



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

AMELİYAT OLACAK HASTALARIN ANESTEZİ BİLGİ DÜZEYİ VE
ANKSİYETE DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Rojda TANIK TÜRKAN
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DİYARBAKIR-2021



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

**AMELİYAT OLACAK HASTALARIN ANESTEZİ BİLGİ DÜZEYİ VE
ANKSİYETE DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Rojda TANIK TÜRKAN
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

Prof. Dr. Zeynep BAYSAL YILDIRIM

DİYARBAKIR-2021

TEŞEKKÜR

Tezimin hazırlanması için benden yardımlarını eksik etmeyen, deneyimi, hoşgörüsü, iyi niyeti ve güler yüzü ile tüm eğitim sürem boyunca tecrübelerinden faydalandığım değerli tez danışmanım Prof. Dr. Zeynep BAYSAL YILDIRIM'A,

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım Anabilim Dalı'mızın değerli öğretim üyeleri Prof. Dr. Gönül ÖLMEZ KAVAK'A (Bölüm Başkanı, Yoğun Bakım), Prof. Dr. Haktan KARAMAN'A (Algoloji), Prof. Dr. Feyzi ÇELİK'E, Doç. Dr. Ayhan KAYDU'YA, Dr. Öğr. Üyesi Mahir KUYUMCU'YA, Dr. Öğr. Üyesi İbrahim ANDAN'A ve Dr. Öğr. Üyesi Fikret SALIK'A teşekkürlerimi sunarım.

Uzmanlık eğitimim boyunca iyi ve kötü günleri paylaştığım tüm araştırma görevlisi doktor arkadaşlarıma, ayrıca bölümümüzün tekniker, hemşire ve personellerine teşekkür ederim.

Eğitim hayatım ve yaşantımda maddi ve manevi desteği ile daima yanımda olan kıymetli annem ve babama, bu zorlu asistanlık sürecinde benden anlayışını esirgemeyen sevgili eşime ve canım oğlum Emir'e çok teşekkür eder ve sevgilerimi sunarım.

Dr. Rojda TANIK TÜRKAN

Diyarbakır-2021

ÖZET

AMELİYAT OLACAK HASTALARIN ANESTEZİ BİLGİ DÜZEYİ VE ANKSİYETE DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Giriş ve Amaç: Bu çalışma; ameliyat olacak hastaların anestezi ve anesteziist kavramı ile ilgili düşünce ve bilgi düzeylerini belirlemek ve aynı anda hastaların preoperatif korkularını ve anksiyete durumlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Etik kurul izni ile onay alındıktan sonra Mayıs 2021- Eylül 2021 tarihleri arasında DÜTF Hastanesinde ameliyat olacak 410 hasta çalışmaya alınmıştır. Görme, işitme, konuşma, algılama, mental ve kognitif fonksiyonlarında eksiklik olanlar, dil problemi yaşıyıp tercüman ihtiyacı duyanlar ve 18 yaş altındaki hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmanın verileri; anestezi/anesteziist bilgi düzeyleri ve anestezi ile ilgili endişe/korku nedenlerini belirlemeye yönelik hazırlanan 30 soruluk bir anket ve 2 farklı anksiyete ölçeği (APAIS ve BAI) kullanılarak toplanmıştır. Kullanılan anksiyete ölçekleri ile hem kaygı/stres durumları hem de bilgi edinme istekleri ölçülmüştür. Preoperatif dönemde hastalara ameliyathanede gerekli açıklamalar yapıldıktan ve onamları alındıktan sonra anket formları dağıtılmış ve doldurmaları istenmiştir. Elde edilen verilerin SPSS versiyon 26 yazılımı (SPSS Inc., Chicago, IL, ABD) ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan hastalar arasında 18-65 yaş arası grubun, erkek cinsiyetin, eğitim durumu arttıkça ve il merkezinde ikamet edenlerin anestezi ve anesteziist kavramı ile ilgili daha yüksek bilgi düzeyine sahip oldukları görülmüştür. Yine 18-65 yaş arası grupta, eğitim durumu arttıkça ve il merkezinde ikamet edenlerde ama bu defa kadın cinsiyette anestezi ve/veya ameliyat kaynaklı anksiyete ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Hastalar arasında en çok korku duyulan nedenin uyanamamak/ölmek olduğu görülmüştür. Genç yaş grubunda ve eğitim düzeyi yüksek hastalarda bilgi edinme istekleri daha yüksektir. Geçmiş ameliyat/anestezi tecrübelerinin hastalar üzerinde olumlu ya da olumsuz bir etki bıraktığı gözlenmemiştir.

Sonuç: Bulgularımızın sonucunda olumlu verilerin varlığına rağmen hastalarımızın büyük çoğunluğunun anestezi ve anesteziist kavramı ile ilgili bilgilerinin yeterli olmadığı ve anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Toplumun anestezi ile ilgili daha fazla bilgilendirilmeye ihtiyaç duyulduğu kanısına varılmıştır. Kolay ulaşılabilir görsel/işitsel materyal ve medya araçlarının yardımı ile doğru bilgilendirilen hastaların kaygı/stres düzeylerinde azalmalar olabileceğine inanılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: anestezi, anesteziist, anksiyete, anket, APAIS, BAI



ABSTRACT

EVALUATION OF ANESTHESIA KNOWLEDGE LEVEL AND ANXIETY OF PATIENT WHO WILL HAVE SURGERY

Introduction and Objective: The aim of this study was to determine the level of thought and knowledge of the patients who will undergo surgery about the concept of anesthesia and anesthetist, and to simultaneously evaluate the preoperative fears and anxiety states of the patients.

Materials and Methods: After obtaining approval from the ethics committee, 410 patients who would be operated on at DÜTF Hospital between May 2021 and September 2021 were included in the study. Those who have deficiencies in vision, hearing, speech, perception, mental and cognitive functions, those who have language problems and need an interpreter, and patients under the age of 18 were not included in the study. The data of the study; It was collected using a 30-question questionnaire and 2 different anxiety scales (APAIS and BAI) prepared to determine anesthesia/anesthesiologist knowledge levels and the causes of anxiety/fear about anesthesia. With the anxiety scales used, both anxiety/stress states and their desire to obtain information were measured. In the preoperative period, after the necessary explanations were made in the operating room and their consent was obtained, the questionnaire forms were distributed to the patients and they were asked to fill in. The obtained data was analyzed with SPSS version 26 software (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Results: Among the patients who participated in the study, it was seen that the 18-65 age group, male gender, and the education level increased, and those residing in the city center had a higher level of knowledge about the concept of anesthesia and anesthesiologist. Again, in the 18-65 age group, and the education level increased, and in those residing in the city center but female gender was found to be higher the average of anesthesia and/or surgery-induced anxiety. It was observed that the most feared reason among the patients was not being able to wake up/dying. Younger age groups and patients with higher education levels have a higher desire to obtain information. Past surgery/anesthesia experience has not been observed to have a positive or negative effect on patients.

Conclusion: As a result of our findings, despite the presence of positive data, it was determined that the majority of our patients did not have sufficient knowledge about anesthesia and the concept of anesthetist and their anxiety levels were high. It has been concluded that the society needs more information about anesthesia. It is believed that patients who are properly informed with the help of easily accessible audio/visual materials and media may reduce their anxiety/stress levels.

Keywords: anesthesia, anesthetist, anxiety, questionnaire, APAIS, BAI



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
ÖZET.....	II
ABSTRACT.....	IV
İÇİNDEKİLER.....	VI
SİMGELER ve KISALTMALAR.....	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VIII
TABLolar DİZİNİ.....	IX
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Anestezi Nedir?.....	3
2.1.1. Tarihte Anestezi.....	3
2.1.2. Türkiye'de Anesteziyolojinin Gelişimi.....	7
2.1.3. Cerrahi ve Anestezi.....	8
2.1.4. Anestezi Yöntemleri.....	9
2.1.5. Preoperatif Değerlendirme.....	10
2.2. Anestezi ve Anestezist Kavramı Ne Kadar Biliniyor?.....	16
2.2.1. Anestezistlerin Görev ve Sorumlulukları.....	17
2.2.2. Bilgiyi Etkileyen Faktörler.....	18
2.2.3. Bilgi Kaynağı.....	19
2.2.4. Anestezi ve Ameliyattan Duyulan Endişe.....	20
2.2.5. Bilgi ve Bilgilendirmenin Endişeye Etkisi.....	22
2.2.6. Endişeyi Etkileyen Faktörler.....	23
2.3. Preoperatif Anksiyete Ölçümü.....	23
2.3.1. APAIS.....	24
2.3.2. BAI.....	26
3. GEREÇ ve YÖNTEM	28
3.1. Verilerin İstatistiksel Analizi	29
4. BULGULAR	30
5. TARTIŞMA	49
6. SONUÇ.....	61
7. KAYNAKLAR	62
8. EKLER.....	72

