

AFYONKARAHİSAR KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ÇOCUKLARA YÖNELİK GÜNÜBİRLİK CERRAHİ GİRİŞİMLERDE
ANNELERİ BİLGİLENDİRMENİN ANKSİYETE DÜZEYLERİNE
ETKİSİ**

Aysun TÜRE

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

DANIŞMAN: Yrd. Doç.Dr. Mevlit KORKMAZ

TEZ NO: 2006 - 020

2006 - AFYONKARAHİSAR

KABUL VE ONAY

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunması Tarihi: 28/06/ 2006

Yrd. Doç. Dr. Mevlit KORKMAZ
ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Nedime KÖŞGEROĞLU
ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Adnan NARCI
ÜYE

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi Aysun TÜRE'nin
“Çocuklara Yönelik Günöbirlik Cerrahi Girişimlerde Anneleri Bilgilendirmenin Anksiyete
Düzeylerine Etkisi” başlıklı tezi/..../2006 günü saatda Lisansüstü Eğitim ve
Öğretim Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Fevzi Sefa DEREKÖY
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Yüksek lisans programı çalışmalarımnda katkıları olan danışmanım Yrd. Doç. Dr. Mevlit Kormaz' a, Yrd. Doç.Dr. Nedime Köşgeroğlu' na, diğer hocalarımna, eğitimim başlangıcından sonuna kadar beni destekleyen aileme, araştırmamı yürüttüğüm kliniklerdeki tüm hocalarımna ve çalışma arkadaşlarıma

Tez çalışmam sırasında katkıları ve desteklerinden dolayı sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	II
Önsöz	III
İçindekiler	IV
Kısaltmalar	VI
Şekillerin Listesi	VII
Tabloların Listesi	VIII
ÖZET	X
SUMMARY	XI
1.GİRİŞ	1
1.1.Günübirlik Cerrahi	3
1.1.1. Günübirlik Cerrahinin Avantajları	4
1.1.2. Günübirlik Cerrahinin Dezavantajları	4
1.1.3. Çocuk Cerrahisinde Günübirlik Cerrahinin Tarihçesi	5
1.1.4. Günübirlik Çocuk Cerrahisinin Avantajları	7
1.1.5. Günübirlik Çocuk Cerrahisinin Dezavantajları	7
1.2. Günübirlik Cerrahide Bakım	9
1.2.1. Ameliyat Öncesi Bakım	9
1.2.1.1. Fiziksel Hazırlık	9
1.2.1.1.1. Ameliyat Günü Evdeki Hazırlık	10
1.2.1.1.2. Ameliyat Günü Klinikte Hazırlık	10
1.2.1.1.3. Çocuğun Ameliyathaneye Gönderilmesi	11
1.2.1.2. Psikolojik Hazırlık	11
1.2.1.3.Yasal Hazırlık	12
1.2.2. Ameliyat Sonrası Bakım	13
1.2.2.1. Ameliyat Sonrası Klinikte Hemşirelik Bakımı	13
1.2.2.2. Taburculuk İçin Hastanın Değerlendirilmesi	14
1.2.2.3. Evde Bakım	15
1.3. Anksiyete	16
1.3.1. Anksiyetenin Tarihçesi	17

1.3.2. Anksiyete Kurmları	18
1.3.3. Anksiyete Bulguları	19
1.3.4. Anksiyete Seviyeleri	20
1.3.5. Anksiyetenin Sınıflandırılması	21
1.3.6. Annelerde Oluşan Anksiyete	22
1.3.7. Annenin Anksiyetesini Azaltmada Hemşirelik Yaklaşımları	23
1.4. Çocuklarda Günübirlik Cerrahi Uygulanan Hastalıklar	26
1.4.1. İnguinal Herni	26
1.4.2. Hidroset	27
1.4.3. İnmemiş Testis	27
1.4.4. Sünnet	28
1.4.5. Tonsillektomi	29
1.4.6. Adenoidektomi	30
3. GEREÇ VE YÖNTEM	32
3.1. Araştırmanın Türü	32
3.2. Araştırmanın Yeri	32
3.3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi	32
3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	33
3.5. Veri Toplama Yöntemi	33
3.5.1. Veri Toplama Araçları	33
3.5.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	35
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	35
3. BULGULAR	36
4. TARTIŞMA	66
5. SONUÇ	72
KAYNAKLAR	76
EK – 1	82
EK – 2	83
EK – 3	84
EK – 4	86

KISALTMALAR

DAP: Durumluk Anksiyete Puanı

SAP: Süreklilik Anksiyete Puanı

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil 1: Anksiyetenin Sınıflandırılması

21

TABLOLARIN LİSTESİ

Tablo1. Çocukların Tanıtıcı Özelliklere Göre Dağılımları	37
Tablo2. Annelerin Tanıtıcı Özelliklere Göre Dağılımları	38
Tablo3. Ailelerin Tanıtıcı Özelliklere Göre Dağılımları	40
Tablo4. Annelerin Ameliyat Öncesi Durumluk- Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı	41
Tablo5. Annelerin Ameliyat Sonrası Durumluk- Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı	42
Tablo6. Çocukların Cinsiyetine Göre Annelerin Ameliyat Öncesi Durumluk- Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı	43
Tablo7.Cinsiyetine Göre Annelerin Ameliyat Sonrası Durumluk- Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı	44
Tablo8. Çocukların Yaşlarına Göre Annelerin Ameliyat Öncesi Durumluk- Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı	45
Tablo9. Çocukların Yaşlarına Göre Annelerin Ameliyat Sonrası Durumluk- Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı	46
Tablo10. Çocukların Ameliyat Cinsine Göre Annelerin Ameliyat Öncesi Durumluk- Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı	47
Tablo11 Çocukların Ameliyat Cinsine Göre Annelerin Ameliyat Sonrası Durumluk- Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı	48
Tablo12.Çocukların Hastane Deneyimine Göre Annelerin Ameliyat Öncesi Durumluk- Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı	49
Tablo13. Çocukların Hastane Deneyimine Göre Annelerin Ameliyat Sonrası Durumluk- Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı	50
Tablo14. Annelerin Yaşlarına Göre Ameliyat Öncesi Durumluk- Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı	51
Tablo15. Annelerin Yaşlarına Göre Ameliyat Sonrası Durumluk- Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı	52
Tablo16. Annelerin Eğitim Düzeylerine Göre Ameliyat Öncesi Durumluk- Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı	53

Tablo17. Annelerin Eğitim Düzeylerine Göre Ameliyat Sonrası Durumluk- Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı	54
Tablo18.Ailelerin Çocuk Sayısına Göre Annelerin Ameliyat Öncesi Durumluk- Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı	55
Tablo19. Ailelerin Çocuk Sayısına Göre Annelerin Ameliyat Sonrası Durumluk- Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı	56
Tablo20. Çocukların Ailelerin Kaçınıcı Çocuğu Olduklarına Göre Annelerin Ameliyat Öncesi Durumluk- Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı	57
Tablo21. Çocukların Ailelerin Kaçınıcı Çocuğu Olduklarına Göre Annelerin Ameliyat Sonrası Durumluk- Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı	58
Tablo22. .Ailelerin Sosyal Güvencelerine Göre Annelerin Ameliyat Öncesi Durumluk- Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı	59
Tablo23. Ailelerin Sosyal Güvencelerine Göre Annelerin Ameliyat Sonrası Durumluk- Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı	60
Tablo24. Ailelerin Aylık Gelir Düzeylerine Göre Annelerin Ameliyat Öncesi Durumluk- Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı	61
Tablo25. Ailelerin Aylık Gelir Düzeylerine Göre Annelerin Ameliyat Öncesi Durumluk- Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı	62
Tablo26. Ailelerin Hastane Deneyimine Göre Annelerin Ameliyat Öncesi Durumluk- Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı	63
Tablo27. Ailelerin Hastane Deneyimine Göre Annelerin Ameliyat Sonrası Durumluk- Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı	64

ÖZET

Çocuklara Yönelik Günübirlık Cerrahi Girişimlerde Anneleri Bilgilendirmenin Anksiyete Düzeylerine Etkisi.

Bu çalışma çocuklara yönelik günübirlık cerrahi girişimlerde ameliyat öncesi yapılan bilgilendirmenin annelerin anksiyete düzeyine etkisini incelemek amacıyla yarı deneysel olarak planlanmıştır.

Araştırma, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Bölümü ve Çocuk Cerrahisi Bölümü ile Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Rektörlüğü Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahisi Bölümünde, Kasım 2005 - Mayıs 2006 tarihleri arasında, 50 kontrol, 50 vaka grubu olmak üzere 100 annede yapılmıştır. Araştırmanın örnekleminde olasılıksız örnekleme kullanılmıştır.

Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan 'Aile ve Çocuğu Tanıtıcı Bilgi Formu' ve Spilberger ve arkadaşları tarafından geliştirilip, Öner ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanmış, çalışmalarla güvenilirliği ve geçerliği kanıtlanan 'Durumluk - Sürekli Anksiyete Envanteri' (State Trait Anxiety Inventory) kullanılarak toplanmıştır.

Verilerin analizinde SPSS 13.00 paket programından yararlanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede yüzdelik, ki kare, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi(t testi), ANOVA(Varyans analizi), ve ileri değerlendirmede Posthoc tukey HSD testi kullanılmıştır.

Çocuklarına günübirlık cerrahi girişim planlanan anneler, kontrol ve vaka grubu olarak ikiye ayrıldı. Ameliyat sabahı yüzyüze görüşülerek bilgilendirilen vaka grubundaki annelerin anksiyete düzeyleri, kontrol grubundaki annelerin anksiyete düzeylerinden daha düşük olduğu görüldü. Vaka ve kontrol grubunun ameliyat sabahı durumluk anksiyete puan düzeyi yönünden istatistiksel incelemesinde vaka grubunun lehine ileri derecede anlamlı bulundu.

Sonuç olarak çocuğuna ameliyat endikasyonu konulan annelerde anksiyete oluştuuğu ve anneye verilen hemşirelik bilgilendirmesiyle anksiyetenin azaltılabileceği belirlendi.

Anahtar Sözcükler: Anksiyete, anne, bilgilendirme, çocuk, cerrahi girişimler

SUMMARY

In Pediatric Surgical Interventions, The Effect Of Informing On Anxiety Levels Of Mothers.

This study has been planned semi-empirically for ambulatory surgical operations to examine the effects of preoperative informing on the mother's anxiety level.

This study was carried out between November, 2005 and May, 2006, creating 50 control and 50 study groups of mothers from Eskişehir Osmangazi University Medical School Department of Pediatric Surgery and Otolaryngology and Afyonkarahisar Kocatepe University Medical Faculty Department of Pediatric Surgery. Improbable sampling was used for investigation.

Data were gathered from 'Family and Child Information Form' which was prepared by researchers and developed by Spilberger et al and State Trait Anxiety Inventory which is proved to be reliable and valid was also used.

Analysis of data was performed by SPSS 13.00 pack program. In statistical evaluation percentage, khi square, the importance test of the difference between two averages (t test), ANOVA (Variance analysis) and Posthoc tukey HSD test in advanced evaluation were used.

Mothers, whose children were planed to be operated, were put into two groups that were control and study group. Individuals in study group who were informed face to face in the morning just before operation were found to have less anxiety level than control group. Mothers in the study group were also in better state anxiety level in the morning preoperatively. In conclusion, it was found that mothers faced to anxiety if their children have an operation and their anxiety can be decreased with nursery information.

Key Words: Anxiety, children, mother, surgical interventions, to inform

GİRİŞ

Bireylerin yaşamlarını mutlu olarak sürdürebilmelerinde en önemli etken sağlıklı olma durumlarıdır. Hasta olmak ve hastaneye yatmak çocuk ve ailesinin yaşamını birçok yönden etkiler, kaygı ve endişelerini arttırır. Özellikle hastalığın iyileştirilmesi için cerrahi bir girişiminin gerektiği durumlar çocuk ve ailesinde psikolojik sorunlar ortaya çıkarır. Çocuğunun operasyon geçireceğini öğrenen ailelerde en çok gözlenen tepki suçluluk duygusu ve anksiyetedir. Ameliyat öncesindeki anksiyete nedenlerinden en önemlisi bilinmeyen korkusudur. Tedavi hakkında yeterli bilgiye sahip olmama, yabancı bir ortamda bulunma, anestezi korkusu ve çocuğunu kaybetme korkusu ailede anksiyeteye sebep olan diğer nedenlerdir (1,4).

Anksiyete; benliğin kendini tehdit altında hissettiği bir gerilim durumudur. Hafif düzeyde anksiyete spontan dikkat, cesaret ve atılganlığı arttırırken, düzeyi yükseldikçe bireyin algılama kavrama ve karar verme yeteneği azalmaktadır. Ailelerin şiddetli anksiyete yaşamaları, çocuk hakkındaki açıklamaları doğru olarak anlamalarını, olayları gerçekçi olarak yorumlamalarını, uygun kararlar vermelerini, çocuğun bakımına katılmalarını ve uygun baş etme yöntemlerini kullanmalarını engelleyebilir (1-5).

Annelerde oluşan anksiyeteyi azaltabilmek için aile bilgilendirilmelidir. Bilgi edinme, bilgisizliğin yarattığı korku ve kaygıyı azaltıcı bir stratejidir. Bilgilenme, aynı zamanda, durum üzerinde kontrol kurmayı sağlar, probleme odaklı baş etme stratejilerinin uygulanması için kapı açar (1,2).

Günübirlik cerrahi; hasta sayısı ve çeşidinin giderek arttığı yeni bir cerrahi uygulama yöntemidir. Günübirlik cerrahi hastanede yatan hastalara uygulanan cerrahi girişimi temel alan ancak yatış gerektirmeyen ve aynı gün taburculuğu ön gören bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır (1,2). Günübirlik cerrahide hasta yaşamına ve aile çevresine erken döner, hasta memnuniyeti artar (6,7). Günübirlik cerrahi hastası ile yatan hasta arasındaki en önemli farklılıklardan birisi, günübirlik cerrahide hasta-hemşire ilişkisinin çok kısa bir süre içinde gerçekleşmesi gereğidir. Hasta preoperatif eğitim alamayabilir (3). Bu sebeple hasta eğitiminin, girişim kararından hemen sonra multidisipliner bir yaklaşımla başlatılması ve sürdürülmesi gerekir.

Hemşireler, annelerin hastaneye yatma ve cerrahi işlemler nedeniyle yaşanan anksiyetesini azaltmak, psikolojik ve fizyolojik dengesini korumak için kendisini ifade edebilmesini sağlayacak uygun ortamı hazırlamalıdır. Cerrahi hemşiresinin temel görevlerinden birisi ameliyat öncesi dönemde çocuk ve ailesinin duygu deneyim ve beklentilerini bilmek, annelerin anksiyete ile baş etmelerine yardımcı olabilmektir (1,2,8).

Bu çalışma; Çocuklara yönelik günübirlik cerrahi girişimlerde anneleri bilgilendirmenin anksiyete düzeylerine etkisini ölçmek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

1.1.GÜNÜBİRLİK CERRAHİ

Günübirlik cerrahi; hastanede yatan hastalara uygulanan cerrahi girişimi temel alan ancak yatış gerektirmeyen ve aynı gün taburculuğu ön gören bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır (1,2).

Günübirlik cerrahide özellikle hastaların ameliyat olacakları gün içinde hastaneye kabul ve taburcu edildikleri organizasyon programı belirtilmektedir. Bu programda hastalar preoperatif bölümü ve postoperatif birkaç saat sonraki dönemi evde geçirmektedir (3,4).

Son yıllarda anestezi, cerrahi teknik, asepsi ve kaliteli bakım alanında gözlenen hızlı ilerlemeler kısa sürede bilinç kazanılması ve erken iyileşmeyi sağlaması ve özbakım girişimlerinin desteklenmesi, bağlılık süresini kısaltarak yaşam kontrolünün tekrar kazanılması günübirlik cerrahinin gelişimini etkileyen en önemli faktörler olarak gösterilmektedir (1,2,5).

Geçtiğimiz son 20 yılda cerrahi bakım, hastane servislerinden cerrahi servislerine doğru hızla yer değiştirmektedir. 1985 yılında % 35 olan günübirlik cerrahi oranı 2000'li yıllarda %60'ların üzerine çıkmıştır (3,4).

Önceleri üç dört gün alan bir cerrahi girişim süreci günümüzde 4-5 saat gibi kısa bir sürece indirilmiştir. Günübirlik Cerrahide zamanın kısa olması preoperatif hazırlık, postoperatif bakım ve düzenlemelerle ilgili, iyi hazırlanmış, protokollere gereksinimi arttırmaktadır (3).

Günübirlik cerrahi hastası yada ailesi preoperatif hazırlık ve postoperatif bakımın önemli bir bölümünü bireysel olarak üzerine alacağı için, burada eğitimin gerekliliği daha da artmaktadır (6,7).

Günübirlik cerrahide kısa süreli yatışa bağlı girişim öncesi ve sonrası bakıma ilişkin aktivitelerin büyük bir bölümünün hasta yakınlarınca uygulanmasının gerekliliği eğitimin günübirlik cerrahinin ayrılmaz bir parçası olduğunu ortaya koymaktadır. Eğitimin amacı girişim öncesi hastanın hazırlanmasına yardımcı olma, güvenli bir şekilde evine transfer, operasyon sonrası bakım gereksinimlerini karşılamaya ilişkin gerekli ortam ve nitelikli bakımı sağlamaktır (2,8).

Etkin bir hasta eğitimi sağlamada hastanın öncelikleri, gelişimsel yapısı, geçmiş deneyimleri, çevre koşulları ve kültürel yapısını göz önüne alan öğretim yöntemleri kullanmanın uygun olacağı belirtilmektedir. Ayrıca eğitimin planlanması ve uygulanması aşamasında hastanın aktif katılımı eğitim başarısını olumlu yönde etkileyecektir. Bu tür bir yaklaşım hastanın güven duygusu gelişimine yardım ederek kendisi ile ilgili daha fazla bilgi alma isteğini arttıracak iyileşmesinde olumlu rol alma fırsatı sağlayacaktır. Cerrahi girişim öncesi eğitimin hastanın anksiyete düzeyini düşürdüğü, girişim sonrası ise kısa süreli bilincin kazanılmasını sağladığı, ağrı kontrolünü kolaylaştırdığı ve erken taburculuğa ortam hazırladığı belirtilmektedir (2,8,9).

1.1.1.Günübirlik Cerrahinin Avantajları

- Hasta normal yaşamına ve aile çevresine erken döner.
- Erken mobilizasyon sağlanır.
- Hasta memnuniyeti yüksektir.
- Hastane maliyeti azalır
- Enfeksiyon riski azalır (6,7).

1.1.2.Günübirlik Cerrahinin Dezavantajları

- Hasta preoperatif eğitim alamayabilir,
- Hasta beklenen zamanda klinikten taburcu olamayabilir,
- Hastaya evinde yardım edecek bir kişi olmayabilir,
- Acil durumda uygun desteğin sağlanmaması, hastada problemlere neden olabilir (3).

bu dezavantajları önlemek için günübirlik cerrahi değerlendirme kriterleri geliştirilmiştir.

- Hastanın kronik bir hastalığının olmaması,
- Ameliyat sonrası dönemde evde hasta ile birlikte bir erişkinin bulunması,

- Hastanın ulaşabileceği bir telefon olması,
- Hastanın hastaneye arabayla 30 dakikalık veya daha yakın bir mesafede yaşıyor olması,

Günübirlik cerrahi için yapılan ön değerlendirme, iyi hasta seçimi ve bakımıyla bu problemler azaltılmaktadır (10).

1.1.3.Çocuk Cerrahisinde Günübirlik Cerrahinin Tarihçesi

1899-1908 yılları arasında İskoçya Glaskow Royd Çocuk Hastanesinde 8,988 çocuk üzerinde günübirlik cerrahi büyük bir başarı ile uygulanmıştır. Ameliyat edilen çocukların hiçbirinde yeniden hastaneye kabul edilmesini gerektirecek bir komplikasyon oluşmamıştır (3).

Pediyatrik günübirlik cerrahi kavramını ilk olarak 1990'larda Prof. James Micoll ortaya koymuş ve günübirlik çocuk cerrahisinde beş anahtar durum belirtmiştir. Bunlar;

1- Hasta için tedavi sırasında kullanılan kaynakların tutarı düşünülmeli, ama günlük cerrahide tartışmalı olsa bile hastalar dikkatli seçilmelidir.

2- Günübirlik cerrahiden sonra hastanede uzun süre kalma gereksizdir. Erken taburcu etme yoluyla enfeksiyon engellenir.

3- Evde anneleri tarafından iyi bakılan çocuklar halk sağlığı hemşireleri tarafından desteklenirse daha iyi olur. Sonuçta operasyonla ilgili herhangi bir sorun yaşanırsa öneri vermek ve destek olmak için halk sağlığı hemşiresi devreye girer.

4- Ailesinden ayrılma sonucunda çocuğun psikolojisindeki gelişmenin bozulma ihtimali değerlendirilmelidir.

5- Cerrahi durumlarda daha önceki rehabilitasyon tecrübelerine başvurulmalıdır (7,10).

ABD'nin Sioux şehrinde 1918 yılında hastalara ayaktan cerrahi girişimleri uygulamak amacıyla ilk kez bir klinik kurulmuştur. Bu klinikte bakım kalitesi ile ilgili olarak, ameliyat için ayrılan yer ve verilen anestezinin ameliyat süresinden daha kısa olması gibi sorunlar ortaya çıkmıştır. 1950 ve 1960'lı yıllarda girişimsel yaklaşıma ilgi artmıştır (9).

ABD’de 1960’larda daha fazla hekim hastaneye yatırmaksızın ameliyat yapmaya başlamıştır. 1961 yılında Michigan The Buttleworth Hastanesi günübirlık cerrahi programına göre kurulmuştur. 1963-1967 yıllarında 879 günübirlık cerrahi işlem yapılmıştır (3,9).

1970’de Phonix Arizona’da ilk bağımsız günübirlık cerrahi kliniği açılmıştır. Ülkemizde, günübirlık cerrahi ile ilgili yazılı kesin veriler bulunmamakla birlikte 1980’lerde sınırlı yapılan günübirlık cerrahi ameliyatlarında 1990’lardan sonra hissedilir derecede artış olduğu gözlenmektedir (3,4).

Türkiye'nin ilk resmi Çocuk Cerrahisi Kliniği 1961 yılında Prof. Dr. İhsan Numanoğlu tarafından Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde kurulmuştur

İlk hastane merkezli günübirlık cerrahi ünitesi 1998 yılında İzmir’de Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde açılmıştır (3).

Thornes (1911) de çocukların günübirlık cerrahi servislerindeki bakımı için 12 standart belirlemiştir (4,10). Bunlar:

1. Bakım; kabul öncesi, kabul sırası ve kabul sonrasını kapsayacak şekilde planlanmalı, bu planlanmış şekil acil ve/veya toplumsal servisleri de kapsamalı,
2. Çocuk ve aile ameliyat öncesi ve hastanede bulunduğu süre boyunca hazırlanmalı,
3. Özel yazılı bilgilerle ailenin sorumluluklarını anlaması sağlanmalı,
4. Günübirlık vakalar ayrı bir bölgede kabul edilmeli ve akut hastalarla aynı ortamda olmamalı,
5. Günübirlık pediatrik cerrahi hastaları kronik hastalarla ve yetişkinlerle birlikte tedavi edilmemeli,
6. Günübirlık cerrahi uygulanan hastalara bu alanda görevlendirilmiş özel personel tarafından bakım verilmeli,
7. Bütün sağlık personeli günübirlık çalışma için gereken bilginin yanında çocuklarla ve onların aileleriyle çalışmak için eğitilmeli,
8. Günübirlık cerrahi organizasyon türü çocukların aynı gün içinde taburcu edilebilmeleri için uygun olmalı,
9. Bina, araç, gereçler ve mobilyalar çocukların güvenliğini sağlayacak şekilde olmalı.

