışmanın verilerine göre %10.4 ile %25.1 arasında değişmektedir (20).

2.1.7. Belirti ve Bulgular

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

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

2. Konuşma ve İlişki Kurma: Hastanın sesinde heyecanlı bir titreklilik olabilir, fakat konuşması düzgündür. İlişkilerinde endişeli, huzursuz ve gergindir.
3. Duygulanım: Hasta, içinde korkuya benzeyen bir duygusu olduğunu, sanki kötü bir haber alacakmış gibi hissettiğini anlatır. Fakat korkusunun nedenini ve nesnesini bilmez.
4. Bilişsel (Kognitif) Yetiler: Hastanın bilişsel yetilerinde temelde bir eksiklik yoktur. Aşırı ve yorucu olan sıkıntı nedeniyle hasta dikkatini toplayamaz, geçici unutkanlık olabilir.
5. Düşünce Akımı ve İçeriği: Düşünce içeriğinde yakınmaları dışında bir bozukluk yoktur. Yakınmalarını büyük bir sabırsızlıkla anlatmak istediğinden düşünce akımı bozulmuş olabilir.
6. Fizyolojik Belirtiler: Otonomik kamçılanış ile ilgili olarak kan basıncının yükselmesi, kalp atımının hızlanması, çarpıntı, kaslarda gerginlik, kılların dikleşmesi, gözbebeklerinde genişleme, ağız kuruması, 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 (15).

2.1.8. Anksiyete Bozukluğunun Klinik Tipleri

Yaygın Anksiyete Bozukluğu: Belirtilerin 6 aydan daha uzun sürdüğü, belli bir nesneye, yere, organa saplantılı düşünceye ya da zorlantıya odaklanmamış, yani belli bir devinimsel ya da düşünsel içeriği olmayan, organizmada yaygın ruhsal ve fizyolojik bunaltı belirtileri ile yaşanan bir bozukluktur. Hastalar zaman zaman hafifleyen ya da sönen, fakat ağır uyum bozukluğuna yol açmayan bunaltıyı aylarca, yıllarca çekebilirler (15).

Panik Bozukluğu: Hemen her zaman bir ölüm korkusu ya da kontrolünü kaybetme, çıldırma korkusu vardır. Hasta bir kez panik nöbeti geçirdikten sonra yeni bir panik nöbeti geçireceğine ilişkin sürekli korku duyar. Buna beklenti anksiyetesi denir. Hastada en az bir ay süre ile " beklenti anksiyetesinin ", yani panik nöbeti geçirme korkusunun bulunması ön koşuldur. Agorofobili ve agorofobisiz olmak üzere iki kümeye ayrılmaktadır.

Fobik Bozukluk: Klasik anlamda fobi, normalde korkulmayacak belli bir durum ya da belli bir nesne ile karşılaşınca ortaya çıkan korkudur. Hasta bu durum ya da nesne karşısında bu denli korkulmayacağını bilir, korkusunu anlamsız, yersiz bulur. Fobik kişide, fobi nesnesi karşısındaki bunaltı belirtilerinin dışında başka bir bozukluk genellikle bulunmaz. Fobik nesneye karşı kaçınma davranışı bulunur.

Sosyal Fobi: Toplum içinde konuşurken ya da herhangi bir eylem yaparken kızarma, terleme, ellerin titremesi, kendini küçük düşürecek yanlış bir şey yapma korkusu olarak tanımlanır.

Özgül Fobi: Belli nesnelere ya da durumlardan anormal korkudur. Eğer klinik olarak çok şiddetli sıkıntı vermiyor ve kişinin ilişkilerini ve işlev düzeyini bozmuyorsa bu duruma fobi denilmez.

Obsesif Kompulsif Bozukluk: Saplantı (obsesyon) ve/veya zorlantıların (kompulsiyon) görüldüğü, genellikle süregen , kimi zaman dönemsel alevlenmelerle giden, kişinin günlük işlevlerini belirgin olarak etkileyen bir bozukluktur.

Posttravmatik Stres Bozukluğu (PTSB): PTSB Gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiş travmatik yaşantı sonrası, olayı tekrar tekrar yaşama, anımsatan uyaranlardan kaçınma, artmış uyarılmışlık hali ile karakterize ruhsal bir bozukluktur (12).

Daha az görülen ve görece çok az çalışılmış olan diğer anksiyete bozuklukları : Tıbbi bir duruma bağlı anksiyete bozukluğu (endokrin, metabolik vb. nedenlerle), madde kullanımına bağlı anksiyete bozukluğu, (entoksikasyon, kesilme ya da ilaç kullanımı) ve yukarıda adı geçen diğer anksiyete bozukluklarının tanı ölçütlerine uymamakla birlikte anksiyetenin baskın olduğu durumlar için kullanılan başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğudur (12).

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. Anksiyete bozukluğu olan hastalarda fobiler, panik nöbetleri, depresyon, kronik alkolizm, ilaç bağımlılığı gibi bozuklukların sıklıkla birlikte bulunabileceği unutulmamalıdır (21).

A) Farmakoterapi:

1. Benzodiyazepinler: Benzodiyazepinler bazen gerektiğinde tek doz ya da kısa süreli olarak, bazen de daha uzun süreli alınan çok yönlü, pratik ilaçlardır. Özellikle, aşırı uyarılma ve bedensel yakınmalarına daha belirgin olduğu durumlarda daha faydalıdır. En önemli dezavantajları bağımlılık potansiyeleridir ki, bu da kısa süreli ya da ara ara gerektiğinde kullanım ile azaltılabilir (22).

2. Buspiron: Bir 5 HT-1A agonisti olan buspiron anksiyete bozukluğunda etkilidir, ancak tedavinin 1-3 haftasına kadar düzelme sağlamaz. İyi tolere edilir ve alkol ile etkileşmez. Sedasyondan ziyade uykusuzluk yapar ve tolerans, bağımlılık ve çekilme belirtileri gibi sorunları yoktur (22).
3. Trisiklik antidepresanlar: Bazı çalışmalar imipramin başta olmak üzere tüm trisiklik antidepresanların etkili olduğunu göstermiştir. Etkili doz aralıkları depresyonda kullanılan ve etkili olan dozlar ile benzerdir (22).
4. SNGÖ (Serotonin noradrenalin geri alım önleyicileri): SSGÖ'ler (seçici serotonin geri alım önleyicileri) birlikte sağaltımda ilk seçilecek ilaçlar arasındadır (15).
5. SSGÖ: Bütün sağaltım kılavuzları bunaltı bozukluklarında ilk sağaltım seçeneği olarak seçici serotonin geri alım önleyicilerini önermektedir (15).
6. Beta Blokerler: Beta blokerler nabız hızını ve tremoru azaltarak anksiyetenin periferik belirtilerinin algılanmasını azaltırlar. En sık kullanılan propranolol kan beyin bariyerini geçmez (22).
7. Hidroksizin: Bir antihistaminik (H1 blokeri) olan ilaç, 50 mg/gün kadar düşük dozlarda bile hızlı fakat hafif anksiyolitik etki gösterir. Bu dozlar kullanıldığı zaman gün boyu sedasyona fazla sebep olmaksızın iyi tolere edilir (22).
8. Antipsikotikler: Bu ilaçların dopamin reseptörünü bloke edici , ayrıca bir miktar antihistaminik etkileri nedeniyle anksiyolitik etkilerinin olması beklenebilir. Antipsikotikler benzodiyazepinler kadar etkili değildirler ve klasik olanlar akut olarak alındıklarında genellikle akatizi, sürekli kullanımlarında ise tardiv diskinezi riski taşırlar (22).
9. Bitkisel ajanlar(22)

10. Yeni seçenekler: GABA agonisti olan gabapentin ve analogları
Seçici GABA A reseptör gerilim inhibitörü olan tiagabin Pregabalin
(22)

B) Psikoterapi: Psikoterapide, gevşeme yöntemleri, bilişsel-davranışçı sağıaltım, destekleyici psikoterapi ve çözümleyici psikoterapi uygulanabilir (21).

İlaç ve psikoterapi birlikte uygulanmalıdır (11). Hangi tedavi seçilirse seçilsin, başlangıçta hastayla tartışma, eğitim ve güvence vermek yararlıdır.

Normal ve patolojik boyutlarda anksiyete hemen her zaman karşılaşacağımız bir durumdur. Herşeyden önce anksiyetenin o kişi için ne kadar patolojik olduğunu belirlememiz gerekir. Normal bir anksiyetenin hekim tarafından, normal yaşanabilir bir olgu gibi belirlenmesi, bunun patolojik boyutlara varan bir saplantı haline gelmesine engel olabilir. Örneğin, ameliyat olacak bir kişinin anksiyete duyması doğaldır. Bunun doğallığının hastayla paylaşılması dahi patolojik bir eğilimi ortadan kaldırabilir (23).

Anksiyete, insanın temel duygularından biri olarak kabul edilebilir. Hepimiz, tehlike gördüğümüz durumlarda bir miktar kaygı duyarız. Dışçı koltuğunda otururken, sınav kapısında beklerken, uçağa binmeden ya da bir ameliyata girmeden önce tedirgin ve huzursuz oluruz. Tehlikeli koşullarının yarattığı bu anksiyete türü genellikle her bireyin yaşadığı geçici, duruma bağlı bir anksiyete oluşturur. Buna “durumluk anksiyete (kaygı)” denir (24).

Bazı kişiler sürekli olarak huzursuzluk içinde yaşarlar ve mutsuzdurlar. Doğrudan doğruya çevreden gelen tehlikelere bağlı olmayan bu anksiyete türü içten kaynaklanır. Birey özdeğerlerinin tehdit edildiğini zannetmesi ya da içinde bulunduğu durumları stresli olarak yorumlaması sonucu anksiyete duyar. Buna da “sürekli anksiyete (kaygı)” denir (24).

Klinik psikologlar ve psikiyatristlere başvuran hastaların büyük bir çoğunluğu sürekli kaygı belirtilerinden şikayetçidirler. Huzursuzluklarını

gidermede, hafifletmede ya da kontrol etmede bu hastaların karşı koyma, başa çıkma becerileri ya da savunmaları yetersizdir (24).