SİMGELER ve KISALTMALAR

YÖK : Yükseköğretim Kurumu

DÜTF : Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi

ASA : American Society of Anesthesiologists

E : Emergency

APAIS : Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale

BAI : Beck Anksiyete Ölçeği

SPSS : Statistikal Package For Social Sciences

ARK : Arkadaşları

TV : Televizyon

ERAS : Enhanced Recovery After Surgery

NA : Noradrenalin

NK : Natural Killer

COVID-19 : Coronavirus Disease-2019

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS).....25

Şekil 2. BECK Anksiyete Ölçeği (BAI).....27



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Demografik Veriler.....	31
Tablo 2. Hastaların Ameliyat/Anestezi Tecrübeleri ve Korkuları.....	33
Tablo 3. Anestezist Kimdir?.....	34
Tablo 4. Size Anesteziyi Kim Uygular?.....	34
Tablo 5. Ameliyat Sırasında Nabız/Tansiyon Gibi Yaşamsal Fonksiyonları Kim Takip Eder?.....	35
Tablo 6. Ameliyat Sırasında Sorun Çıkarsa Sizi Kim Tedavi Eder?.....	35
Tablo 7. Ameliyat Sırasında/Sonrasında Ağrınızla Kim İlgilenir?.....	36
Tablo 8. Anestezi Hakkındaki Bilgilerinizi Nereden Edindiniz?.....	36
Tablo 9. Anestezi İle İlgili Korku ve Endişelerinizin Kaynağı Nedir?.....	37
Tablo 10. Yaş Değişkenine Göre Sorulara Doğru Cevap Verme Oranları.....	38
Tablo 11. Cinsiyet Değişkenine Göre Sorulara Doğru Cevap Verme Oranları.....	39
Tablo 12. Eğitim Durumu Değişkenine Göre Sorulara Doğru Cevap Verme Oranları.....	40
Tablo 13. Meslek Değişkenine Göre Sorulara Doğru Cevap Verme Oranları.....	42
Tablo 14. İkametgah Adresi Değişkenine Göre Sorulara Doğru Cevap Verme Oranları.....	43
Tablo 15. Yaş-Cinsiyet-Medeni Durum-Çocuk Sahibi Olma Değişkenlerine Göre Anksiyete Oranları.....	45
Tablo 16. Eğitim Durumu-Meslek-Sektör Değişkenlerine Göre Anksiyete Oranları.....	46
Tablo 17. Ek Hastalık-Sigara/Alkol/Madde Kullanımı-Sağlık Güvencesi Değişkenlerine Göre Anksiyete Oranları.....	46
Tablo 18. Ameliyat/Anestezi Deneyimlerine Göre Anksiyete Oranları.....	47
Tablo 19. APAIS ile BAI Arasındaki İlişki.....	48

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Anesteziyoloji, bilim ve teknolojinin dinamizmine paralel olarak 19. yüzyıldan itibaren gelişen ve değişen bir bilim dalı olmakla birlikte pratik uygulamaları çok eski dönemlere dayanmaktadır. 1940'lardan bu yana bilimsel ve medikal olarak uzmanlık dalı kabul edilen Anesteziyoloji bilim dalına ait uzmanlar mevcut anestezi uygulamalarının yanında, kendi geleneksel rollerine ek olarak yoğun bakım ünitelerinde, ağrı kliniklerinde ve resusitasyon ekiplerinde çok önemli görevler üstlenmektedirler.

Son yıllarda insanların tıbbi konulara artan ilgisinin yanında televizyonlarda yer alan sağlık programlarının artışı, yazılı basında sağlık köşelerine geniş yer verilmesi ve sosyal medyanın artık çok daha etkin bir şekilde kullanılması sayesinde sağlıkla ilgili hemen her konuda doğru ya da yanlış her türlü bilgiye kolaylıkla ulaşım sağlanabilmektedir. Tüm bu değişimlere rağmen anestezi uzmanları "görünmeyen doktorlar" olarak kalmaya devam etmiştir ve yapılan çalışmalar anestezi uzmanları ve anestezi teknikleri konusunda hastaların bilgilerinin zayıf olduğunu göstermiştir. Anestezi uygulayan kişinin anestezi uzmanı olduğu ve anestezi uzmanı doktor olduğunun bilinme oranları çok yüksek olmamakla beraber anestezi uzmanının ameliyat süresince ne yaptığı, ameliyathane dışında nerelerde çalıştığı gibi konuların hastalar tarafından bilinme oranları da yetersiz görünmektedir.

Anestezi uzmanları ve anestezi hakkında bilgi birikiminin yetersiz oluşuna katkıda bulunan durumlardan biri ameliyat olacak hastanın üzerindeki anksiyetenin varlığıdır. Hastalar ameliyat öncesinde korku ve endişe içerisindeyler. Yapılan çalışmalarda en çok endişe edilen konular; ameliyat bitiminde uyanamamak, ameliyat sırasında uyanmak, istemediği şeyleri söylemek, ağrı duymak ve ölmek olarak sayılabilir. Anestezi uzmanları tarafından preoperatif dönemde kurulan iyi bir doktor-hasta ilişkisinin anksiyeteyi azalttığı gösterilmiştir. Preoperatif süreçte sosyokültürel düzeylerine uygun bir dille detaylı bilgilendirilen hastaların operasyon süreci boyunca anksiyete düzeylerinin ve operasyon sonrası ağrılarının daha düşük olduğu ve iyileşmenin daha hızlı olduğu bilinmektedir.

Fakültemizde ameliyat olacak veya herhangi bir girişim amacıyla anestezi alacak hastalara preoperatif değerlendirme yapılmaktadır. Bu değerlendirme anestezi polikliniğinde veya hastanın yattığı serviste bir anestezi asistan doktoru tarafından gerçekleştirilmektedir. Bu değerlendirmede öncelikle anestezi uzmanı kendini tanıtarak hasta ile tanışır ve preanestezi form doldurur. Hastanın adı, soyadı, boyu, kilosu ve yaşının yanında geçireceği operasyon formdaki uygun yerlere doldurularak, hastaya bilinen hastalıkları, kullandığı ilaçlar, alerji

durumu, daha önceki anestezi deneyimi ve aile hikayesi sorulur. Sonrasında fizik muayeneye geçilerek sırasıyla havayolu değerlendirmesi, solunum sistemi, kardiyovasküler sistem ve diğer sistemlerin muayenesi yapılır. Gerekli görülürse ek tetkik, görüntüleme yöntemleri veya başka branşlardan konsültasyonlar istenebilir ve tüm bunların yanında anestezi alacak tüm hastalardan aydınlatılmış onam alınır.

Çalışmamız Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde herhangi bir nedenle geçirilecek cerrahi operasyon için anestezi alacak hastaların anestezi ve anesteziist hakkındaki bilgi ve düşüncelerini saptamak ayrıca operasyon öncesi hastaların anksiyete düzeylerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Çalışmamız hastaların demografik verilerinin incelendiği ve anestezi bilgi düzeyinin ölçüldüğü 30 sorudan oluşan bir anket ile anksiyete durumlarının değerlendirildiği ölçekler şeklinde uygulandı. Bu anket hastalara geçirecekleri cerrahi işlem öncesi ameliyathanedeki preoperatif hasta kabul ve bekleme odasında, hastalara dağıtılarak veya tarafımızca sorular okunarak gerçekleştirildi.

2. GENEL BİLGİLER

2.1-Anestezi Nedir?

Anestezi sözcüğü bugünkü anlamda ilk kez Yunanlı filozof, Dioscorides tarafından Mandragora bitkisinin narkotik benzeri etkilerini tanımlamak için kullanılmıştır. Daha sonra ilk başarılı eter uygulamasından sonra Holmes tarafından Morton'a yazılan mektupta eterin oluşturduğu durumun tanımlanması teklif edilmiştir. Anestezi, AN (olumsuzluk) eki ve ESTEZİ (duyu,his) sözcüğünden oluşur ve duyarsızlık, hissizlik anlamına gelir. Genel anestezi ise vital fonksiyonlarda bir değişiklik olmadan geçici olarak; bilinç kaybı (mental blok), analjezi (sensoryel blok), arefleksi (refleks blok) ve motor blok oluşturulmasıdır. Bu durum, genel anestezik ilaçların santral sinir sisteminde yaptığı, kortikal ve psişik merkezlerden başlayıp bazal ganglionlar, serebellum, medulla spinalis ve meduller merkezler sırasını izleyen inici bir depresyonun sonucudur (1).

2.1.1-Tarihte Anestezi

İnsanlık tarihinin yaşam mücadelesi içindeki en önemli kısmı fiziksel ağrıya karşı verdiği sürekli savaştır. 1842 yılına kadar herhangi bir cerrahi girişim hem hasta hem de cerrah için acılı ve büyük bir mücadele idi. İnsanoğlunun ağrıya karşı ilk başarısı poppy (opium), mandragora (adam otu), hyoscyamus (banotu) ve alkolün kullanılması ile elde edilmiştir. Opyum ve mandrake emdirilmiş "soporofik sünger" Hippocrates ve Galen tarafından kullanılmıştır. Homer Odyssey de Yunanlıların uyku oluşturmak için birçok bitki ve ilacı kullandıklarını anlatır. Bunlardan biri lotus çiçeğidir.

Bunların yanı sıra ilginç anestezi uygulamaları gerçekleştirilmiştir. Cerrahi amacıyla uygulanan garip bir metod boğma (asfiksi) yöntemidir. Boğma sonucu oluşan asfiksinin neden olduğu bilinç kaybının oluşturduğu anestezi İtalya'da 17. asrın sonlarına kadar uygulanmıştır. Diğer bir tuhaf metod ise kafaya vurulan darbedir (bir bademin kabuğunu kırarak ancak çekirdeğini kırmayacak şiddette). Bu şekilde bayıltılan hastada bilinç geri dönene kadar cerrahi girişim yapılabilmiştir. Ağrının azaltılması amacıyla sinir köklerine bası ve soğuk uygulama da Romalılar tarafından uygulanmıştır.

Dolaşım ve solunum fizyolojisinin araştırılması, sonuçta gazların keşfine ve bunların deneysel inhalasyonlarına yol göstermiştir. Belçikalı J.B.Van Helmont 17. yüzyılın ortalarında atmosferdekilerden farklı bir grup gaz tanımlamış, bunları sınıflandırmış ve bu çalışması sırasında kanın akciğerlerden geçtiğinde siyahtan kırmızıya renk değiştirdiğini fark etmiştir.