10. Ünite ev gibi olmalı, oyun ve diğer aktiviteler için tasarlanmış alanlar bulunmalı,

11. Acil ve/veya toplumsal servislerle haberleşmeyi de kapsayan gerekli kayıtlar; ameliyat sonrası bakım ve izlemler çocuk eve gitmeden önce tamamlanmalı.

12. Günübürlük cerrahide evdeki bakım ile ilgili gereken destek doktor kontrolünde hemşireler tarafından yapılmalıdır.

1.1.4.Günübürlük Çocuk Cerrahisinin Avantajları

1. Çocukların sistemik hastalıklara nadir olarak yakalanması ve anestezi için daha az riskli olmaları,

2. Yaygın cerrahi prosedürü, çocuklarda uygulamanın, yetişkinlere göre daha kolay olması ve çocukların kısa iyileşme döneminden geçmesi,

3. Aileden ayrılma süresinin en az seviyeye inmesi (evden ayrılmanın yarattığı psikolojik şoktan kaçınılır),

4. Hastane enfeksiyonlarına yakalanma oranının azalması,

5. Çocuğun beslenme alışkanlığının daha az etkilenmesi,

6. Çocukların hastanede kalma korkularının, gece kalmayacaklarını öğrenince azalması (6,7).

1.1.5.Günübürlük Çocuk Cerrahisinin Dezavantajları

1. Çocuğun hastanede kaldığı süre boyunca yanında bir veya daha fazla ebeveynin kalma gerekliliği doğabilir, bu durum ebeveynlerin işten izin almalarına diğer kardeşlerin başkaları tarafından bakılmasına yol açabilir

2. Bazı aileler çocuklarının taburcu edildikten sonra evde bakımları hakkında endişe duyabilir.

3. Ailenin ikametgahı ameliyat olacak merkeze uzak ise ameliyat öncesi hastaneye yapılacak ek ziyaretler aileye ek maddi yük getirebilir.

4. Ev ile cerrahi merkez arasında uzaklık olması sabah geç gelmeye neden olabilir, bu da ailenin birkaç saat önceden evden ayrılmasını gerektirebilir (7,11).

1.2.GÜNÜBİRLİK CERRAHİDE BAKIM

1.2.1.AMELİYAT ÖNCESİ BAKIM

Ameliyat öncesi bakımın amacı; hasta bireyi gerek fiziksel gerekse psikolojik açıdan anestezi ve ameliyatın etkilerine karşı koyabilecek en iyi duruma getirmektir. Ameliyat öncesi hazırlık fiziksel hazırlık, psikolojik hazırlık ve yasal hazırlık olmak üzere 3 aşamada gerçekleştirilir (12).

1.2.1.1.Fiziksel Hazırlık

İlk aşama anemnezdır. Anemnez aşamasından sonra hastanın ameliyat öncesi uygulaması gerekli olan rutin tetkikler uygulanır. Bu tetkikler ameliyattan 1-2 gün önce yapılmalı ameliyat sabahına bırakılmalıdır.

Rutin Yapılan Tetkikler ;

Yaşam bulguları

Kan tetkikleri

İdrar tetkikleri

EKG, Toraks grafisi, ve vücut ağırlığıdır (12).

Günübirlik cerrahinin başarısındaki en önemli anahtar sağlık çalışanlarının, hastanın ve ailelerin hazırlanmasıdır (13).

Ameliyat öncesi açıklamaları net ve anlaşılır olmalıdır.

Gerekli uyarılar aşağıdakileri içermelidir;

- Nereye, nasıl ve ne zaman gelineceği,
- Neleri getirmeleri gerektiği
- Neleri getirmemeleri gerektiği,
- Kimlerle gelecekları,
- Ameliyat günü ameliyat zamanından önce gelinmesi,

- Gece aç kalınması,
- Ameliyattan önceki gece duş alınması,
- Bilgi alış verişi için telefon numarasının verilmesi (2,4).

1.2.1.1.1. Ameliyat Günü / Evdeki Hazırlık

1. Hastaneye varış saatinden 6-8 saat önce aç kalmalıdır. Sabah erken girişim yapılacaklar için gece yarısından sonra, ilerleyen saatlerde yapılacaklar için son 6 saat içinde ağızdan hiçbir şey alınmaması gerektiği aileye açık şekilde anlatılmalıdır.

2. Çocuk üstüne rahat bir şeyler giymelidir.
3. Güvenlik için değerli eşyalar evde bırakılmalıdır.
4. Tırnaklarda oje varsa temizlenmelidir.
5. Çocuğun sevki, filmleri, kan test sonuçları,
6. Yeterli kıyafet ve psikolojik durumunu rahatlatmak için sevdiği oyuncak getirilmelidir
7. Banyo ve cilt temizliği sağlanmalıdır (2,4,8).

1.2.1.1.2. Ameliyat Günü / Klinikte Hazırlık

Cerrahi girişimin yapılacağı gün bakım verecek hemşire tarafından karşılanan çocuk ve ailenin yatağına kabul yapılırken kabul işlemlerindeki bilgilerin kontrol edilmesi gerekir. Girişim öncesi birey ve aileye ilişkin gerekli kayıtlar tamamlanmış olmalıdır.

Çocuğa ait kayıtlarda;

1. En son yiyecek içecek alınan saat,
2. Kronik bir hastalığı ya da düzenli kullandığı bir ilacı var mı?
3. Alerjik durum kontrolü (2,8,9).

Sağlık ekibi gerekli olduğunda direkt olarak çocukla ya da yetişkinle uygun dilde konuşmalıdır. Bu bir işbirliğinin kurulmasında ve güven duygusunun artmasında yardımcı olur. Çocuğun karşılaşacağı durumlar ve hissedeceği acı

konusunda dürüstçe konuşmak gereklidir. Konuşmalara aileler dahil edilmelidir, fakat çocuğa mümkün olduğu kadar bağımsızlığı verilmelidir (14).

1.2.1.1.3.Çocuğun Ameliyathaneye Gönderilmesi

Çocuk ameliyathaneden çağrıldığında ameliyat gömleği giydirilir. Premedikasyon uygulamasından sonra sedyeye alınır. Çocukla birlikte dosyası, hemşire gözlem kağıdı, filmleri gönderilir. Ameliyat için hazır olan çocuğa, klinik personeli ile birlikte anne veya baba ameliyathaneye kadar eşlik edebilir (15).

1.2.1.2. Psikolojik Hazırlık

Ameliyat, hasta için sadece fizyolojik bir stres kaynağı olmayıp aynı zamanda güçlü bir psikolojik stres kaynağıdır. Bu nedenle hastanın ameliyat öncesi psikolojik hazırlığı, fizyolojik hazırlığı kadar önemlidir (15).

Psikolojik hazırlığın temelini eğitim oluşturur. Burada eğitimin amacı;çocuk ve ailenin ameliyat öncesi ve sonrası evde bakım gereksinimlerini karşılamaya yardımcı olmak, gerektiğinde sağlık ekibinden yardım almalarını kolaylaştırmak, iyileşme sürecini hızlandırmak ve normal yaşama en kısa sürede geçişi sağlamaktır (1,16).

Aileler ameliyatın çocukları için yararlı olduğunu kabul etseler de ameliyatın risklerinden korkarlar. Ameliyat öncesi dönemde anksiyete nedenlerinden en önemlisi bilinmeyen korkusudur. Bu dönemde ayrıca aileler; anestezi korkusu, yabancı bir ortamda bulunma, çocuğun bakımı, ameliyat sonrası ağrı ve çocuğunu kaybetme korkusu nedeniyle anksiyete yaşayabilir. Bu sebeple ailenin korkularını açıklamasına fırsat verilmeli ameliyata ilişkin gerekli açıklamalar yapılarak aile desteklenmelidir.

Çalışmalar ameliyat öncesi dönemde bireye verilen bilginin anksiyeteyi azaltarak iyileşmeyi hızlandırdığını göstermektedir (17).

Bu dönemde çocuklara en büyük yardımcı ailelerdir. Bu nedenle günübirlik cerrahi bakımın bütün aşamalarında ailelerden yararlanılmalıdır. Aktif rol almaları konusunda cesaretlendirilmeli, ameliyattan önce, ameliyat anında ve sonrasında ne yapacakları hakkında bilgi verilmelidir (10).

Hemşire, ocuk ve ailesine rahatlıkla oturup ameliyat hakkında bilgi alışverişi yapabileceği bir ortam hazırlanmalıdır. Hemşire ailenin almak istediği merak ettiği bilgileri vermelidir (16). Yazılı materyaller bu konuda etkilidir. alışmalar günübirlik cerrahide hasta ailelerine yapılan eğitimin mutlaka yazılı olarak verilmesi gerektiğini, hastanede yatmama nedeniyle anlaşılamayan ya da zaman içinde unutilan bilginin tekrarlanma imkanının olamayacağının dikkate alınması gerektiğini belirtmektedirler (1,2). Yazılı bilgi ameliyat öncesi iletişimin kalitesini sağlayan yöntemlerden biridir. Ameliyat ncesi talimatların yazılı olarak verilmesi hastaların ve ona bakım verecek yakınlarının uygulamalar hakkında bilgi edinmesini kolaylaştırmakta ve unuttuklarında tekrar okuyarak hatırlanmalarına fırsat vermektedir (13).

Verilecek eğitimde hasta ve ailesinin gereksinimlerinin göz önüne alınmasına ek olarak;

1. Operasyon ncesi gecede yapılması gereken hazırlıklar
2. Kliniğe kabul ve girişim günü hazırlığı
3. Operasyon bölgesinin büyüklüğü ve bakımı
4. Aktiviteler, kısıtlamalar, ilaçlar
5. İyileşme için gerekli zaman ve bilgilendirmenin önemi vurgulanmalıdır (1,9).

Çocuklara ve ailelilerine soru sormalarına olanak sağlayacak net ve açık fırsatlar verilmelidir. Gnbirlik cerrahi çocuğun hastanede kalmasıyla ilgili oluşabilecek ameliyat sonrası negatif davranışlarını azaltmaktadır. Gnbirlik cerrahide aileden uzak kalma, hastanede kalma süresi saatlerle sınırlı olduğu ve aileler olayın birçok kısmında çocuğa eşlik ettikleri için çocuktan ayrı kalma süresi sınırlıdır (4).

1.2.1.3. Yasal Hazırlık

Ameliyat olacak her hastadan ameliyat küçük bile olsa kesinlikle imzalı izin alınmalıdır. Yazılı izin hem hasta hemde sağlık personeli için yasal güvencedir. 18 yaşından küçük olan hastaların ameliyat izinleri aileleri ya da yakınları tarafından imzalanır.

1.2.2. AMELİYAT SONRASI BAKIM

Ameliyat beden için hem fizyolojik hem de psikolojik stresör olduğundan bedenin homeostatik dengesini bozar. Bu nedenle ameliyat sonrası bakımın temel amacı homeostatik dengeyi yeniden düzenlemektir. Ameliyat sonrası bakım hastaya ayılma ünitesinde ve klinikte uygulanan bakım olmak üzere iki aşamadır. Ayılma ünitesi, hastanın ameliyattan sonra anestezinin etkisi geçinceye ve yaşam bulguları düzenli oluncaya kadar yaklaşık bir iki saat kaldığı ünedir.

Burada amaç anestezisi ve cerrahi işlem sonucu gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi ve bakımın sağlanmasıdır. Hasta monitörize edilir, yaşam bulguları, rengi, ameliyat bölgesi, giren çıkan sıvılar, tedavisi, bilinç seviyesi, dolaşımı, pozisyonu, damar yolu, pansuman durumu, pansuman yoksa dikişleri, varsa drenajın tipi ve miktarı, bulantı ve kusma, fiziksel ve emosyonel konforun seviyesi izlenir (4,13).

Çocuğun ayılma ünitesinden kliniğe gönderilmesinde aşağıda belirtilen kriterler esas alınır;

1. Genel anestezinin etkisi geçmiş olmalı
2. Yaşam bulguları düzenli olmalı
3. Çocuğun bilinci açılmış olmalıdır.

Çocuğun gönderileceği kliniğe haber verildikten sonra çocuk dosyası ve ayılma ünitesindeki izlem formuyla gönderilir.

1.2.2.1. Ameliyat Sonrası Klinikte Hemşirelik Bakımı

Ayılma ünitesinden gelen hasta klinikteki yatağına alındıktan sonra hemşire, ameliyat sonrası bakımda aşağıdaki işlemleri yapmalıdır:

1. Hastanın kimliğini tespit etmek,
2. En yüksek seviyede mahremiyet sağlamak
3. Yaşam bulgularını almak ve izlemek,
4. Orderdeki ilaçları uygulamak ve sonuçlarını kaydetmek
5. Gerektiği gibi ağrı kesicileri uygulamak ve sonuçlarını kaydetmek,
6. Solunum fonksiyonlarını geliştirmek, sürdürmek ve izlemek,
7. Dolaşım fonksiyonlarını geliştirmek, sürdürmek ve izlemek,
8. Ameliyat yerini izlemek
9. Verilen sıvıları izlemek, gerektiğinde çıkarmak,
10. Ağızdan sıvı vermek,
11. Taburculuktan önce hastaya idrar yapıp yapmadığını sormak,
12. Yardım ile ayağa kaldırmak,
13. Fiziksel ve emosyonel konforu sürdürmek ve emniyetini sağlamak,
14. Kayıtlar ve bilgide güvenirliliği sağlamak,
15. Hasta ve ailesine evde bakım için yazılı talimatları sağlamak, taburculuk planını yeniden gözden geçirmek.
16. Eğer uzayan bakım ihtiyacı varsa evde bakımı sağlamak ve sosyal kurumlardan yardım istemek,
17. Hastayı ameliyattan sonraki gün telefon ile arayarak durumunu değerlendirmek (13).

1.2.2.2. Taburculuk İçin Hastanın Değerlendirilmesi

1. Yeterli solunum fonksiyonu,
2. Isı dahil vital bulguların stabil olması,
3. Bilinç seviyesi ve kas gücü
4. Gelişimsel yaşına uygun hareket edebilme yeteneği,

5. Ağızdan sıvı alma yeteneği
6. Yutma, öksürme ve öğürme refleksini yapabilme,
7. Cilt rengi ve durumu
8. Minimal ağrı
9. Ameliyat olan ekstremitenin yeterli nörovasküler durumda olması
10. Ailenin pansumanlarının değiştirilmesi ve bakımını tamamlayabilmesi,
11. Ailenin yazılan ilaçların uygun alınmasını tanımlayabilmesi,
12. Hastanın ve evde bakım vereceklerin ev bakım talimatlarını anlaması,
13. Hastaya ve ailesine yazılı taburculuk talimatlarının verilmesi,
14. Eve güvenli ulaşım için gereken ayarlamaları yapmak, eve gidişte toplu taşıma araçlarını kullanmaması değerlendirilmelidir (1,2,4,16).

1.2.2.3. Evde Bakım

Hastaya bakacak kişilerin görevlerini tam olarak yerine getirebilmeleri için hastanın evde neler ile karşılaşabileceklerini ve ne yapacaklarını bilmelidirler. Ateş, enfeksiyon belirtileri, uzamış bulantı, kusma, aşırı ve beklenmeyen kanama, zor idrar yapma, ağrı kesici ile geçmeyen ağrının mutlaka kliniğe bildirilmesi gerektiği açıklanmalıdır (1-3).

Çocuğun ne zaman banyo yapacağı, ne zaman gıda alacağı, aktivitelerini ne kadar kısıtlayacağı, okula ne zaman gidebileceği, ağrıyı nasıl giderecekleri aileye açıklanmalıdır (4).

1.3. ANKSİYETE

Anksiyete hoş gitmeyen çeşitli bedensel duyuların eşlik ettiği yaygın ve çoğu kez belirsiz bir kaygı duygusudur (18). Anksiyetenin ızdırap verici bir duygu olarak bilinçli şekilde yaşanması bütün dünyada gittikçe artmaktadır. İçinde yaşadığımız kültürde anksiyete meydana getiren faktörler her geçen gün daha fazla artmakta ve şiddetlenmektedir (19). Anksiyete bir tehdide veya bir nesnenin eksikliğine bağlı oluşan normal içgüdüsel bir tepkidir (20).

1984'te yaygın anksiyete terimini ilk kullanan ve insan davranışının gelişiminde anksiyetenin önemini vurgulayan kuramcı Freud'dur (21). Freud'un görüşüne göre anksiyete; motivasyonel bir durum ve defansif bir davranıştır. (20) Webster's sözlüğüne göre anksiyete, olması yakın yada olmuş bir tersliğin yarattığı acı veren bir huzursuzluktur. Spielberger ise "anksiyete geleceğe yönelik endişe durumudur" demiştir (22,23). Spielberger anksiyetinin özelliklerini şöyle sıralamıştır (22,24).

- Geleceğe yönelik endişe durumudur.
- Hoş olmayan bir duygulanım durumudur.
- Bu duygulanım durumunun duyumsanması insana acı verir.
- Sinir sisteminde gerginlik olur.
- Bedensel rahatsızlık verir.

Daha önceleri korku ile anksiyete eş anlamlı kullanılmıştır. Anksiyete ile korku arasında benzerlikler olmasına rağmen aralarındaki temel fark anksiyetede nedenin belirlenmemesi, korkuda ise nedenin bilinmesidir. Korku, dışarıdan gelen bir tehlikeye karşı olan duygusal tepkidir. Korku, benliğe, varlığa yönelik olan tehlike durumlarında kaçma davranışlarını başlatan bir duygudur. Korku olmayınca organizma tehlikeli durumlardan kendisini kurtaramaz, savunma durumuna giremez. Korku nesnel bir tehlikeye karşı denge işlevi olan bir uyarılıştır (25). Anksiyetenin ise dıştaki belirgin duruma bağlanamayan nedeni açıkça tanımlanamayan, içsel kaynaklı kişinin kendini nasıl koruyacağını bilmediği bir duygu olduğu ve korkudakine benzer bedensel ve ruhsal belirtileri bulunduğu belirtilmektedir (26).

Bilinçli tehlikeye karşı tepki korku, bilinç dışı olan ve nesnesi kişice tanınmayan içten tehlikelere karşı tepki ise anksiyetedir (19). Bilinmeyen bir tehlikeyle karşı karşıya kalan bireyde uyanıklık hali oluşur. Bu uyanıklılık hali anksiyeteye, anksiyete korkuya, korku ise paniğe neden olur (22).

Anksiyeteyi yaşama bireyin yaşına, yaradılışına ve bu deneyimi daha önce geçirip geçirmemesine bağlı olarak değişir (20). Anksiyete bozukluklarının başlangıç yaşı 20-30 yaşları arasındadır. Eğitim ve sosyo-ekonomik düzeyi düşük olanlarda, kadınlarda, hastaların birinci derece yakınlarında daha sık görülmektedir (26,29).

Anksiyete korkudan daha derin seviyede yaşanır, kişinin iç merkezine saldırır ve kendi benlik duygusunu aşındırır. Normal anksiyete, tehlikeye karşı temel bir cevap olarak görülen anksiyetedir. Objektif bir tehdit ile orantılı olup baş etmek için nöratik savunma mekanizmalarına ihtiyaç göstermez. Objektif durum kalktığı zaman anksiyete biter (30).

Anksiyetenin nörokimyasına bakılırsa, beyinde anksiyeteyi kontrol eden başlıca alanlar, ponsta locus ceraleus, beyin korteksinde de limbik sistemdir (18).

1.3.1. Anksiyetin Tarihçesi

1900 öncesi; Anksiyeteyi kontrol etmenin kullanılması, inkar ve baskılamayı ön plana çıkarmıştır. 1900'lü yıllarda, Freud anksiyeteyi kişilik gelişiminin merkezinde yer alan bir olgu olarak tanımlamıştır. 1950'lerde, Papele hemşirelik uygulamalarını daha çok hastaların güvenliği üzerinde yoğunlaştırdı. Hafif anksiyeteden panik düzeye kadar değişen anksiyete düzeylerine dayanan anksiyete teorisi geliştirdi. 1960'larda, 20. yüzyıl anksiyete çağı olarak tanımlanmıştır.

1980'lerde ise, hemşirelik bakımı daha çok anksiyete ile eşlik ettiği fiziksel hastalıklar arasındaki ilişki üzerinde durmaktadır (30).

1.3.2. Anksiyete Kuramları

Anksiyete ilk defa 1895 yılında Freud'un yazdığı "anksiyete nevrozu" tanımında açıklanmıştır. Bu teori ruhsal belirtilerin altında bazı düzenlemelerin bulunduğunu gösterir. Ruhsal belirtilerin nasıl ortaya çıktıklarını ve bu belirtilerin altında yatan savunma düzeneklerini tanımlamıştır. Bu bozukluklarda temel savunma düzeneği bastırmadır. Bu düzenek yeterli ve gerekli işlevi yerine getiremediği durumlarda devreye belirgin diğer savunma düzenekleri girer. Bastırmanın yetersizliği durumlarında karşımıza anksiyetenin belirgin olarak kendini gösterdiği klinik görüntüler çıkar.

Freud anksiyete kavramını, 3 başlık altında toplar,

Gerçeklik (objektif) Anksiyetesi

Moral Anksiyete

Nevrotik Anksiyete

Gerçeklik Anksiyetesi: Benlik alt benliğin gereksinimlerine doyum sağlamaya çalışırken, dış dünyanın gerçekleri karşısında zorlandığında ortaya çıkan anksiyete durumudur.

Moral Anksiyete: Benliğin bilinçaltı gereksinimlere doyum sağlama çabası aynı zamanda üst benliğin moral isteklerine uygun olmalıdır. Bunun gerçekleştirilmediği durumlarda üst benlikten yöneltilen suçlama, utanma, aşağılama gibi suçluluk yaratan duyguların neden olduğu anksiyetedir.

Nevrotik Anksiyete: Benlik alt benlikten kaynaklı dürtüsel baskılar karşısında zorlandığında dürtüsel baskıların şiddetlendiği durumlarda yaşanan "benlik bütünlüğü"nin tehdit altında olduğu duygusudur (32).

Spielberger ve arkadaşları ise 2 tip anksiyete tanımlamıştır:

Durumluk Anksiyete: Bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği subjektif korkudur. Fizyolojik olarak otonom sinir sisteminde meydana gelen bir uyarı sonucu fiziksel değişimler, bireyin gerilim ve huzursuzluk duygularının göstergesidir. Stresin yoğun olduğu zamanlar durumluk kaygı seviyesinde yükselme, stres ortadan kalkınca düşme olur.

Sürekli Anksiyete: Bireyin kaygı yaşantısına olan yatkınlığıdır. Buna kişinin içinde bulunduğu durumları genellikle stresli olarak algılamaları ve stres olarak

yorumlama eğilimi denir. Objektif kişilere göre nötr olan durumların birey tarafından tehlikeli ve özünü tehdit edici olarak algılanması sonucu oluşan hoşnutsuzluk ve mutsuzluk duygusudur (33).

1.3.3. Anksiyete Bulguları

Kullanılan savunma mekanizmalara göre farklı bulgu ve belirtiler gözlenir. Anksiyete bozukluklarının 4 temel klinik özelliği vardır.

1. Affektif Belirtiler: Korku, endişe, huzursuzluk, çaresizlik, alarm duygusu, panik.
2. Davranışsal Belirtiler: Anksiyete yaratan durumdan kaçınma, olay karşısında dona kalma
3. Bilişsel Belirtiler: Gerçeklik duygusunda değişim, dikkat dağınıklığı, konsantrasyon güçlüğü, kontrolü kaybetme korkusu ve fiziksel zarar görme endişesi.
4. Fizyolojik Belirtiler: Otonom sinir sisteminin hiperaktivitesine bağlı olarak gelişen nörovejetatif belirtilerdir. Birçok organ sistemini etkileyebilir (34).

Anksiyetenin Fizyolojik Belirtileri:

Kardiyovasküler Sistem: Çarpıntı hissi, taşikardi, göğüs ağrısı, baygınlık hissi.

Solunum Sistemi: Göğüste basınç hissi, nefes kesilmesi iç çekme, nefes darlığı, hiperventilasyon.