Tehlikeli koşulların yarattığı korku ve tedirginlik, bireyin yaşadığı geçici ve normal bir anksiyete olarak kabul edilebilir. Kişinin o anda içinde bulunduğu duruma doğrudan doğruya bağlı olmayan sürekli anksiyete ise bir kişilik özelliğini belirler. Sürekli kaygı, bireyleri birbirinden ayırt eden bir özelliktir. Anksiyete yaşantılarındaki bu ayırımın yapılması Spielberger'in 'İki Faktörlü Anksiyete Kuramı' ile, anksiyete türlerinin ölçülmesi de Spielberger ve arkadaşlarının Durumluk - Sürekli Anksiyete Envanteri'yle mümkün olmuştur (24).

Birbirinden farklı özellikleri olan iki tür anksiyete, yukarıda da belirtildiği gibi durumluk ve sürekli anksiyetedir. Bu anlayış Cattell ve Scheier'in (1958) faktör analizi çalışmalarıyla iki kez ileri sürülmüştür. Daha sonraları da Spielberger (1966) ve arkadaşlarının çalışmaları sonucu geliştirdikleri "İki Faktörlü Anksiyete Kuramının" özünü oluşturmuştur (24).

Durumluk anksiyete: Bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği subjektif korkudur. Fizyolojik olarak otonom sinir sisteminde meydana gelen bir uyarılma sonucu terleme, sararma, kızarma ve titreme gibi fiziksel değişimler, bireyin gerilim ve huzursuzluk duygularının göstergesidirler. Stresin yoğun olduğu zamanlarda durumluk anksiyete seviyesinde yükselme, stres ortadan kalkınca düşme olur (24).

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 (24).

2.2. Preoperatif Anksiyete

Preoperatif dönemde hastaların % 60- 80'inin anksiyöz olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmiştir(25,26). Cerrahi girişimler ciddi psikiyatrik ve psikososyal sorunlara yol açma potansiyelindedir. Hastada, hastalığından kurtulma umut ve beklentisi yanında psikolojik açıdan kendi bedenini, yaşantısını denetleyemeyeceği endişesine, organ ve doku kaybı korkusuna neden olabilir. Bu kaygı, alttaki hastalığın niteliğine, kaybedilecek organa, kişi için bu durumun anlam ve önemine göre değişik düzeyde olur.

Cerrahi girişim uygulanacak hastalarda genel olarak anestezi kaygısı, ölüm riskine ilişkin endişeler, özürlü olacağı endişesi, ağrıdan korkma, bedeni üzerinde denetimini kaybedeceği endişesi, cinsel yeterliliğin kaybı korkusu, çalışabilirliğini kaybedeceği endişeleri gelişir.

Peroperatif dönemde hastaların psikolojik olarak hazırlanmasında, hastalığın niteliği, anestezi uygulaması, cerrahi girişim, postoperatif dönemle ilgili konularda kaygısını arttırmayacak şekilde yeterli düzeyde bilgilendirme çok önemli ve yararlıdır. Hastanın kaygı ve endişelerinin dinlenmesi kaygı ile başa çıkma yeteneğini güçlendirmektedir. Sheffer ve Greifenstein'e göre hastaların anesteziye karşı duydukları anksiyetenin nedeni kısmen anestezist- hasta ilişkisindeki eksiklikten kaynaklanmaktadır (27).

Anksiyete düzeyi kadınlarda erkeklere, ailesi ve arkadaşları tarafından ameliyata getirilen hastalarda yalnız gelenlere, kardiyak ve vertebra cerrahisi uygulanacak hastalarda diğerlerine göre, gençlerde yaşlılara göre ve kötü anestezi deneyimi olanlarda olmayanlara göre daha fazla bulunmuştur (28,29).

Anksiyeteli hastada en etkili yaklaşım, güvence vermek ve psikolojik destek sağlamaktır. Hastanın cerrahi girişimden önce cerrah ve anestezi uzmanıyla görüşmesi ve kendisine yeterli bilginin verilmesi, güveni sağlar ve endişelerin giderilmesine yardımcı olur (22).

2.3. Aile Anksiyetesi

Ailelerin anksiyetesi direkt olarak hem preoperatif hem de postoperatif dönemde çocukların davranışlarını ve anksiyetelerini etkilemektedir (30).

Anestezistler çoğu zaman çok stresli ailelerle karşılaşabilirler. Ebeveynler çoğu zaman sinirli, suçlu ve yorgun ruh durumunda olabilirler. Aileler alışık olmadıkları bu durum karşısında şok, reddetme, üzüntü, öfke, olgunluk ve kabullenme gibi farklı duygusal tepkiler verebilirler. Farklı aileler ve farklı aile bireyleri farklı zamanda bu duygu durumlarından herhangi birinde olabilirler. Ayrıca daha önceki tecrübeleri ve kişilik yapıları tepkilerini belirler. Özellikle dezorganize ve iletişimi olmayan aileler daha sinirli ve engelleyici olmaktadır (31).

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 (32).

2.4. Çocuklarda Kaygı ve Bunu Etkileyen Etmenler

Çocukluk yılları insan hayatının en hızlı gelişim yıllarıdır. Bu yıllarda fiziksel, zihinsel, sosyal ve duygusal gelişimin temelleri atılır. Çocuk çevresini tanımaya çevresindeki ilişkileri kendince anlamaya, olaylara karşı bakış açısı kazanmaya ve olayları yorumlamaya çalışır. Bu gelişim süreci içinde çocuğun içinde bulunduğu çevresel koşullara göre anksiyete düzeyi de şekillenmeye başlar. Anksiyete duygusu anne-babasının, öğretmenlerinin ve arkadaşlarının davranışlarına göre artar veya azalır.

Gelişimsel olarak bebeklik döneminden itibaren görülen normal anksiyete, yetişkinlik döneminde görülür bir neden olmadan patolojik kaygıya dönüşebilmektedir. Görülür geçerli bir neden olmadığı için bu tepkiler

patolojik olarak değerlendirilir. Örneğin yok olma anksiyetesi, ayrılma anksiyetesi, kastrasyon (iğdiş etme) anksiyetesi çocuklarda görölen, 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 (33).

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 görölmektedir. 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 görölebilmektedir (33).

Çocuklukta görülen ruhsal bozukluklar ile ilgili olarak yapılan uzunlamasına izleme çalışmalarında çocukluk çağında saptanan bunaltı bozukluklarının (ayrılma bunaltısı, okul korkusu v.b.) yetişkin yaşamda sosyal korkular, agorofobi, panik bozukluğu gibi sık rastlanan ruhsal bozukluklara dönüştüğü ya da bunların öncülleri olduğu kanısına varılmıştır. Bu nedenle çocukluk döneminde ortaya çıkan bozuklukların erken yaşta tanısının konulması ve sağaltımı erişkin ruh sağlığı açısından da büyük önem taşımaktadır (34).

2.4.1. Yaş

Yaş anksiyeteyi etkileyen önemli bir faktördür. Çocuğun gelişiminde her yaşın kendine has gelişimsel özellikleri vardır ve çocuğun anksiyetesi, içinde bulunduğu yaşın özelliklerine göre farklılık göstermektedir. Anksiyetenin en yoğun yaşandığı yıllar doğumdan sonraki iki yıl ve ergenlik yıllarıdır. Araştırmalar küçük çocukların anksiyete düzeyinin büyük çocuklardan daha düşük olduğunu göstermiştir (35).

2.4.2. Cinsiyet

Anksiyete düzeyi cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Yapılan araştırmalarla kızların anksiyete düzeylerinin, erkeklerin anksiyete düzeylerinden daha yüksek olduğu saptanmıştır (36). Bu bulgu kızların daha duygusal bir yapıya sahip olmalarından kaynaklanıyor olabilir. Buna rağmen Bozak 1982'de yaptığı çalışmasında 9-12 yaşa kadar kız öğrencilerin anksiyete puanlarının erkek öğrencilerinkinden daha yüksek ve 13-16 yaşlarda kız öğrencilerin anksiyete puanlarının ise erkek öğrencilerin anksiyete puanlarından daha düşük veya aynı düzeyde olduğunu bulmuştur(37).

2.4.3. Genetik

Bunaltı belirtilerinin ana babadan çocuğa aktarılma riskine vurgu yapan kalıtımsal kuramlar çerçevesinde yürütülen araştırmalar orta düzeyde bir kalıtımsal risk olduğunu göstermektedir. İkiz çalışmaları ile çocukluk çağı anksiyete bozukluklarında kalıtımsal etki %33 olarak bulunmuştur. Kalıtımsal etkinin rolünün kızlarda daha fazla olabileceği ve yaşla artabileceği bildirilmiştir. (34)

2.4.4. Anne- Baba Tutumları

Bunaltı bozukluklarının oluşunda rolü olan biyolojik, bilişsel ve öğrenmeye ilişkin etkenlerin çocuk üzerine olan etkisini belirleyen toplumsal ve kişilerarası çevresidir (34). Anksiyete kökenini çocukluk yıllarından almaktadır. Çocukluk döneminde maruz kalınan aşırı reddedici, küçük düşürücü tutumlar anksiyeteyi arttırabilir. Ergenlik döneminde diğer yetişkinlerin alaycı tutumları, çocuğun fiziksel veya psikolojik baskı altında tutulması, anne-babaların birbirine karşıt düşen istekleri, boşanmış ailelerde anne-baba arasında boşandıktan sonra bile devam eden çekişmeler, çocukta anksiyetenin oluşmasına neden olabilmektedir (36).

Anksiyete bulaşıcı bir duygu olduğundan çocuğun çevresindeki anksiyeteli insanların (anne-baba veya öğretmeni gibi otorite figürlerinin) varlığı ve bunların çocuk tarafından algılanması veya özdeşim kurulmasıyla gelişebilmektedir (36). 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 (36).