1774'de Joseph Priestly civa oksidi ısıtarak oksijeni elde etmiş, aynı araştırmacı 1776'da bir tesadüf eseri olarak nitrik asitten de azot protoksiti elde etmeyi başarmıştır. Lavoisier oksijenin havanın küçük bir parçası olduğunu ve solunumla alındığını büyük kısmın ise azottan oluştuğunu açıklamıştır. 1799'da Humphrey Davy kendi üzerinde bir diş çekimini azot protoksit inhalasyonu ile ağrısız gerçekleştirmiştir ve nitröz oksidi 'güldürücü gaz' olarak tanımlamıştır(1).

Cerrahi anestezinin tanımlanması, Amerika'nın tıp alanına en büyük katkılarından biri olarak tarihe geçmiştir. Bu dönemde (1842-1846) pek çok araştırma, deney ve keşif peş peşe yapılmıştır. 1844'de bir diş hekimi olan Horace Wells bir dişini azot protoksit inhalasyonu ile ağrısız çektiğini açıklamıştır. Wells'in öğrencisi olan William Thomas Green Morton ise eter buharının inhalasyonu üzerinde yaptığı hayvan çalışmalarını takiben kendi ofisinde gerçekleştirdiği ağrısız bir diş çekimi ile gazetelerde yer almış (30 Eylül 1846) ve bu uygulamasını bir hekim gurubu önünde demonstre ederek anestezi tarihine "eterin babası" olarak geçmiştir. 1848 yılında Kloroform inhalasyon anestezisi olarak ilk kez Meksika-Amerika Savaşında yaralı askerlerin cerrahi girişimleri sırasında kullanılmıştır (2).

1846 yılından 1. Dünya Savaşının sonuna kadar olan dönemde anestezi adına gelişimler yavaş ve sporadik olmuştur. Bu nedenle bu döneme anestezinin erken gelişim dönemi de denilmektedir (3).

Gerçek anlamda yaşamını ve hekimlik kariyerini anesteziye adanmış ilk hekim John Snow'dur. John Snow sadece anestezi uygulaması yapmamış, aynı zamanda eter kullanımını kolaylaştıracak bir inhaler geliştirmiştir. Ayrıca hastaya verilen inhalasyon anestezisinin miktarını ölçmek gerektiğini, oksijen eksikliğinde sorunlar çıkabileceğini, karbondioksitin ortaya çıkarabileceği sorunları vurgulamıştır. Ayrıca anestezideki ilk yazılı araştırma belgesi 1847 yılında 'On the Inhalation of the vapour of ether' adı ile John Snow tarafından yazılmıştır. Ardından 'On chloroform and other anesthetics' adını verdiği kitabında Snow ilk kez kardiyak arrestten bahsetmiş ve tartışmıştır. Anestezinin bundan sonraki gelişmesi vaporizasyon teknikleri ve araçlarının gelişmesi ve yeni bulunan ajanlara paralel olarak devam etmiştir.

İntravenöz anestezinin öncüsü Pierce Cyprien Ore'dir. 1872'de kloralhidratı intravenöz uygulayarak bu ajanın tüm anesteziklerin en güçlüsü olduğunu iddia etmiştir. 1884 yılında Carl Koller kokain ile kornea ve konjonktivada topikal anestezi oluşturmuş ve uygulamaya koymuştur. Böylece lokal anestezi dönemi de başlamıştır. Ardından 1885'de William Halsted

kokain ile sinir bloğunu gerçekleştirmiştir. Aynı yıl bir nörolog olan Leonard Corning köpeklerde spinal sinirlerin anestezisini denemiş ve başarmıştır. Böylece ilk kez epidural anestezi tarif edilmiştir (2). 1891 yılında Quincke spinal ponksiyonu tarif etmiş ve diagnostik bir girişim olarak öne sürmüştür. Ancak hayvanlarda ve insanlarda gerçek spinal anestezi 1898'de August Bier tarafından gerçekleştirilmiştir. Bier spinal anesteziyi hem kendinde hem de asistanında deneyerek ardından pek çok hastada spinal anestezi ile cerrahi girişimler yapmıştır (1).

Anestezinin gelişimi cerrahi girişim sırasında hastanın vital fonksiyonlarının takibi ve güvende kalmasını sağlamakla direkt ilgili olmuştur. 1901 yılında Cushing İtalya'yı ziyaretinin ardından Amerika'ya kan basıncını ölçen pnömotik basınç kafını getirmiştir. Bu da anestezinin gelişiminde önemli bir yapı taşı olmuştur (4).

Bir farmakoloji profesörü olan Dennis E.Jackson 1914 yılında karbondioksit (CO₂) absorbanlarını geliştirmiştir. Aynı yıl içinde başka bir araştırmada Richard Von Foregger nitroz oksit oksijen makinesini yapmıştır. Yıllar içinde Foregger makinesinde modifikasyonlar yaparak to-and-fro sistemi geliştirmiş, 1928 yılında ise ilk modern CO₂ kanisterini yapmıştır. Karl Connell 1913 yılında "Anethesiameter" adı verilen yeni bir anestezi makinası geliştirmiştir. Bu makina bugünkü anestezi makinalarına benzer ilk modern anestezi makinasıdır. Çünkü gaz ve buhar basınçlarını ölçebilmekte, karıştırmakta ve insanda narkoz oluşturmaya yetecek eter buhar basıncını göstermektedir. 1926'da Brian C.Swora anestezi devrelerinin filtreler yardımı ile sirküler olabileceğini keşfetmiş ve o günden itibaren kapalı sistemler gündeme gelmiştir.

İlk kısa etkili ajanının 1927'de Pernoston tarafından uygulandığını, 1928'de ise John S. Lundy'nin inhalasyon anestezisine amitali ilave ettiğini görmekteyiz. Bunu takip eden yıllarda diğer barbiturat derivelerinin sentezi ile intravenöz anestezi gelişimini sürdürmüş ve modern anestezi uygulamasındaki önemli yerini almıştır.

Modern anestezi dönemi 1920-1940 arasındaki döneme denilmektedir. Anesteziyoloji, 1940'dan bu yana bilimsel ve medikal olarak uzmanlık dalı kabul edilmiştir. Ayrıca organize gruplar ve departmanların anesteziyolojiye katkısı bu döneme rastlamaktadır. Bu dönemin en önemli isimleri ise Arthur Guedel, Ralph Waters, Iwan Magill ve Emery Andrew Rovestime'dır. Mayo Klinikten John Lundy ve Harold R.Griffiths hem başarılı klinik anesteziyolojistler olarak, hem de organize anestezi eğitime katkıları nedeni ile modern anestezi tarihine geçmişlerdir.

Anestezi ile ilgili ilk kitap 1.Dünya Savaşı sırasında "Anesthesia" adı ile 1914'te basılmıştır. 1916'da Flagg tarafından "The Art of Anesthesia", 1920'de Guedel tarafından "Sign of Anesthesia" yazılmıştır.

1942'de ilk kez anestezi sırasında Griffith ve Johnson tarafından kas gevşemesi amacıyla kürar kullanılmıştır. 1950'lerden beri modern inhalasyon anestezikleri sentez edilip kullanılmaya başlanıp, eter ve siklopropan terk edilmiştir. Nitröz oksit modern anestezide yerini korumaya devam etmiştir (2). Halotan klinik kullanıma girdikten bir süre sonra postanestezik hepatik nekrozlar bildirilmeye başlanmıştır. Bundan sonra yeni anesteziklerin araştırılması hız kazanmıştır.

İntravenöz anesteziklerin araştırılması "balans anestezi" tanımı ile anestezi pratiğine sokulmuştur. İntravenöz anestezinin bugünkü önemli yerini kısa etkili, suda eriyebilir barbituratların bulunması ile aldığı söylenebilir. İntravenöz ajanlar içinde potent opioidler önem kazanmaya başlamıştır.

Günümüzde halen inhalasyon anesteziklerinde ve intravenöz ajanlarda ideal anestetigin aranmasına devam edilmektedir (1,3).

2.1.1.1-Rejyonel Anestezi Tarihi

Asırlardır Güney Amerika yerlilerinin sempatik stimulan etkilerinin cazibesi ile bir keyif ve alışkanlıkla çiğnedikleri koka yaprağından 1860'da Albert Niemann'nın kristalize formda alkoloidi izole etmesi rejyonel anestezinin ilk önemli aşamasıdır. Bundan 20 yıl sonra kokainin tüm farmakolojik etkilerinin yayınlanması ile tıp dünyasının ilgisi bu ajan üzerine çevrilmiştir. Daha sonraki yıllarda Sigmund Freud kokain ile yaptığı çalışmalarını 1884'de yayınlamış ve morfin alışkanlığı olan çok yakın bir arkadaşını (posttravmatik nöroma nedeniyle morfin kullanmakta olan) kurtarmak isterken tarihin ilk kokainmanını yaratmıştır.

Bu sıralarda yaygın olan kloroformla inhalasyon anestezisinde ortaya çıkan toksikoloji vakaları, yüksek anestezi mortalitesi ve genel anestezi verebilecek yeterli sayıda deneyimli personel olmaması nedeniyle rejyonel anestezi, cerrahlar arasında popüler olmuştur. İlk epidural anestezi 1885'de ilk spinal anestezi ise 1898'de August Bier tarafından uygulanmış ve akabinde Amerika ve Fransa'da geniş bir uygulama alanı bulmuştur. Kokainden sonra bulunan ilk lokal anestezi 1904'de Einhorn tarafından sentez edilen prokaindir. 1946'da lidokainin bulunuşu önemli bir aşama oluşturmuş ve bundan sonra birçok yeni ajanın klinik uygulamaya girmesi, tekniklerin geliştirilmesi ile rejyonel anestezi bugünkü yerine ulaşmıştır.