Otonom Sinir Sistemi: Ağız kuruması, terleme, baş ağrısı, ateş basması, ellerin buz gibi olması,

Kas-iskelet Sistemi: Ağrı, sızı, seğirme, uykusuzluk, ürperme, yorgunluk

Nörolojik Sistem: Baş dönmesi, uyuşukluk, görme bulanıklığı, titreme, güçsüzlük,

Gastro-İntestinal Sistem: Yutma güçlüğü, karın ağrısı, bulantı, intestinal huzursuzluk,

Genito-Üriner Sistem: Sık idrara çıkma, sıkışma hissi, menstrasyon sorunları cinsel bozukluk (25,27,35).

1.3.4. Anksiyete Seviyeleri

Bireylerde anksiyete düzeyleri nedene ve kişisel özelliklere bağlı olarak değişiklik gösterir.

Hoy ve Peplau anksiyetenin 4 değişik düzeyde gerçekleştiği belirtmişlerdir.

Hafif Anksiyete

Orta Anksiyete

Ağır Anksiyete

Panik Anksiyete

Hafif Anksiyete : Uyanıklılık çevreden haberdar olmanın ilk aşamasıdır, kişi bu aşamada görür, işitir, konuşulanı anlar. Belirli bir amaca yönelir ve öğrenmede belli bir artış söz konusudur. Kişi genelde çevresi ile olan ilişkilerini sınırlar veya başa çıkma yollarını kullanarak varolan gerilimini gidermeye çalışır.

Orta Anksiyete : Yoğunluk söz konusudur kişinin iletişim ve kavrama düzeyinde belirgin azalma söz konusudur. Çevresiyle ilişkisini kesmiş, çevresinde olup bitenden habersizdir. Başkası tarafından dikkati konulara çekilmeye çalışıldığında durumu fark edebilir.

Ağır Anksiyete : Bu durumda anksiyete düzeyi artmıştır. Yoğun olarak fiziksel ve heyecansal huzursuzluk söz konusudur. Fiziksel belirtiler giderek artar. Baş ağrısı, bulantı, baş dönmesi, titreme belirtileri gözlenir.

Panik Anksiyete : Kişi işlem yapamaz, iletişim kuramaz haldedir. Panikle birlikte uyarılara yanıt alınmaz. Kişi kendine gelemeyen yardıma ihtiyacı vardır. Fiziksel belirtiler çok ağır tablolara dönüşmüştür. Dispne, baş dönmesi, titreme, ölüm korkusu gözlenir (22-24).

1.3.5. Anksiyetenin Sınıflandırılması

Freud tarafından tanımlanan anksiyete biçimleri şunlardır ; (18)

SONRADAN GELİŞEN ANKSİYETE	Emosyonel çatışmalar ego ve süper-egonun olgunlaşma düzeyine bağlıdır. Ego geliştikçe kişiyi id'in içgüdüsel ihtiyaçlarına karşı koruyucu hale gelir. Ayrıca dış dünya saldırıları ve engellemelerine karşı ve süperego'nun azarlamalarına karşı da koruyucu etki gösterir.
GERÇEK ANKSİYETE	Bu durum genelde korkuyla eşittir ve çevrede varolan bir tehlikenin algılanması ile ilgilidir. Burada önemli olan durum böyle bir tehdidin gerçekten varolup olmadığı ve kişinin varolmasının tehdit altında olup olmadığıdır.
NEVROTİK ANKSİYETE	İd'in içsel kısmından kaynaklanan tehlikelerin algılanmasından doğar. Bu durum genellikle ego'nun, idden gelen içgüdüsel isteklere karşı koyamayacağını düşünmeye başlaması durumunda ortaya çıkar. Böylece kişi cezalandırılacağı davranışlar yapacağını düşünmeye başlar.
SERBEST DOLAŞAN ANKSİYETE	Genel endişelilik ve karamsarlık durumu ile karakterize bir nevrotik anksiyete durumudur.
FOBİK ANKSİYETE	Kişinin, normalde çekindiği bazı nesnelere karşı gösterdiği yoğun bir korku reaksiyonu ile karakterize nevrotik anksiyete durumudur.
PANİK DURUM	Akut anksiyete, yoğun fizyolojik arıza, kişilik parçalanması ve fonksiyonel yeteneklerin kaybı ile seyreden nevrotik anksiyete durumudur.
MORAL ANKSİYETE	Süperego korkusudur. Süperegoya karşı egoda duyulan korku kendini suçluluk veya utanç duygusu olarak belli eder.
KASTRASYON ANKSİYETESİ	Bedensel hasar veya çeşitli yeteneklerin kaybedilmesi gibi endişelerin eşlik ettiği bir anksiyete çeşididir.
SEPERASYON ANKSİYETESİ	Önemli bir kişinin kaybedileceği yolunda korkulu bir beklentiyi yansıtır.

Anksiyetenin Sınıflandırılması (18)

1.3.6. Annelerde Oluşan Anksiyete

Hastaneye yatma, hasta ve ailesi için stres yaratan durumlar içerisinde yer almaktadır. Bireyin yaşamında, ailesi önemli bir destek kaynağıdır. Ailenin çocuğun doğum öncesi ve sonrasında tüm gelişim dönemlerinde önemli rolü vardır. Çocuğun aile üyelerinden özellikle anneyle ilişkisi çok daha özeldir. Anne çocuğun yaşamında vazgeçilmez ve gerekli tek kişidir (37,38).

Çocuklar hastaneye yatırılınca annelerin çoğunda korku ve anksiyete görülür (36). Bu nedenle çocuk ve ailesi ekibin merkezinde yer almalı ve aile merkezli yaklaşım kullanılmalıdır. Aile merkezli bakımda aile dinamik bir yaşam ünitesi olarak ele alınır, sorunu olan birey yalnız hasta değil onun ailesidir (12). Ailelerde anksiyeteye yol açan etmenlere bakıldığında çocuğun öleceğini düşünme, tedavi olamayacağını düşünme ve hastalıkla ilgili bilgi eksikliğinin ilk sıralarda yer aldığı gözlenir (39). Çocuğun hastalığı ve hastaneye yatması ailenin tüm bireylerinin günlük yaşamlarını etkiler. Aile üyelerinin kızgınlık, öfke, suçluluk, çaresizlik gibi olumsuz duygular yaşamalarına neden olur (40).

Çocuğa ameliyat endikasyonu konulmasıyla ailede;

- bilinmezlikten kaynaklanan korku,
- çocuğa ne olacağı korkusu,
- fiziksel fonksiyonlarda ve vücut imajında kayıp korkusu,
- ölüm korkusu,
- çaresizlik,
- öfke,
- Çocuğun iyileşmesine ilişkin endişelerinin olması,
- Hastane ortamının yabancı olması,
- Tanımadıkları korkutucu araçlarla karşılaşmaları,
- Çocuğun hastalığı nedeniyle suçluluk duygusu,
- Çocuğun bakımında hemşireye göre kendilerini daha değersiz hissetmeleri,
- Evdeki diğer aile üyeleri için endişe etmeleri,
- Mali endişeler görülmektedir,

Belirtilen tüm bu korku, endişe yada düşünceler nedeniyle ailede anksiyete oluşur (12,16,37).

1.3.7. Annenin Anksiyetesini Azaltmada Hemşirelik Yaklaşımları

Annenin çocukla arasındaki sevgiye dayalı güçlü ilişkisi, çocuk için en önemli destek kaynağıdır. Bu nedenle annenin çocuğun bakımının her aşamasına katılması gerekir. Tıbbi uygulamalar, çocuk ve aile tarafından her zaman acı veren uygulamalar olarak algılanır. Bundan dolayı hemşire çocuğa ulaşmada annenin desteğini mutlaka almalıdır (41,42).

Annenin yaşadığı anksiyete ile tek başına baş edebilmesi güçleşebilir. Bu nedenle annenin yaşadığı anksiyeteyi azaltmak ve annenin baş edebilme gücünü arttırabilmek için uygun hemşirelik yaklaşımlarında bulunulması gerekmektedir (38,41).

En önemli anksiyete nedeni bilinmeyen korkusudur. Shuper ve ark. (1996) ebeveynlerin yaşadığı anksiyetede yeterli bilgi verilmemesinin önemli yer tuğunu, Melnyk ve ark. (1997) ebeveynlerin çocukların tepkilerini anlama ve stresle baş etmesine nasıl yardımcı olabileceklerine ilişkin bilgiye gereksinim duyduklarını belirtmiştir. Bu nedenle ailenin bilgilendirilmesinde hekim ve hemşire ekip işbirliği içinde çalışmalıdır. Bilgi vermek, aileye hastanın ekip için önemli olduğunu vurgular. Yalın, açık, doğru bilgi ailenin o andaki ihtiyacını karşılar. Bu bilgiler yazılı veya sözlü olabilir. Ailelerin çocuğun hastalığı ve tedavisi ile ilgili ne düzeyde bilgiye sahip olduklarını, eksik ve yanlış olan bilgileri iyi belirlenmeli ve bu konuda yeterli doğru bilgi verilmelidir (43,44).

Annenin kendini daha yeterli hissetmesini sağlamak için ailenin çocuğun bakımına aktif katılımını sağlayan işbirlikçi ilişkiler geliştirilmelidir. İşbirliğine dayalı ilişkilerin özellikleri; iletişim, aktif dinleme, farklılıkları kabul etme ve görüşme şeklindedir. Burada aile merkezli yaklaşım kullanılmalıdır (38,40,43).

Aileye çocuğun durumu, yapılacak ameliyat, ameliyat sonrası gelişebilecek sorunlar hakkında bilgi verilip yapılan işlemler anlatılmalıdır. Tecrübeli bir hemşire aileyi bilgilendirmede koordinatör olarak görev alır. Aileyi taburculuğa ve evde bakıma hazırlar.

Ailenin eğitiminde uygun yer ve zaman seçimi de oldukça önemlidir. Acil durumlarda, çocuk ameliyata giderken, tetkikler yapılırken aile yoğun bir stres içinde olabileceği için verilen bilgiyi anlamayabilir. Bu durumda bilginin yanlış

algılanmaması için bilgi tekrarı gerekebilir. Aileye soru sormada fırsat ve zaman verilmelidir. Elektif şartlarda aileye eğitim ameliyat öncesi yapılmalıdır. Bilgilendirme hastanın ihtiyaçlarına uygun olmalı ve aktif dinleme gibi iletişim teknikleri kullanılarak yapılmalıdır (41).

Annelerin hastaneye çocukları ile birlikte kabulü çocukların ailelerinden ayrılırken yaşadıkları ayrılık anksiyetesini azaltır. Birlikte kabul anne için hem çocuğun bakımına katılımını sağlar, hem de farklı bilgi ve beceriyle çeşitli uygulamaları görme, öğrenme olanağı verir. Böylelikle çocukların ve annelerin korku ve endişelerinin en aza inmesine yardımcı olunur (38,40,45).

Ameliyat olacak çocuğun anne ve babası çoğu zaman suçluluk duygusu içindedir. Bu sebeple aileye ailenin suçsuzluğu ve ameliyatın gerekliliği anlatılmalıdır.

İletişimdeki yabancılık ve sorunları aşabilmek için hemşire çocuk, aile ve hekim arasında bir köprü niteliğinde sorumluluklara sahip olup hastaneye yatmanın çocuk ve aile üzerindeki olumsuz etkilerini azaltabilir (38,41).

Hasta yakınlarının ameliyat öncesi dönemde bilgilendirilmesinin sağlanması onların duygularını kontrol edebilmelerini sağladığı gibi anksiyete ve korkularını azalttığı, erken taburculuğu ve sonuç olarak hastane maliyetini düşürdüğü görülmüştür (17).

Ailenin kendine olan güven duygusunu desteklemek için aileye çocuğun bakımında ve iyileşmesinde katkıları olduğu belirtilmelidir (38,41).

Çocuğu ve aileyi psikolojik olarak rahatlatmak en önemli hemşirelik yaklaşımlarından birisidir. Huland ve Donaldson (1989) psikolojik bakımın, psikolojik gereksinimlerini dinleme, gözlem, empati ve iletişim becerileri ile ilgili yaklaşım gösterme olduğunu ifade eder. Gürültülü, mahremiyeti olmayan, rahat olmayan, uyarıların fazla olduğu bir ortam, olumsuz çevre koşullarını gösterir. Dinleyenin gergin, kaygılı, sıkıntılı olması, algılama farklılıkları, iletişim kurmada isteksizlik, duyu organlarındaki bozukluklar iletişimi engelleyen bireysel faktörlerdir. İletişimde bireysel ve çevresel engelleri aşabilme ve iletilenlerin anlaşılması için yüz yüze iletişim kurulmalı, doğrudan, basit ifadelerle anlaşılır bir iletişim sağlanmalıdır. Hemşire vereceği mesaj hakkında bilgi sahibi olmalı, mesaj çift anlam

taşınamalı, hemşire verdiği mesajın anlaşılıp anlaşılmadığını kontrol etmelidir (15,46,47).

Rutin ameliyat öncesi ve sonrası olayları bilmeyen aile üyelerinin anksiyete yaşadıkları gözlenmiştir. Annelerle konuşarak ve bilgilendirerek onların memnuniyetine yardımcı olunabilir. Çalışmalar göstermiştir ki çocukları hastanede yatan ebeveynlerin uygulanan invaziv medikal girişimlerden kaynaklanan ve çocuklarının anksiyete düzeyinde etkileyen artmış bir anksiyete seviyeleri vardır. Ayrıca artan preoperatif ebeveyn anksiyetesinin çocuklarında da artmış bir preoperatif anksiyeteye sebep olduğu gösterilmiştir ve buda çocuklarda postoperatif psikolojik değişikliklere ve uyku bozukluklarına neden olmuştur (48).

Bu dönemde anneler babalara oranla daha yoğun stres ve anksiyete yaşarlar. Bu bakımdan anneler özellikle anksiyete ve depresyon yönünden risk altında bulunmaktadır. İstenmeyen ve riskli gebelikler, zor doğum eylemi, düşük eğitim ve gelir düzeyi, aile içi çatışmalar ve sosyal destek eksikliği annelerin bu dönemdeki stresine baş etmesini olumsuz etkilemekte ve anksiyete düzeyini arttırmaktadır (49).

Bu sebeple anksiyete yaratan nedenin bireye göre değiştiğini bilerek her hastaya bireysel yaklaşımında bulunulmalıdır. Hemşireler ameliyat öncesinde anneyi bilgilendirmede aktif rol ve sorumluluk almalıdırlar.

1.4.ÇOCUKLARDA GÜNÜBİRLİK CERRAHİ UYGULANAN HASTALIKLAR

1.4.1. İNGUİNAL HERNİ

İnguinal herni çocuklarda en sık görülen cerrahi patolojidir. Prosesus vaginalisin açık kalması çocuklarda doğumsal kasık fıtığının ve hidroselin ana nedenidir. Prosesus vaginalis intrauterin 3.ayda gelişen bir periton cebidir. Aynı zaman diliminde testislerde karın içerisinde gelişmeye başlar. Gelişimini tamamlayan testislerin skrotuma doğru göçü intrauterin 7. ayda başlar. Bu göç prosesus vaginalisin skrotum içine doğru uzaması ile birlikte dir. Prosesus vaginalis testislerin inişinde önemli bir rol oynar. Bu nedenle Prosesus vaginalis için testislerin inisinde yol göstericidir denir. Prosesus vaginalis testislerin scrotuma inişi sırasında inguinal kanaldan geçer. İnguinal kanalı takiben testislerin etrafında kalır ve üst kısmı tamamen kapanıp atrofiye olur. Bu kısım atrofiye olup kapanmadığı zaman peritoneal kavite ile scrotum arası açık kalır, bağırsakların bu açıklıktan girmesi sonucu fıtık oluşur. Fıtık kasıkta şişliğe yol açar. Fıtık kesesinin içine erkek bebeklerde ince ve kalın bağırsaklar, kız bebeklerde ise over ve fallop tüpler girebilir (50,51).

Kasık fıtığına çocukların %1-5'inde rastlanır. Bu oran prematüre bebeklerde %25-30'lara kadar yükselir. Erkeklerde sıklığı kızlara oranla 5-6 kat daha fazladır. Fıtık vakalarına %60'ında sağda, %30'unda solda ve %10'unda bilateral dir.

Kasık fıtığı, tanısını genellikle aileler koyar ve çocuklar kliğine zaman zaman sağ yada sol kasık bölgesinde ortaya çıkan şişlik nedeniyle gelirler. Bu şişlik ıkınma, ağlama, öksürme gibi karın içi basıncın arttığı durumlarda ortaya çıkan ve istirahatle kaybolan bir şişliktir (50,52).

Kasık fıtığında spontan iyileşme söz konusu değildir. Ayrıca fıtık komplikasyonları açısından risklidir. Kasık fıtığı uygun şartlarda ameliyat edilerek düzeltilmelidir (50-53).

Tedavi: Cerrahi olarak yapılan operasyona inguinal herniotomi denir. Radikal herni onarımı herniye olan bağırsağın boğulması veya iskemik yaralanma tehlikesi nedeniyle gereklidir.

İnkarserasyon : Fıtık kesesi içerisindeki karın içi organların kese içerisinde organize olmalı nedeniyle karın içerisine itilmesinin zor yada mümkün olmadığı bir durumdur.

Strangülasyon : İnkarserasyonun devamıdır. Fıtık kesesi içine girmiş karın organlarının internal ringinde basısı ile lenfatik ve venöz dönüşlerinin bozulması sonucu organlarda beslenme bozukluklarının ortaya çıkmasıdır. Çok kısa zamanda tedavi edilmedikleri zaman bir barsak nekrozunun ortaya çıkması kaçınılmazdır (50). Bu durumda safralı kusma, abdominal distansiyon ve gaita yapmada zorluk görülür. Fıtık kitlesi çıkmış, boğulma belirtisi olmayan durumlarda fıtık, redükte edilmelidir. Anne ve babalar evde kendileri bu kitlenin üzerine hafifçe bastırarak fıtığı düzeltebilir. Bu işlem sedatifler kullanıldığında, kalça yükseltiğinde ve çocuk sakinken yapılırsa genellikle başarılı olur. Herninin redükte edilemediği durumlarda strangülasyon nedeniyle acil cerrahi planlanır.

1.4.2. HİDROSEL

Hidrozel açık kalmış prosesus vaginalis içinde peritoneal sıvı birikmesi sonucu gelişir. Testislerin etrafında içi berrak sıvı ile dolu şiş, kistik bir yapı olarak görülür.

Skrotumda ağrısız bir şişlik görülür ve şişliğin üzeri düz gergin olup testis ayrı olarak palpe edilemez. Çocuklarda genellikle 2 yaşına kadar küçülüp kaybolabilir 2 yaşından sonra cerrahi tedavi gerektirir. Hidroselle birlikte kasık fıtığı da aynı anda görülebilir (7,53).

Tedavi: Cerrahidir, operasyon inguinal herni operasyonuna benzer. Ek olarak hidrozel kesesinin bir parçası çıkartılır, kese içinde ki sıvı boşaltılır (53).

1.4.3. İNMEMİŞ TESTİS

İntrauterin hayatın 4. ayında processus vaginalis karın duvarının ön yüzünde bir peritoneal çıkıntı şeklinde oluşur. Testis bu peritoneal çıkıntının yanında bulunur. peritoneal çıkıntı testisle beraber kasık kanalından skrotuma iner.

Testisin iç halkayı geçip kanal içine girmesi intrauterin hayatın 7. ayında başlar. 8–9. aylarda testis scrotuma iner. Daha sonra processus vaginalis kapanarak fibröz bir bant halini alır. Testisin bu embriyolojik iniş yolu üzerinde takılıp kalmasına, normal yerleşim yeri olan scrotuma inememesine inmemiş testis denir.

Yeni doğanlarda görülme sıklığı %1–2, prematüre bebeklerde %60 civarındadır (50-53). Skrotumun boş olması, testisin eksternal ringin dışında bir yerde palpe edilmesi ile tanı kolayca konabilir. Genellikle %50 tek taraflıdır ve sağda görülür. Bilateral olguların sıklığı %10-25’dir (50).

İnmemiş testisin ;

- Skrotuma olan yolda testislerin inmesini önleyen bir engelin olması
- İnmeyi uyaran erkeklik hormonu olan testesteronun az salgılanması
- Testislerin anomalili olması gibi bilinen 3 nedeni vardır (50-54).

Komplikasyonları: İnfertilite, testisin scrotum dışında kalma süresiyle doğrudan ilgilidir. Scrotumun ısısı normal vücut ısısından 1,5-2 0C daha düşüktür ve sperm yapımı için bu ısı uygundur. Bu şartlar bozulduğunda sperm yapımı bozulur 2 yaşına kadar tedavi edilmezse infertilite oluşur (50,52).

Tedavi: Cerrahi müdahale ile testislerin biri veya her ikisi scrotal keseye indirilir. 7-10 gün içinde tam iyileşme olacağından zor aktivelerden kaçınılmalıdır (7).

1.4.4. SÜNNET

Fimozis ve Parafimozis: Sünnet derisi 3 yaşına kadar fizyolojik olarak glansa kısmen veya tamamen yapışıktır ve bu erkek çocukların %95 kadarında kendiliğinden hiçbir soruna yol açmayan tamamen doğal bir durumdur. Ancak %5 kadar çocukta prepusyumun uç kısmındaki idrarın çıktığı açıklık buna izin vermeyecek kadar dar olabilir tekrarlayan lokal enfeksiyonlar veya gereksiz manipülasyonlar neticesinde ortaya çıkabilir. Bu durum patolojik fimozise yol açar. Sünnet derisinin geriye retrakte edildikten sonra tekrar eski haline gelememesi ve ödemlenmesi sonucu “parafimozis” ortaya çıkar (50-53).

Sünnet erken yapıldığında yeni doğan ve süt çocukluğu dönemine ait üriner sistem enfeksiyonlarının sünnetsiz çocuklara oranla ortalama 10 kat azaldığı çeşitli çalışmalarda bildirilmiştir. Özellikle 3 yaşından sonraki çocuklarda parafimozis, fimozis ve buna bağlı oluşabilen balanit (glans iltihabı), cinsel yolla bulaşan hastalıkların ve penis kanserinin profilaksisinde önemli rol oynadığı ve sünnetli erkeklerle evli kadınlarda serviks kanserlerine daha az rastlandığı bilinmektedir (54).

Sünnetin Riskleri: Uygun olmayan şartlarda ve ortamlarda yapılan sünnetler kalıcı sakatlıklara ciddi komplikasyonlara yol açabilmektedir. Ayrıca postoperatif dönemde enfeksiyon, kanama, eksik veya fazla derinin kalması ve ikincil cerrahiler gerektiren ciddi komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir.

Sünnetin Kontrendikasyonları: Hiçbir cerrahi girişimin yapılamayacağı genel hastalıklar dışında; hipospadyas, epispadyas ve megalüüretre gibi penisin konjenital anomalilerinde, rekonstrüktif ameliyatlar yapılana kadar sünnet kontrendikedir (50-52).

Sünnet Yaşı: Sünnet için en uygun olmayan yaş aralığı 1,5-6 yaş arası dönemdir. Bu dönemde aileden koparılıp ayrılmanın yol açacağı emosyonel ve psikolojik sorunlar ön plana çıkabildiği gibi, cinsiyet ve kendilik bilincinin ortaya çıkıp geliştiği bu yaş aralığında, vücudundan bir parçanın kendi arzusu dışında uzaklaştırılması ve bunun cinsel organı ile ilgili bir işlem oluşu, çocuklarda iğdiş edilme korkusunu ve bunun yol açtığı psikolojik problemleri ortaya çıkarabilmektedir (50).

1.4.5. TONSİLLEKTOMİ

Tonsilla platinanın çıkarılma işlemidir.

Endikasyonları:

A. Mutlak endikasyonlar

1. Yılda 3 defadan fazla tekrarlayan akut tonsilit
2. Febril konvülsiyona neden olan tonsilit atağı
3. Tonsilin beta hemolitik streptokok veya difteri portörü olması
4. Peritonsiller abse

5. Solunum, yutma veya konuşmayı engelleyecek derecedeki tonsil hipertrofilleri
6. Uyku apnesi
7. Tonsil tümörleri (55,56).