Whaley ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada çocukta anksiyete gelişiminde annenin anksiyetesinden çok anne-çocuk etkileşiminde anksiyeteli annenin denetleyici davranışının olduğu belirlenmiştir. (34)

2.4.5. Anne-Baba Eğitim Durumu

Eğitim durumu, ebeveynlerin çocuklarına karşı tutumlarının belirlenmesinde de etkili olabilmektedir. Yapılan araştırmalara göre ilkokul mezunu olan ebeveynler ile yüksek okul mezunu olan ebeveynlerin çocuklarına uyguladıkları tutumlar farklılık gösterebilmektedir (37).

2.4.5. Sosyo-Ekonomik Durum

Yoksulluk, ana baba psikopatolojisi, örselenme ve şiddete maruz kalmanın bunaltı bozukluğu gelişime yatkınlık oluşturduğu ileri sürülmektedir (34). Sosyo-ekonomik durumun yetersiz olması aile ilişkilerine gerginlik, sinirlilik, tedirginlik şeklinde yansıyarak, çocuğun yaşamını sürdürme kaygılarının oluşmasına neden olabilmektedir. Ayrıca çocuğun okul ve ev çevresindeki arkadaşlarının yediğini yiyememe, giydiğini giyememe ve bunları içine sindirememesi de anksiyete düzeyini arttırabilecektir. Araştırmalar sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan çocukların anksiyete düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir (37).

2.4.6. Anne-Baba Mesleği

İnsanlar zamanlarının çoğunu çalışarak geçirirler. Ebeveynlerin meslekleri onların kişilik özelliklerini de belirler. Meslekler, ebeveynler üzerindeki psikolojik etkilerinin yanı sıra çocukta da bazı anksiyetelere sebep olabilir. Anne ve babalarının tehlikeli işlerde çalışması (polis, asker vs.), gece nöbetlerinin olması, iş saatlerinin düzenli olmaması, sürekli seyahati veya evden uzun süre ayrılmayı gerektiren bir işlerinin olması çocukların anksiyete düzeylerini etkileyebilmektedir (37).

2.4.7. Kardeş Sayısı

Ebeveynlerin çocuğu yeni kardeşe hazırlamamaları, kardeşler arasında ayırım yapmaları, eşit olmayan tutumları, kardeşler arasında kıskançlıktan

doğan anksiyeteye neden olabilir. Ekonomik düzeyi yetersiz olan ailelerdeki çocukların ihtiyaçlarının karşılanamaması da anksiyete yaratabilir (37).

Kardeş sayısı arttıkça çocuk sadece anne-babasının ilgisini değil, odasını, eşyalarını, kitaplığını, harçlığını paylaşmak zorunda kalmaktadır. Bu koşullar da onun anksiyete seviyesinin yükselmesine yol açabilir (37).

2.4.8. Başarı Durumu

Çocuklar genellikle aileleri tarafından okulda başarılı olmaya doğrudan veya dolaylı olarak zorlanır. ‘Sınıfını geçersen sana bisiklet alırım’, ‘Zayıf getirirsen eve gelme’ gibi dolaylı veya direkt ifadeler çocuğun başarı konusunda aşırı hassasiyet kazanmasına neden olabilmektedir (37).

2.5. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Tıp etiği açısından ‘‘Aydınlatılmış Onam’’ (*informed consent*) günümüz hekim-hasta ilişkisinin belli başlı oğelerinden birisidir. Bunun yerine getirilebilmesi için hekimin tıbbi tedavi ve müdahale konusunda hastasını bilgilendirip onayını alması gerekmektedir (38).

Hekimin, hastasının özerkliğine saygı göstermesinin en önemli boyutlarından birisi aydınlatılmış onam oğesidir. Hastanın tıbbi müdahale için üstü örtük ya da açık onayının alınması eski bir olgu olsa da, burada sözünü ettiğimiz aydınlatılmış onam kavramının vardığı farklı nokta hastanın bilgilendirilmesi, tıbbi karara katılımının sağlanması ve hekimin hasta ile işbirliğine girmesidir. Aydınlatılmış onam kavramı 1950'lerin ikinci yarısında ortaya çıkmış, geniş biçimde tartişılmasıya başlanması 1970'lerde olmuştur. Tanı, tedavi ve seçenekleri, sonuçları, hastalığının gidişi gibi konularda hastaya anlayabileceği bir ifade biçimiyle bilgilendirme ve açıklamada bulunulması ve sonuçta tıbbi müdahale için onun onamının alınması hastadan sorumlu hekim için bugün etik bir yükümlülük durumudur (38).

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

1. Önerilen tedavi/işlemin bir açıklanması
2. Ölüm ve ciddi sakatlık risklerinin vurgulanarak, önerilmiş olan tıbbi işlemin yarar ve risklerinin açıklanması
3. Yarar ve risklerinin de içinde olmak alternatif tedavi ve işlemlerin açıklanması
4. Tedavi edilmediğinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçlar
5. Başarı olasılığı ve başarıdan ne kastedildiği
6. İyileşme sırasında en büyük problemin ne olduğu ve normal yaşamına ne kadar zamanda dönebileceği (38).

Hasta, hekimin kendisini doğru dürüst bilgilendirdiğini nasıl bilebilir ?

Aşağıdaki liste hastanın bu konudaki karar verebilmesini sağlayacaktır.

Aydınlatılmış onam formunu imzalamadan önce gözden geçirilmelidir.

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

8. Doktorum bütün sorularımı açık biçimde cevapladı ve kaygılarımı benimle konuştu.
9. Aydınlatılmış onam formunun ne anlama geldiğini biliyorum.
10. İmzaladığım formdaki her şeyi kabul ediyorum ve kabul etmediklerimin üzerini çizdim. Doktorum bu değişikliklerden haberdar.
11. Tıbbi müdahaleyi yapacak kişilerin kimliklerini ve özelliklerini biliyorum.
12. Aklım başımda ve kendimi, kararımı veremeyecek şekilde sıkıntı ve baskı içinde hissetmiyorum.
13. Bu müdahaleden yeterince yarar göreceğimi ve bu yararın aldığım riskten ağır bastığını düşünüyorum
14. İstemezsem, bu müdahaleye onam vermek zorunda olmadığımı biliyorum (38).

Bilgilendirilme ve onay isteme, doktor ve sağlık çalışanları için, hastanın özgürlüğüne, kendi hayatını etkileyen kararları verme hakkına saygı gösterme anlamına gelmektedir.

Bu kavram ve anlayış en az şu dört durumu içerir: Bilgilendirme, hastanın karar verme ve anlama kapasitesini göz önünde bulundurma, hastanın gönüllülüğü ve karar verme özgürlüğünü mutlaka hastaya sağlama (39).

Bu konuda kritik hususlar şunlardır: Personelin bu konuda bilinçlendirilmesi ve eğitilmesi, yaklaşımın zamanlaması ve bilginin sunulması ve kalitesi. Bilinçli ebeveynlerde gerek tedavi aşamasında, gerekse bazı araştırmaların yapılmasında iyi İşleyen bir yöntemdir. Bilgilendirilmiş onam sürecine, tedavi veya araştırma hakkında inançların, değer ve amaçların etkisindeki bireysel yargılar da karışır.

Ebeveynler doğal olarak öncelikle çocuklarının iyi bir tedavi ve bakım almasını isterler (39). Zamanlama önemlidir çünkü, ebeveynin içinde bulunduğu psikolojik duruma göre, yargılaması, anlaması, rasyonel karar verme yeteneği değişiklik gösterir (39). Tedaviler için böyle olmakla birlikte araştırmalara katılımlar için durum farklı ve daha problemlidir. Araştırmaların konusu yeni doğan hasta bebekler olduğunda, ebeveyn anksiyetesi, algılaması, onların verilen bilgileri anlamasını ve istenilen izinlerin farkında olmasını olumsuz etkilemektedir (39).

Personel çoğu zaman ne kadar ve ne çeşit bilginin verilmesi gerektiğinden emin olamamaktadır. Çok az bilgi belki onay verilmesi için kişilerin ikna olmasına yetmezken, çok ve gereksiz bilgi de tersi etki yapabilir veya ebeveynleri gereksiz yere telaşlandırabilir. Verilecek bilginin içeriğinde, girişimin veya araştırmanın muhtemel yararları, alternatiflerin hepsi, oluşabilecek yan etkiler veya olumsuzluklar bulunmalıdır. Yan ve olumsuz etkiler toplamda %1'den fazla görülmüşse mutlaka verilecek bilgiler içinde yer almalıdır diyenler vardır (39).

Ebeveyn bilgilendirme ve onay formları geliştirilmiştir. Bu formlar gerekli bilgileri ve onay kısmını da içermektedir. (39). Çocuklarının sağlıklarından sorumlu olan ebeveynlere, çocuklarına yönelik anestezi uygulamaları hakkında bilgi verilmesi gereklidir. Ebeveynler, çocuklarına uygulanacak anestezi ile ilgili olarak, riskler, alternatifler, prosedürler hakkında detaylı bilgi talep etmektedirler. Ebeveynlere bilgi verme yöntemleriyle (video, broşür, sözlü anlatım vb.), anksiyete ve tatmin olma derecesi arasında ilişkileri belirlemeye çalışan araştırmalar vardır. Buna göre örneğin İngiltere'de, sözlü anlatımlar yerine anestezi uygulamalarını yazılı olarak anlatan broşürlerin verilmesi, anksiyeteyi azaltmış, tatmin derecelerini yükseltmiştir. Ebeveynlerin, anlama kabiliyetleri, çocukların sağlıklarıyla ilgili olma dereceleri, bilginin veriliş zamanı gibi hususların da anksiyeteyi etkilediği görülmüştür. (38).

İyi bir bilgilendirme formu bir yaprak A4 boyutundaki kağıttan daha fazla olmamalıdır. Bilgiler açık ve özlü bir şekilde verilmelidir. Bazen ebeveynlerin

ne anladığı test edilmelidir. Örneğin verilen bilgiden anladığını kendi kelimeleriyle yazması bazen istenmelidir. İmza mutlaka istenmelidir. Bu, hem metnin anlaşıldığı hem de rızanın verildiği anlamına gelir (39).