2.1.2-Türkiye’de Anesteziyoloji’nin Gelişimi

Türkiye’de ilk anestezi uygulamalarına ait yayınlar yabancılar tarafından yazılan kitaplarda bulunmaktadır. Osmanlı topraklarında anestezi uygulamasına ilişkin en eski bilgi Kırım Savaşı'na dair olup (1854-1956) bu savaşta yaralanan 1000'e yakın askerde kloroform kullanıldığı şeklindedir.

Ülkemizde anesteziye ait ilk yayınlar Türkçe, Osmanlıca ve Fransızca dillerinde yazılmış olup, anesteziye önem veren ve ilgi duyan çeşitli cerrahi uzmanlık dallarına mensup hekimlere aittir. Yazılar daha çok eter ve kloroform uygulamaları sonucu görülen ölüm olguları ile ilgili idi. 1900'lü yılların başlarında Cemil Topuzlu, Besim Ömer Akalın, Münir Ahmet Sarpyaver, Bülent Tarcan ve Bedii Gorbon'un yazıları anestezinin gelişimine katkılarda bulunmuştur. 1930'lı yıllara kadar Türkiye'de sadece kloroform, eter ve bölgesel anestezi uygulamaları olmuştur. 1935'te M.Kemal, 1936'da A.Esad Birol ve A.Asım Onur intravenöz anesteziklerin de kullanılma sokulduğuna dair yazılar yazmışlardır. Pentotal uygulaması ile ilgili yazılar 1947'de başlamıştır. Bu ilacı ilk kez kullananlar İlhami Akçakoyunlu ve Safa Karatay'dır.

Türkiye'de endotrakeal anestezi uygulamaları 1949'da Burhaneddin Toker ve Sadi Sun tarafından yapılmıştır. 1950'den itibaren bu yöntemi İhsan Günalp, Ali Yücel, Cemil Aksoy ve Orhan Bumin Ankara'da kullanmaya başlamışlardır.

1950'li yıllarda anestezinin sadece bu konu ile görevli hekimler tarafından yapılması ve konunun tıp fakültelerinde bağımsız bir uzmanlık dalı haline gelmesi gereği ortaya atılmıştır. 1956 yılında Anestezi Uzmanlık Tüzüğü çıkarılmış ve bu tarihten başlayarak Sağlık Bakanlığı ve Üniversite Tıp Fakülteleri hastanelerinde uzmanlık unvanları verilmiştir. 1956 yılında anestezi uzmanı sayısı 2 iken 1996 yılında 1300 civarında olmuştur. İdare ve organizasyon açısından üniversitelerde önce cerrahi bölümlere bağlı olarak (1961'de) daha sonra (1963'te) bağımsız olarak anesteziyoloji enstitüleri kurulmuştur. Bu enstitüler 1966 yılında Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dallarına dönüştürülmüştür.

Anestezi uygulamalarında anestezi uzmanlarının yardımcı teknik eleman ihtiyacını karşılamak amacıyla 1985 yılında 2547 sayılı YÖK Kanunu 7. maddesinin d fıkrası uyarınca çeşitli üniversitelere bağlı Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okullarında anestezi teknisyeni yetiştiren programlar açılmıştır.

Anesteziyolojinin çalışma alanlarına gelince; tüm ileri ülkelerde anestezi uygulamalarının tamamı anesteziyologlar tarafından yapılmaktadır. Buna ek olarak yoğun bakım üniteleri ve ağrı tedavi merkezleri de anesteziyologlar tarafından yürütülmektedir (2).

2.1.3-Cerrahi ve Anestezi

Duyusuzluk, hissizlik anlamına gelen anestezi terimi, anestezi uygulamalarının antik medeniyetler zamanına dayanan başlangıç evresinde cerrahi işleme olanak sağlamak için ağrının ortadan kaldırılması anlamına gelmekteydi. Anestezi ve cerrahinin gelişmesi birbirinden bağımsız değerlendirilmemelidir. Cerrahi nedenli ağrının ortadan kaldırılması anestezinin ilk mücadelesi olarak nitelendirilebilir. Eter, kloroform ve azot protoksit gibi molekülleri ilk kullanan hekimlerin cerrah olması, güvenli anestezi teknikleri bulunana kadar cerrahinin de gelişmesinde duraklamalar olması cerrahi ve anestezi arasındaki girift ilişkiye birer örnektir.

Günümüzde ise anestezi sadece cerrahi nedenli ağrıyı ortadan kaldırmakla yükümlü değildir. Ameliyathanede, yoğun bakım ünitelerinde, hastane içi resusitasyon ekiplerinde, kronik ağrı tedavisinde önemli rolü bulunmaktadır.

Modern tıp uygulamaları içinde önemli bir yere sahip olan anestezi uygulamasını “The American Board of Anesthesiology” Şubat 2012 tarihli bilgilendirme kitapçığında anesteziyoloji pratiği şöyle tanımlanmıştır (5):

- Cerrahi ve anestezi için hastaların değerlendirilmesi ve hazırlanması
- Cerrahi, obstetrik, terapötik ve tanısal işlemler sırasında ve bunları takiben ağrının önlenmesi, tanısı ve tedavisi
- Peroperatif dönem sırasında hastanın monitörizasyonu ve normal fizyolojinin sürdürülmesi
- Kritik hastaların tanı ve tedavisi
- Akut, kronik ve kanser ile ilişkili ağrının tanı ve tedavisi
- Kardiyak, pulmoner ve nörolojik resusitasyonun uygulanması ve eğitim verilmesi
- Solunum fonksiyonunun araştırılması ve solunum tedavisinin uygulanması
- Terminal dönem hastaların bakımı ve palyatif tedavisi

- Peroperatif bakım, yoğun bakım, ağrı tedavisinde yer alan medikal ve paramedikal personelin eğitimi, performansının değerlendirilmesi, yönetimi ve denetimi
- Klinik ve temel bilimsel araştırmaların yönetimi

Görüldüğü gibi cerrahi işlem sırasında hastanın ağrı duymamasının sağlanmaya çalışılmasıyla başlayan anestezi uygulamaları günümüzde hastalara çok geniş bir spektrumda hizmet vermektedir.

2.1.4-Anestezi Yöntemleri

Anestezi yöntemleri genel ve rejyonal anestezi olarak 2 ana gruba ayrılır. Uygulanacak anestezi yöntemi anestezi doktoru tarafından, hastanın mevcut durumu, yandaş hastalıkları, uygulanacak cerrahi girişim göz önünde bulundurularak belirlenir ve uygulanır.

2.1.4.1-Genel Anestezi

Hastada geçici bilinç kaybı, duyu kaybı, kas gevşemesi, amnezi, analjezi sağlanması ve cerrahi uyarılara karşı oluşan otonomik reflekslerin baskılanması amacıyla parenteral yollarla ilaç uygulanarak oluşturulan anestezi yöntemidir. Bu yöntemde hasta ameliyat süresince mekanik ventilasyon desteğine alınır ve monitörizasyon yöntemleri kullanılarak hayati bulgular normal fizyolojik sınırlarda tutulmaya çalışılır. Rejyonal anestezi ile birlikte ya da tek başına uygulanabilir.

2.1.4.2-Rejyonal Anestezi

Bu yöntemin genel anesteziden farkı hastada bilinç kaybı oluşturulmamasıdır. Tercih edilen yöntemle ilgili olarak vücudun belirli bölgelerinde cerrahi uyarana karşı duyuşal, motor ve otonom fonksiyonlarda geçici kayıp meydana gelir. Rejyonal anestezi santral nöroaksiyal bloklar, periferik sinir blokları ve topikal anestezi olmak üzere 3 tiptir. Nöroaksiyal bloklar spinal ve epidural blok olarak adlandırılır ve tercih edilen aralığa tek enjeksiyon ya da katater yerleştirilerek devamlı/aralıklı infüzyon şeklinde uygulanabilir. Sezaryen seksiyon ya da alt ekstremiteler operasyonları gibi bazı durumlarda epidural ve spinal blok kombine şekilde de uygulanabilir. Periferik sinir blokları, tek bir sinirin ya da birden fazla sinir bloğu hedefleniyorsa sinir köklerinin etrafına tek enjeksiyon ya da katater yerleştirilerek aralıklı/devamlı infüzyon şeklinde lokal anestetik ilaç uygulanarak gerçekleştirilir. Lokal anestezi ise küçük ve yüzeysel bir vücut bölgesine cerrahi girişim planlandığında uygulanır.

Cerrahi alana ve etrafına lokal anestetik ilaç enjekte edilir ve hastanın ağrı duymaması sağlanmaya çalışılır.

Bu iki anestezi yöntemi dışında anestezistler, rejyonal anestezi uygulanmış hastalarda veya tanısal ve/veya tedavi amacıyla girişim yapılan hastalarda sedasyon ya da sedasyon ve analjezi uygulamasını gerçekleştirirler. Bu uygulamanın temel olarak iki yararı vardır. Birincisi, anksiyete, rahatsızlık ve ağrı hislerini azaltarak cerrahi işlemin tolere edilmesi; ikincisi ise çocuklarda ve koopere olmayan erişkinlerde, rahatsızlık hissi yaratmasa da, hastanın hareketsiz durmasını gerektiren cerrahi girişimlerin uygulanabilmesidir. Sedasyon/analjezi için seçilecek yöntem ve ilaç uygulayıcının deneyimleri doğrultusunda olurken, hasta ve cerrahinin gerekleri göz önünde bulundurulmalı ayrıca ilaçların farklı hastalarda yaratabileceği sedasyon düzeyinin de farklı olabileceği unutulmamalıdır (6).