B. Göreceli endikasyonlar

1. Yılda 4-6 defadan fazla tekrarlayan boğaz ağrıları
2. Kronik servikal lenfadenopati
3. Boğaz ağrısı ve akut tonsillitle beraber görülen, nükseden kronik orta kulak iltihabı
4. Sık tekrarlayan üst solunum yolu enfeksiyonu
5. Beta hemolitik streptokokların neden olduğu sistemik enfeksiyon varlığı
6. Çocuklarda gelişme geriliği (55).

Komplikasyonları:

1. Hemoraji
2. Ağrı
3. Operasyon Travması
4. Otitis media
5. Subakut Bakteriyel Endokardit

Kontrendikasyonları:

1. Kanama Diatezleri
2. Akut Tonsilit
3. İlaç kullanımı
4. Yaş
5. Yarık Damak (55,57).

Tonsillektomiden sonra bir hafta kadar sulu ve yumuşak, tahriş etmeyen gıdalar tavsiye edilir. Hastanın rahat etmesi için analjezikler, enfeksiyona engel olmak için antibiyotikler verilir (55).

1.4.6. ADENOİDEKTOMİ

Adenoid dokusunun çıkarılması işlemidir.

Endikasyonları:

1. Nazal solunumu engelleyen adenoid vejetasyon
2. Eustachi kanalı tıkanıklığına bağlı seröz otitis media
3. Eustachi kanalı tıkanıklığına bağlı tekrarlayan akut veya kronik orta kulak iltihabı
4. Obstrüksiyona bağlı tekrarlayan sinüzit ve rinit

Komplikasyonları:

Kanama, akut otitis media, adenoidin tam çıkarılmadığı hallerde nüks, kronik nazofarenjit, granüler faranjit ve farenks lateral bandının hipertrofisi, yumuşak damak yaralanması, retrofarengeal abse, servikal sellülit, sinüzit ve septisemi,

Adenoidektomiden sonra hastaya sulu ve tahriş etmeyen gıdalar, analjezik ve antibiyotik tavsiye edilir (55-57).

Kontrendikasyonları:

1. Kan hastalıkları, kanamaya eğilim olan durumlar
2. Poliomyelit epidemileri
3. Kompanse olmayan kalb hastalıkları, diyabet ve nefritler
4. Tonsilin semptom vermeyen hipertrofileri
5. Tonsil enfeksiyonu bulunmayan alerjik rinit ve astım
6. Timus hipertrofileri (55,56).

2.GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, çocuklara yönelik günübürlük cerrahi girişim uygulanması için gelen annelere operasyon hakkında önceden bilgi verilmesinin operasyona bağılı olarak gelişen anksiyeteye etkisini belirlemek amacı ile planlanan tanımlayıcı ve karşılaştırmalı vaka-kontrol çalışmasıdır.

2.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı ve Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı ile Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Rektörlüğü Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalında gerçekleştirilmiştir.

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi bölgede referans konumunda bir hastanedir. 1000 yataklı olup yılda 150.000'e yakın bireye üst düzeyde sağlık hizmeti vermektedir. Ulusal ve Uluslar arası düzeyde yapılan araştırmalara destek olabilen ileri teknoloji ürünü ekipman ile donatılmış bir kurumdur. Türkiye'de ISO 9001 belgesine sahip kamu üniversite hastanesidir.

Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Rektörlüğü Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi 426 yataklı olup yılda 135.000'e yakın bireye üst düzeyde sağlık hizmeti vermektedir.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ocak 2005 – Ocak 2006 tarihleri arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı'na başvuran 180 çocuk, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı'na

başvuran 860 çocuk, Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Rektörlüğü Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalına başvuran 160 çocuk ve aileleri oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemini, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı ve Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı ile Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Rektörlüğü Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı'na Kasım 2005 - Mayıs 2006 tarihleri arasında çocuklarına günübirlik cerrahi girişim uygulanması için gelen ve içlerinden çalışmaya katılmayı kabul eden 100 anne oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan anneler 50 kontrol 50 vaka olmak üzere iki gruba ayrılmış ve gerekli izinler alındıktan sonra çalışma gerçekleştirilmiştir.

2.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Araştırmanın evrenini oluşturan günübirlik cerrahi girişim yapılmak için gelen çocukların anneleri
2. Çalışmaya katılmayı kabul eden anneler
3. Algılama ve iletişim problemi olmayan anneler
4. 01.11.2005-01.05.2006 tarihleri arasında günübirlik cerrahi uygulanacak çocukların anneleri

2.5. Veri Toplama Yöntemi

Araştırma verilerinin toplanmasında görüşme ve kayıt teknikleri kullanılmıştır. Araştırmanın verileri çocuk ve aileyi tanıtıcı amaçla hazırlanan 'Aile ve Çocuğu Tanıtıcı Veri Formu' (EK 1), klinik uygulama ve tedavide hastaların anksiyete düzeylerini değerlendirmeye yönelik kullanılan 'Durumluk-Süreklilik Anksiyete Envanteri'(State-Trait Anxiety Inventory I-II) (EK 2) aracılığı ile toplanmıştır.

2.5.1. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak:

1. Aile ve Çocuğu Tanıtıcı Veri Formu; bu form annelerin bilgi ve anksiyete düzeylerini etkileyebilecek tanıtıcı bilgi toplamak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Formda çocuğun yaşı, cinsiyeti, ameliyat cinsi, çocuğun hastane deneyimi, annenin yaşı, anne eğitimi, anne mesleği, ailenin çocuk sayısı, ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu, ailenin sosyal güvencesi, ailenin aylık gelir düzeyi ve ailenin hastane deneyimi ile ilgili bilgileri içeren toplam 12 soru bulunmaktadır.

2. Durumluk-Süreklilik Anksiyete Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory I-II); klinik uygulama ve tedavide hastaların anksiyete düzeylerini değerlendirmeye yönelik kullanılmaktadır. Durumluk ve sürekli anksiyete seviyelerini ayrı ayrı saptamak amacıyla Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970 yılında geliştirilmiş olan Durumluk-Süreklilik Anksiyete Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory I-II) Öner ve Le Compte tarafından Türkçeleştirilmiş Türk Toplumunu için geçerlik ve güvenilirliği belirlenmiş kısa sürelerden oluşan bir öz değerlendirme formudur. Başlangıçta normal yetişkinlerde anksiyeteyi araştırma için geliştirilmiş olan bu ölçeğin sonraki dönemlerde lise öğrencilerine psikiyatrik bozuklukları ve fiziki hastalıkları olan bireylere de uygun olduğu görülmüştür.

Durumluk-Süreklilik Anksiyete Envanteri toplam 40 maddeden oluşan iki ayrı ölçeği içerir. Durumluk Anksiyete Ölçeği bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini betimlemesini, içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını dikkate alarak cevaplamasını gerektirir. Sürekli kaygı ölçeği ise bireyin genellikle nasıl hissettiğini gerektirir. Her ölçek 20'şer maddeden oluşur.

Durumluk anksiyete ölçeği maddelerini ifade edilen duygu yada davranışlar ve bu tür yaşantıların şiddet derecesine göre (1) hiç, (2) biraz, (3) çok, (4) tamamiyle gibi şıklardan birini işaretlemek suretiyle yanıtlamaları istenmiştir.

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

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

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

Süreklilik anksiyete ölçeğinde de tersine dönmüş ifadeler vardır ve bu ifadeler 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39 maddeleridir. Hastaların süreklilik anksiyete düzeyleri değerlendirilirken yine doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin toplam puanları hesaplanıp daha sonra doğrudan ifadelerin toplam puanından tersine dönmüş ifadelerin toplam puanı çıkarılmıştır. Elde edilen değere süreklilik anksiyete ölçeği için değişmeyen değer 35 sayısı eklenerek süreklilik anksiyete puanları hesaplanır.

Durumluk ve süreklilik anksiyete envanterinden elde edilen puanlar araştırmacı tarafından elle hesaplanmıştır.

2.5.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veri toplama araçları araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Kliniklerin ameliyat günlerinde gelen çocuk ve ailelerle görüşülmüş ve araştırma kriterlerine uyan ve araştırmayı katılmayı kabul eden annelere, hazırlanan iki form ameliyat öncesi, ameliyat sonrası ise tekrar Durumluk-Süreklilik anksiyete formu uygulanmıştır. Ayrıca vaka grubundaki hastalara bunlara ek olarak araştırmacı tarafından operasyona ilişkin bilgi verilmiş, servis tanıtılmış, hazırlanan broşür verilmiş, annelerin soru sormasına olanak sağlanmıştır.

2.6.Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde SPSS 13.00 paket programından yararlanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede yüzdelik, ki kare, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi(t testi), ANOVA(Varyans analizi), ve ileri değerlendirmede Posthoc tukey HSD testi kullanılmıştır.

3.BULGULAR

Bu çalışma çocuklara yönelik günübirlik cerrahi girişimlerde ameliyat öncesi yapılan bilgilendirmenin annelerin anksiyete düzeyine etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen veriler  bölümde incelenmiştir. Bunlar;

1. Gnbirlik ameliyat geçiren ocuk ve ailelerine yönelik tanıtıcı zellikler
2. Annelerin ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeyleri
3. Çocuğa, anneye ve aileye ait bazı özellikler ile annelerin anksiyete puanları arasındaki ilişki

Her bir bölüme ait veriler düzenli tablolar halinde yer almaktadır.

3.1.GÜNÜBİRLİK AMELİYAT GEÇİREN ÇOCUK VE AİLELERİNE AİT TANITICI ÖZELLİKLER

3.1.1 Günübirlilik Ameliyat Geçiren Çocukların Tanıtıcı Özellikleri

Tablo 1: Çocukların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımları (N=100)

Özellikler	Kontrol Grubu n=50		Vaka Grubu n=50		X ²	p
	n	%	n	%		
Cinsiyet						
Kız	20	40	17	34	0.172	0.679 p>0.05
Erkek	30	60	33	66		
Yaş						
0-2	9	18	22	44	8.230	0.016 p<0.05
3-6	16	32	9	18		
7 ve üstü	25	50	19	38		
Ameliyat Cinsi						
İnguinal Scrotal patolojiler	16	32	30	60	3.325	0.068 p>0.05
Tonsil Adenoid	34	68	20	40		
Ailenin Kaçınıcı Çocuğu						
1	29	58	19	38	4.006	0.045 P<0.05
2	21	42	31	62		
Hastane Deneyimi						
Var	26	52	16	32	3.325	0.068 p>0.05
Yok	24	48	34	68		

Tablo 1' de çocukların cinsiyet dağılımına bakıldığında kontrol grubunun %40'nın vaka grubun %34'nün kız, kontrol grubunun %60'nın vaka grubunun %66'sının erkeklerden oluştuğu görülmüştür. Örneklemimize katılan kontrol ve vaka grubu çocukların cinsiyetlerine göre dağılımları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Çocukların yaş dağılımına bakıldığında kontrol grubunun %50'nin 7 ve üstü yaş grubunda vaka grubunun %44'nün 0-2 yaş grubunda olduğu görülmüştür. Örneklemimize katılan kontrol ve vaka grubu çocukların yaşlarına göre dağılımları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Çocuklara yapılan ameliyat cinsine bakıldığında kontrol grubunun %32'sinin, vaka grubunun % 60'nın İnguinal Scrotal patolojiler; kontrol grubunun % 68'nin, vaka grubunun %40'nın Tonsillektomi-Adenoidektomi operasyonu olduğu görülmüştür. Örneklemimize katılan kontrol ve vaka grubu çocukların yapılan ameliyat cinsine göre dağılımları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çocukların ailelerin kaçınıcı çocuğu olduğuna bakıldığında; kontrol grubunun %58' nin vaka grubun % 38' nin ailenin birinci çocuğu, kontrol grubun % 42' nin vaka grubunun % 62'sinin ailelerin ikinci çocuğu olduğu görülmüştür. Örneklemimize katılan kontrol ve vaka grubu çocukların ailelerin kaçınıcı çocuğu olduğuna göre dağılımları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çocukların hastane deneyimlerine göre dağılımına bakıldığında kontrol grubunun %52'sinin, vaka grubunun % 32'sinin hastane deneyimi olduğu, kontrol grubunun %48'inin, vaka grubunun %68'inin hastane deneyiminin olmadığı görülmüştür. Örneklemimize katılan kontrol ve vaka grubu çocukların hastane deneyimi dağılımları karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

3.1.2 Günübirlik Ameliyat Geçiren Çocukların Annelerinin Tanıtıcı Özellikleri

Tablo 2: Annelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımları (N=100)

Özellikler	Kontrol Grubu N=50		Vaka Grubu n=50		X ²	p
	n	%	n	%		
Yaş						
18-29	9	18	16	32	1.920	0.166 p>0.05
30 ve üstü	41	82	34	68		
Eğitim						
İlköğretim	18	36	17	34	0.789	0.674 p>0.05
Lise	15	30	19	38		
Üniversite	17	34	14	28		
Meslek						
Memur	17	34	18	36	0.048	0.976 p>0.05
İşçi	7	14	7	14		
Ev hanımı	26	52	25	50		

Tablo 2’de Annelerin yaş dağılımı incelendiğinde kontrol grubunun %18’inin vaka grubunun %32’sinin 18-29 yaş grubunda, kontrol grubunun %82’sinin, vaka grubunun %68’inin, 30 ve üstü yaş grubunda olduğu görülmüştür. İki grup arasında yaş dağılımı yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Annelerin eğitim düzeyleri incelendiğinde kontrol grubunun %36’sının, vaka grubunun %34’nün ilköğretim, kontrol grubunun %30’unun, vaka grubunun %38’inin lise, kontrol grubunun %34’ünün, vaka grubunun %28’inin üniversite mezunu olduğu görülmektedir. İki grup arasında eğitim düzeyi yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Anneler meslekleri açısından incelendiğinde kontrol grubunun %34’ünün, vaka grubunun %36’sının memur, kontrol ve vaka grubunun %14’ünün işçi, kontrol grubunun %52’sinin, vaka grubunun %50’sinin ev hanımı olduğu görülmektedir. İki grup arasında meslek yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

3.1.3 Günübirlik Ameliyat Geçiren Çocukların Ailelerinin Tanıtıcı Özellikleri

Tablo 3: Ailelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımları (N=100)

Özellikler	Kontrol Grubu n=50		Vaka Grubu n=50		X ²	p
	n	%	n	%		
Ailenin Çocuk Sayısı						
1	16	32	15	30	2.790	0.425 p>0.05
2	24	48	29	58		
3 ve üstü	10	20	6	12		
Ailenin Sosyal Güvencesi						
SSK	18	36	18	36	0.110	0.947 p>0.05
Emekli Sandığı	26	52	27	54		
Ücretli	6	12	5	10		
Ailenin Gelir Düzeyi 1500 YTL						
1500 altı	31	62	33	66	0.043	0.835 p>0.05
1500 ve üstü	19	38	17	34		
Hastane Deneyimi						
Var	38	76	28	56	3.610	0.057 p>0.05
Yok	12	24	22	44		

Tablo 3’de Ailelerin çocuk sayısı incelendiğinde; Kontrol grubunun %32’sinin, vaka grubunun %30’unun tek çocuğa, kontrol grubunun %48’inin, vaka grubunun 58’inin iki çocuğa, kontrol grubunun %20’sinin vaka grubunun %12’sinin 3 veya daha fazla çocuğa sahip olduğu görülmüştür. İki grup arasında çocuk sayısı yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Ailelerin sosyal güvenceleri incelendiğinde; kontrol grubunun %36’sının, vaka grubunun %36’sının SSK, kontrol grubunun %52’sinin, vaka grubunun %54’ünün Emekli Sandığı, kontrol grubunun %12’sinin, vaka grubunun %10’unun ücretli olduğu görülmüştür. İki grup arasında sosyal güvence yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Ailelerin gelir düzeyi incelendiğinde; kontrol grubunun %62'sinin, vaka grubunun %66'sının 1500 YTL altı, kontrol grubunun %38'inin, vaka grubunun %34'ünün 1500 YTL ve üstü olduğu görülmüştür. İki grup arasında gelir düzeyi yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Ailelerin hastane deneyimi incelendiğinde kontrol grubunun % 76'sını vaka grubunun %56'sının hastane deneyimi olduğu kontrol grubunun % 24'ünün vaka grubunun % 44'ünün hastane deneyimi olmadığı görülmüştür.İki grup arasında hastane deneyimi yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

3.2. ANNELERİN ANKSİYETE DÜZEYLERİNE İLİŞKİN PUAN ORTALAMALARI

3.2.1 Annelerin Ameliyat Öncesi Anksiyete Puan Ortalamaları

Tablo 4: Annelerin Ameliyat Öncesi Durumluk – Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=100)

Gruplar	Ameliyat Öncesi DAP	Ameliyat Öncesi SAP
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Kontrol	46.34 \pm 4.20	43.44 \pm 4.14
Vaka	41.72 \pm 4.14	41.98 \pm 4.34
T	5.531	1.721
P	0.00 $p < 0.05$	0.088 $p > 0.05$

Tablo 4'te grupların ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamaları ile süreklilik anksiyete puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Kontrol grubunun ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalaması 46.34 \pm 4.20, vaka grubunun 41.72 \pm 4.14 olarak saptanmış ve iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Kontrol grubunun ameliyat öncesi süreklilik anksiyete puan ortalaması 43.44 \pm 4.14, vaka grubunun 41.98 \pm 4.34 olarak saptanmış ve iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

3.2.2 Annelerin Ameliyat Sonrası Anksiyete Puan Ortalamaları

Tablo 5: Annelerin Ameliyat Sonrası Durumluk – Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=100)

Gruplar	Ameliyat Sonrası DAP $\bar{X} \pm SD$	Ameliyat Sonrası SAP $\bar{X} \pm SD$
Kontrol	42.08 \pm 5.60	42.32 \pm 4.12
Vaka	40.10 \pm 4.16	41.20 \pm 5.06
T	2.005	1.212
P	0.048 p> 0.05	0.229 p> 0.05

Tablo 5'te grupların ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları (DAP) ile süreklilik anksiyete puan ortalamaları (SAP) karşılaştırılmıştır. Kontrol grubunun ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları 42.08 \pm 5.60, vaka grubunun 40.10 \pm 4.16 olarak saptanmış ve iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p> 0.05). Kontrol grubunun ameliyat sonrası süreklilik anksiyete puan ortalamaları 42.32 \pm 4.12, vaka grubunun 41.20 \pm 5.06 olarak saptanmış ve iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p> 0.05).

3.3. ÇOCUĞA, ANNEYE VE AİLEYE AİT BAZI ÖZELLİKLER İLE ANNELERİN ANKSİYETE PUAN ORTALAMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

3.3.1.Çocukların Cinsiyetine Göre Annelerin Ameliyat Öncesi Anksiyete Puan Ortalamaları

Tablo 6: Çocukların Cinsiyetine Göre Annelerin Ameliyat Öncesi Durumluk – Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=100)

Puan Cinsiyet	KONTROL GRUBU				VAKA GRUBU			
	n	$\bar{X} \pm SD$	t	p	n	$\bar{X} \pm SD$	t	p
DAP								
Kız	20	47.20 \pm 4.40	1.185	0.242 p>0.05	17	41.35 \pm 4.92	0.446	0.658 p>0.05
Erkek	30	45.76 \pm 4.04			33	41.90 \pm 3.75		
SAP								
Kız	20	43.60 \pm 3.91	0.221	0.826 p>0.05	17	41.76 \pm 3.70	0.249	0.804 p>0.05
Erkek	30	43.33 \pm 4.34			33	42.09 \pm 4.68		

Tablo 6’da Çocukların cinsiyetine göre annelerin ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde kontrol grubunda çocuğunun cinsiyeti kız olan anneler 47.20 \pm 4.40 puan ortalaması ile en yüksek anksiyete düzeyine sahip iken, vaka grubunda bu puan 41.90 \pm 3.75 ile çocuğunun cinsiyeti erkek olan annelerde yüksek bulunmuştur. İki grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Çocukların cinsiyetine göre annelerin ameliyat öncesi süreklilik anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde kontrol grubunda çocuğunun cinsiyeti kız olan anneler 43.60 \pm 3.91 puan ortalaması ile en yüksek anksiyete düzeyine sahip iken, vaka grubunda bu puan 42.09 \pm 4.68 ile çocuğunun cinsiyeti erkek olan annelerde yüksek bulunmuştur. İki grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

3.3.2. Çocuğun Cinsiyetine Göre Annelerin Ameliyat Sonrası Anksiyete Puan Ortalamaları

Tablo 7: Çocuğun Cinsiyetine Göre Annelerin Ameliyat Sonrası Durumluk – Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=100)

Puan Cinsiyet	KONTROL GRUBU				VAKA GRUBU			
	n	$\bar{X} \pm SD$	t	p	n	$\bar{X} \pm SD$	t	p
DAP								
Kız	20	42.20 \pm 6.72	1.122	0.903 p>0.05	17	39.58 \pm 4.38	0.619	0.539 p>0.05
Erkek	30	42.00 \pm 4.84			33	40.36 \pm 4.09		
SAP								
Kız	20	42.90 \pm 3.75	0.808	0.423 p>0.05	17	41.41 \pm 4.31	0.210	0.835 p>0.05
Erkek	30	41.93 \pm 4.37			33	41.09 \pm 5.47		

Tablo 7’de çocukların cinsiyetine göre annelerin ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde kontrol grubunda çocuğunun cinsiyeti kız olan anneler 42.20 \pm 6.72 puan ortalaması ile en yüksek anksiyete düzeyine sahip iken, vaka grubunda bu puan 40.36 \pm 4.09 ile çocuğunun cinsiyeti erkek olan annelerde yüksek bulunmuştur. İki grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Çocukların cinsiyetine göre annelerin ameliyat sonrası süreklilik anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde kontrol grubunda çocuğunun cinsiyeti kız olan anneler 42.90 \pm 3.75 puan ortalaması ile en yüksek anksiyete düzeyine sahip iken, vaka grubunda bu puan 41.41 \pm 4.31 ile çocuğunun cinsiyeti kız olan annelerde yüksek bulunmuştur. İki grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

3.3.3. Çocukların Yaşlarına Göre Annelerin Ameliyat Öncesi Anksiyete Puan Ortalamaları

Tablo 8: Çocukların Yaşlarına Göre Annelerin Ameliyat Öncesi Durumluk – Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=100)

Puan Ç. Yaşı	KONTROL GRUBU				VAKA GRUBU			
	n	$\bar{X} \pm SD$	F	P	n	$\bar{X} \pm SD$	F	p
DAP								
0-2	9	47.66 ± 2.50	0.843	0.437	22	41.45 ± 3.94	0.079	0.924
3-6	16	46.68 ± 4.14						
7 ve üstü	25	45.64 ± 4.69						
Toplam	50	46.34 ± 4.20			50	41.72 ± 4.14		
SAP								
0-2	9	45.66 ± 3.08	2.126	0.131	22	43.22 ± 4.09	1.686	0.196
3-6	16	42.18 ± 5.02						
7 ve üstü	25	43.44 ± 3.62						
Toplam	50	43.44 ± 4.14			50	41.98 ± 4.34		

Tablo 8’de çocukların yaşlarına göre annelerin ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde kontrol grubunda çocuğu 0-2 yaş grubundaki anneler 47.66 ± 2.50 puan ortalaması ile en yüksek anksiyete düzeyine sahip iken, vaka grubunda bu puan 41.89 ± 4.22 ile çocuğu 7 ve üstü yaş grubunda olan annelerde yüksek bulunmuştur. İki grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çocukların yaşlarına göre annelerin ameliyat öncesi süreklilik anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde kontrol grubunda çocuğu 0-2 yaş grubundaki anneler 45.66 ± 3.08 puan ortalaması ile en yüksek anksiyete düzeyine sahip iken, vaka grubunda bu puan 43.22 ± 4.09 ile çocuğu 0-2 yaş grubundaki annelerde yüksek bulunmuştur. İki grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

3.3.4. Çocukların Yaşlarına Göre Annelerin Ameliyat Sonrası Anksiyete Puan Ortalamaları

Tablo 9: Çocukların Yaşlarına Göre Annelerin Ameliyat Sonrası Durumluk – Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=100)