3. BİREYLER VE YÖNTEM

3.1 Bireyler

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 11.01.2012 Tarih ve 0014 sayılı onayı alındıktan sonra Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi Ameliyathanesi'nde cerrahi operasyon geçirecek pediatrik olgularda ebeveyn anksiyetesinin değerlendirilmesi planlanmıştır.

Anket doldurmayı kabul etmeyen ebeveynler ve acil operasyona alınan çocukların ebeveynleri çalışma dışı bırakılmıştır.

3.2 Yöntem

3.2.1. Anket Uygulaması

Operasyondan yaklaşık 1 saat önce ebeveynlere ebeveyn ve çocukların sosyodemografik verilerinin değerlendirildiği form, anksiyeteyi değerlendiren sürekli kaygı envanteri, durumluk kaygı envanteri ve Beck anksiyete envanterini içeren anket formları verilerek cevaplanması istenmiştir.

Çalışmaya katılan tüm ebeveynlerden Ek 1 (Sosyodemografik bilgi formu), Ek 2 (Beck anksiyete envanteri), Ek 3 (Durumluk kaygı envanteri) ve Ek 4'ü (Sürekli kaygı envanteri) doldurmaları istenmiştir. Görevli araştırmacı tarafından "bilgi ve anket formu" verilmiştir. Ebeveynlerin sakin bir yerde, herhangi bir etki altında kalmadan soruları cevaplamaları sağlanmıştır. Ebeveynlere anket formuna isimlerini yazmaları gerekmeyeceği, verecekleri cevapların hastalarına verilen hizmeti etkilemeyeceği söylenmiş ve gerçek düşüncelerini belirtmeleri istenmiştir.

3.2.2. Anket Soruları

Sosyodemografik bilgi formu ile ebeveynlerin ve çocukların demografik verileri araştırılmıştır. Çocuğun yaşı, cinsiyeti, çocuğun cerrahi operasyon tipi, çocuğun kronik hastalığı, düzenli ilaç kullanımı, daha önce anestezi öyküsü olup olmadığı ve ebeveyn cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, sosyoekonomik durumu, mesleği, yaşadığı yer, aile tipi, kronik hastalık öyküsü, ailede anestezi öyküsü, ailede düşük/ ölü doğum öyküsü, ailede cerrahi öyküsü olup olmadığı sorulmuştur.

3.2.3. Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Çalışmaya dahil edilen ebeveynlerin anksiyete düzeyleri Beck anksiyete envanteri, Sürekli Kaygı envanteri ve Durumluk Kaygı envanteri ile ölçülmüştür.

3.2.4. Sürekli-Durumluk Kaygı Envanteri (STAI)

Necla Öner ve Ayhan Lecompte tarafından Türkçe'ye uyarlanan envanterin, her biri 20 maddeden oluşan iki ayrı ölçeği vardır (Ek3) (Ek4). İlk 20 maddelik ölçek durumluk kaygı ölçeğidir. Bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler. Diğer 20 maddelik ölçek sürekli kaygı ölçeğidir ve bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, kendini nasıl hissettiğini belirler. Her bir ölçek için ayrı soru formu vardır. Yanıtlar bu formlar üzerine işaretlenir. Ayrıca her bir soru formunun puanlamasında kullanılan yanıt anahtarları mevcuttur. Hastanın kaygı düzeyleri, bu cevap anahtarları kullanılarak belirlenir.

Uygulanışı: Bireyin kendi kendine yanıtlayabileceği, uygulanması kolay bir envanterdir. Her iki ölçek de aynı zamanda uygulanabilir. Aynı zamanda uygulandığında önce Durumluk Kaygı Ölçeği sonra Sürekli Kaygı Ölçeği verilmelidir. Bunun nedeni, Durumluk Kaygı Ölçeğinin sınama yada sınama koşullarıyla ilgili tedirginlik, kuruntu ve heyecan gibi duyusal, fizyolojik ve

bilişsel süreçlere duyarlı olmasıdır. Bu şekilde anlık (geçici) kaygı güvenilir bir düzeyde ölçülmüş olur (24).

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

Yanıtlaması: Durumluk kaygı ölçeğinin yanıtlamasında maddelerin ifade ettiği duyuş, düşünce ya da davranışların şiddet derecesine göre “hiç”, “biraz”, “çok” ve “tamamıyla” şıklarından birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istenir (24).

Cevapların Puanlaması: Her iki ölçek için de cevap seçenekleri dört tanedir. Seçeneklerin ağırlık değerleri 1’ den 4’ e kadar değişir. Ölçekler 20’ şer maddeden oluştuğuna göre her ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişebilir. Puanların yüksek olması kaygı seviyesinin yüksek olduğuna işaret eder. İlkokul mezunu seviyesinde okuma-yazması olan birey özel yardıma ihtiyaç göstermeden formları doldurabilmektedir. Ancak bazı maddeleri anlamada güçlük oluşması halinde üçten fazla cevapsız madde varlığında form geçersiz sayılır ve puanlandırılmaz (24). Ölçeklerde iki tür ifade bulunur. Bunlara doğrudan, ya da düz, ve tersine dönmüş ifadeler denmektedir. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirmektedir. Puanlama elle ya da bilgisayarla olmak üzere iki şekilde yapılabilir. Elle puanlamada, doğrudan ya da tersine dönmüş ifadelerin her biri için iki ayrı anahtar hazırlanır. Bir anahtarla doğrudan ifadelerin, ikinci anahtarla tersine dönmüş ifadelerin toplam ağırlıkları saptanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan, ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır (durumluk kaygı

ölçeğinde on tane tersine dönmüş ifade vardır. Bunlar 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20'inci maddelerdir. Sürekli kaygı ölçeğinde ise tersine dönmüş ifadelerin sayısı yedidir ve bunlar 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39'uncu maddelerdir. Bulunan sayıya önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk kaygı ölçeği için değişmeyen değer 50, sürekli kaygı için ise 35'dir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır (24).

Puanların Yorumlanması: Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan ise düşük kaygı seviyesini belirtir. Testin kullanımı için özel bir eğitim gerekmez (24).

3.2.5. Beck Anksiyete Envanteri (BAE)

Bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi amacıyla kullanılır. Kendini değerlendirme ölçeğidir. Grup olarak uygulanabilir. Ergen ve yetişkinlere uygulanır. Zaman sınırlaması yoktur. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir ölçektir (40) (Ek2).

Bireylerin kendi kendine cevaplandırabilecekleri, uygulanışı kolay bir ölçektir. Formun başında nasıl yanıtlanabileceğine dair bilgi vardır. Her madde için "Hiç", "Hafif derecede", "Orta derecede", "Ciddi derecede" seçeneklerinden birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istenir. Verilen cevaplara 0 ile 3 arasında değişen puanlar verilir. Puan ranjı 0-63'tür. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir. Özgün adı "Beck Anxiety Inventory"(BAI) dir. Mustafa Ulusoy, Nesrin Şahin ve Hüsnü Erkmen tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır.

4.BULGULAR

Çalışmaya 200 ebeveyn dahil edilmiştir. Ebeveynlerden 103'ü kadın, 97'si erkektir. Ebeveynlerin yaş ortalaması 33.25'tir. Ebeveynlerin 121 tanesi okur yazar değil veya ilkokul eğitim düzeyindedir. Ebeveynlerin 89'unun ekonomik durumu düşük olup, geliri giderden azdır. Örneklem grubunun 161'i şu anda işsiz veya ev hanımı veya alt meslek grubuna dahil olarak saptanmıştır. Örneklemden 173 kişi kent veya ilçede, 27 kişi ise köyde yaşamaktadır. Ebeveynlerin 176'sı çekirdek ailede yaşamaktadır.

Sürekli veri karşılaştırmasında parametrik koşullar sağlandığından Student's T ve Tek yönlü varyans analizi (One way ANOVA) kullanılmıştır. Nonparametrik koşullarda Kruskal Wallis varyans analizi ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Çocuk yaş ortalaması 4.91 olup; 1 ile 16 yaş arasında değişmektedir. Ebeveyn yaş ortalaması 33.25 olup; 20 ile 56 arasında değişmektedir. Örneklemdaki 200 ebeveynin ortalama Beck Anksiyete Envanteri puanı 14.32 olup, 0 ile 63 arasında değişmekte; ortalama Durumluk Kaygı Ölçeği puanı 42.75 olup, 20 ile 69 arasında değişmekte; ortalama Sürekli Kaygı Ölçeği puanı 46.35 olup, 29 ile 71 arasında değişmektedir. (Tablo 2) Tanımlayıcı veri, ortalama ve standart sapma olarak sunulmuştur.