2.1.5-Preoperatif Değerlendirme

Preoperatif değerlendirme, cerrahi olan veya olmayan girişimler için uygulanacak anestezi öncesinde anestezistin sorumluluğunda olan bir klinik incelemedir (7). Amaç planlanan girişim öncesinde hastayı değerlendirmek, uygun anestezi yöntemini belirlemek ve olası özel durumlar için (zor entübasyon gibi) hazırlık yapmaktır. Anestezistin hastaya uygulayacağı anestezi yöntemi ve buna yönelik hazırlık, anestezi riskinin belirlenmesi, hastaya en uygun koşullarda girişim yapılabilmesi, onun fiziksel ve psikolojik durumunu değerlendirmesi ile farmakolojik ve terapötik hikayesine dayanır (8). Preoperatif değerlendirme aynı zamanda hastaya anestezi ile ilgili bilgi verme, hastalar tarafından yeterince tanınmayan anestezi hekimiyle tanışma ve anksiyetenin azaltılmasına olanak sağlar. Ayrıca hastanede yatış süresini kısaltır, planlanan cerrahinin ertelenmesini ya da iptalini önler (9). Preoperatif değerlendirmenin amaçları şu şekilde özetlenebilir (7,10):

- Cerrahi ve anestezi ile ilgili risklerin azaltılması
- Peroperatif bakım kalitesinin artırılması, masrafın azaltılması
- Hastanın istenen fonksiyon düzeyine gelmesinin sağlanması
- Hastanın bilgilendirilmesi ve anestezi için onamının alınması

Bu amaçları yerine getirmek üzere preoperatif değerlendirme için cerrahi veya cerrahi olmayan girişim öncesi anestezi polikliniğine gelen hastalara yaklaşımda yapılanlar:

- Hastanın psikolojik ve fiziksel durumunun değerlendirilmesi

1. Psikolojik değerlendirme ve hazırlık
2. Anamnez ve fiziksel durumun değerlendirilmesi
3. Laboratuvar incelemeleri

- Farmakolojik durumunun değerlendirilmesi

1. Önemli ilaç etkileşimleri
2. Alışkanlıklar

- Anestezi riskinin belirlenmesi

- Anestezi planının oluşturulması

- Premedikasyon verilmesi

2.1.5.1-Hastanın Psikolojik Durumunun Değerlendirilmesi

Preoperatif değerlendirmede hastanın korku ve anksiyetesi açıkça sorgulanmalıdır. Hastanın daha önceki olumlu ya da olumsuz deneyimleri, hastanın anksiyetesi ve korkusunun anlaşılmasına yardımcı olabilir. Hastanın yapılacak girişimi korkuları ve anksiyetesi nedeniyle sedasyon ve anestezi altında yapılmasını istediği durumlar karşımıza sıklıkla çıkmaktadır. Hastanın neden korktuğu açığa çıkarılmalıdır. Çoğunlukla hastalar işlem sırasında ağrı duymaktan korkmaktadır. Anksiyeteli bir hasta ile karşılaşıldığında daha önceki girişimlerdeki tepkileri konusunda iyi bir hikaye alınmalıdır. En önemlisi, hastaya işlem sırasında ve sonrasında ağrısının nasıl kesileceği ayrıntılı ve güven sağlanarak anlatılabilirse, anksiyeteleri büyük ölçüde azaltılabilir.

2.1.5.1.1-Anksiyete Nedir?

Anksiyete sözcüğü, Hint- Germen kökenli “sıkıca bastırmak, boğazını sıkmak, sıkıntı ve tasa” anlamına gelen “angh” sözcüğünden türemiştir. Anksiyeteye ilişkin en eski yazılı kanıt milattan önce 3000’lerde yazılan Gılgamış destanıdır (11). Bu destanda Gılgamış, kendi ölümsüzlüğü ile ilgili endişelerini dile getirmektedir (12).

Anksiyete belirtileri, çok eski zamanlardan beri birçok hekimin ve yazarın dikkatini çekmiş ve çeşitli yazılarda dile getirilmiştir. Mani, histeri ve paronaya gibi terimleri psikiyatriye

kazandırmış olan Hipocrates'e göre, her türlü psikiyatrik belirtinin kaynağı beyindir (13). Hipocrates'ın ruhsal bozukluklarla ilgili metinlerinde korkudan ve “amaçsız anksiyete” (aimless anxiety) olarak adlandırdığı bir durumdan söz ettiği bilinir.

17. yüzyılda dilbilimciler tarafından paroksizmal olarak ortaya çıkan şiddetli huzursuzluk, yerinde duramama ve endişe durumları için farklı terimler kullanılmıştır. Benzer durumlar için, aralarında bazı anlam farklılıkları olmakla birlikte Fransızlar “angoisse”, Almanlar “angst” ve İspanyollar ise “angustia” sözcüklerini kullanmışlardır (14).

Anksiyete ile birlikte anılan diğer kavram ise korkudur. Korku (Fair) Almancadan gelen bir terimdir. Bu dilde köken aldığı kelime "beklemek, pusuda yatmak veya saldırmak" anlamına gelmektedir.

18. yüzyıldan sonra anksiyeteye ilişkin oldukça ciddi tanımlamalara ve açıklamalara rastlanmaktadır. 1800'lü yılların ortalarında Heinrich Neumann'ın anksiyetenin, cinsel dürtülerin (ve diğer dürtülerin) doyurulmaması durumunda ortaya çıktığına ilişkin görüşü psikanalitik dönem açıklamaları dikkate alındığında oldukça ilginçtir (13). Bu görüşü, aynı dönemde Karlideler de, doyurulmamış cinsel arzuların ruhsal rahatsızlıklara kaynak teşkil edeceğine olan inancı doğrultusunda tekrarlamıştır. 1800'lerin ortalarında Otto Domrich tıbbi psikoloji alanında ilk kez “anksiyete ataklarından” söz etmiştir. Bu kavram sonradan, Fransız devriminin ardından ortaya çıkan nörosürkülaturar nevrasteni, asker kalbi, hiperventilasyon sendromu gibi tanımların yerine geçmiştir. Feuchtersleben, 1847'de ilk kez organik hastalıkların neden olduğu anksiyete belirtilerini gözlemiş; Morel, 1866'da otonomik sinir sistemindeki değişikliklerin emosyonel belirtilere yol açtığından söz etmiştir (15).

1890'larda anksiyete belirtilerinin birçok başka hastalıklarda görülmekle birlikte, fiziksel ve ruhsal belirtilerin -adına anksiyete denilen- aynı, tek bir klinik durumun unsurları olduğu düşüncesi yavaş yavaş gelişmiştir (14). 1894'te Freud, anksiyetenin fiziksel ve ruhsal belirtilerini bir araya getirerek “anksiyete nevrozu”nu tanımlamıştır. Bu dönemde Freud, yazılarında histeri ve hipokondriasis gibi geleneksel nevrozların psikolojik kökenli olduğunu söylerken, buna karşı anksiyete nevrozunun organik kökenli olduğunu öne sürmüştür (15).

Bu gelişmelere karşın yine de anksiyete kapsamına giren çeşitli klinik durumların birbirinden ayrılarak farklı klinik durumlar olarak tanımlanması 1960'lardan sonra elde edilen veriler sonucu gerçekleşebilmiştir. Öztürk “Anxiety, anxiete” karşılığında daha çok psikologlarca ve kimi psikiyatristlerce kullanılan “kaygı” sözcüğünü uygun bulmamaktadır (16).

Kaygı, genellikle nesnesi bilinen bir duruma yada kişiye karşı duyulan merak, endişe, tasa duygusudur. Örneğin “çocuğumun okul durumu beni kaygılandırıyor, Türkiye’nin ekonomik durumu kaygı verici” gibi. Ayrıca kaygı sözcüğü, klinik düzeyde şiddetli bunalıntıyı karşılamamaktadır. Örneğin panik bozukluğundaki bunaltıya kaygı demek klinik durumun fenomenolojisini yansıtmamaktadır. “Bunaltı” sözcüğü hem kavramsal, hem klinik açıdan uygun görülmektedir (16).

Bir insanın yaşayabileceği en acılı duygu olarak tanımlanabilen anksiyete, psikanalizin ilk döneminde biyolojik kökenli bir olgu olarak kabul edilmiştir. Ancak, topografik kuramın yerine yapısal kişilik kuramını geliştirdikten bir süre sonra anksiyete kavramının yorumuna da bir değişiklik getiren Freud, 1926’da yayımlanan “Ketlenmeler, Belirtiler Anksiyete” adlı yapıtıyla, anksiyeteyi egonun bir işlevi olarak tanımlayarak bu duygunun psikolojik bir olgu olduğunu ortaya koymuştur (17). Anksiyete kavramının anlaşılabilmesinde en önemli katkılardan biri Karen Horney’dan gelmiştir (17). Horney, anksiyete ve korku kavramını sıkça birlikte kullanarak bu iki kavram arasındaki yakınlığı ifade etmiştir. Yalom ise var olmanın getirileriyle yüzleşmeden kaynaklanan çatışmanın kaygıya neden olduğunu bildirmektedir (18).