Puan Ç. Yaşı	KONTROL GRUBU				VAKA GRUBU			
	n	$\bar{X} \pm SD$	F	p	n	$\bar{X} \pm SD$	F	p
DAP								
0-2	9	44.33 \pm 3.70	1.074	0.350 p>0.05	22	40.04 \pm 3.94	0.011	0.989 p>0.05
3-6	16	42.25 \pm 6.25			9	40.00 \pm 4.87		
7 ve üstü	25	41.16 \pm 5.68			19	40.21 \pm 4.22		
Toplam	50	42.08 \pm 5.60			50	40.10 \pm 4.16		
SAP								
0-2	9	44.77 \pm 4.17	2.130	0.130 p>0.05	22	42.72 \pm 4.55	1.846	0.169 p>0.05
3-6	16	41.43 \pm 4.45			9	40.00 \pm 5.02		
7 ve üstü	25	42.00 \pm 3.69			19	40.00 \pm 5.41		
Toplam	50	42.32 \pm 4.11			50	41.20 \pm 5.06		

Tablo 9’da çocukların yaşlarına göre annelerin ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde kontrol grubunda çocuğu 0-2 yaş grubundaki anneler 44.33 \pm 3.70 puan ortalaması ile en yüksek anksiyete düzeyine sahip iken, vaka grubunda bu puan 40.21 \pm 4.22 ile çocuğu 7 ve üstü yaş grubundaki annelerde yüksek bulunmuştur. İki grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Çocukların yaşlarına göre annelerin ameliyat sonrası süreklilik anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde kontrol grubunda çocuğu 0-2 yaş grubundaki anneler 44.77 \pm 4.17 puan ortalaması ile en yüksek anksiyete düzeyine sahip iken, vaka grubunda bu puan 42.72 \pm 4.55 ile çocuğu 0-2 yaş grubundaki annelerde yüksek bulunmuştur. İki grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

3.3.5. Çocukların Ameliyat Cinsine Göre Annelerin Ameliyat Öncesi Anksiyete Puan Ortalamaları

Tablo 10: Çocukların Ameliyat Cinsine Göre Annelerin Ameliyat Öncesi Durumluk – Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=100)

Puan A. Cinsi	KONTROL GRUBU				VAKA GRUBU			
	n	$\bar{X} \pm SD$	t	p	n	$\bar{X} \pm SD$	t	p
DAP								
İ.-S. Patolojiler	16	47.00 ± 3.96	0.758	0.452 p>0.05	30	42.46 ± 3.97	1.584	0.120 p>0.05
T.-A.	34	46.02 ± 4.33			20	40.60 ± 4.24		
SAP								
İ.-S. Patolojiler	16	44.75 ± 2.97	1.557	0.126 p>0.05	30	42.76 ± 4.02	1.594	0.117 p>0.05
T.-A.	34	42.82 ± 4.49			20	40.80 ± 4.62		

İ.-S.: İnguinal-skrotal

T.-A.: Tonsil-adenoid

Tablo 10'da Çocukların ameliyat cinsine göre annelerin ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde kontrol grubunda çocuğu inguinal-skrotal patoloji ameliyatı olan anneler 47.00 ± 3.96 puan ortalaması ile en yüksek anksiyete düzeyine sahip iken, vaka grubunda bu puan 42.46 ± 3.97 ile çocuğu inguinal-skrotal patoloji ameliyatı olan annelerde yüksek bulunmuştur. İki grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Çocukların ameliyat cinsine göre annelerin ameliyat öncesi süreklilik anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde kontrol grubunda çocuğu inguinal-skrotal patoloji ameliyatı olan anneler 44.75 ± 2.97 puan ortalaması ile en yüksek anksiyete düzeyine sahip iken, vaka grubunda bu puan 42.76 ± 4.02 ile çocuğu inguinal-skrotal patoloji ameliyatı olan annelerde yüksek bulunmuştur. İki grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

3.3.6. Çocukların Ameliyat Cinsine Göre Annelerin Ameliyat Sonrası Anksiyete Puan Ortalamaları

Tablo 11: Ameliyat Cinsine Göre Annelerin Ameliyat Sonrası Durumluk – Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=100)

Puan A. Cinsi	KONTROL GRUBU				VAKA GRUBU			
	n	$\bar{X} \pm SD$	t	p	n	$\bar{X} \pm SD$	t	p
DAP								
İ.-S.	16	43.50 ± 4.97	1.235	0.223 p>0.05	30	42.46 ± 3.97	1.111	0.272 p>0.05
Patolojiler	34	41.41 ± 5.82			20	40.60 ± 4.24		
T.-A.								
SAP								
İ.-S.	16	43.62 ± 3.93	1.556	0.126 p>0.05	30	42.76 ± 4.02	1.143	0.259 p>0.05
Patolojiler	34	41.70 ± 4.13			20	40.80 ± 4.62		
T.-A.								

Tablo 11’de çocukların ameliyat cinsine göre annelerin ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde; kontrol grubunda çocuğu inguinal-scrotal patoloji ameliyatı olan anneler 43.50 ± 4.97 puan ortalaması ile en yüksek anksiyete düzeyine sahip iken, vaka grubunda bu puan 42.46 ± 3.97 ile çocuğu inguinal-scrotal patoloji ameliyatı olan annelerde yüksek bulunmuştur. İki grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çocukların ameliyat cinsine göre annelerin ameliyat sonrası süreklilik anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde; kontrol grubunda çocuğu inguinal-scrotal patoloji ameliyatı olan anneler 43.62 ± 3.93 puan ortalaması ile en yüksek anksiyete düzeyine sahip iken, vaka grubunda bu puan 42.76 ± 4.02 ile çocuğu inguinal-scrotal patoloji ameliyatı olan annelerde yüksek bulunmuştur. İki grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

3.3.7.Çocukların Hastane Deneyimine Göre Annelerin Ameliyat Öncesi Anksiyete Puan Ortalamaları

Tablo 12: Çocuğun Hastane Deneyimine Göre Annelerin Ameliyat Öncesi Durumluk – Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=100)

Puan	KONTROL GRUBU				VAKA GRUBU			
	n	$\bar{X} \pm SD$	t	p	n	$\bar{X} \pm SD$	t	p
Çocuğun H.D.								
DAP								
Var	26	45.84 ± 4.42	0.862	0.393	16	42.31 ± 5.00	0.690	0.494
Yok	24	46.87 ± 3.98		p>0.05	34	41.44 ± 3.72		p>0.05
SAP								
Var	26	43.15 ± 4.74	0.505	0.616	16	41.68 ± 4.52	0.324	0.747
Yok	24	43.75 ± 3.44		p>0.05	34	42.11 ± 4.31		p>0.05

Tablo 12’de Çocuğun hastane deneyimine göre annelerin ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde; kontrol grubunda çocuğunun hastane deneyimi olmayan anneler 46.87 ± 3.98 puan ortalaması ile en yüksek anksiyete düzeyine sahip iken, vaka grubunda bu puan 42.31 ± 5.00 ile çocuğunun hastane deneyimi olan annelerde yüksek bulunmuştur. İki grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Çocuğun hastane deneyimine göre annelerin ameliyat öncesi süreklilik anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde; kontrol grubunda çocuğunun hastane deneyimi olmayan anneler 43.75 ± 3.44 puan ortalaması ile en yüksek anksiyete düzeyine sahip iken, vaka grubunda bu puan 42.11 ± 4.31 ile çocuğunun hastane deneyimi olan annelerde yüksek bulunmuştur. İki grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

3.3.8. Çocukların Hastane Deneyimine Göre Annelerin Ameliyat Sonrası Anksiyete Puan Ortalamaları

Tablo 13: Çocukların Hastane Deneyimine Göre Annelerin Ameliyat Sonrası Durumluk – Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=100)

Puan Çocuğun H. D.	KONTROL GRUBU				VAKA GRUBU			
	n	$\bar{X} \pm SD$	t	p	n	$\bar{X} \pm SD$	t	p
DAP								
Var	26	41.61 ± 6.11	0.606	0.547	16	40.00 ± 4.77	0.115	0.494
Yok	24	42.58 ± 5.07		p>0.05	34	40.14 ± 3.92		p>0.05
SAP								
Var	26	42.07 ± 3.87	0.430	0.669	16	40.25 ± 6.04	0.908	0.369
Yok	24	42.58 ± 4.45		p>0.05	34	41.64 ± 4.56		p>0.05

Tablo 13’de çocukların hastane deneyimine göre annelerin ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde kontrol grubunda çocuğunun hastane deneyimi olmayan anneler 42.58 ± 5.07 puan ortalaması ile en yüksek anksiyete düzeyine sahip iken, vaka grubunda bu puan 40.14 ± 3.92 ile çocuğunun hastane deneyimi olmayan annelerde yüksek bulunmuştur. İki grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çocuğun hastane deneyimine göre annelerin ameliyat sonrası süreklilik anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde kontrol grubunda çocuğunun hastane deneyimi olmayan anneler 42.58 ± 4.45 puan ortalaması ile en yüksek anksiyete düzeyine sahip iken, vaka grubunda bu puan 41.64 ± 4.56 ile çocuğunun hastane deneyimi olmayan annelerde yüksek bulunmuştur. İki grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

3.3.9. Annelerin Yaşlarına Göre Ameliyat Öncesi Anksiyete Puan Ortalamaları

Tablo 14: Annelerin Yaşlarına Göre Ameliyat Öncesi Durumluk – Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=100)

Puan Anne Yaşı	KONTROL GRUBU				VAKA GRUBU			
	n	$\bar{X} \pm SD$	t	p	n	$\bar{X} \pm SD$	t	p
DAP								
18-29	9	48.55 \pm 3.32	1.783	0.081	16	41.87 \pm 3.57	0.180	0.858
30 ve üstü	41	45.85 \pm 4.25		p>0.05	34	41.64 \pm 4.43		p>0.05
SAP								
18-29	9	45.11 \pm 3.33	1.348	0.184	16	42.93 \pm 3.95	1.072	0.289
30 ve üstü	41	43.07 \pm 4.24		p>0.05	34	41.52 \pm 4.49		p>0.05

Tablo 14’de annelerin yaşlarına göre ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde kontrol grubunda 18-29 yaş grubundaki anneler 48.55 \pm 3.32 puan ortalaması ile en yüksek anksiyete düzeyine sahip iken, vaka grubunda bu puan 41.87 \pm 3.57 ile 18-29 yaş grubundaki annelerde yüksek bulunmuştur. İki grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Annelerin yaşlarına göre ameliyat öncesi süreklilik anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde kontrol grubunda 18-29 yaş grubundaki anneler 45.11 \pm 3.33 puan ortalaması ile en yüksek anksiyete düzeyine sahip iken, vaka grubunda bu puan 42.93 \pm 3.95 ile 18-29 yaş grubunda yüksek bulunmuştur. İki grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

3.3.10. Annelerin Yaşlarına Göre Ameliyat Sonrası Anksiyete Puan Ortalamaları

Tablo 15: Annelerin Yaşlarına Göre Ameliyat Sonrası Durumluk – Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=100)

Puan Anne Yaşı	KONTROL GRUBU				VAKA GRUBU			
	n	$\bar{X} \pm SD$	t	p	n	$\bar{X} \pm SD$	t	p
DAP								
18-29	9	45.66 ± 2.39	2.301	0.001	16	41.00 ± 4.32	1.049	0.299
30 ve üstü	41	41.29 ± 5.81			34	39.67 ± 4.08		
SAP								
18-29	9	43.66 ± 4.74	1.083	0.284	16	42.50 ± 4.14	1.252	0.217
30 ve üstü	41	42.02 ± 3.98			34	40.58 ± 5.39		

Tablo 15’de annelerin yaşlarına göre ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde kontrol grubunda 18-29 yaş grubundaki anneler 45.66 ± 2.39 puan ortalaması ile en yüksek anksiyete düzeyine sahip iken, vaka grubunda bu puan 41.00 ± 4.32 ile 18-29 yaş grubundaki annelerde yüksek bulunmuştur. İki grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Annelerin yaşlarına göre ameliyat sonrası süreklilik anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde kontrol grubunda 18-29 yaş grubundaki anneler 43.66 ± 4.74 puan ortalaması ile en yüksek anksiyete düzeyine sahip iken, vaka grubunda bu puan 42.50 ± 4.14 ile 18-29 yaş grubunda yüksek bulunmuştur. İki grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

3.3.11. Annelerin Eğitim Düzeylerine Göre Ameliyat Öncesi Anksiyete Puan Ortalamaları

Tablo 16: Annelerin Eğitim Düzeylerine Göre Ameliyat Öncesi Durumluk – Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=100)

Puan Eğitim Düzeyi	KONTROL GRUBU				VAKA GRUBU			
	n	$\bar{X} \pm SD$	F	p	n	$\bar{X} \pm SD$	F	p
DAP								
ilköğretim	18	45.55 ± 3.86	1.335	0.273	17	42.05 ± 3.54	0.411	0.665
lise	15	47.80 ± 3.54			19	42.05 ± 4.66		
üniversite	17	45.88 ± 4.93			14	40.85 ± 4.25		
Toplam	50	46.34 ± 4.20			50	41.72 ± 4.14		
SAP								
ilköğretim	18	46.61 ± 3.44	3.010	0.059	17	42.35 ± 4.70	0.950	0.910
lise	15	44.20 ± 3.66			19	41.73 ± 4.66		
üniversite	17	41.52 ± 4.70			14	41.85 ± 3.65		
Toplam	50	43.44 ± 4.14			50	41.98 ± 4.34		

Tablo 16’da annelerin eğitim düzeylerine göre ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde kontrol grubunda lise grubundaki anneler 47.80 ± 3.54 puan ortalaması ile en yüksek anksiyete düzeyine sahip iken, vaka grubunda bu puan 42.05 ± 4.66 ile lise grubunda yüksek bulunmuştur. İki grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Annelerin eğitim düzeylerine göre ameliyat öncesi süreklilik anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde kontrol grubunda ilköğretim grubundaki anneler 46.61 ± 3.44 puan ortalaması ile en yüksek anksiyete düzeyine sahip iken, vaka grubunda bu puan 42.35 ± 4.70 ile ilköğretim grubunda yüksek bulunmuştur. İki grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

3.3.12. Annelerin Eğitim Düzeylerine Göre Ameliyat Sonrası Anksiyete Puan Ortalamaları

Tablo 17: Annelerin Eğitim Düzeylerine Göre Ameliyat Sonrası Durumluk – Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=100)

Puan Eğitim Düzeyi	KONTROL GRUBU				VAKA GRUBU			
	n	$\bar{X} \pm SD$	F	p	n	$\bar{X} \pm SD$	F	p
DAP								
ilköğretim	18	41.44 ± 6.16			17	40.70 ± 4.02		
lise	15	43.33 ± 5.77	0.531	0.592	19	40.73 ± 4.79	1.461	0.242
üniversite	17	41.64 ± 4.94		p>0.05	14	38.50 ± 3.13		p>0.05
Toplam	50	42.08 ± 5.60			50	41.72 ± 4.14		
SAP								
ilköğretim	18	42.94 ± 3.65			17	41.52 ± 5.78		
lise	15	43.06 ± 3.75	1.339	0.272	19	41.68 ± 5.14	0.417	0.661
üniversite	17	41.00 ± 4.78		p>0.05	14	40.14 ± 4.14		p>0.05
Toplam	50	43.32 ± 4.12			50	41.20 ± 5.06		

Tablo 17’de annelerin eğitim düzeylerine göre ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde kontrol grubunda lise grubundaki anneler 43.33 ± 5.77 puan ortalaması ile en yüksek anksiyete düzeyine sahip iken, vaka grubunda bu puan 40.73 ± 4.79 ile lise grubunda yüksek bulunmuştur. İki grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Annelerin eğitim düzeylerine göre ameliyat sonrası süreklilik anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde kontrol grubunda lise grubundaki anneler 43.06 ± 3.75 puan ortalaması ile en yüksek anksiyete düzeyine sahip iken, vaka grubunda bu puan 41.68 ± 5.14 ile lise grubunda yüksek bulunmuştur. İki grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

3.3.13. Ailelerin Çocuk Sayısına Göre Annelerin Ameliyat Öncesi Anksiyete Puan Ortalamaları

Tablo 18: Ailelerin Çocuk Sayısına Göre Annelerin Ameliyat Öncesi Durumluk – Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=100)

Puan Ç. Sayısı	KONTROL GRUBU				VAKA GRUBU			
	n	$\bar{X} \pm SD$	F	p	n	$\bar{X} \pm SD$	F	p
DAP								
1	16	48.00 \pm 3.79			15	42.26 \pm 3.86		
2	24	44.70 \pm 4.29	3.916	0.027	29	41.20 \pm 3.98	0.559	0.576
3 ve üstü	10	47.60 \pm 3.37		p<0.05	6	42.83 \pm 5.81		p>0.05
Toplam	50	46.34 \pm 4.20			50	41.72 \pm 4.14		
SAP								
1	16	43.87 \pm 4.31			15	42.06 \pm 4.63		
2	24	43.62 \pm 4.04	0.481	0.621	29	41.51 \pm 4.17	0.811	0.450
3 ve üstü	10	42.30 \pm 4.32		p>0.05	6	44.00 \pm 4.56		p>0.05
Toplam	50	43.44 \pm 4.14			50	41.98 \pm 4.34		

Tablo 18’de ailelerin çocuk sayısına göre annelerin ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde; kontrol grubunda 1 çocuğu olan anneler 48.00 \pm 3.79 ortalaması ile en yüksek anksiyete düzeyine sahip iken, vaka grubunda bu puan 42.83 \pm 5.81 3 ve üstü çocuğa sahip annelerde yüksek bulunmuştur. İki grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05). Ancak kontrol grubunda gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Ailenin çocuk sayısına göre annelerin ameliyat öncesi süreklilik anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde; kontrol grubunda 1 çocuğu olan anneler 43.87 \pm 4.31 puan ortalaması ile en yüksek anksiyete düzeyine sahip iken, vaka grubunda bu puan 44.00 \pm 4.56 ile 3 ve üstü çocuğa sahip annelerde yüksek bulunmuştur. İki grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

3.3.14. Ailelerin Çocuk Sayısına Göre Annelerin Ameliyat Sonrası Anksiyete Puan Ortalamaları

Tablo 19: Ailenin Çocuk Sayısına Göre Annelerin Ameliyat Sonrası Durumluk – Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=100)

Puan Ç. Sayısı	KONTROL GRUBU				VAKA GRUBU			
	n	$\bar{X} \pm SD$	F	p	n	$\bar{X} \pm SD$	F	p
DAP								
1	16	44.81 \pm 3.52			15	40.33 \pm 4.36		
2	24	40.00 \pm 5.26	4.067	0.023	29	39.86 \pm 3.57	0.122	0.886
3 ve üstü	10	42.70 \pm 7.36		p<0.05	6	40.66 \pm 6.65		p>0.05
Toplam	50	42.08 \pm 5.60			50	40.10 \pm 4.16		
SAP								
1	16	43.75 \pm 5.00			15	41.46 \pm 4.62		
2	24	41.50 \pm 3.64	1.493	0.235	29	40.58 \pm 5.06	0.846	0.435
3 ve üstü	10	42.00 \pm 3.39		p>0.05	6	43.50 \pm 6.25		p>0.05
Toplam	50	43.44 \pm 4.12			50	41.20 \pm 5.06		

Tablo 19’da ailelerin çocuk sayısına göre annelerin ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde; kontrol grubunda 1 çocuğa sahip olan anneler 44.81 \pm 3.52 ortalaması ile en yüksek anksiyete düzeyine sahip iken, vaka grubunda bu puan 40.66 \pm 6.65 ile 3 ve üstü çocuğa sahip annelerde yüksek bulunmuştur. İki grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05). Ancak kontrol grubunda gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Ailelerin çocuk sayısına göre annelerin ameliyat sonrası süreklilik anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde kontrol grubunda 1 çocuğa sahip olan anneler 43.75 \pm 5.00 puan ortalaması ile en yüksek anksiyete düzeyine sahip iken, vaka grubunda bu puan 43.50 \pm 6.25 ile 3 ve üstü çocuğa sahip annelerde yüksek bulunmuştur. İki grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

3.3.15. Çocukların Ailelerin Kaçınıcı Çocuğu Olduğuna Göre Annelerin Ameliyat Öncesi Anksiyete Puan Ortalamaları

Tablo 20: Çocukların Ailelerin Kaçınıcı Çocuğu Olduğuna Göre Annelerin Ameliyat Öncesi Durumluk – Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=100)

Puan Ailenin Kaçınıcı Ç.	KONTROL GRUBU				VAKA GRUBU			
	n	$\bar{X} \pm SD$	t	p	n	$\bar{X} \pm SD$	t	p
DAP								
1	29	46.48 \pm 4.23	0.279	0.781	19	42.36 \pm 3.97	0.864	0.392
2 ve üstü	21	46.14 \pm 4.26		p>0.05	31	41.32 \pm 4.26		p>0.05
SAP								
1	29	44.00 \pm 4.22	1.127	0.265	28	42.73 \pm 4.33	0.965	0.340
2 ve üstü	21	42.66 \pm 3.99		p>0.05	22	41.51 \pm 4.35		p>0.05

Tablo 20’de Çocukların ailelerin kaçınıcı çocuğu olduğuna göre annelerin ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde kontrol grubunda 1.çocuk grubundaki anneler 46.48 \pm 4.23 puan ortalaması ile en yüksek anksiyete düzeyine sahip iken, vaka grubunda bu puan 42.36 \pm 3.97 ile 1.çocuk grubundaki annelerde yüksek bulunmuştur. İki grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Çocukların ailelerin kaçınıcı çocuğu olduğuna göre annelerin ameliyat öncesi süreklilik anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde kontrol grubunda 1.çocuk grubundaki anneler 44.00 \pm 4.22 puan ortalaması ile en yüksek anksiyete düzeyine sahip iken, vaka grubunda bu puan 42.73 \pm 4.33 ile 1.çocuk grubundaki annelerde yüksek bulunmuştur. İki grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

3.3.16. Çocukların Ailelerin Kaçınıcı Çocuğu Olduğuna Göre Annelerin Ameliyat Sonrası Anksiyete Puan Ortalamaları

Tablo 21: Ailenin Kaçınıcı Çocuğu Olduğuna Göre Annelerin Ameliyat Sonrası Durumluk – Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=100)

Puan Ailenin Kaçınıcı Ç.	KONTROL GRUBU				VAKA GRUBU			
	n	$\bar{X} \pm SD$	t	p	n	$\bar{X} \pm SD$	t	p
DAP								
1	29	42.27 \pm 5.20	0.288	0.775	19	40.31 \pm 4.33	0.284	0.778
2 ve üstü	21	41.80 \pm 6.24		p>0.05	31	39.96 \pm 4.12		p>0.05
SAP								
1	29	42.79 \pm 4.50	0.951	0.346	28	41.78 \pm 4.92	0.640	0.525
2 ve üstü	21	41.66 \pm 3.54		p>0.05	22	40.83 \pm 5.19		p>0.05

Tablo 21’de Çocukların ailelerin kaçınıcı çocuğu olduğuna göre annelerin ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde; kontrol grubunda 1.çocuk grubundaki anneler 42.27 \pm 5.20 puan ortalaması ile en yüksek anksiyete düzeyine sahip iken, vaka grubunda bu puan 40.31 \pm 4.33 ile 1.çocuk grubundaki annelerde yüksek bulunmuştur. İki grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Ailenin kaçınıcı çocuğu olduğuna göre annelerin ameliyat sonrası süreklilik anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde; kontrol grubunda 1.çocuk grubundaki anneler 42.79 \pm 4.50 puan ortalaması ile en yüksek anksiyete düzeyine sahip iken, vaka grubunda bu puan 41.78 \pm 4.92 ile 1.çocuk grubundaki annelerde yüksek bulunmuştur. İki grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

3.3.17. Ailelerin Sosyal Güvencelerine Göre Annelerin Ameliyat Öncesi Anksiyete Puan Ortalamaları

Tablo 22: Ailelerin Sosyal Güvencelerine Göre Annelerin Ameliyat Öncesi Durumluk – Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=100)