Tablo 2: Anksiyete puanları ve yaş ortalamaları

	Çocuk yaşı	Ebeveyn yaşı	Beck	STAI 1	STAI 2
N	200	200	200	200	200
Mean ±	4.91	33.25	14.32	42.75	46.35
SD	3.80	6.51	12.00	7.80	6.52
Min- max	1-16	20-56	0-63	20-69	29-71

Kadınların yaş ortalaması 31.66 olup, erkeklerin yaş ortalaması 34.92 olup, kadınların yaş ortalaması erkeklerden daha genç olarak saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 3: Ebeveyn cinsiyeti ve yaşı

Cinsiyet	N	Mean	SD
E. Yaş Erkek	97	34.92	6.36
Kadın	103	31.66	6.28

Çalışmaya katılan annelerin Beck Anksiyete puanı 17.56 olarak saptanıp, babalara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. (p=0.000) Annelerin Sürekli Kaygı puanı 47.69 olup, babalara göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. (p=0.002) (Tablo 4)

Tablo 4: Ebeveyn cinsiyetine göre anksiyete puanları

e.cinsiyet		N	Mean	SD	P
beck	Erkek	97	10.87	9.81	0.000
	Kadin	103	17.56	14.48	
stai.1	Erkek	97	42.17	6.82	0.314
	Kadin	103	43.29	8.63	
stai.2	Erkek	97	44.92	5.59	0.002
	Kadin	103	47.69	7.06	

Ebeveyn yaşı ile anksiyete puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0.05). (Tablo 5)

Tablo 5: Ebeveyn Yaşı ve Anksiyete,

E. Yaşı		N	Mean	SD	P
beck	34 yas ve alti	130	15.06	13.43	0.267
	35 yas ve üstü	70	12.94	11.67	
stai.1	34 yas ve alti	130	42.73	7.91	0.962
	35 yas ve üstü	70	42.78	7.65	
stai.2	34 yas ve alti	130	46.43	6.67	0.824
	35 yas ve üstü	70	46.21	6.27	

İki yaş ve üzerindeki çocukların, ebeveynlerinin Beck Anksiyete puanı, bir yaşındaki çocukların ebeveynlerinin anksiyete puanından istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0.020$). (Tablo 6)

Tablo 6: Çocuk Yaşı ve Anksiyete

	Ç.yaşı	N	Mean	SD	P
beck	1 yas	48	10.56	14.10	0.020
	2 yas ve üst	152	15.50	12.24	
Stai.1	1 yas	48	43.81	10.31	0.382
	2 yas ve üst	152	42.41	6.83	
Stai.2	1 yas	48	45.12	6.28	0.134
	2 yas ve üst	152	46.74	6.57	

Kız çocuklarının ebeveynlerinde Durumluk Anksiyete puanları erkek çocuklara oranla istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.049$). (Tablo 7)

Tablo 7: Çocuk Cinsiyeti ve Anksiyete

	Cinsiyet	N	Mean	SD	P
Beck	erkek	112	15.04	12.16	0.370
	kadin	88	13.39	13.70	
stai.1	erkek	112	41.78	7.96	0.049
	kadin	88	43.97	7.46	
stai.2	erkek	112	46.54	6.95	0.638
	kadin	88	46.11	5.97	

Çocuğun kronik hastalığının olup olmaması, devamlı ilaç kullanıp kullanmaması ve daha önce anestezi uygulanıp uygulanmaması ile ebeveyn anksiyetesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p> 0.05). (Tablo 8)

Tablo 8: Çocuk özellikleri ve ebeveyn anksiyetesi

Çocuk	Beck Mean ± SD	STAI 1 Mean ± SD	STAI 2 Mean ± SD
Kr. Hastalık Var (n=24)	12.29±11.20	42.29±5.29	47.54±6.68
Yok (n=176)	14.59 ± 13.07	42.81±8.09	46.19±6.50
P	0.411	0.760	0.343
Devamlı kullandığı ilaç Var (n= 23)	13.56±11.60	43.04±5.36	47.21±6.40
Yok(n=177)	14.41±13.03	42.71±8.08	46.24±6.54
P	0.766	0.849	0.502
Daha önce uygulanan anest. Var (n=47)	15.61±12.90	41.55±5.63	47.44±6.64
Yok (n=153)	13.92±12.85	43.11±8.34	46.01±6.47
P	0.431	0.230	0.190

Okur yazar olmayan ve ilkokul eğitimini tamamlayanların, ortaokul ve üstü eğitim görmüş ebeveynlere göre Durumluk Kaygı puanları daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.026$) (Tablo 9)

Tablo 9: Ebeveyn eğitim durumu ve anksiyete

	Eğitim	N	Mean	SD	p
Beck	ilkokul ve altı	121	14.99	14.18	0.362
	ortaokul ve üstü	79	13.29	10.51	
Stai.1	ilkokul ve altı	121	43.74	8.97	0.026
	ortaokul ve üstü	79	41.22	5.26	
stai.2	ilkokul ve altı	121	46.47	7.20	0.740
	ortaokul ve üstü	79	46.16	5.36	

Şu anda işsiz veya ev hanımı veya alt meslek grubuna dahil olanların Beck Anksiyete puanı, orta ve üst meslek grubunda çalışanlara göre yüksek saptanmış olup istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.029$). (Tablo 10) Meslek grupları Boratav K.'ya göre üst , orta ve alt olarak sınıflandırılmıştır (41).

Tablo 10: Meslek grupları ve anksiyete

	Meslek Grupları	N	Mean	SD	P
beck	üst-orta	39	11.05	9.25	0.029
	alt	161	15.11	13.49	
stai.1	üst-orta	39	41.84	5.02	0.283
	alt	161	42.96	8.34	
stai.2	üst-orta	39	45.66	6.18	0.448
	alt	161	46.52	6.61	

Geniş aileye sahip olan ebeveynlerin Beck Anksiyete puanları, çekirdek ve parçalanmış ailede olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düşük bulunmuştur. (p=0.043) (Tablo 11)

Tablo 11: Aile tipi ve anksiyete

Aile tipi		N	Mean	SD	P
beck	çekirdek	176	14.96	12.93	0.043
	genis	24	9.62	11.42	
stai.1	çekirdek	176	42.71	7.87	0.863
	genis	24	43.00	7.43	
stai.2	çekirdek	176	46.11	6.41	0.202
	genis	24	48.12	7.17	

Ebeveynin yaşadığı yer ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0.05).(Tablo 12)

Tablo 12: Yaşadığı yer ve anksiyete

Yerleşim		N	Mean	SD	P
beck	köy	27	13.62	1.34	0.687
	kent-ilçe	173	14.42	1.28	
stai.1	köy	27	42.81	7.26	0.541
	kent-ilçe	173	42.73	7.90	
stai.2	köy	27	45.29	6.23	0.272
	kent-ilçe	173	46.52	6.57	

Ebeveynlerin kronik hastalık öyküsünün olup olmaması, sürekli ilaç kullanıp kullanmaması, ailede anestezi öyküsünün olup olmaması ve ailede düşük veya ölü doğum hikayesinin bulunup bulunmaması ile ebeveyn anksiyetesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0.05$). Ailede geçirilmiş cerrahi öyküsü olanların Beck anksiyete puanları daha düşük bulunmuş olup, istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.004$) (Tablo 13)

Tablo 13: Ebeveyn özellikleri ve anksiyete

Ebeveyn	Beck Mean \pm SD	STAI 1 Mean \pm SD	STAI 2 Mean \pm SD
Kronik hastalık öyküsü Var(n=26)	18.151 \pm 2.46	42.69 \pm 5.56	45.34 \pm 5.66
Yok (n=174)	13.74 \pm 12.85	42.75 \pm 8.10	46.50 \pm 6.64
p	0.103	0.968	0.399
Sürekli Kullanılan İlaç Var (n=16)	12.87 \pm 11.76	43.37 \pm 6.60	47.06 \pm 6.65
Yok (n=184)	14.44 \pm 12.97	42.69 \pm 7.91	46.29 \pm 6.52
P	0.640	0.739	0.652
Ailede Anestezi öyküsü Var(n=84)	14.36 \pm 12.79	42.30 \pm 8.57	45.88 \pm 6.49
Yok(n=116)	14.28 \pm 12.95	43.06 \pm 7.22	46.69 \pm 6.55
p	0.964	0.499	0.383
Ailede düşük/ölü doğum öyküsü Var (n=58)	13.17 \pm 12.19	44.10 \pm 10.01	46.01 \pm 6.59
Yok (n=142)	14.78 \pm 13.12	42.19 \pm 6.66	46.49 \pm 6.51
P	0.421	0.117	0.641
Ailede geçirilmiş cerrahi Öyküsü Var (n=28)	8.64 \pm 10.04	42.35 \pm 9.52	48.28 \pm 8.29
Yok(n=172)	15.24 \pm 13.05	42.81 \pm 7.52	46.04 \pm 6.16
p	0.004	0.810	0.179

Sağlık Bakanlığı operasyonları sınıflandırmıştır. A, b ve c tip operasyonlar, d ve e tipi operasyonlara göre daha büyük ve zorluk derecesi fazla olan ameliyatlardır. Bizim çalışmamızda a, b ve c tipi ameliyatların d ve e tipi ameliyatlara göre ebeveynler üzerindeki Beck ve Durumluk anksiyete puanları üzerinde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Ancak Sürekli anksiyete puanları a,b ve c tipi operasyonlarda daha düşük bulunmuştur ($p=0.036$) (Tablo:14)

Tablo 14: Operasyon Tipi ve Anksiyete

	Op. Tipi	N	Mean	SD	p
beck	a.b.c	23	12.82	8.13	0.202
	d	84	15.73	12.56	
	e	93	13.40	14.00	
stai.1	a.b.c	23	43.13	10.69	0.716
	d	84	42.32	5.48	
	e	93	43.04	8.78	
stai.2	a.b.c	23	44.39	5.52	0.036
	d	84	47.79	6.73	
	e	93	45.53	6.35	

Sosyoekonomik durum ve anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). (Tablo:15)

Tablo 15: Sosyoekonomik durum ve anksiyete

		N	Mean	SD	p
beck	gelir giderden fazla	34	13.05	13.28	0.772
	gelir giderden az	89	14.91	13.25	
	gelir gidere eşit	77	14.19	12.31	
stai.1	gelir giderden fazla	34	42.91	6.05	0.963
	gelir giderden az	89	42.85	7.80	
	gelir gidere eşit	77	42.55	8.54	
stai.2	gelir giderden fazla	34	47.97	5.28	0.266
	gelir giderden az	89	46.20	6.30	
	gelir gidere eşit	77	45.81	7.19	

5.TARTIŞMA

Çalışmamızda operasyona girecek çocuk olguların ebeveynlerinde zaten var olmasını beklediğimiz anksiyetenin hangi faktörlerin etkisiyle arttığını saptamayı ve bu oluşan anksiyeteyi azaltmak için biz anesteziistlerin neler yapabileceğimizi görmeyi hedefledik.