Anksiyete hem psikolojik hem de fizyolojik değişikliklere neden olan bir durumdur. Kişiliğin yapısında ve gelişmesinde önemli bir etken olan duygulanım ve coşku durumlarıyla birlikte ortaya çıkan ve onlara eşlik eden fizyolojik belirtiler olduğundan söz edilmiştir. Kişi belli bir tehlike algıladığında ya da öngördüğünde beyin sinir sisteminin otonom sinir sistemi denilen kısmına mesaj yollar. Otonom sinir sistemi sempatik sinir sistemi ve parasempatik sinir sistemi olarak iki alt bölümden oluşur. Sinir sisteminin bu iki kısmı vücudun genel enerji düzeyinden ve harekete hazırlanmasından sorumludur. Sempatik sinir sistemi vücudun enerjisini arttıran ve harekete hazırlayan kaçma-savunma tepkisinden sorumludur; parasempatik sinir sistemi de vücudu tekrar normal haline geri döndüren ve dinlenme haline geçiren sinir sistemidir. Otonom sinir sisteminin uyarılması ile kan basıncı, kalp atışı, solunum sayısı artar. Mide-barsak hareketleri hızlanır. Tükrük salgısı azalır, ağız kuruluğu gelişir. Kan şekeri yükselir. Gözbebekleri genişler. Çizgili kasların gerginliği artar. Titreme olur. Terleme olur. Derinin direnci artar. Bütün bu değişimler, merkezi sinir sisteminde adrenalin ve ona benzer başka kimyasal ileticilerin kan düzeyinin arttığını gösterir. Bu yükselişin oluşturduğu değişimlerin kişi tarafından hissedilmesi de kaygı yaratır.

2.1.5.1.2-Ameliyat Öncesi Psikolojik Hazırlanma

Ameliyat öncesi hastalara ilaç verilmesinin amacı başta anksiyeteyi azaltmak, sedasyon sağlamak, hemodinamik stabiliteyi sağlamak, gastrik asit aspirasyonun ihtimalini azaltmak, analjeziyi sağlamak, postoperatif bulantı ve kusmayı önlemektir (19).

Ameliyat olacak olan hastalarda anksiyete gelişebilir. Hastanın anksiyetesi genellikle ameliyathaneye girmeden önce mevcuttur. Bazı hastalarda ise sadece ameliyattan sonra anksiyete en yüksek seviyeye çıkar (19). Lichtor ve ark. (20) yaptıkları çalışmada hastaların anksiyetelerini ameliyattan bir önceki gün öğleden sonra ve ameliyattan bir saat önce değerlendirmişlerdir. Ameliyathanede ölçülen anksiyete nispeten yüksek bulunmasına karşın önceki gün ölçülen anksiyete ile farklı olmadığını saptamışlardır. Johnston'un (21) yaptığı çalışmada ise hastaların hastaneye yatmadan dört gün öncesinden başlayarak ameliyattan birkaç gün sonrasına kadar anksiyete düzeyleri ölçülmüş, sonuç olarak hastaların yatışından önce, yatıştan operasyona kadar ve operasyondan iki gün sonra anksiyete seviyeleri yüksek bulunmuştur.

Anestezistin ameliyat öncesi vizitinin amacı, hastanın cerrahi ve anestezi için hazırlığı ve aynı zamanda hastayı yapılacak işlem ile ilgili bilgilendirmektir. Farmakolojik olmayan belirli yöntemlerin de anksiyeteyi azaltmak için etkili olduğu gözlenmiştir. Egbert ve ark. (22) yaptıkları araştırmada anestezistin operasyon öncesi vizitinin anksiyeteyi azaltmada barbitürattan daha etkili olduğunu göstermişlerdir. Kullanılan diğer bir yöntem de gevşeme egzersizleridir. Bu teknikte kişi pozitif veya nötr bir tema veya subje üzerinde dikkatini odaklamasıyla pasif bir şekilde anksiyeteyi yaratan durumu uzaklaştırır. Bu yöntemler ile hipertansif hastalarda oksijen tüketimi ve arteriyel kan basıncının azaldığı gösterilmiştir. İskemik kalp hastalığı ve prematür ventriküler atımı olan ve gevşeme tekniği kullanan hastalarda uyanıklık ve uyku durumunda prematür ventriküler aritmi insidansının azaldığı görülmüştür.

Yapılan çeşitli çalışmalarda psikolojik destek ile santral sinir sisteminin aktivitesi azaltılarak mental ve emosyonel rahatlama sağlanabileceği gösterilmiştir. Ayrıca sedatifler ve trankilizanlar ile sedasyon ve amnezi sağlayarak hastaların operasyon öncesi anksiyete seviyesinin azaltılabileceği gösterilmiştir. Mümkün olduğunca hastanın bulunduğu ortamın rahat ve uyarıcı etkenlerin minimal düzeyde olması sağlanmalıdır. Operasyon öncesi gece anestezistin viziti ve uykuyu düzenlemeye yönelik verilen sedatif ilaçlar istenilen etkinliği elde etmek için yararlıdır.

Çocuk hastaların anne-babasının bilgilendirilmesi de önemlidir (23). Çocuk hastaların anne ve babalarında da yüksek anksiyete düzeyleri görülebilir. Bu anksiyetenin çocuğa yansımaları özellikle çocuklarda negatif sonuçlar doğurmaktadır. Ailelerin sözlü iletişim yanında basılı broşürlerle bilgilendirilmesi ailelerin anksiyetelerini daha çok azaltabilmektedir (23,24).

Preoperatif değerlendirmede hastanın psikolojik durum değerlendirmesi ve viziti yapan hekimin önerileri ayrıntılı preoperatif değerlendirme formuna kaydedilmelidir (7). Kayıt tutulması hem preoperatif değerlendirmeyi yapan hekim ile anestezi verecek hekimin farklı olduğu durumlarda hem de daha sonraki anestezi eşliğindeki işlemlerde yol gösterici olmaktadır.

2.1.5.2-Hastanın Fizik Durumunun Değerlendirilmesi

Hastanın fizik durumunun değerlendirilmesi; hikaye alınması ve fizik muayenede fark edilen sorunlar üzerinde yoğunlaşarak yapılır (25).

Hastanın fizik durumunu değerlendirmenin amaçları şu şekilde özetlenebilir:

1. Hastanın fizik durumuna göre risklerini belirlemek,
2. Gerekiyorsa ilgili branşlardan konsültasyon istemek,
3. Anestezi planında uygun değişiklikleri yapmak.

Hastaların preoperatif değerlendirmesinde iyi bir hikaye alınması ve fizik muayene; rutin laboratuvar, kardiyovasküler ve pulmoner testlerden çok daha önemlidir (25,26).

2.1.5.2.1-Anestezi Riskinin Belirlenmesi

Hastaların anestezi riskinin belirlenmesi ve anestezi planının oluşturulması preoperatif değerlendirmenin önemli aşamalarından biridir. Anestezi öncesi riskin belirlenmesinde çeşitli skorlama ve sınıflamalar kullanılmakla birlikte bunların çoğu spesifik hasta grupları veya cerrahi yöneme göre değerlendirme yapılmasına yöneliktir (Goldman Kardiyak Risk indeksi, Euroscore gibi). Günümüzde en yaygın kullanılan ve kabul gören sınıflama ASA'nın oluşturduğu sınıflamadır. ASA sınıflamasında hastaların fiziksel durumu ve cerrahi girişimin elektif veya acil oluşuna göre risk belirlenir. Bu sınıflama anestezi (zor havayolu varlığı gibi), hasta (yaş, yandaş hastalıklar gibi) veya cerrahi yöntem (yeri, kapsamı gibi) ile ilgili özellikleri kapsamamasına rağmen, basit ve kolay uygulanabilir olması ve bir standart oluşturması açısından halen tüm dünyada kullanılmaktadır.

ASA sınıflaması anestezi mortalite oranı ile ilişkili olup, bu oran ASA I için %0.08, ASA II için %0.27, ASA III için %1.82, ASA IV için %7.76 ve ASA V için %9.38 olarak bildirilmiştir (27,28).

Bu sınıflamaya göre:

ASA I: Normal, sistemik bir bozukluğa neden olmayan cerrahi patoloji dışında bir hastalık veya sistemik sorunu olmayan sağlıklı bir kişi.

ASA II: Cerrahi girişim gerektiren nedene veya başka bir hastalığa (hafif derecede anemi, kronik bronşit, hipertansiyon, amfizem, şişmanlık, diyabet gibi) bağlı hafif bir sistemik bozukluğu olan kişi.

ASA III: Aktivitesini sınırlayan, ancak güçsüz bırakmayan hastalığı (hipovolemi, latent kalp yetmezliği, geçirilmiş miyokard infarktüsü, ileri diyabet, sınırlı akciğer fonksiyonu gibi) olan kişi.

ASA IV: Gücünü tamamen yitirmesine neden olup hayatına sürekli bir tehdit oluşturan bir hastalığı (şok, dekompanse kalp veya solunum sistemi hastalığı, böbrek, karaciğer yetmezliği gibi) olan kişi.

ASA V: Ameliyat olsa da olmasa da 24 saatten fazla yaşaması beklenmeyen, son ümit olarak cerrahi girişim yapılan ölüm halindeki kişi.

ASA VI: Yukarıdaki 5 gruba daha sonra bu grup eklenmiştir. Bu gruba da organ alınmaya uygun, beyin ölümü gelişmiş hastalar girmektedir.

Acil cerrahi girişim gerektiğinde hastanın sınıflama numarasından sonra “E” harfi eklenmektedir. ASA IE gibi.

ASA değerlendirmesinin her hasta için yapılıp, anestezi formuna eklenmesinde fayda vardır. ASA değeri arttıkça anestezi riski ve operasyon sırasındaki ölüm oranları artar.

2.2- Anestezi ve Anestezist Kavramı Ne Kadar Biliniyor?