Puan Sosyal Güvence	KONTROL GRUBU				VAKA GRUBU			
	n	$\bar{X} \pm SD$	F	p	n	$\bar{X} \pm SD$	F	p
DAP								
SSK	18	46.16 \pm 4.24	0.330	0.721	18	41.77 \pm 3.79	0.042	0.959
E. Sandığı	26	46.15 \pm 4.42			27	41.77 \pm 4.57		
Ücretli	6	47.66 \pm 3.44			5	41.20 \pm 3.56		
Toplam	50	46.34 \pm 4.20			50	41.72 \pm 4.14		
SAP								
SSK	18	43.77 \pm 2.86	0.745	0.480	18	42.27 \pm 3.51	0.071	0.932
E. Sandığı	26	42.84 \pm 5.03			27	41.85 \pm 5.03		
Ücretli	6	45.00 \pm 2.89			5	41.60 \pm 3.57		
Toplam	50	43.44 \pm 4.14			50	41.98 \pm 4.34		

Tablo 22’de ailelerin sosyal güvencelerine göre annelerin ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde; kontrol grubunda ücretli grubundaki anneler 47.66 \pm 3.44 puan ortalaması ile en yüksek anksiyete düzeyine sahip iken, vaka grubunda 41.77 \pm 4.57 ile emekli sandığı grubunda yüksek bulunmuştur. İki grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Ailelerin sosyal güvencelerine göre annelerin ameliyat öncesi süreklilik anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde; kontrol grubunda ücretli grubundaki anneler 45.00 \pm 2.89 puan ortalaması ile en yüksek anksiyete düzeyine sahip iken, vaka grubunda bu puan 42.27 \pm 3.51 ile SSK grubunda yüksek bulunmuştur. İki grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

3.3.18. Ailelerin Sosyal Güvencelerine Göre Annelerin Ameliyat Sonrası Anksiyete Puan Ortalamaları

Tablo 23: Ailelerin Sosyal Güvencelerine Göre Annelerin Ameliyat Sonrası Durumluk – Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=100)

Puan Sosyal Güvence	KONTROL GRUBU				VAKA GRUBU			
	n	$\bar{X} \pm SD$	F	p	n	$\bar{X} \pm SD$	F	p
DAP								
SSK	18	42.16 ± 5.52	0.616	0.544	18	40.11 ± 3.87	0.042	0.959
E. Sandığı	26	41.50 ± 5.93						
Ücretli	6	44.33 ± 4.50			p>0.05	5		
Toplam	50	42.08 ± 5.06			50	40.10 ± 4.16		
SAP								
SSK	18	42.72 ± 3.76	0.660	0.521	18	42.16 ± 3.58	0.515	0.601
E. Sandığı	26	41.73 ± 4.70						
Ücretli	6	43.66 ± 1.86			p>0.05	5		
Toplam	50	43.32 ± 4.12			50	41.20 ± 5.06		

Tablo 23’de ailelerin sosyal güvencelerine göre annelerin ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde; kontrol grubunda ücretli grubundaki anneler 44.33 ± 4.50 puan ortalaması ile en yüksek anksiyete düzeyine sahip iken, vaka grubunda 40.40 ± 2.50 ile ücretli yatan grubunda yüksek bulunmuştur. İki grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Ailelerin sosyal güvencelerine göre annelerin ameliyat sonrası süreklilik anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde; kontrol grubunda ücretli grubundaki anneler 43.66 ± 1.86 puan ortalaması ile en yüksek anksiyete düzeyine sahip iken, vaka grubunda bu puan 42.16 ± 3.58 ile SSK grubunda yüksek bulunmuştur. İki grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

3.3.19.Ailelerin Aylık Gelir Düzeylerine Göre Annelerin Ameliyat Öncesi Anksiyete Puan Ortalamaları

Tablo 24: Ailelerin Aylık Gelir Düzeylerine Göre Annelerin Ameliyat Öncesi Durumluk – Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=100)

Puan Gelir Düzeyi (YTL)	KONTROL GRUBU				VAKA GRUBU			
	n	$\bar{X} \pm SD$	t	p	n	$\bar{X} \pm SD$	t	p
DAP								
1500 altı	31	46.16 ± 3.92	0.380	0.705	33	41.69 ± 3.66	0.054	0.957
1500 ve üstü	19	46.63 ± 4.72			17	41.76 ± 5.06		
SAP								
1500 altı	31	44.32 ± 3.61	1.982	0.053	33	41.75 ± 4.51	0.501	0.619
1500 ve üstü	19	42.00 ± 4.61			17	42.41 ± 4.07		

Tablo 24’de ailelerin aylık gelir düzeylerine göre annelerin ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde; kontrol grubunda 1500 YTL ve üstü grubundaki anneler 46.63 ± 4.72 puan ortalaması ile en yüksek anksiyete düzeyine sahip iken, vaka grubunda bu puan 41.76 ± 5.06 ile 1500 ve üstü grubunda yüksek bulunmuştur. İki grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Ailelerin gelir düzeylerine göre annelerin ameliyat öncesi süreklilik anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde; kontrol grubunda 1500 YTL altı grubundaki anneler 44.32 ± 3.61 puan ortalaması ile en yüksek anksiyete düzeyine sahip iken, vaka grubunda bu puan 42.41 ± 4.07 ile 1500 YTL ve üstü grubunda yüksek bulunmuştur. İki grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

3.3.19. Ailelerin Aylık Gelir Düzeylerine Göre Annelerin Ameliyat Sonrası Anksiyete Puan Ortalamaları

Tablo 25: Ailelerin Aylık Gelir Düzeylerine Göre Annelerin Ameliyat Sonrası Durumluk – Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=100)

Puan Gelir Düze yi (YTL)	KONTROL GRUBU				VAKA GRUBU			
	n	$\bar{X} \pm SD$	t	p	n	$\bar{X} \pm SD$	t	p
DAP								
1500 altı	31	42.19 \pm 6.04	0.181	0.857	33	40.51 \pm 4.28	0.981	0.331
1500 ve üstü	19	41.89 \pm 4.96		p>0.05	17	39.29 \pm 3.91		p>0.05
SAP								
1500 altı	31	43.22 \pm 3.79	2.045	0.046	33	41.03 \pm 5.28	0.327	0.745
1500 ve üstü	19	40.84 \pm 4.32		p>0.05	17	41.52 \pm 4.74		p>0.05

Tablo 25’de ailelerin aylık gelir düzeylerine göre annelerin ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde; kontrol grubunda 1500 YTL altı grubundaki anneler 42.19 \pm 6.04 puan ortalaması ile en yüksek anksiyete düzeyine sahip iken, vaka grubunda bu puan 40.51 \pm 4.28 ile 1500 YTL altı grubunda yüksek bulunmuştur. İki grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Ailelerin gelir düzeylerine göre annelerin ameliyat sonrası süreklilik anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde; kontrol grubunda 1500 YTL altı grubundaki anneler 43.22 \pm 3.79 puan ortalaması ile en yüksek anksiyete düzeyine sahip iken, vaka grubunda bu puan 41.52 \pm 4.74 ile 1500 YTL ve üstü grubunda yüksek bulunmuştur. İki grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

3.3.21. Ailelerin Hastane Deneyimine Göre Annelerin Ameliyat Öncesi Anksiyete Puan Ortalamaları

Tablo 26: Ailelerin Hastane Deneyimine Göre Annelerin Ameliyat Öncesi Durumluk – Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=100)

Puan	KONTROL GRUBU				VAKA GRUBU			
	n	$\bar{X} \pm SD$	t	p	n	$\bar{X} \pm SD$	t	p
Ailelerin H.Deneyimi								
DAP								
Var	38	45.97 \pm 4.45	1.098	0.278	28	42.17 \pm 4.71	0.880	0.383
Yok	12	47.50 \pm 3.17		p>0.05	22	41.13 \pm 3.29		p>0.05
SAP								
Var	38	43.13 \pm 4.58	0.936	0.354	28	42.32 \pm 4.78	0.624	0.536
Yok	12	44.41 \pm 2.10		p>0.05	22	41.54 \pm 3.76		p>0.05

Tablo 26’da ailelerin hastane deneyimine göre annelerin ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde; kontrol grubunda hastane deneyimi olmayan anneler 47.50 \pm 3.17 puan ortalaması ile en yüksek anksiyete düzeyine sahip iken, vaka grubunda bu puan 42.17 \pm 4.71 ile hastane deneyimi olan annelerde yüksek bulunmuştur. İki grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Ailelerin hastane deneyimine göre annelerin ameliyat öncesi süreklilik anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde; kontrol grubunda hastane deneyimi olmayan anneler 43.13 \pm 4.58 puan ortalaması ile en yüksek anksiyete düzeyine sahip iken, vaka grubunda bu puan 42.32 \pm 4.78 ile hastane deneyimi olan annelerde yüksek bulunmuştur. İki grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

3.3.22. Ailelerin Hastane Deneyimine Göre Annelerin Ameliyat Sonrası Anksiyete Puan Ortalamaları

Tablo 27: Ailelerin Hastane Deneyimine Göre Annelerin Ameliyat Sonrası Durumluk Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=100)

Puan Ailelerin H.Deneyimi	KONTROL GRUBU				VAKA GRUBU			
	n	$\bar{X} \pm SD$	t	p	n	$\bar{X} \pm SD$	t	P
DAP								
Var	38	41.44 ± 5.74	1.435	0.158	28	40.32 ± 4.85	0.420	0.676
Yok	12	44.08 ± 4.83		p>0.05	22	39.81 ± 3.17		p>0.05
SAP								
Var	38	42.23 ± 4.38	0.251	0.803	28	41.50 ± 5.89	0.469	0.642
Yok	12	42.58 ± 3.34		p>0.05	22	40.81 ± 3.87		p>0.05

Tablo 27’de Ailelerin hastane deneyimine göre annelerin ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde kontrol grubunda hastane deneyimi olmayan anneler 44.08 ± 4.83 puan ortalaması ile en yüksek anksiyete düzeyine sahip iken, vaka grubunda bu puan 40.32 ± 4.85 ile hastane deneyimi olan annelerde yüksek bulunmuştur. İki grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Ailelerin hastane deneyimine göre annelerin ameliyat sonrası süreklilik anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde kontrol grubunda hastane deneyimi olmayan anneler 42.58 ± 3.34 puan ortalaması ile en yüksek anksiyete düzeyine sahip iken, vaka grubunda bu puan 41.50 ± 5.89 ile hastane deneyimi olan annelerde yüksek bulunmuştur. İki grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

4.TARTIŞMA:

4.1. Günübirlik Ameliyat Olan Çocuk ve Ailelerine Ait Tanıtıcı Özelliklerin İncelenmesi

Çocukların cinsiyet dağılımı incelendiğinde; kontrol grubunun %40'nın, vaka grubunun %34'nün kız, kontrol grubunun %60'nın, vaka grubunun %66'sının erkek olduğu görülmüştür ($p>0.05$). Çalışmamızdaki kız / erkek oranı literatür çalışmalarıyla uygunluk göstermektedir.(7)

Çocukların yaş dağılımı incelendiğinde; kontrol grubunun %50'sinin 7 ve üstü yaş grubunda, vaka grubunun %44'nün 0-2 yaş grubunda olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Çalışmamıza alınan örneklem grubunda yaş sınırlaması olmamış ve örneklem grubu rastgele alınmıştır.

Çocuklara yapılan ameliyat cinsi incelendiğinde; kontrol grubunun %32'sinin, vaka grubunun % 60'nın İnguinal Scrotal patolojiler; kontrol grubunun %68'nin, vaka grubunun %40'nın Tonsillektomi–Adenoidektomi operasyonu olduğu görülmüştür ($p>0.05$).

Çocukların ailelerin kaçınıcı çocuğu olduğuna incelendiğinde; kontrol grubunun %58' nin vaka grubun % 38' nin ailenin birinci çocuğu, kontrol grubun % 42' nin vaka grubunun % 62'sinin ailelerin ikinci çocuğu olduğu görülmüştür.($p>0.05$)

Çocukların hastane deneyimi incelendiğinde; kontrol grubunun %52'sinin, vaka grubunun % 32'sinin hastane deneyimi olduğu, kontrol grubunun %48'inin, vaka grubunun %68'inin hastane deneyiminin olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Ailelerin hastane deneyimleri incelendiğinde; kontrol grubunun %76'sının, vaka grubunun %56'sının hastane deneyimi olduğu görülmüştür ($p>0.05$).

Daha önce hastane deneyimi olsun olmasın çocuğun hastaneye yatırılmasıyla; bilinmezlikten kaynaklanan korku, çocuğa ne olacağı korkusu, fiziksel fonksiyonlarda ve vücut imajında kayıp korkusu, ölüm korkusu, çaresizlik, öfke, çocuğun iyileşmesine ilişkin endişelerinin olması, hastane ortamının yabancı olması,

tanımadıkları korkutucu araçlarla karşılaşmaları, çocuğun hastalığı nedeniyle suçluluk duygusu, çocuğun bakımında hemşireye göre kendilerini daha değersiz hissetmeleri gibi nedenlerden dolayı anneler anksiyete yaşarlar (12,16,37).

Araştırmadaki annelerin tanıtıcı özelliklerine bakıldığında; annelerin yaş dağılımı, kontrol grubunun %82'sinin, vaka grubunun %68'inin, 30 ve üstü yaş grubunda olduğu görülmüştür ($p>0.05$). Bulgularımız Boyacı'nın ve Şenses'in çalışmalarıyla uygunluk göstermektedir (7,59). Annelerin adölesan döneminde olmamaları, çocuklarının ameliyatını daha kolay tolere edebileceklerini ve ameliyat sonrası dönemi daha rahat geçirebileceklerini gösterebilir.

Annelerin eğitim düzeyleri incelendiğinde kontrol grubunun %36'sının, vaka grubunun %34'nün ilköğretim, kontrol grubunun %30'unun, vaka grubunun %38'inin lise, kontrol grubunun %34'ünün, vaka grubunun %28'inin üniversite mezunu olduğu görülmektedir ($p>0.05$). 46 ülkede yapılan bir çalışmaya göre bir ülkede kadınların eğitim düzeyini %1 oranında arttırmak, o ülkedeki doktor sayısını %1 oranında arttırmaya oranla çocuk ölümlerini önlemede 3 kat daha etkili olduğuna ilişkin çarpıcı sonuçlar elde edilmiştir. Yine yapılan bir araştırmada anneleri eğitimsiz olan çocuklar arasında bebek ölüm hızı anneleri en az ilkokul mezunu olan çocuklara oranla 1,6 kat daha fazladır (66). Araştırmamıza katılan annelerin eğitilmiş olması ve okur yazar olmayan grubun olmaması sevindiricidir. Bu sonuç bize toplumumuzda artık kadınlarında eğitim imkanlarından yararlandıklarını gösterebilir.

Anneler meslekleri açısından incelendiğinde; kontrol grubunun %52'sinin vaka grubunun %50'sinin ev hanımı olduğu görülmektedir ($p>0.05$). Bu durum çocukların bakımının anneleri tarafından karşılandığını göstermektedir. Bulgularımız Boyacı'nın çalışması ile paralellik göstermektedir (7).

Araştırmadaki ailelerin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; Ailenin çocuk sayısına bakıldığında kontrol grubunun %48'i, vaka grubunun %58'inin 2 çocuğu olduğu görülmüştür. Bu sonuç bize toplumumuzda aile planlaması yöntemlerinin geçmişe oranla daha etkin bir şekilde kullanıldığını gösterebilir. Aileler artık bakabilecekleri oranda çocuk istiyor olabilirler.

Ailelerin sosyal güvenceleri incelendiğinde; kontrol grubunun %88'inin vaka grubunun %90'ının sosyal güvenceye sahip olduğu görülmüştür. Yapılan benzer çalışmalarda da ailelerin çoğunluğunun sosyal güvencesi olduğu sonucuna varılmıştır

(59,60). Çocuğun hastaneye yatmasıyla birlikte sosyal güvencesi olmayan ailelerde mali endişeler nedeniyle anksiyete yaşanır (12,16.37). Bu sonuç bize araştırmamıza katılan annelerin bu sebeple anksiyete yaşamadıklarını gösterebilir.

Ailelerin gelir düzeyi incelendiğinde; kontrol grubunun %62'sinin, vaka grubunun %66'sının 1500 YTL altı gelire sahip olduğu görülmüştür. Sosyal güvencelerinin olması nedeniyle aylık gelir düzeyi açısından hastane masraflarını ödemede sıkıntı çekmedikleri gözlenmiştir.

4.2. Annelerin Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzey Puanlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi

Grupların ameliyat öncesi durumluk anksiyete puanları ile süreklilik anksiyete puanları karşılaştırılmıştır (Tablo 4). Kontrol grubun ameliyat öncesi durumluk anksiyete puanı 46.34 ± 4.20 , vaka grubunun durumluk anksiyete puanı ise 41.72 ± 4.14 saptanmış ve iki grup arasında fark anlamlı bulunmuştur ($t=5.531$ $p<0.05$). Kontrol grubunun ameliyat öncesi süreklilik anksiyete puanı 43.44 ± 4.14 , vaka grubunun süreklilik anksiyete puanı ise 41.98 ± 4.34 saptanmış ve bu iki grup arasında fark anlamlı bulunmamıştır ($t=1.721$ $p>0.05$).

Grupların ameliyat sonrası durumluk anksiyete puanı ile süreklilik anksiyete puanı karşılaştırılmıştır. Kontrol grubun ameliyat sonrası durumluk anksiyete puanı 42.08 ± 5.60 , vaka grubunun durumluk anksiyete puanı ise 40.10 ± 4.16 saptanmış ve iki grup arasında fark anlamlı bulunmuştur ($t=2.005$ $p>0.05$). Kontrol grubunun ameliyat sonrası süreklilik anksiyete puanı 42.32 ± 4.12 , vaka grubunun süreklilik anksiyete puanı ise 41.20 ± 5.06 saptanmış ve bu iki grup arasında fark anlamlı bulunmamıştır ($t=1.212$ $p>0.05$).

Yapılan araştırmalar hastaların işlem öncesi yeterince bilgilendirilmediğini ve hastaların bilgi gereksinime ihtiyaç duyduğunu göstermektedir (17,37,58,59). Türkan ve Bolışık'ın prematüre bebeği olan ailelere serviste uygulanan planlı taburcu eğitiminin anne ve bebek üzerine etkisini inceledikleri çalışmada vaka ve kontrol grubundaki annelerin verilen eğitim sonrası yapılan testte istatistiksel olarak vaka grubunun lehine önemli bir fark bulmuşlar ve bebek klinikte kaldığı sürece eğitimin

belirli aralıklarla gerçekleştirilmesinin daha etkin olacağı sonucuna varmışlardır (60). Özmen hastanede hastaların hemşirelerden daha fazla açıklayıcı bilgi vermeleri konusunda beklentilerinin yüksek olduğunu saptamıştır (61). Diğer bir çalışmada ise hasta yakınlarının % 90.8'inin anlayabilecekleri bir dilde yazılı bir kaynağın verilmesini istemişlerdir (58).

Dönmez, cerrahi kliniklere ameliyat olmak üzere yatan hastaları hastaneye yatıştaki anksiyete düzeyleri ve anksiyeteyi gidermede hemşirelik yaklaşımlarının etkisini incelediğinde, kontrol grubundaki hastaların anksiyete düzeylerinin vaka grubundaki hastalara göre daha yüksek olduğunu saptamıştır. Bu farklılığın nedenini vaka grubundaki hastalara, hasta kabulünde verilen hemşirelik yaklaşımından kaynaklandığını ileri sürmüştür (62). Şenses, çocuklarına batın ameliyatı endikasyonu konulan annelere verilen eğitimden sonra, ameliyat sabahı annelerin anksiyete düzeylerinde azalma olduğunu belirlemiştir (59). Akşit ve Cimete, çocuğun yoğun bakım ünitesi'ne kabulünde annelere uygulanan hemşirelik bakımının, annelerin anksiyete düzeyine etkisini incelediklerinde deney grubu annelere uygulanan destekleyici anksiyeteyi azaltıcı hemşirelik yaklaşımının annelerin anksiyete düzeyini düşürdüğü sonucuna varılmıştır (63). Algier ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada çocuğun durumuyla ilgili bilgilendirilmeyen ailelerin anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (64). Dolgun, yaptığı çalışmada, gününbirlik cerrahi olan çocukların, ameliyat öncesi hazırlıklar ve ameliyat sonrası bakımıyla ilgili kitapçığın aileler tarafından olumlu değerlendirdiği sonucuna varmıştır (4). Özen, yaptığı çalışmada hastaneye gelen hastaların anksiyete seviyelerinin yüksek olduğunu ancak hasta kabulünde uygulanan hemşirelik yaklaşımının ve verilen eğitim anksiyeteyi azaltmada etkili olduğu sonucuna varmıştır. Hastalar işlemlerle ilgili daha önceden bilgi sahibi olmadığından genelde yapılan her şeyden korkmakta ve anksiyete yaşamaktadır (65). Bu konuda yapılan çalışmalar anksiyetenin bilgi eksikliği nedeniyle oluşabileceği sonucunu desteklemektedir (17,67).

Bu sonuçlar bizim araştırmamızın sonucuyla paralellik göstermektedir. Süreklilik ve durumluk anksiyete puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu, süreklilik anksiyete düzeyi yüksek bireylerin durumluk anksiyete düzeylerinin de yüksek olduğu bilinmektedir (67). Araştırmamızda da görüldüğü gibi bilgilendirilen

grubun durumluk anksiyete düzeyleri kontrol grubundan daha düşük bulunmuştur. Cerrahi girişim öncesi yapılan bilgilendirmenin bu olumlu sonuca katkısı olduğu kanısındayız.

4.3. Çocuğa, Anneye ve Aileye Ait Bazı Özelliklere Göre Annelerin Anksiyete Düzeyleri

Annelerin yaşları ile ameliyat öncesi ve sonrası durumluk ve süreklilik anksiyete puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Yapılan çeşitli çalışmalarda da annelerin yaşlarına göre anksiyete puanları arasındaki farkın önemli olmadığı saptanmıştır (58). Çalışmamızda durumluk anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde; ameliyat öncesi ve sonrası, kontrol ve vaka grubunda 18–29 yaş grubu annelerde yüksek bulunmuştur. Bu durum çocuğuna zarar geleceğini düşünmesine, çocuğunu kaybetme korkusuna ve ilk çocuğu olduğu için bilgi eksikliğine bağlayabiliriz. Annelerin küçük yaşlarda olmaları, annelerin çocuğun bakımında yetersizlik gösterdiklerine ilişkin düşüncelerin neden olduğu suçluluk duygusu anksiyeteye neden olur (63).

Spielberger'e göre eğitim düzeyi yüksek olan bireyler stres ile baş etmede etkin başarılar geliştirebilirler. Buna bağlı olarak yeni çevreler ve olayların yarattığı baskıların tehdit edici olarak algılamazlar, bu nedenle eğitim düzeyi yüksek bireylerde anksiyete düzeylerinin yüksek olmayacağını belirtmiştir (67). Ülkemizde yapılan yapılan bazı çalışmalar ve bizim çalışmamızda eğitim düzeyi ve anksiyete düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Günaydın ve Oflaz çalışmalarında okur-yazar ve ilkokul ve ortaokul mezunu bireylerin anksiyete düzeylerinin orta; ortaokul ve lise mezunu bireylerin ise hafif düzeyde olduğunu belirtmişlerdir, fakat gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (68). Bizim çalışmamızda eğitim düzeyi ve anksiyete arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır.

Ailelerin sosyal güvencelerine bakıldığında; ameliyat öncesi ve sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde; ücretli olarak yatan annelerin anksiyete düzeyleri yüksek bulunmuştur. Ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Akşit çalışmasında bu durumu, sosyal güvenceye sahip olmayan

aileler çocuklarının günübürlük de olsa cerrahi tedavi masrafını karşılayamama endişesini taşıdığını belirtmiştir (69). Bizim çalışmamızda da annelerin bu kaygıya sahip olduğu düşünülmüştür.