Yaşın preoperatif anksiyete düzeyleri ile ilişkisi konusunda literatürde farklı sonuçlar vardır. Grabow çalışmasında ameliyat öncesi anksiyetenin gençlerde yaşlılara kıyasla yüksek olduğu bildirilmiştir (42). Shevde ve Panagopoulos yaşlı hastalarda endişe düzeyinin daha düşük olduğunu belirtmişlerdir (43). Ramsey çalışmasında anksiyete oranlarını 13-21 yaş grubunda % 61, 22-41 yaş grubunda % 84, 42-60 yaş grubunda % 80, 62-82 yaş grubunda % 57 olarak bildirmiş, orta yaş grubunda anksiyete oranının yüksek olmasını bu yaşlardaki hastaların ailelerine karşı sorumluluklarının fazla oluşuna bağlamıştır. Norris ve Baird 30 yaş altındaki hastaların anksiyete oranlarının, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Birçok çalışmada da yaşın anksiyete derecesini etkilemediği bildirilmiştir (44,45,46).

Bizim çalışmamızda ebeveyn yaş ortalaması 33.25 ± 6.51 olarak saptanmıştır ve anksiyete ile ebeveyn yaşı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Birçok çalışmada kadınlarda anksiyete düzeyinin erkeklere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (44,46). Millán ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınların preop dönemdeki anksiyete düzeyi erkeklere oranla 5 kat daha fazla tespit edilmiştir (47). Aykent ve ark. preoperatif anksiyete nedenlerini değerlendirdikleri çalışmalarında, kadınların anksiyete düzeyini daha yüksek bulmuştur (48). Badner ve ark. bu farklılığı kadınların ailelerinden ayrılmaya bağlı anksiyetelerinin daha yüksek olmasına bağlarken,

Shevde ve Panagopoulos kadınların ruh durumlarını erkeklerden daha rahat dile getirebilmelerine bağlamıştır (43,44). Epidemiyolojik açıdan bakıldığında depresyon ve anksiyete bozukluklarının genel olarak kadınlarda erkeklere göre daha sık olması bu bulguları destekler niteliktedir. Bizim çalışmamızda da benzer bir sonuç olarak kadınların anksiyete puanları erkeklerden daha yüksek olarak saptanmıştır. Bu fark toplumumuzda erkeklerin duygu dışavurumunun daha kısıtlı olması ve duygusal yakınmalarını daha az ifade etmeleri ve kadınların ruhsal olarak kendilerini daha iyi ifade edebilmeleri ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

A. Messeri ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise, anestezi uygulaması sırasında operasyon odasında bulunmasına izin verilen ebeveynlerden annelerde, gerek “durumsal anksiyete” (içerisinde bulunulan durumdan kaynaklanan) gerekse “sürekli anksiyete” nin babalara göre yüksek olduğu anlaşılmıştır. Yine bu çalışmada ebeveynlerin anksiyete skorları ile (STAI) çocuğun induksiyon sonrasındaki stresi arasında bir korelasyon görülmüştür. Ebeveynlerin kendi anksiyetelerini çocuklarına taşıdıkları ve onları daha stresli yaptıkları sonucuna varılmıştır (49).

Bizim çalışmamızda ise annelerin Beck ($p=0.000$) ve Sürekli ($p=0.002$) anksiyete puanları babalara göre yüksek bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlıdır.

Shirley ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre dünya genelinde çok küçük çocukların ve tekrarlayan cerrahilerde anne ve ebeveyn anksiyetelerinde artış olduğundan bahsedilse de kendi çalışmalarında 1 yaş altı çocukların ve sık hastaneye yatışı olan çocukların ebeveyn anksiyetesi anlamlı saptanmamıştır (4).

Bizim çalışmamızda ise 2 yaş ve üzerindeki çocukların ebeveynlerinde Beck anksiyete puanları yüksek bulunmuştur, Durumluk ve Sürekli anksiyete puanlarında anlamlılık saptanmamıştır. Yine araştırmamızda kız çocuklarının ebeveynlerinde Durumluk anksiyete skorları erkek çocuk ebeveynlerine oranla yüksek bulunmuştur. Halbuki çoğu zaman Türk toplumunda erkek

çocuklar kız çocuklarından daha ön planda tutulduğu düşünölmekle birlikte; beklide anne babalar kız çocukları için daha fazla endişelenmektedir.

Oğuzalp ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ameliyat olmuş çocukların annelerinde durumluk anksiyete düzeyi daha az bulunmasına karşın (p:0.003) babalarda fark bulunmamıştır. Daha önce ameliyat olan ve olmayan çocukların ebeveynlerinin sürekli anksiyete puanları arasında fark bulunmamıştır (p=0.63) (50).

Birleşik Devletler'de bir yaş altı çocuklarda ve tekrarlayan hastane yatışlarında ebeveyn anksiyetesinde tüm çalışmalarda olmasa bazı çalışmalarda anlamlı yükseklik saptanmıştır. (1). Küçük çocuklarda ve tekrarlayan cerrahi işlemlerde dünya genelindeki çalışmalarda saptanan anne anksiyetesi daha yüksektir (51).

Örneğimizde daha önce ameliyat olan çocukların ebeveynlerinde olmayanlara göre anksiyeteleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Yine kronik hastalığı olan ve olmayan çocuklar ile devamlı ilaç kullanan ve kullanmayan çocukların ebeveynlerinde anksiyete puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Oğuzalp ve arkadaşlarının yaptığı araştırmaya göre anne ve babaların eğitim düzeyi ve durumluk anksiyete arasında fark bulunmamıştır. Eğitim düzeyi üniversite olan anne ve babalarda sürekli anksiyete skorlarında azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0.001)(50). Demir ve arkadaşlarının 2009'da yaptığı çalışmada ise kadınların ve gençlerin korku düzeyi daha yüksek (p<0.001) saptanmıştır. Olguların eğitim durumu arttıkça anestezi ile ilgili korkuları artış göstermiştir (p<0.001) (52). Bazı çalışmalarda ise artan eğitim düzeyi ile birlikte anksiyetenin de arttığı bildirilirken, bazı çalışmalarda eğitim durumunun anksiyete derecesini etkilemediği bildirilmiştir (45,47).

Bizim araştırmamızda okur yazar olmayan ve ilkökul eğitimi tamamlayanların, ortaokul ve üstü eğitim görmüş ebeveynlere göre Durumluk Kaygı puanları daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu durumu eğitim düzeyi düşük olan ebeveynlerin preop dönemde bilgilendirmiş

onam formunu ve hekimin açıklamalarını yeterince anlayamamış olmasıyla ilişkilendirebiliriz.

Oğuzalp ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada aylık gelirleri 1000 TL ve altında olan ebeveynlerin sürekli anksiyetesindeki artma, aylık gelirleri 1.000-2.000 TL ve >2.000 TL olan ebeveynlere göre görülen fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0.002) (50). Fekrat ve arkadaşlarının çalışmasında düşük gelir grubu hastalarda, orta ve yüksek gelir grubundaki hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek anksiyete saptanmıştır (53).

Bizim çalışmamızda ise ebeveynlerde gelir algısı sorgulanmış olup, anksiyete ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ancak şu anda işsiz veya ev hanımı veya alt meslek grubuna dahil olanların Beck Anksiyete puanı, orta ve üst meslek grubunda çalışanlara göre yüksek saptanmış olup istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu durumda geçim kaygısı ve stres faktörlerinin fazla olmasıyla ilişkilendirilebilir.

Anksiyete düzeyi ailesi ve arkadaşları tarafından ameliyata getirilen hastalarda yalnız gelenlere göre daha fazla bulunmuştur (28).

Bizim çalışmamızda ise geniş aileye sahip ebeveynlerin Beck anksiyete puanları çekirdek aileye oranla anlamlı olarak az bulunmuştur. Daha geniş aileye sahip bireylerin toplumsal ve ailesel destek aldıklarını düşünürsek anksiyetenin azlığını bununla ilişkilendirebilir.

Dünyanın bir çok yerinde yapılan çalışmalar preop dönemde ebeveyn anksiyetesinin yaşadıkları yerlere ve kültürel değişikliklere göre farklılık gösterdiğine dikkat çekmiştir. Örneklemimizde ebeveynin yaşadığı yer ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Güner B'nin yaptığı araştırmada çocukların daha önce anestezi alması ve ailede daha önce anestezi alma öyküsü ile ebeveyn anksiyete puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ailede düşük veya ölüm gibi nedenlerle çocuk kaybı olmasıyla ebeveyn anksiyete skorları arasında da bir ilişki görülmemiştir (54).

Yaptığımız araştırmada ebeveynlerin kronik hastalık öyküsünün olup olmaması, sürekli ilaç kullanıp kullanmaması, ailede anestezi öyküsünün olup olmaması ve ailede düşük veya ölü doğum hikayesinin bulunup bulunmaması ile ebeveyn anksiyetesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ailede geçirilmiş cerrahi öyküsü olanların Beck anksiyete puanları daha düşük bulunmuş olup, istatistiksel olarak anlamlıdır.

Genel olarak tümör cerrahisi veya organ kaybıyla sonuçlanacak operasyonlarda hastaların anksiyetelerinin daha yüksek olduğu kabul edilmektedir (29). Plastik Cerrahi ve Jinekoloji hastalarında anksiyete görülme oranının daha yüksek olduğunu bildirilmiştir. Başka bir çalışmada da majör cerrahi planlanan hastalarda anksiyete düzeyinin, minör cerrahi uygulananlardan yüksek olduğu gösterilmiş ve operasyon türünün preoperatif emosyonel durum üzerinde etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Bazı çalışmalarda ise operasyon türünün anksiyete düzeyini etkilemediği bildirilmiştir (44,45). Tönz ve ark. preoperatif bekleme süresi, operasyonun tipi ve süresi, hastanede kalındığı sürede postoperatif komplikasyonlar ebeveyn anksiyetesiyle ilişkili görülmeyen hususlar olarak bildirilmiştir.