Anestezinin hasta güvenliği ve cerrahi başarı açısından önemi anlaşılmış olmakla beraber, anestezistler genel olarak cerrahinin arka planda kalan üyesi olagelmektedirler. Anestezistin sosyal imajının hak ettiği yerde olmadığı, anestezistlerin ve anestezi uygulamalarının yeterince bilinmediği gerçeği bu konuda birçok çalışma yapılmasına neden olmuştur. Bu

problemin üstesinden gelmek için var olan bilgi düzeyinin saptanması, bilinmeyenlerin ortaya konulması önem taşımaktadır. Bilginin yetersiz ve eksik olduğu alanların saptanması, karşılaşılan hasta popülasyonunu ve diğer popülasyonları bilgilendirmek için kullanılan içeriğin yeniden düzenlenmesi konusunda önemli ipuçları sunacaktır.

Hastaların anesteziisti hangi meslek grubundan gördüklerini araştıran çeşitli çalışmalar, anesteziistin doktor olduğu bilgisinin yaygınlaşmasının ülkelerin gelişmişliklerine paralel olarak arttığını ortaya koymuştur (29). Örneğin İngiltere’de 1978 yılında yapılan bir çalışmada (30) hastaların sadece %50’si anesteziistin doktor olduğunu bilirken 1994 yılında yapılan çalışmada (31) bu oran %78 ulaşmıştır. Suudi Arabistan’da 2006 yılında (32) bu oran hala %55,3’tür.

Ülkemizde de konuyla ilgili son yıllarda çeşitli şehirlerde veriler toplanmıştır. 2003 yılında İzmir’de Sosyal Sigortalar Kurumu Eğitim Hastanesi’nde preoperatif vizitten önce yapılmış 200 hastalık bir anket çalışmasında, hastalardan %58,1’inin anesteziistin doktor olduğunu bildiği, %34’ünün ise anestezinin ne anlama geldiğini doğru olarak bildiği ortaya konmuştur (33). 2009 yılında Denizli’de bir sağlık ocağına gelen hastalardan 500 kişilik bir grup üzerinde yapılan bölgesel bir anket çalışmasında hastaların ise “anestezi nedir?” sorusunu %48,8 oranında doğru cevap vermesine karşılık, sadece %40,2’lik bir oranda anesteziistin uzman hekim olduğunun bilindiği vurgulanmıştır (34). Yine 2009 yılında Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastane’sinde anestezi polikliniğine gelen 1000 kişide yapılmış bir başka ankette ise hastaların %90 oranında anesteziistin doktor olduğunu ve %90,8 oranında anesteziyi veren kişinin de doktor olduğunu bildiğini göstermiştir (35). Bu sonuçlar da bölgesel farklara işaret etmektedir.

2.2.1-Anesteziistlerin Görev ve Sorumlulukları

Anestezi tıp biliminin yeni branşlarından biridir ve zaman içinde büyük bir gelişme göstermiştir. Anestezi alanındaki gelişmeler cerrahi gelişmelere de katkıda bulunmaktadır (36). Hastaların anestezi doktorları tarafından cerrahiye hazırlanmasının, cerrahi sonrası iyileşmeyi hızlandırdığı görülmektedir (37).

Son 30 yıl içinde, anesteziistlerin görevleri sadece ameliyathane içinde sınırlı olmaktan çıkmıştır. Anesteziistlerin ameliyathane dışında da önemli rolleri vardır. Yoğun bakım üniteleri, travma merkezleri, ağrı klinikleri ve resusitasyon ekibi anesteziistlerin görev aldığı diğer alanlardır (38).

Türkiye’de anestezi uzmanının görev ve yetkileri halen yürürlükte olan Sağlık Bakanlığı’nın "Yataklı Tedavi Kurumları Yönetmeliğinin" ilgili maddelerinde belirtilmiştir.

1) Kendisine bir gün önceden verilecek ameliyat listelerine göre olguların özelliklerini ve ameliyat sürelerini göz önüne alarak günlük ameliyathane çalışma listelerini düzenler. Ameliyat olacak hastaların ameliyata hazırlanması için gerekli incelemeler ile konsültasyonların yapılmasını ve bu hastaların premedikasyonunu sağlar.

2) Anestezi ve anestezi sonrası bakım yerlerinde çalışan personelin hizmetle ilgili amiri olup, onların düzenli ve verimli çalışmalarını ve hizmet içi eğitimlerini sağlar. Bölümden başhekime karşı sorumludur.

3) Hastanın sağlık durumuna göre anestezi altında ameliyat yapılıp yapılmayacağı hususunda karar verir.

4) Cerrahla görüşerek ameliyatın özelliğini ve hastanın genel durumunu göz önünde bulundurmak suretiyle hastaya ameliyat masasında en uygun pozisyonu verir ve anestezi tekniğini tespit ederek gerekli anestetiği hastaya uygular veya kendi kontrolü altında teknisyenlere uygulatır.

5) Anestezi ve ameliyat altında iken hastanın durumunu (solunum, renal, serebral sistem, kan ve elektrolitler, hastanın ateşi, terlemesi vb.) kontrol eder veya kendi sorumluluğu altında teknisyenlere yaptırır. Anestezi şekli ve seyrini ameliyat gözlem kağıdına kaydeder.

6) Ameliyat sonu hastanın normal hayati fonksiyonlarını kazanıncaya kadar gerekli gördüğü bütün tedbir ve tedavileri uygular. Bu hususta cerrahla ve lüzum gördüğü diğer uzmanlarla konsültasyon yapar. Ameliyathane ve sterilizasyon işlemlerinde ameliyathane sorumlusuna yardımcı olur.

7) Anestezi ve ameliyat sonrası bakım birimindeki her türlü cihaz, alet, ilaç ve sıhhi malzemenin sağlanması, bakım, muhafaza ve sarfından sorumludur.

2.2.2-Bilgiyi Etkileyen Faktörler

Eğitim durumu, geçirilmiş ameliyat ve anestezi deneyimi, anestezi ile tanışma ve bilgilendirilme, ortak çalışma alanı grupların anestezi ve anestezi ile ilgili farkındalık ve bilgilerini arttırmaktadır (29). Hastanın preoperatif dönemde anestezi tarafından görülmesi memnuniyeti de önemli ölçüde etkilemektedir (39). Aras ve arkadaşları ilköğretim mezunlarının

anesteziyi bilme oranlarının %28 civarında olduğunu,buna karşılık lise mezunlarında oranın %60'a, üniversite mezunlarında ise %75'e ulaştığını saptamıştır (34). Hastaların %90 oranında anestezi kavramını bildiği Demir ve arkadaşlarının çalışmasında ankete katılanların %54 oranında lise seviyesi ve üzerinde eğitim aldıkları dikkat çekmektedir. Ancak anestezi polikliniğinde anestezi uzmanları tarafından muayene edilmiş olmalarına rağmen hastaların sadece %25,7'si anestezi uzmanının görev yaptığı yerler arasında polikliniğin de olduğunu bilmektedirler. Genel olarak anestezi uzmanının çalışma yeri olarak ameliyathane gösterilmekte, yoğun bakım, ağrı tedavisi veya poliklinik hizmetinin anestezi uzmanının çalışma alanı içinde olduğu bilinmemektedir (33,35).

Bilgiyi etkileyen faktörler arasında ülkenin gelişmişlik seviyesi de önem taşımaktadır. 1996 yılında Avusturya'da üniversite hastanesine başvuran hastalarda yapılan bir çalışmada, anestezi uzmanının doktor olduğunu bilme oranının %93 olduğu ortaya konmuştur (40). Ancak yine aynı çalışmada anestezi uzmanının çalışma alanları konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları saptanmıştır. Anestezi ve anestezi uzmanıyla ilgili somut bilgiler genellikle aynı ortamda çalışma, hasta konsültasyonları, hastane içi bilgi alışverişi, kendisinin veya yakınının geçirilmiş cerrahi ve anestezi deneyimlerinden kaynaklanmaktadır.

2.2.3-Bilgi Kaynağı

Hastalar ve diğer gruplar genellikle bilgi kaynağı olarak ilk karşılaştıkları doktoru görürler. Bunun yanında hasta bilgilendirme formu,hasta hakkında ilgili bölümlerle bilgi paylaşımı, bilgi broşürleri, bilimsel makale ve benzeri yazılı materyaller, video, televizyon, internet ve hastanın önceki anestezi deneyimi bilgi kaynakları olarak kullanılmaktadır (41). İspanya'da anestezi ile genel bilgilendirmenin halkta anestezi uzmanının imajını değiştirdiği ve bilinmeyen noktaların aydınlatıldığı görülmüştür (42). Eğitim durumunun bilgi düzeyini olumlu etkilediği ortaya konmuş olmakla beraber, bunun da anestezi uzmanının içeriği ve anestezi uzmanının görev alanı hakkında yeterli bilgiye sahip olma anlamına gelmediği görülmüştür (35,43).

Anestezi uzmanı ameliyat öncesi dönemde hastayı muayene eder. Tıbbi geçmişiyle ilgili bilgi alır, gerekirse tahlil veya konsültasyon ister, ameliyatta kullanacağı ilaç ve malzemeleri belirler, ameliyat için planlama yapar ve ilgili bölümdeki meslektaşlarına ve hastaya yapılacak anestezi hakkında bilgi verir, olası komplikasyonlarını anlatır, hastanın anestezi ile ilgili merakını giderir, hastaya bilgilendirme formu verir. Bu formu hastaya geniş ölçüde anestezi hakkında bilgi aktarılmasını sağlar. Anestezi için hastanın onamını alır. İrit ve ark. preoperatif vizitin anestezi uzmanı ve cerrah tarafından birlikte yapılmasının yararlı olacağını ileri

sürmektedirler (44). Bu vizitlerde, anesteziistin kendini tanıtmayı, anestezi konusunda hastayı bilgilendirmesi ve hastanın ve doktorunun bu konudaki sorularını yanıtlamasıyla hastaların anestezi konusunda bilgilendirilmesi sağlanabilir.