Ailelerin gelir düzeyleri ile annelerin anksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durum çalışmamıza katılan ailelerin büyük çoğunluğunun sosyal güvenceye sahip olmasına bağlanmıştır.

Çocukların yaşlarına göre annelerin anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çocuk yaşı arttıkça ebeveynlerin anksiyete düzeyleri azalmaktadır. Bu durum çocukların yaşı ne olursa olsun, ailelerin çocuklarının cerrahi operasyondan dolayı endişelerinin olmasına bağlanabilir.

Araştırmamızda çocukların ailenin kaçınıcı çocuğu olduğuna göre annelerin anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu durumda annelerin çocukları arasında fark gözetmemesine ve kaçınıcı çocuk olursa olsun anksiyetesinde değişiklik olmadığı sonucuna varılabilir. Literatürde çocuğun ailenin kaçınıcı çocuk olmasına göre anksiyete puanlaması arasında farka ait bir çalışma bulunmamıştır.

Ailelerin hastane deneyimine göre anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır fakat Akşit ve Cimete araştırmalarında hastane deneyiminin annelerin anksiyete puanını etkilemediğini bulmuşlardır (60). Dönmez, hastaların hastanede yatmaları ile anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Benzer bir çalışma yapan Özen de aynı sonucu elde etmiştir (61,62).

Çocukların hastane deneyimine göre annelerin anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Ameliyat öncesi dönemde durumluk anksiyete puan ortalaması kontrol grubunda hastane deneyimi olmayanlarda vaka grubunda hastane deneyimi olanlarda yüksek bulunmuştur. Ameliyat sonrası dönemde hastane deneyimi olmayanlarda daha yüksek bulunmuştur. Süreklilik anksiyete puan ortalaması ise ameliyat öncesi ve sonrası dönemde her iki grupta hastane deneyimi olmayanlarda yüksek bulunmuştur. Bu sonuç bize anksiyetenin, çocuğun hastaneye yatırılması, yabancı bir ortamda bulunma, bir operasyon geçirecek olması, operasyon boyutunun aile tarafından bilinmemesi gibi nedenlerden kaynaklandığını düşündürebilir.

Çocukların ameliyat cinsine göre kontrol ve vaka grubundaki annelerin anksiyete puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır fakat ameliyat öncesi ve sonrası durumluk ve süreklilik anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde inguinal-skrotal patoloji operasyonu geçiren çocukların annelerinde daha yüksek saptanmıştır. Bu sonuç bize ailelerde inguinal – scrotal patoloji operasyonunun cinselliği ve üretkenliği çağrıştırmaya, çocuğun ileriki yaşamını etkileyebileceğini ve her çocukta görülmeyen bir patoloji olduğunu düşünmelerinden kaynaklanabilir.

Çocukların cinsiyetlerine göre annelerin anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Sonuç olarak çocukların cinsiyetlerinin annelerin durumluk ve süreklilik anksiyete düzeylerini etkilemediği saptanmıştır. Bu sonuç örneklemin sınırlılığına bağlanabilir.

5. SONUÇ

Bu çalışma çocuklara yönelik günübirlik cerrahi girişimlerde ameliyat öncesi yapılan bilgilendirmenin annelerin anksiyete düzeyine etkisini incelemek amacıyla Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı ve Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı ile Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Rektörlüğü Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı gerçekleştirilmiştir.

5.1. Gnbirlik ameliyat geçiren çocukların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde;

Çocukların cinsiyet dağılımına bakıldığında kontrol grubunun %40'nın vaka grubunun %34 nn kız, kontrol grubunun %60 nın vaka grubunun %66 sı erkeklerden oluştuğ grlmştir ($p>0.05$).

Çocukların yaş dağılımına bakıldığında kontrol grubunun %50'nin 7 ve üstü yaş grubunda vaka grubunun %44'nn 0-2 yaş grubunda olduğ grlmştir ($p>0.05$).

Çocuklara yapılan ameliyat cinsine göre incelendiğinde; kontrol grubunun %32 'sinin, vaka grubunun % 60'nın İnguinal Scrotal patolojiler; kontrol grubunun % 68'nin, vaka grubunun %40'nın Tonsillektomi–Adenoidektomi operasyonu olduğ grlmştir ($p>0.05$).

Çocukların ailelerin kaçıncı çocuğ olduğna bakıldığında; kontrol grubunun %58'inin 1. çocuk, vaka grubunun %62'sinin 2. çocuk olduğ grlmştir ($p>0.05$).

Çocukların hastane deneyimine bakıldığında kontrol grubunun %52'sinin, vaka grubunun % 32'sinin hastane deneyimi olduğ, kontrol grubunun %48'inin, vaka grubunun %68'inin hastane deneyiminin olmadığı grlmştir.

5.2. Annelerin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde

Annelerin yaş ortalamaları kontrol grubunda %82'sinin vaka grubunda %68'inin 30 yaş ve üstü grupta olduğu görülmüştür ($p>0.05$).

Annelerin eğitim düzeyleri incelendiğinde, kontrol grubunun %36'sı, vaka grubunun %34'ünün ilköğretim mezunu olduğu görülmüştür ($p>0.05$).

Annelerin meslekleri incelendiğinde kontrol grubunun %52'sinin, vaka grubunun %50'sinin ev hanımı olduğu görülmüştür ($p>0.05$).

5.3. Ailelerin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde

Ailelerin çocuk sayısı incelendiğinde kontrol grubunun %48'i, vaka grubunun %58'inin iki çocuğa sahip olduğu görülmüştür ($p>0.05$).

Ailenin sosyal güvencesi incelendiğinde kontrol grubunun %88'inin, vaka grubunun %90'ının sosyal güvenceye sahip olduğu görülmüştür ($p>0.05$).

Ailenin gelir düzeyi incelendiğinde kontrol grubunun %62'si, vaka grubunun %66'sı 1500 YTL altı gelire sahip olduğu görülmüştür ($p>0.05$).

Ailenin hastane deneyimi incelendiğinde kontrol grubunun %52'sinin, vaka grubunun %32'sinin hastane deneyimi olduğu, kontrol grubunun %48'inin, vaka grubunun %68'inin hastane deneyiminin olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

5.4. Annelerin anksiyete düzeylerine ilişkin puanlar incelendiğinde

Annelerin ameliyat öncesi ve sonrası vaka grubunun anksiyete düzey puanları, kontrol grubunun anksiyete düzey puanlarından daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$)

5.5. Çocuğa anneye ve aileye ait bazı özelliklere göre annenin anksiyete puan ölçüsü

Kontrol ve vaka grubundaki annelerin yaşlarının annelerin durumluk ve süreklilik anksiyete düzeylerini etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Kontrol ve vaka grubundaki annelerin eğitim düzeylerinin annelerin durumluk ve süreklilik anksiyete düzeylerini etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Kontrol ve vaka grubundaki ailelerin sosyal güvencelerinin annelerin durumluk ve süreklilik anksiyete düzeylerini etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Kontrol ve vaka grubundaki ailelerin gelir düzeylerinin annelerin durumluk ve süreklilik anksiyete düzeylerini etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Kontrol ve vaka grubundaki ailelerin çocuklarının yaşlarının annelerin durumluk ve süreklilik anksiyete düzeylerini etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Kontrol ve vaka grubundaki çocukların ailenin kaçınıcı çocuğu olduğunun annelerin durumluk ve süreklilik anksiyete düzeylerini etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Kontrol ve vaka grubundaki ailelerin çocuk sayısına göre annelerin durumluk ve süreklilik anksiyete düzeylerini etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Kontrol ve vaka grubundaki ailelerin hastane deneyiminin annelerin durumluk ve süreklilik anksiyete düzeylerini etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Kontrol ve vaka grubundaki çocukların hastane deneyiminin annelerin durumluk ve süreklilik anksiyete düzeylerini etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Kontrol ve vaka grubundaki çocukların ameliyat cinsinin annelerin durumluk ve süreklilik anksiyete düzeylerini etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Kontrol ve vaka grubundaki çocukların cinsiyetinin annelerin durumluk ve süreklilik anksiyete düzeylerini etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Günübirlik cerrahi girişim uygulanmak üzere hastaneye gelen çocukların annelerinin anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu; ancak hasta kabulünde uygulanan hemşirelik bilgilendirmesinin anksiyeteyi olumlu yönde etkilediği, kontrol ve vaka grubundaki anneler arasında anksiyete düzeyleri ortalamaları arasında fark olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada ailelere verilen bilgilendirmenin olumlu yönde etkili olduğu görülmüştür. Hemşirelerin etik ilkeler doğrultusunda bakım ve bilgi

vermelerinin profesyonelleşmelerine ve kendilerini gerçekleştirmelerine sağlayacağı katkı unutulmamalıdır.

6.ÖNERİLER

Çocuğun hastaneye yatırılmasının annelerin kaygı düzeyini arttırmaktadır. Annelerde oluşan bu kaygı; bilgi eksikliğine, yabancı bir ortamda bulunmanın yarattığı huzursuzluğa, evden uzakta olmaya, anestezi korkusuna, çocuğunu kaybetme korkusuna, vücut imajındaki değişik korkusuna bağlı oluşur. Bu anksiyeteyi en aza indirebilmek için; çocuğun bakımının her aşamasında ailenin ve çocuğun bilgilendirilmesine, hastane ortamının tanıtılmasına önem verilmeli, annenin anksiyete düzeyindeki azalmanın çocuğun yaşadığı anksiyete düzeyinde azaltacağı unutulmamalıdır.

Aileler çocuğun hastalığı hakkında hazırlanan broşürler verilerek bilgilendirilmeli, hemşirelere aile eğitiminin profesyonel hemşirenin sorumluluğu olduğu bilinci verilmeli, hemşireler için anksiyete ve eğitim konularında hizmet içi eğitim programları hazırlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Johnson J.H., (1996) Ambulatory surgery, JC Rathrock (Ed) Perioperative Nursing Care Planning, Mosby St Louis, pp.467-484
2. Litwack K., (1995) Ambulatory surgery. Post-Anesthesia Care Nursing, Mosby St Louis, pp:352-374
3. Yavuz M. (1998) Günübirlık Cerrahi Hastaların Bakını İçin Hemşire Bakım Formu Geliştirilmesi ve Formun Kalite Güvenliğinin İzlemi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İzmir
4. Dolgun E. (2003) Günübirlık Cerrahide Çocuk Hastaların Hemşirelik Bakımı İçin Yeniden Yapılanma, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir
5. Malster M., Perry A., (2000) Day surgery. Surgial Nursing Advencing. Practice Churchii Livingstone, pp:161-286
6. Malster M., Perry A., (1999) Day Surgery. A Nursing Apprococh Mosby St Louis, pp: 286-288
7. Boyacı M. (2003) Çocuk Cerrahisinde Günübirlık Olgulara Yönelik Geliştirilen Hemşirelik Bakım Standartlarının Aile Anksiyetisinin Azaltmaya Etkisi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
8. Watson D.S., Sangerino C.A., (1995) Ambulatory surgery. Care of The Patient Surgery. Mosby St Louis, pp:1125-1144
9. Lock E., (1999) Preparation for Procedures. Day surgery a Nursing Approach. Churchii Livingstone, pp:26-39
10. Kennedy A.M., (1999) Care of Children Day Surgery A.Nursing Approach. (Ed)Hodge D. Horcourt Broce Anal Company Linted. pp:133-140 Toronto
11. Hannallah R.S., Epstein B.S., (1994) Outpatient Anesthesia Pediatric Anesthesia. Third Edition pp:561-594,773-804
12. Aksoy G., Kanan N., Akyolcu N., (1992) Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ETAM AŞ, Eskişehir

13. Yavuz M. (2002) Günöbirlik Cerrahide Hemşirelik Bakımı Ulusal Cerrahi Hemşireliği Seksiyonu Panel ve Bildirileri Kongre Kitabı. Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir s:71-86
14. Lancaster K.A., (1997) Care of the pedratric patient in ambulatory Surgery. Nursing Clinics of North America Volume 32 Number : 2 June pp : 441-455.
15. Erdil F., Elbaş N., (1996) Cerrahi Hastalıkları. Hemşireliği, Ankara Kaya Matbaacılık
16. Lancaster K.A., (1997) Patient teaching in Care of the pedratric patient in ambulatory surgery. Nursing Clinics of North America Volume 33 Number : 2 pp : 417-427
17. Karadağ M. (1993) Ayaktan Cerrahi Uygulamalarında Hasta Eğitimi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 3(2) s: 27-34
18. Modern Medicine (1993) Güncel Tıp Aylık Klinik Tıp Dergisi Cilt:1 Sayı: 10, Turgut Yayıncılık, İstanbul, s: 25-26
19. Çelikal A. (2001) Çağdaş İş Yaşamında Ruh Sağlığı. İstanbul, Alfa Basım Yayın Dağıtım Ltd.Şti. I.Basım
20. Aktan S., Utku U., (1987) Türkiye Sağlık ve Tedavi Vakfı Yeni Tıp Dergisi Cilt: 4 Sayı: 5, İstanbul, s: 52-53.
21. Doğan D. (1990) Psikiyatrik Tedaviler ve Davranışçı Teknikler Sempozyumu Kitabı. Sivas, Dilek Matbaası s: 84-89.
22. Köknel G. (1990) Genel Klinik Psikiyatri. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.
23. Köknel Ö. (1990) Korkular-Takıntılar-Saplantılar. Altın Kitabevi, İstanbul.
24. . Halt L., Maxmell B., (1991) Pediatric orienlatian Programs. ADRN Journal Sayı: 54 No: 3
25. Cüceloğlu D. (1998) İnsan ve Davranışı, Psikolojinin Temel Kavramları Kaygı. Remzi Kitabevi, İstanbul.
26. Öztürk O. (1989) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 2.Basım, Bayrak Matbaacılık, İstanbul.

27. Köknel Ö. (1987) Kaygı Çağında Stres, Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul.
28. Pektekin Ç. (1994) Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Önlisans Eğitimi Psikiyatri Hemşireliği. Eskişehir.
29. Doğan O. (1995) Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi 1.Baskı, Dilek Matbaası, Sivas,
30. Deck C., Rawlins K., (1998) Mental Health Psychiatric Nursing. The CV Masby Company ST Lois. Toronto, pp : 204-224.
31. Çifteler R. (1986) Psikiyatri, Şenol Basın Yayın, Ankara,
32. Güleç C., Köroğlu E., (1997) Psikiyatri, Temel Kitabevi, Ankara
33. Öner N, Compte A.L (1982) Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. Boğaziçi Üniversitesi. Yayın No: 333, Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, İstanbul.
34. İlkay E, (2002) Cerrahpaşa Psikiyatri. İstanbul Üniversitesi.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi. Yayın No : 240, İstanbul.
35. Karakoç Ö., Erkan M., (2001) Çocuk Cerrahi Servisinde Yatan Hastaların Ebeveynlerin Anksiyete Düzeyleri ve Bazı Sosyo Demografik Özelliklerle İlişkisi. Hemşire Forumu Dergisi, Cilt : 4 Sayı : 2-3, İstanbul, s: 32-36.
- 36.Karaaslan A., (1995) Sağlık ve Hastalıkla Ailenin Önemi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt : 11 Sayı : 3, İzmir, s: 95-98.
37. Alak V. (1992) Hastaneye Ameliyat Olmak Üzere Gelen 7-14 Yaş Grubu Çocukların Korkuları ve Hemşirelik Uygulamaları Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İzmir.
38. Görak G., Erdoğan S., Savaşer S., ve ark (1992) Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. ETAM A.Ş., Eskişehir.
39. Algier L., Hanoğlu Z., Gülez G., ve ark. (2000) Ulusal Çocuk Cerrahisi Kongre Bildiri Özetleri, Tokav Matbaacılık, Antalya.
40. Kavaklı A., Pek H., Bahçecik N., (1999) Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. Alemdar Ofset, İstanbul.

41. Çavuşoğlu H.(1997) Çocuk Sağlığı Hemşireliği. Cilt : 1 Bizim Büro Basımevi Tesisleri, Ankara.
42. Kösgeroğlu N., İlhan N., (2000) Çocuk, Cerrahi ve Aile. Hemşirelik Forumu Dergisi, Çocuk Cerrahisi Özel Sayısı, Cilt : 13 Sayı : 1, Eskişehir. s : 35-39
43. Aktaş A., (1993) Yoğun Bakım Ünitesinde Hastaları Olan Ailelere Yardım. Türk Hemşire Dergisi, Cilt : 43 Sayı : 1, Ankara, s: 26-27.
44. Toylar C., Lillio C., Ariscilla Le. M., (1998) Fundamentals of Nursing. Lip pincott com USA, pp : 235 – 239
45. Mecker B.I., (1989) Pre-operative teaching. Easing the patients on anxiety Tooby or Nurse :11 No:8, United States, pp : 14-18
46. Kramer M. (2000) Güçlü İletişim. Ariton Yayınevi, I.Baskı, İstanbul.
47. Kurtz S., Silvernan I., Broper I., (1998) Tıpta İletişim Teknikleri, 1. Basım Beyaz Yayınları, İstanbul.
48. Kain Z., Mayest O.,(1996) Preoperative Anxiety in Children Pedctors and Outcones Arch. Pediatri Addes Med, pp : 1238-1295
49. Kaplan S., Bahadır A., Sertbaş G., ve ark, Sağlık ve Toplum, Yıl : 15 Sayı : 2 s : 73-79
50. Yeker D., (2005) İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı. Avrupa Tıp Kitapçılık, İstanbul.
51. İlhan H., Kiper H., Karahüseyinoğlu E., ve ark.(1999) Doğumsal Malformasyonlar. Anadolu Üniversitesi Cerrahi Hastalıklar, Eskişehir.
52. Başaklar C.A., Yenidoğanın Cerrahi Hastalıkları Palme Yayıncılık s: 361-405
53. Numanoğlu İ., Gökdemir A.,ve ark (1989) Çocuk Cerrahisi Ders Notları Ege Üniversitesi Yayın Bürosu, İzmir.
54. Tanyel C. (1997) Çocuklarda Sık Görülen Cerrahi Hastalıklar. Katkı Pediatri Dergisi, s : 236-249, Ankara.
55. Cingi E., (1995) Tonsillektomi- Adenoidektomi.Kulak Burun Boğaz Hastalıkları. Etam AŞ. Matbaa Tesisleri, Eskişehir.

- 56.Çakır N., (1999) Otolaringoloji Baş ve Boyun Cerrahisi. Nobel Tıp Kitapevi 2.Baskı, İstanbul.
- 57.Tekar C., (2003) Ed. Bull P.D., Tonsillektomi. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul.
58. Erdil F., Elbaş N.Ö., Bayraktar N., (2000) Hasta Yakınlarının Ameliyat Öncesi Döneme İlişkin Bilgi Gereksinimleri Ameliyatı Beklerken Yaşadıkları Duyguları ve Ameliyathane Bekleme Salonuna İlişkin Görüşleri .Hemşirelik Formu,Ameliyathane Özel Sayısı, 3(6) s:1-5
59. Şenses M. (1997) Çocuklarına Batın Ameliyatı Endikasyonu Konulan Annelerin Eğitiminin Anksiyete Üzerine Etkisi İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
60. Turan M.T., Bolışık B., (2003) Prematüre Bebeği Olan Annelere Serviste Uygulanan Taburcu Eğitiminin Etkinliğinin İncelenmesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7(1) s:39-46
61. Özmen D., (1992) Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Yatan Hastaların Beklentilerinin Saptanması. 2. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Kitabı, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir.
62. Dönmez Z., (1998) Cerrahi Kliniklerine Ameliyat Olmak Üzere Yatan Hastaların Hastaneye Yatıştaki Anksiyeteleri ve Anksiyeteyi Gidermede Hemşirelik Yaklaşımının Etkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
63. Akşit S., Cimete G., (2001) Çocuğun Yoğun Bakım Ünitesine Kabulünde Annelere Uygulanan Hemşirelik Bakımının Annelerin Anksiyete Düzeyine Etkisi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5(2) s:25-35
64. Algıer L., (1991) Hastanede Yatan Adölesanların Kaygı Düzeylerinin Saptanması ve Kaygıya Neden Olacak Faktörlerin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Ankara.
- 65.Özen A., (2005) Ürokinamik Girişim Uygulanacak Hastaların İşlem Öncesi Bilgilendirilmesinin Anksiyete Düzeylerine Etkisi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir.

66. Köşgeroğlu N., Açıköz A., Ayrancı Ü., (2004) Kadın ve Sağlık.Sağlık ve Toplum Dergisi, Temmuz-Eylül 14 Sayı:3
67. Karayurt Ö. (1998) Ameliyat Öncesi Uygulanan Farklı Eğitim Programlarının Hastaların Ağrı ve Anksiyerte Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(1) s:22-26
68. Günaydın N., Oflaz. F., (1998) Planlı Ameliyat Olacak Hastaların Ameliyat Öncesi Anksiyetelerinin İncelenmesi. Gata Bülteni 40 s:51-55
69. Akşit S., (1998) Çocuğun Yoğun Bakım Ünitesine Kabulünde Annelere Uygulanan Hemşirelik Bakımının Annelerin Anksiyete Düzeyine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi , İstanbul.
70. Köşgeroğlu N., (2006) Hemşireliğin Felsefesi.Sendrom, Vol :18 Sayı : 5 s :90-92

AİLE VE ÇOCUĞU TANITICI VERİ FORMU (EK 1)

Kontrol grubu ()

Vaka grubu()

1.Çocuğun adı-soyadı :

2.Çocuğun cinsiyeti : Kız () Erkek ()

3.Çocuğun yaşı :

4.Çocuğun ameliyat cinsi :1.İnguinal-Scrotal Patolojiler
2.Tonsil-Adenoid

5.Çocuğun daha önceki hastane deneyimi : Var () Yok ():

6.Annenin yaşı:

7.Annenin eğitim durumu :

1.İlköğretim mezunu

2.Lise mezunu

3.Üniversite mezunu

8.Annenin mesleği :

1.Memur

2.İşçi

3.Ev hanımı

9.Ailenin çocuk sayısı :

10.Ailenin kaçınıcı çocuğu :

11. Ailenin sosyal güvencesi :

1.SSK

2.Emekli sandığı

3.Yeşilkart

4.Ücretli

12.Ailenin toplam aylık geliri:

13.Ailenin daha önceden bir hastane deneyimi var mı ? Var () Yok ()

KENDİNİ DEĞERLENDİRME FORMU (EK 2)

İsim: _____ Yaş: _____ Meslek: _____ Tarih: _____ Bölüm: _____

Yönerge: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonrada **o anda** nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki kutulardan uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru yada yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

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

KENDİNİ DEĞERLENDİRME ANKETİ (EK 3)

İsim:

Yaş:

Meslek:

Bölüm:

Yönerge: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da **genel olarak**, ailenizde hastalık yokken, çocuğunuzla hastaneye kabul edilmeden önce kendinizi nasıl hissettiğinizi, ifadelerin sağ tarafındaki kutulardan uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru yada yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **genel olarak** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hemen hiçbir zaman	hiçbir	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21. Genellikle keyfim yerindedir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Genellikle çabuk yorulurum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Genellikle kolay ağlarım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Başkaları kadar mutlu olmak isterim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ç abuk karar veremediğim için fırsat- ları kaçıırım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Kendimi dinlenmiş hissederim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Genellikle sakın kendime hakim ve soğuk kanlıyım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Güçlüklerin yenemiyeceğim kadar biriktiğini hissederim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Önemsiz şeyler hakkında endişele- nirim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Genellikle mutluyum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Herşeyi ciddiye alır ve etkilenirim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Genellikle kendime güvenim yoktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 33.Genellikle kendimi emniyette hisse-
derim
- 34.Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaş-
maktan kaçınırım
- 35.Genellikle kendimi hüzünlü hisse-
derim
- 36.Genellikle hayatımdan memnunum
- 37.Olur olmaz düşünceler beni rahatsız
eder
- 38.Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye
alırım ki hiç unutamam
- 39.Aklı başında ve kararlı bir insanım
- 40.Son zamanlarda kafama takılan
konular beni tedirgin eder

ÇOCUKLARDA GÜNÜBİRLİK CERRAHİ UYGULANAN HASTALIKLAR (EK 4)

KASIK FITIĞI(İNGUİNAL HERNİ)

Kasık fitiği nedir?