Bizim çalışmamızda a, b ve c tipi ameliyatların d ve e tipi ameliyatlara göre ebeveynler üzerindeki Beck ve Durumluk anksiyete puanları üzerinde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ancak Sürekli anksiyete puanları a,b ve c tipi operasyonlarda daha düşük bulunmuştur. Bu konuyla ilgili olarak hastaların cerrahi tipi (minör cerrahi, major cerrahi, tümör cerrahisi, organ-doku kaybıyla sonuçlanacak cerrahi vb.) ile ayrıntılı bilgi sahibi olmaları halinde anksiyete düzeyleri arasında daha doğru ve geçerli bulgular saptanabileceği söylenebilir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Anksiyete; benliğin kendini tehdit altında hissettiği bir gerilim durumudur. Hafif düzeyde anksiyete spontan dikkat, cesaret ve atılganlığı artırırken, düzeyi yükseldikçe bireyin algılama kavrama ve karar verme yeteneği azaltmaktadır. Çocuğun ameliyat için hastaneye yatması ebeveynler için de yoğun anksiyeteye neden olan bir durumdur. Ebeveyn anksiyetesinin artması ile çocukların anksiyetesi de artmaktadır. Preoperatif, çocuklar ve ebeveynleri psikolojik olarak beraber değerlendirilmelidir.

Çalışmamızda ebeveynlerin , özellikle annelerin çocuklarının cerrahi tedavi görmeleri sırasında anksiyeteli olduğunu ortaya koymuştur. Burada ailenin ve çocuğun önceki anestezi deneyimleri veya ailede düşük, ölü doğum hikayesi olması anksiyeteyi etkilememiştir.

Çocuğun yaşı arttıkça Beck anksiyete puanlarında yükselme saptanmıştır. Okur yazar olmayan ve eğitim düzeyi düşük kişilerin Beck anksiyete ve Sürekli anksiyete puanları değişmemekle birlikte, hastanede kalış ve cerrahi operasyonun süresi, anestezi, onam, cerrahi operasyonun ne şekilde sonuçlanacağına ilişkin anksiyetelerinin göstergesi olan "Durumluk Anksiyete"si yüksek bulunmuştur. Kız çocuklarının ebeveynlerinde Durumluk anksiyete puanları erkek çocuklara oranla yüksek bulunmuştur.

Şu anda işsiz olan veya ev hanımı olan veya alt meslek gruplarında çalışan ebeveynlerin çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı saptanan yüksek Beck anksiyete puanları geçim kaygısı ve stres faktörlerinin fazla olmasıyla ilişkilendirilmiştir. Geniş aileye sahip olan ebeveynlerin çekirdek aileye oranla Beck anksiyete düzeyleri anlamlı düşük bulunmuştur.

Bu çalışma temel olarak cerrahi operasyon geçirecek pediatrik olgularda ebeveyn anksiyetesinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çocukların ve ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri , hastalık, anestezi ve

cerrahi özgeçmişleri ve soygeçmişleri sorgulanarak anksiyete düzeylerinin bunlarla ilişkisi saptanmaya çalışılmıştır.

Sonuç olarak, opere olacak çocukların ebeveynlerinde beklenildiği gibi preoperatif dönemde anksiyete gelişmesi doğaldır. Bununla birlikte çalışmamızdaki bulgular ışığında, toplumda eğitim düzeyi düşük olan ve kız çocuğa sahip ebeveynlerin preoperatif olarak bilgilendirilmesi için daha fazla çaba harcanması gerektiği, bununla birlikte yine sosyoekonomik olarak daha düşük seviyelerdeki ebeveynlerin ve annelerin devamlı anksiyetelerinin zaten var olduğu ve preoperatif dönemde bu anksiyetelerinin daha fazla artış gösterebileceği düşünülerek bu grup ebeveynlerle de preoperatif dönemde çocuğun hastalığı, yapılacak operasyon ve uygulanacak anestezi yöntemiyle ilgili daha fazla bilgilendirilmesi gerektiği düşüncesindeyiz.

7.ÖZET

Çalışmamızda operasyona girecek çocuk olguların ebeveynlerinde zaten var olmasını beklediğimiz anksiyetenin hangi faktörlerin etkisiyle arttığını saptamayı ve bu oluşan anksiyeteyi azaltmak için biz anesteziistlerin neler yapabileceğimizi görmeyi hedefledik.

Çalışmamıza 200 ebeveyn katılmış olup, Sosyodemografik bilgi formu, Beck anksiyete envanteri, Durumluk kaygı envanteri ve Sürekli kaygı envanterinden oluşan formları doldurmaları istenmiştir.

Kadınların yaş ortalaması 31.66 olup, erkeklerin yaş ortalaması 34.92 olup, kadınların yaş ortalaması erkeklere daha genç olarak saptanmıştır. Çalışmaya katılan annelerin Beck Anksiyete puanı 17.56 olarak saptanıp, babalara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p=0.000$). Annelerin Sürekli Kaygı puanı 47.69 olup, babalara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır ($p=0.002$). İki yaş ve üzerindeki çocukların, ebeveynlerinin Beck Anksiyete puanı, bir yaşındaki çocukların ebeveynlerinin anksiyete puanından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p=0.020$). Kız çocuklarının ebeveynlerinde Durumluk Anksiyete puanları erkek çocuklara oranla istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p=0.049$).

Okur yazar olmayan ve ilkokul eğitimini tamamlayanların, ortaokul ve üstü eğitim görmüş ebeveynlere göre Durumluk Kaygı puanları daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.026$). Şu anda işsiz veya ev hanımı veya alt meslek grubuna dahil olanların Beck Anksiyete puanı, orta ve üst meslek grubunda çalışanlara göre yüksek saptanmış olup istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.029$). Geniş aileye sahip olan ebeveynlerin Beck Anksiyete puanları, çekirdek ve parçalanmış ailede olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düşük bulunmuştur. ($p=0.043$) Ailede geçirilmiş cerrahi öyküsü

olanların Beck anksiyete puanları daha düşük bulunmuş olup, istatistiksel olarak anlamlıdır Sürekli anksiyete puanları a,b ve c tipi operasyonlarda d ve e tipi operasyonlara oranla daha düşük bulunmuştur (p=0.036).

Sonuç olarak, opere olacak çocukların ebeveynlerinde beklenildiği gibi preoperatif dönemde anksiyete gelişmesi doğaldır. Bununla birlikte çalışmamızdaki bulgular ışığında, toplumda eğitim düzeyi düşük olan ve kız çocuğa sahip ebeveynlerin preoperatif olarak bilgilendirilmesi için daha fazla çaba harcanması gerektiği, bununla birlikte yine sosyoekonomik olarak daha düşük seviyelerdeki ebeveynlerin ve annelerin devamlı anksiyetelerinin zaten var olduğu ve preoperatif dönemde bu anksiyetelerinin daha fazla artış gösterebileceği düşünülerek bu grup ebeveynlerle de preoperatif dönemde çocuğun hastalığı, yapılacak operasyon ve uygulanacak anestezi yöntemiyle ilgili daha fazla bilgilendirilmesi gerektiği düşüncesindeyiz.

8.SUMMARY

THE ASSESSMENT OF PARENTAL ANXIETY IN PEDIATRIC SURGERY CASES

The study was designed aiming to determine the factors that increase the severity of anxiety which already exists in the parents whose children will have surgery operation and what we can do to decrease the severity of anxiety .

Two hundred parents were entered into the study and they were asked to complete the socialdemographic data form, Beck Anxiety Scale, State Anxiety Scale and Trait Anxiety Scale.

The mean age of women was 31.66 and the mean age of men was 34.92. We determined that the mean age of women's was smaller than the mean value of men's age. The mean score of Beck Anxiety scales, that performed by mothers was 17.56, it was higher than the fathers' mean score and found statistically significant ($p=0.000$). The mean Trait Anxiety Scale score of the mothers was 47.69. It was higher than the mean scores of the fathers and found statistically significant ($p=0.002$). It was statistically found significant that the mean Beck Anxiety Scale score of two years and over two years old children's parents has greater value than the one year old children's parents ($p=0.020$). The mean State Anxiety Scale score of girls' family was greater than the mean score of boys' family and it was found statistically significant ($p=0.049$).

The mean State Anxiety Scale score of the parents who are unlettered or graduated from primary school was greater than the parents who are graduated from high school or college and it was found statistically significant ($p=0.026$). The mean Beck Anxiety score of parents with low occupational level or unemployed and housewives both was greater than the

mean score of the parents with average or high occupational levels and it was found statistically significant ($p=0.029$). The mean Beck Anxiety score of parents with large family was smaller than the mean score of the parents with nuclear and fragmented family($p=0.043$). The mean Beck Anxiety score of parents whose families had surgery at least once or more times was smaller than the parents whose family had not and it was found statistically significant. The mean Trait Anxiety Scale score of parents whose children had a,b or c type of surgery operations was smaller than the parents whose children had d or e type of surgery operation and it was found statistically significant($p=0.036$).

In conclusion, occurrence of anxiety at preoperative term is a natural result in parents whose children will have surgery operation. By the results of our study we conclude that the parents who have girls and low educational levels need to be informed more in preoperative term and the parents with low socioeconomic status and the mothers both have continuous anxiety and their anxiety severity increases in preoperative term so parents need to be informed more about children's diseases, type of surgery operation and the technique of anesthesia.

9.EKLER

Ek 1.

EBEVEYN ANKSİYETESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ FORM.1

OLGUNUN:

ADI SOYADI : YAŞI: PROT NO:

YAPILACAK OPERASYON:

CİNSİYETİ :

EĞİTİM DURUMU :

KRONİK HASTALIK DURUMU:

DEVAMLILIK KULLANDIĞI İLAÇLAR:

DAHA ÖNCE UYGULANAN ANESTEZİLER :

EBEVEYNİN: (ANNE BABA HER İKİSİ DE VAR İSE AYRI AYRI İKİSİNE DE UYGULANACAK)

CİNSİYETİ :

YAŞI :

EĞİTİM DURUMU:

SOSYO EKONOMİK DURUMU: GELİR GİDERDEN ↑
GELİR GİDERDEN ↓
GELİR GİDER =

MESLEK :

YAŞADIĞI YER: KÖY İLÇE KENT

AİLE TİPİ : ÇEKİRDEK GENİŞ PARÇALANMIŞ

KRONİK HASTALIK ÖYKÜSÜ :

SÜREKLİ KULLANILAN İLAÇLAR:

AİLEDE ANESTEZİ ÖYKÜSÜ :

AİLEDE DÜŞÜK VEYA ÖLÜ DOĞUM HİKAYESİ:

AİLEDE GEÇİRİLMİŞ CERRAHİ ÖYKÜSÜ:

TELEFON NO :

Ek 2.