Karın ön duvarının, kasık bölgesindeki zayıf bir bölgesinden karın boşluğunda bulunan bazı yapıların deri altına kadar çıkmasına kasık fitiği diyoruz. Bu yapılar en sık barsaklardır; fakat bir çeşit zar olan 'omentum', mesane ve kızlarda yumurtalıklar ve tüpler de zaman zaman fitikleşebilir.

Kasık fitiği nasıl oluşur?

Testisin inişi: Kasık fitiğinin oluşumu erkeklerde testislerin(yumurtaların) torbaya iniş süreci ile yakından ilgilidir. Testisler, bebeğin anne karnındaki yaşamının 7. ayında kasık bölgesinden torbalara doğru inişe başlar. Bu iniş sırasında testise eşlik eden periton(karın zarı) parçacığı bir eldiven parmağı şeklinde torbalara kadar testisle birlikte sürüklenir. Doğumdan sonra bu zar keseciğin duvarları birbirlerine yapışır ve ince bir bant halinde kalır. İşte bu zar keseciğin duvarlarının birbirlerine yapışmaması ya da yapıştıktan sonra çeşitli nedenlerle yeniden açılması sonucu oluşan aralıktan karın içi organların deri altına kadar ilerlerler. Böylelikle karın içi basıncını arttıran her türlü durumda(öksürük, ıkınma, ağlama, vb) karın içindeki organlar bu kanaldan çıkmaya yönelirler ve kasıkta ya da ilerlemiş olgularda torbalarda şişlik meydana gelir.

Belirtileri nelerdir?

Beliren kaybolan şişlik ilk ve en önemli bulgudur. Sağda ya da solda kasıktan başlayarak torbalara (kızlarda büyük dudaklara) kadar olan hat üzerinde, herhangi bir noktada olabilir. Ağlama öksürme gibi karın içi basıncının arttığı durumlarda bu yapılar, zayıf olan bu noktadan karnı terk ederek deriden kabarık bir şişlik oluştururlar. Başlangıçta ağlama veya öksürük durduğunda yapılar yeniden karın içine dönerek şişlik kaybolur. Daha ileriki dönemlerde ise fitikleşen yapılar giderek

kendilerine daha geniş bir yer açacağından elle itilmeleri gerekecektir. Çok ilerlemiş durumlarda fitikleşme çocuğun torbalarını dolduracak kadar aşağı, testislerin yanına kadar inebilir.

Fıtık tehlikeli midir?

Fıtık mümkün olan en kısa zamanda tedavi edilmesi gereken bir durumdur. Tedavide geckmeler olduğunda barsak düğümlenmeleri, barsak ve yumurtalık çürümeleri kaçınılmazdır. Halk arasında “ fitik boğulması “ diye tanımlanan böyle durumlarda birkaç saat içinde doğru müdahaleler yapılmazsa sıkışan organların kanlanmaları ve beslenmeleri bozulur ve çürüme meydana gelir. Geç kalındığında hem hayati tehlike ortaya çıkar, hem de organların çürüyen kısımların çıkartmak gerekir. Bu da gereksiz yere artmış bir risk getirir.

Beklemenin tehlikesi var mıdır?

Kasık fitiğının en önemli tehlikesi boğulma ya da sıkışmadır. Boğulmuş fitik 3 türlü tehlike içerir.Sıkışmış bir barsak tıkalı bir barsaktır ve kaka geçişi durur. Süre uzadıkça barsak bir barsak düğümlenmesinin bütün belirtileri görülmeye başlayacaktır.Tıkalı olması dışında sıkışan barsak zarar görebilir. Bu uzun süre sıkışık kalmış fitiklerde söz konusu olabilir. Bu durumda sıkışma bölgesinde kızarıklık ve ödem de başlar.Kanal içinde sıkışmış olan barsak kanaldan geçen diğer yapılara(testisin damar, sinir ve kanalları) zarar vermeye de başlayabilir. Kızlarda da benzer şekilde yumurtalık ve tüpler zarara uğrayabilmektedir.

Ameliyatı nasıldır?

Çocuklarda kasık fitiği ameliyatı günübirlik cerrahi tarzında yapılmaktadır. Gerekli hazırlıkların ardından hasta ameliyata alınır.Kasıkta yaklaşık 2–3 cm’lik bir kesiden gerçekleştirilen ameliyatta, özetle fitik kesesi karın boşluğu ile bağlantı noktasından bağlanarak çıkartılır(yüksek ligasyon). Ameliyat bitiminde çoğunlukla tercih edilen kapatma yöntemi eriyebilen materyalle yapılan gizli derialtı(subcuticular) dikişidir.

Bu yöntemin avantajı dikiş alma işlemine gerek bırakmamasıdır. Ameliyattan yaklaşık 3-4 saat sonra hasta evine gönderilebilmektedir

Ameliyat sonrası bakımda nelere dikkat edilmelidir ?

Kullanılan yara pansumanlarının su geçirmez özelliği olsa bile aşırı kirlenmemelerine dikkat edilmelidir. Alt bezi kullanan çocuklarda bu bez önerilen şekilde bağlanmalı sık aralarla değiştirilmelidir. İdrar ve kaka yapmada gecikme olabilir. Bu anesteziye bağlıdır ve geçicidir. Operasyon sonrası bebekler 24-48 saatte okul çocukları 2-3 günde normal yaşantılarına dönerler. 3.- 4. günlerde pansumanı açılır. Yara 2 cm. kadardır ve içten dikişler kullanıldığı için dikiş alma sorunu olmaz. Bir kaç ay sonra geç kontrol yapılır. Operasyon sonrası ağrı kesici- ateş düşürücü ilaçlarla ciddi bir sorun yaşanmaz. Ameliyat sonrası ilk günlerde kasık ve torbada şişlik ve hafif morluklar olabilir, bunlar birkaç hafta içinde geçerler. Ancak aşırı şişlik, kızarıklık, ağrı varsa; yaradan kan ve iltihap geliyorsa; ateş, bulantı, kusma gibi belirtiler ortaya çıkarsa sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır..

Fıtık tekrarlar mı?

Bilindiği gibi sağ ve sol olmak üzere iki kasık bölgemiz var ve bunlar birbirlerinden bağımsızlar. Tek taraflı ameliyatlardan sonra öbür kasıkta fıtık olma ihtimali vardır. Ancak bu bir tekrarlama değil diğer kasıkta yeni gelişmedir. Bu ihtimal erkek çocuklarda daha az, kızlarda ise bir hayli fazladır. Bu yüzden erkeklerde değil ama kız çocuklarında baştan iki tarafı birden ameliyat etme yöntemi kullanılmaktadır.

HİDROSEL

Hidrozel nedir?

Erkek çocuklarda görülen bir hastalıktır testisi çevreleyen zarın içinde sıvı birikmesi, sonucu oluşur yeni doğan ve erken bebeklik döneminde sıklıkla görülebilir ve giderek kaybolur. Hidrozel sağda solda veya her iki tarafta birden olabilir. Ağrısızdır ve çocuğun torbasında sanki bir su kesesi varmış gibi görünür. Genellikle 12 ay içerisinde kendiliğinden iyileşir eğer 24 ay içinde hidrozel geçmemişse ameliyat edilmelidir.

Tedavisi nasıldır?

Tedavisi ameliyattır. Ameliyattan sonra torbada şişlik birkaç hafta ya da ay devam edebilir. Yara yeri temiz ve kuru tutulmalıdır.

İNMEMİŞ TESTİS

İnmemiş testis nedir?

Testisler (halk arasındaki ismiyle yumurtalıklar) bebeğin erkek olarak gelişimi ve görünümünü sağlayan hormonları salgırlar. Ayrıca erkek çocuk yetişkin olduğunda da sperm üretimini de yaparak çocuk sahibi olmayı sağlarlar. Normalde iki adet olan testislerin yeterli fonksiyon görebilmesi için vücut ısısı olan 36,5 °C 'den daha düşük ısı bir ortamda bulunmaları gerekmektedir. Bu nedenle hamilelik döneminin başındaki oluşum aşamasında bebeğin karın boşluğunda bulunan testisler çeşitli hormonların ve mekanik faktörlerin etkisiyle kasık kanalı yoluyla genital bölgedeki skrotum (halk arasındaki ismiyle torba) adı verilen vücut dışındaki yuvalarına inerler. Bu sayede testislerin bulunduğu skrotumda testislerin ısısı vücut ısısından yaklaşık 1–1.5°C. daha düşük olur işte testislerin karın içinden skrotuma yerleşmeye kadar süren yolculuğu tamamlayamayarak, bebeğin torbası dışında bir yere yerleşmelerine inmemiş testis adı verilmektedir.

Utangaç testis nedir?

Eğer oğlunuzun testislerinin ikisini de skrotumunda göremiyor iseniz, sıcak bir banyonun sonunda tekrar kontrol ediniz. İnmemiş testis ile en çok karışan olay testislerin kasıktaki bir kas nedeni ile kasık kanalına çekildiği retraktil testis (utangaç testis) durumudur. Bu bir hastalık değildir ve çocuk büyüyünce kendiliğinden iyileşir. Utangaç testisler sıklıkla sıcak ortamlarda skrotuma inerek, kendilerini gösterirler.

Gerçek inmemiş testis nedir?

Sıcak ortamda da testisler skrotuma inmiyor ise hekiminize başvurmanız uygun olacaktır. İnmemiş testiste korkulan sonuçlardan birisi testislerin sperm oluşturma yeteneğini yitirmesi, yani kısırlıktır. Kısırlık birden bire oluşmamakla birlikte, iki yaşından sonra tedavi edilmemiş testislerde oranı giderek yükselmektedir. Bu nedenle günümüzde ameliyatı delikanlı 12–18 aylık iken önerilmektedir.

İnmemiş testis nerelerde takılır?

Testis, anne karnındaki yolculuk hattı boyunca herhangi bir yerde takılabilir ve inmez.

- 1.Kasık kanalında takılmış ve torbaya inmemiş olabilir.
2. Karın içinde kalmış olabilir.



İnmemiş testis neden tedavi edilmelidir ?

- İleride çocuk sahibi olmayı önler: Çok bilinen bir kısırlık sebebidir. Testisler ne kadar erken torbaya indirilirse bu risk o kadar azalır.
- Kansere gelişebilir: İnmemiş testisli hastaların testislerinde ileride kanser gelişme riski normal erkeklere oranla 15 katı kadar daha fazladır.
- Beraberinde kasık fıtığı da olabilir: Her zaman belirti vermese de inmemiş testisli hastaların % 65 kadarında ameliyatta fıtık da tesbit edilir ve cerrahi tedavisi yapılır.
- Psikolojik ve estetik problem oluşturur.
- Dış etkenlere daha açıktır.

Tedavi yaşı kaçtır?

En ideali 6 aylık ile 1 yaş arasındadır. Ancak en geç 2 yaş bitimine kadar tedavi tamamlanmalıdır. Hangi nedenle olursa olsun inmemiş testis tedavisi 2 yaşın sonrasına bırakılmamalıdır. Şayet bilmeden 2 yaşın ötesine sarktıysa bir an önce tedavi yapılmalıdır. İnmemiş testisin olduğu tarafta fıtık da varsa o zaman hiç beklenmeden gerekirse 1 aylık bebekte de cerrahi tedavi uygulanmalıdır.

Tedavisi nasıldır?

Yaygın ve kesin tedavi yöntemi ameliyattır. çocuk cerrahisi yöntemlerine göre yapılan ameliyatlarda herhangi bir risk yoktur.

Ameliyat Sonrası Bakımda Nelere Dikkat Edilmelidir?

İnmemiş testis ameliyatı olan çocuklar aynı gün hastaneden taburcu edilir ve ameliyat sonrası ilk bir kaç saatten sonrasını evde geçirirler. Böylesi hem tıbbi açıdan hem de psikolojik açıdan çocuk ve ailesi için çok daha avantajlıdır.

- Ağrı kesici-ateş düşürücü özelliği olan ilaçlarla ameliyat sonrası rahatsızlıklar rahatça kontrol altına alınır.
- Çocuklar ne kadar küçükse ameliyat sonrası dönemleri o kadar rahat geçer. Daha küçük çocuklar daima daha çabuk iyileşirler.
- İki gün içinde tüm çocuklar ayağa kalkar ve oyuna başlarlar.
- 3-4 gün sonra bir kez pansuman ve yara kontrolü için ameliyat eden çocuk cerrahisi uzmanına gidilir. Birkaç ay sonra geç kontrol yapılır.
- Ameliyattan 4 gün kadar sonra banyo yapılabilir (İlk yara kontrolü sonrası)

SÜNNET

Sünnet nedir?

Penis derisinin uç bölümü tıp dilinde prepisyum olarak anılır. Bu derinin alınması ile penis ucunun açığa çıkarılması işlemi sünnet olarak anılır. Sünnet dini ve tıbbi nedenler ile gerçekleştirilir. İslam dini ve Musevilikte bilinen kanama diyatezi (kanın pıhtılaşma bozukluğu olan hastalar) olmayan erkek çocuklara sünnet uygulanır. Prepisyum ucu dar olan, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu geçiren, penis ucunda enfeksiyon gelişen erkekler çocuklarda ise tıbbi olarak sünnet gereği vardır.

Hangi Yaşta Uygulanmalı?

Sünnet yenidoğan çağından başlanarak, anestezi açısından bir sakınca olmadığı durumlarda, tüm yaşlarda uygulanabilir. Ancak sağlık açısından çocuğun psikolojik

olarak cinsel organlarına döndüğü 3-6 yaş arası sünnetten kaçınılmalıdır. Çocukta ciddi psikolojik yaralanma oluşturan bu yaşlardan önce veya sonra sünnet yapılabilir.

Nasıl ve nerede yapılmalı?

Sünnet önemli bir ameliyattır. Toplumumuzda oldukça önem verilen bir organ için yapılacak cerrahi işlemin, hastane koşullarında ve hatta ameliyathanede yapılması en doğru seçim olacaktır. Halen pek çok sağlık kurumunda lokal ve genel anestezi ile sünnet yapılmaktadır. Ancak son yıllarda kullanılacak anestezi şeklinin de genel anestezi olması gerektiği konusunda artık bir fikir birliği oluşmuştur. Eskiden, özellikle ilk bir ay içinde yenidoğanın ağrı duymayacağı düşüncesiyle anestezisiz sünnet yapan cerrahlar mevcutken, yoğun klinik araştırmalar bu tezin yanlışlığını ortaya koymuş ve bugün, anestezisiz sünnet yapma görüşü bilimsel olarak reddedilmiştir.

Toplu sünnetlerde her çocuğa gerekli duygusal ve teknik özenin gösterilmesi, her çocuk için ayrı steril alet temini zordur. Kargaşa ortamında hatalı sünnet, enfeksiyon ve diğer komplikasyonların oluşma ihtimali daha fazladır. Bu sebeplerle, toplu sünnet uygulamasından kaçınmak gereklidir

Sünnet komplikasyonları nelerdir?

Sünnet sırasında derinin fazla yada az bırakılması, kötü nedbe kokusu kalması, kanama şekil bozuklukları, idrara yolunun zarar görmesi gibi kalıcı sakatlıklar ve enfeksiyon görülebilir.

Çocuk Nasıl Hazırlanmalıdır?

Sünnet kararı anlayabilecek yaştaki çocuklarla birlikte alınmalıdır. Çocuğa çevresi tarafından yanlış bilgilendirilmesine meydan verilmeden konu anlayabileceği basitlikte anlatılmalı konuşmayla sünnet arasındaki süre kısa tutulmalıdır ve operasyondan önce hekim tarafından muayene edilmelidir.

Uyarılar

Kanama-pıhtılaşma problemi olan çocuklarda sünnet mümkünse uygulanmamalıdır. Hipospadias, mikropenis gibi anomalilerin varlığında yapılabilecek düzeltme ameliyatında sünnet derisi kullanılacağı için sünnet yapılmaması uygun olur. Bölge hassas olduğu için operasyondan sonra sürtünmeyi engeleyecek gevşek giyisiler giyilmelidir. Bölgenin hijyen ve temizliğine özen gösterilmelidir.

TONSİLLEKTOMİ VE ADENOİDEKTOMİ

Bademcik ve Geniz Eti Nedir?

Bademcikler (tonsil) ve geniz eti (adenoid), lenfoid doku denilen ve vücudun bağışıklık sisteminde rol oynayan organlardır. Tonsiller yutak girişinde, dil kökünün iki yanında yerleşmişlerdir. Adenoid ise nasofarinks adı verilen ve yutağın üst kısmında yani burun boşluğunun arka tarafında bulunurlar.

Görevleri Nedir?

Tonsil ve adenoid lenfoid dokunun bir parçasıdır ve lenfositler içerirler. Bu lenfositler, vücudun bağışıklık sistemine yardımcı olan antikorları üretirler. Ancak tonsil ve adenoidlerin bağışıklık sistemindeki rolleri önemli oranda değildir ve çoğu zaman fonksiyonel değildirler. Bademcik ve geniz eti alınan kişilerde bağışıklıkla ilgili hiç bir olumsuz durumun olmaması da bunu göstermektedir.

Ne Gibi Sorunlara Yol Açarlar?

Tonsil ve adenoid hem infeksiyonlara hemde büyüklüklerine bağlı olarak bazı sorunlara yol açabilirler. Adenoid daha çok çocukluk çağının problemi olmasına rağmen tonsil hem çocuklarda hem de erişkinlerde hastalık yapabilmektedir. Sık geçirilen infeksiyonlar, hem hastanın günlük yaşamını etkiler, hemde sık sık ilaç kullanımına neden olur. Ancak geçirilen infeksiyonların (iltihapların) en önemli sonuçları, kalp kapakçıkları, eklem ve böbreklerin risk altında olmasıdır.

İnfeksiyonları dışında tonsil ve adenoidin büyüklükleri de önemli sonuçlara yol açar. Tonsillerin büyük olması; yutma, beslenme ve konuşma sorunları yapar. Ayrıca tonsil üzerinde biriken yiyecek ve doku artıkları ağız kokusu ve hijyen bozukluğuna neden olur. Adenoid dokusunun büyük olması her şeyden önce burun tıkanıklığına yol açar. Bu hastalarda ağız açık uyuma ve horlamaya neden olur. Burun, solunan havanın ısını ve nemini ayarlar ve bazı zararlı partikülleri tutar. Bu nedenle ağız solunumu yapan hastalarda bazı solunum yolu problemlerine yol açar. Geniz eti ayrıca şu problemleri oluşturur:

-Orta kulakta havalanma bozukluğu ve buna bağlı kulak zarında çökme, işitme kaybı ve iletişim bozukluğu. İşitme kaybı bazen anne-babanın fark edemeyeceği seviyede olur ancak sıklıkla da hastayı doktora götüren ilk sebeptir.

-Çene ve yüz kemiklerinde gelişim bozukluğu

-Geniz akıntısı nedeniyle boğaz iltihabı (farenjit), öksürük ve alt solunum yolu problemleri

-Baş ağrısı

-Sinüzit

Nasıl Tedavi Edilir?

Bademcik ve geniz etinin akut iltihaplarında tedavi genellikle ilaçlardır. İlaç olarak en sık antibiyotikler, ağrı kesiciler ve eğer alerjik faktörlerde düşünülüyorsa antihistaminiklerdir. Ciddi problemlere yol açmayan ve sık enfeksiyona yol açmayan bademcik ve geniz eti ilaçlarla tedavi edilmesine rağmen, bazen bademcik ve geniz etinin alınması gerekir.

Hangi Durumlarda Alınmalıdır?

Tonsil ve adenoidin alınmasına karar vermek,için hastayı belli bir süre takip etmeyi gerektirir. Ameliyata karar verilmesine neden olan durumlar şunlardır:

-Sık sık enfeksiyon geçirilmesi: Genelde kabul edilen durum, birbirini takip eden yıllarda, senede 5 veya daha enfeksiyon geçirilmesidir.

-Tonsillerde enfeksiyon olmasada yutmayı zorlaştıracak kadar büyümesi

- Tonsil dokusunun tek taraflı büyümesi
- Tonsil üzerinde ağız kokusuna neden olabilecek şekilde sık sık birikim olması
- Adenoid dokusunun nefes almayı bozacak kadar büyümesi
- Orta kulak iltihabı (otitis media) ve işitme kaybına neden olması
- Sık sık sinüzit ve alt solunum yolu problemlerine neden olması

Ameliyat Hangi Yaşta Yapılmalıdır?

Bademcik hastalıkları çocuk yaş grubu sorunu olarak bilinmekle birlikte erişkin işinde aynı kurallar geçerlidir. Ameliyata engel oluşturacak herhangi bir ciddi sağlık problemi olmayan erişkinlerde de bademcik ameliyat uygulanmaktadır. Alt yaş sınırı zorunlu haller dışında 4-5 yaş olarak belirlenmiştir. Üst yaş sınırını belirlemek mümkün değildir. Genel olarak ileri yaşlarda bu hastalığın görülme oranı düşüktür ve çoğu zaman basit çözümler tercih edilmektedir

Bademcik ve Geniz Eti Ameliyatı Nasıl Yapılır?

Tonsil için bazen lokal anestezi yapılmasına rağmen adenoid dokusunun alınması genel anesteziyi gerektirir. Tonsil'in alınması uygun kesi ile etrafındaki kapsül ile birlikte çıkarılması şeklinde olur. Adenoid ameliyatı ise büyümüş dokunun kazınması şeklindedir. Ameliyat süresi genellikle kısadır ve 30-60 dk arasında değişir. Ameliyat sonrası genellikle hastanede yatmak gerekmez. Bazen özellikle kanama riski açısından 1 gece hastanede kalması gerekir.

Bademcik ve geniz eti ameliyatları risklidir?

Bademcik ameliyatları riski oldukça düşük orandadır. İstatistiklerde 14.000 ameliyattan birinde anesteziye veya cerrahiye bağlı ciddi komplikasyon bildirilmektedir. Ameliyat sonrası ciddi kanama oranı 5/1000 gibi düşük orandadır. Bademcik ameliyatından sonra vücudun savunma sistemi ile ilgili birçok bilimsel çalışma yapılmış ancak net bir sonuç elde edilmemiştir. Bademcikleri alınmış insanlarda lenfositlerin bazı tiplerinin sayısında azalma gösterilmiştir. Ancak bunun

linik olarak sorun doğurduğuna rastlanılmamıştır. Bademcik ameliyatından sonra daha kolay farenjit olduğu yolunda bir inanış vardır. Bademciği alınmış yada alınmamış insanlarda farenjit görülme oranı aynı sıklıktadır. Bademciklerin alınması farenjit olma oranını artırmamaktadır.

Ameliyattan Sonra Nelere Dikkat Edilmelidir?

En çok uyulması gereken kurallar beslenme ile ilgilidir. Özellikle ilk 3 günde kanama olasılığı daha çok olduğu için soğuk ve sıvı gıdalar seçilmelidir. Bu nedenle soğuk süt, çorba, meyve suyu, muhallebi, dondurma gibi besinler idealdir. Ameliyatın ilk gününde koyu renkli kan kusulması normaldir ve yutulan ameliyat sırasında yutulan kanla ilgilidir. Ancak sürekli kırmızı renkli yeni kan gelmesi hemen doktorunuza başvurmayı gerektirir. 4.günden itibaren yavaş yavaş normal gıdaya geçilir. Hastanın ağrı nedeniyle birşey yemek istememesi ağrının devamına neden olur. Mutlaka bol miktarda sıvı alınmalıdır. Ameliyattan sonra hafif ateş olması beklenen bir durumdur. Yeterli sıvı alınması ve ateş düşürücü ilaçlarla genellikle normale döner. Bazen hastalar ameliyattan birkaç gün sonra doktora başvurarak bademcik bölgesinde iltihap geliştiğinden yakınır. Bu genellikle bademcikler alındıktan sonra o bölgede beyaz bir örtü oluşturan iyileşme dokusunun hastayı yanıltmasıdır.