BECK ANKSİYETE ENVANTERİ

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

0: Hiç

2: Orta derece

1: hafif derece

3: ciddi derece

Sizi ne kadar rahatsız etti?

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

Ek 3.

STAI FORM TX-1

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

1: Hiç

3: Çok

2: Biraz

4: Tamamiyle

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

Ek 4.

STAI FORM TX-2

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

1: Hemen hiç bir zaman

3: Çok zaman

2. Bazen

4: Hemen her zaman

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

10.KAYNAKLAR

1. Litman RS, Berger AA, Chhibber A. An evaluation of preoperative anxiety in a population of parents of infants and children undergoing ambulatory surgery. *Peadiatric Anaesthesia* 1996;6:443-7.
2. Watson AT, Visram A. Children's preoperative anxiety and postoperative behaviour. *Peadiatric Anaesthesia* 2003;13:188-204.
3. Kain ZN, Wang SM, Caramico LA. Parental desire for perioperative information and informed consent: a two-phase study. *Anesth Analg* 1997;84:299-306.
4. Shirley PJ, Thompson N, Kenward M. Parental anxiety before elective surgery in children. *Anaesthesia*, 1998:956-59.
5. Zuckerberg AL. Perioperative approach to children. *Pediatric Clinics of North America* 1994;41(1): 15-29.
6. Strain JJ The surgical patient, *Psychiatry*. R Michels, JO Cazenar (Ed), 2.nd ed., Philadelphia, JB Lippincott, 1985:1-11.
7. Mooney KM. Preoperative management of the pediatric patient. *Plastic Surgical Nursing* 1997; 17(2):69-75.
8. Özkan S *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi*. İstanbul, Roche Müstahzarları Sanayi AŞ., 1993:179.
9. Justus R, Wyles D, Wilson J et al. Preparing children and families for surgery: mount sinai's multidisciplinary perspective. *Pediatric Nursing* 2006; 32(1): 35-43.
10. Semerci ZB. Bilinmezin kapısındaki çocuk ve aile: çocukların ve ailelerin cerrahi işlemlere hazırlanması. *Hacettepe Tıp Dergisi* 1999; 30(3): 226–28.

11. Tomb AD. Aile Hekimleri için Psikiyatri. çev. Tunca Z, Fidaner H, İzmir, Saray Medikal Yay. 1994:70-7.
12. Köroğlu E. Güleç C. Psikiyatri Temel Kitabı, Hekimler Yayın Birliği, 2007:297-356.
13. Çevik A. Yaygın anksiyete bozukluğunun kliniği, 2. Anksiyete Bozuklukları Sempozyumu Dergisi. Doğan O, Sivas Cumhuriyet Üniv. Tıp Fak. Basımevi,1993:25-33.
14. Kaplan H. Sadock B. Klinik Psikiyatri ,Nobel Tıp Kitabevleri,2004:189-92.
15. Öztürk O. Uluşahin A. Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları Cilt I , Ankara, Nobel Tıp Yayınevi, 2008:451-73.
16. Aklın T. AlptekinK. Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Anksiyete Monografaları Serisi-4, Ankara, Medikomat, 1995:149-80.
17. Savaşır I. Soygüt G. Barışkın E. Bilişsel Davranışçı Terapiler, Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 2009:126-27.
18. Kırkpınar I. Anksiyete Bozukluklarının Etyolojisi. Anksiyete Monografaları Serisi-2, Ankara , Medikomat, 1995:54-89.
19. İ.T. Uzbay, Anksiyetenin Nörobiyolojisi, Klinik Psikiyatri 2002;Ek 1:5-13.
20. O.E. Berksun, Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları 2002:13.
21. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara, Hekimler Yay. Birliği, 1994:263-76.
22. Tükel R. Aklın T. Anksiyete Bozuklukları, Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2006:510-18,590.
23. Kaplan H, Freedman I, Sadock B. Comprehensive Textbook of Psychiatry, London, Williams&Wilkins, Vol 2, 1983:2056-61.
24. Öner N, Lecompte A. Durumluk/ Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, 2. Basım, İstanbul, 1998.

25. Badner NH, Nielson WR, Munk S et al. Preoperative anxiety detection and contributing factors. *Can Anaesth.* 1990; 37: 444- 47.
26. Lichtor LJ, Johanson CE, Mhoon D et al. Preoperative anxiety, does anxiety level the afternoon before surgery predict anxiety level just before surgery? *Anesthesiology.* 1987; 67: 595-99.
27. Kubzansky LD, Kawachi I, Spiro A et al. Is Worry Bad For Your Heart? *Circulation.* 1997; 95(4): 814-18.
28. Gönüllü M, Turan ED, Erdem LK ve ark. Anestezi uygulanacak hastalarda anksiyete düzeyinin araştırılması. *Türk Anest. ve Rean. Cem.* 1986; 14: 110- 13.
29. Mackenzie JW. Daycase anaesthesia and anxiety: A study of anxiety profiles amongst patients attending a day bed unit. *Anaesthesia.* 1991; 44: 437.
30. Bevan JC, Johnston C, Tousignant G. Preoperative parental anxiety predicts behavioural and emotional responses to induction of anesthesia in children. *Can. J. Anaesth.* 1990;37:2, 177-82.
31. Terrance A. Yemen MD. Pediatric Anesthesia Handbook, Chapter 6 Providing Care for the Child, Parent and Family in Difficult Situations. Mc Graw-Hill Medical Publishing Division, New York, 2002:56-79.
32. Yörükoğlu A. Çocuk Ruh Sağlığı, Çocuk Yetiştirme Sanatı ve Kişilik Gelişimi. 6.1 "Hastalıklar ve Çocuk", 24. Baskı, Özgür Yayınevi, Ankara, 2000:247-55.
33. Andrew Sims and David Owen. Psychiatry. Bailliere Tindal Limit.London,1993:88-97.
34. Öztürk O. Uluşahin A. Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları Cilt II , Ankara, Nobel Tıp Yayınevi, 2008:754-56.
35. Dong Q, Yang B. Fears in Chinese children and adolescents and their relations to anxiety and depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry,* 1994;35 (2): 351-63.

36. Yavuzer H. Çocuk Psikolojisi. Remzi Kitabevi, İstanbul, 1994
37. Bozak M. Anksiyete ve Okul Başarısı Arasındaki İlişkiye Ait Bir Araştırma Psikoloji Dergisi, 1982;16, 24-39.
38. Prof. Dr. Erdem Aydın, Paternalizm ve Aydınlatılmış Onam (Ders notu) <http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/TR/D2/9/3413.doc> (30.10.2006)
39. Richard WI. Cooke. Good practice in consent. Seminars in Fetal&Neonatal Medicine, 2005;10: 63-71.
40. M.Ulusoy, N. Şahin, H. Erkmen. Turkish Version of The Beck Anxiety Inventory : Psychometric Properties. Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, Volume 12, Number 2, 1998.
41. Boratav K. Sınıfların ve grupların sosyoekonomik nitelikleri. 2.Baskı. Ankara. İmge Kitabevi Yayınları, 2004: 33-60.
42. Grabow L, Buse R. Preoperative anxiety, Psychoter. Psychosom. Med Psychol 1990;40(7):255-63.
43. Shevde K, Panagopoulos G. A Survey of 800 patients' knowledge, attitudes, and concerns regarding anesthesia. Anesth Analg 1991;73:190-8
44. Badner NH, Nielson WR, Munk S et al. Preoperative anxiety detection and contributing factors. Can Anaesth. 1990; 37: 444- 47.
45. Domar AD, Everett LL, Keller. Preoperative anxiety: Is predictable entity? Anesth Analg. 1989; 69: 763-70.
46. Moerman N, van Dam FSAM, Oosting J. Recollections of general anaesthesia: a .survey of anaesthesiological practice. Acta Anaesthesiol Scand. 1992; 36: 767-71.
47. Millán J, Serrano J, Aguirre J, Cir Cir 2010;78:147-51.
48. Aykent R, Kocamanoğlu İS, Üstün E, Tür A, Şahinoğlu, H. Preoperatif Anksiyete Nedenleri ve Değerlendirilmesi: APAIS ve STAI Skorlarının Karşılaştırılması. Türkiye Klinikleri J Anest Reanim 2007;5:7-13.

49. Messeri A, Caprilli S, Busoni P. Anaesthesia induction in children: a psychological evaluation of the efficiency of parents' presence. *Pediatric Anesthesia*, 2004;14: 551-56.
50. Oğuzalp H, Pamuk A, Öcal T, Türk Anest Rean Der Dergisi 2010; 38(3):208-16.
51. Thompson N, Irwin MG, Gunawardene MS, Chan L. Preoperative parental anxiety. *Anaesthesia* 1996; 51: 1008–12.
52. Demir A ,Turan S, Balaban F, Karadeniz Ü, Erdemli Ö. Turk Anaesth Int Care 2009; 37(4):225-33.
53. Fekrat F. Operasyon öncesi korku ve anksiyete: hasta, cerrahi ve anestezi doktorlarının değerlendirmelerinin karşılaştırılması. Tez J, Ankara; Hacettepe Üniversitesi 2003
54. Beyhan G. Çocuklarda Klinik Çalışma İzni Alınma Zamanının Ebeveyn Anksiyetesine Etkisi. TezJ, Ankara, Hacettepe Üniversitesi, 2006, 56 s
55. M. Tönz, G. Herzig, G. Kaiser. Quality assurance in day surgery: do we do enough for the parents to prevent stress? *Eur J. Pediatr*, 1999;158(12): 984-88,