Birçok çalışmada video ve yazılı kaynak kullanılarak yapılan eğitimin preoperatif anestezi konsültasyonuna ek olarak bilgi artırmada etkinliği gösterilmiştir (45). Zvara ve ark. yaptığı çalışmada 178 hasta üzerinde video ile bilgilendirme yapmış ve hastaların %85 inde olumlu bir etki görülmüştür (46). Broşürle eğitim de hastanın bilgisini artırmaktadır. Burada en önemli nokta hastaya uygun eğitim modelini seçmektir. Başka bir deyişle bilgilendirme bireyselleştirilmelidir (47).

Hastalara, hasta yakınlarına ve ilgili branşlardaki hekimlere anestezi öncesi soru sorabilme ve ek bilgi alma olanağının tanınması da önemli bir faktördür. İskoçya’da yapılan bir çalışmada hastalara anestezi onamı vermeleri öncesinde anestezi ile ilgili tekrar bilgi edinme olanağı sorulmuş ve hastaların pek azının bu olanağı anestezi ile ek bilgi için kullandığı, daha çok ameliyatın süresi ve etkileri ile ilgili sorular sordukları gözlenmiştir (48). Bu durum hastaların ön planda cerrahiye önemsemeleri ve temel endişe konularının bu olduğunu düşündürmektedir.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda gönüllülerin anesteziyle ilgili bilgi kaynağı sorgulandığında, daha önceki anestezi deneyiminden ve ameliyat olmuş bir yakınından bilgi aldığı öğrenilmiştir (33,35). Daha önce ameliyat olmuş yakınlarından ve doktorundan ameliyatla ilgili olumsuz bilgiler alanlarda endişenin arttığı dikkate alınmalıdır (49). Hastaların önceki anestezi deneyimi olması bilgi kaynağı olarak ciddi bir yer tutar. Çünkü anestezinin ne olduğunu ve anesteziyi uygulayanın kim olduğunu yaşayarak öğrenir. Ancak bu bilgi yaşadıkları ile kısıtlıdır ve olumsuz deneyimleri de içerebildiğinden endişe de oluşturabilir. Daha önce ameliyat olmamış hastaların endişeli olduğu ve daha fazla bilgi talep ettikleri belirlenmiştir (50,51).

2.2.4-Anestezi ve Ameliyattan Duyulan Endişe

Preoperatif dönemde hastada mevcut olan anksiyete nedenleri arasında anesteziye bağlı endişeler önemli yer tutar. Bu endişeler anesteziist ve anestezi uygulamalarından, sağlık personellerinin problem çıkarmasına, ölüm korkusundan, iğne korkusuna kadar pek çok nedene bağlıdır. Literatürde değişik oranlarda olmak üzere bu endişeler, ameliyat sırasında uyanmak, ameliyat sonrası uyanamamak, ameliyat sonrası ağrı, bulantı-kusma, yoğun

bakımda kalmak, anesteziistin bilgi ve deneyim eksikliği, anesteziistin ameliyat odasında bulunmaması, anesteziistin tavırları, anestezi sırasında anlamsız konuşmak, ameliyat sırasında ağrı duymak olarak bildirilmiştir (31). Zvara tarafından yapılan 200 kişilik çalışmada hastaların anestezi konusundaki temel endişeleri kullanılacak olan anesteziik ilaç, indüksiyon metodu ve ameliyat sonrası bu işlemlerin yan etkileri olarak sıralanmaktadır (46,52).

Ameliyat öncesi anksiyetenin anesteziye etkileri şöyle belirlenmiştir: Anksiyeteli hastaların anesteziye cevapları farklıdır. Anksiyeteye bağlı vazokonstriksiyon intravenöz katater takılmasını zorlaştırabilir. Anksiyeteli hastalarda daha yüksek doz anesteziik maddeye ihtiyaç vardır ve anestezi, anksiyeteli hastalarda otonomik dalgalanmalara neden olabilir (53). Tüm bu korkular, anksiyete ve depresif duygu durumuna neden olur. Tanı, tedavi olasılıklarına ilişkin tereddütler ve prognoz belirsizliği kaygıyı artırır. Ölüm ve özürlülük ile ilgili çatışmalar benliği zorlar. Hastalığın tedavi süreçlerinin gerekli kıldığı bağımlılık, davranışsal regresyon ile ilgili bir dizi çatışmayı gündeme getirir. Ameliyatın ortaya çıkardığı bilinç dışı çatışmalar normal çocukluk korkularını andırır; uykuya dalıp uyanamama (ölüm), yalnız kalma korkusu (terk edilme), karanlık korkusu (ölüm), ameliyat korkusu (mutilasyonkastrasyon endişesi) gelişebilir. Aynı zamanda ebeveyn tarafından reddedilme korkusu (cerrahın onay ve desteğini alamama), kendi kendine yeterli olamama korkusu, küçük düşürölme korkusu (sfinkter kontrolü kalkınca), empotans endişeleri (erkek hastalarda) gelişebilir (54).

Anesteziye bağı endişenin en sık nedenini Ramsay (55) yaptığı çalışmada anesteziiden uyanamama olarak bildirmiştir. Chew (56) en önemli endişe nedenlerini ağrı ve ameliyat sonrası uyanamamak olarak bildirirken, Hume ve arkadaşları (31) ise ameliyat sırasında uyanmayı bildirmiştir. Günöbirlik cerrahi hastalarına kıyasla genel anestezi alacak olanlarda endişenin daha fazla olduğı görölmüştür (57). Bu durum anestezinin tipinin önemli olduğunu vurgulamaktadır.

Ölkemizde yapılan çalışmalarda (33,35) anesteziiden uyanamama endişesinin sık göröldüğü bildirilmiştir. Bunda medyada anestezi ile ilgili çıkan olumsuz haberlerin ve toplumdaki yanlış ve kırılmayan inanışın etkisi vardır.

Sheffer ve Greifenstein'e göre hastaların anesteziye karşı duydukları anksiyetenin nedeni kısmen anesteziist-hasta ilişkisindeki eksiklikten kaynaklanmaktadır (58). Bunun temel nedeninin yetersiz iletişim ve zaman eksikliği olduğunu vurgulamışlardır. Ameliyat kararı ve bekleme süreci çoğı hastada tedaviyi aksatmayacak ölçüde anksiyeteye neden olur. Hasta

ameliyat olacağını bildiği ve sonrasını bilmediği için korkabilir ve anksiyete duyabilir. Ameliyat olacak hastalarda ve doktorunda gerginlik, bağımlılık, çaresizlik ve öfke duyguları daha yoğundur. Bu tepkiler, cerrahi girişimin büyüklüğü ya da küçüklüğü, planlı ya da acil olmasıyla doğrudan ilgili olup, hasta ve ailesinde psikolojik travmaya neden olabilmekte bu da ilgili branşlardaki hekimleri etkileyebilmektedir. Psikolojik travma sonucu en yaygın yaşanan sorun anksiyetedir. Ameliyat öncesinde hastanın anksiyete düzeyini, yapılacak işlemler hakkında bilgi sahibi olmaması, hastanın kişisel özellikleri, yaşı, daha önceki anestezi ve cerrahi deneyimi, yapılacak operasyonun tipi etkilemektedir.

Ülkemizde yapılan araştırmalarda hastada anksiyeteye neden olan durumlar bilinmeyen korkusu, ağrı, kanser olma olasılığı, organ kaybı, ölüm ve anestezi tehlikesi, işini kaybetme, sevdiği kişi ve etkinliklerden uzak kalma korkusu olduğu belirtilmektedir (59,60).

2.2.5-Bilgi ve Bilgilendirmenin Endişeye Etkisi

Birçok çalışmada bilgilendirme ile hastaların preoperatif anksiyetelerinin azaldığı (23) gösterilmişken, bir grup araştırmada etkilenmediği (61,62), bir grup araştırmada ise bilgilendirmenin anksiyeteyi arttırdığı (48) gösterilmiştir. Bu noktada bilgilendirmenin niteliğini sorgulamak gerekmektedir. Hastalar daha önce bilmedikleri konuları duyduklarında, bu onlarda endişe nedeni olabilmektedir. Hastaların ve yakınlarının hastalıkları ve tedavisi hakkında detaylı bilgilendirildiklerinde kendilerini daha mutlu ve huzurlu hissettikleri hasta memnuniyetinin arttığı gösterilmiştir (52). Çünkü bilgilendirme ile sadece bilgileri artmamakta, beraberinde onlara daha fazla zaman ayrılmakta ve önemsendikleri hissettirilmektedir. Ayrıca bazı ülkelerde örneğin Amerika Birleşik Devletleri'nde hastaların olabilecek her şeyi bilmek istedikleri saptanmıştır (63). Hastaya her aşamada yapılan işlemin ne olduğu ve niçin yapıldığı konusunda bilgi verildiğinde hastaların anksiyete düzeylerinin azaldığı gözlenmiştir (64). Altmış sekiz çalışmanın dahil edildiği bir meta analizde preoperatif eğitim verilen hastaların postoperatif sonuçlarının eğitim verilmeyenlere göre %20 oranında daha iyi olduğu bildirilmiştir (65).

Hastaların anestezi ve cerrah tarafından bilgilendirilmesi hastalarda kaygı, korku ve depresyon gelişimini, ameliyat sonrası analjezik gereksinimini ve bulantı, kusma gibi postoperatif komplikasyonları azalttığı, hastanede yatış süresini kısalttığı birçok araştırmacı tarafından bildirilmiştir (66). Dolayısı ile gerektiğinde bilgi kişiselleştirilerek, hasta ve yakınlarına uygun dille anlatılmalı ve preoperatif endişeler olabildiğince giderilmeli ve

hastada güven duygusu uyandırılmalıdır. Empati kuran anestezi uzmanı hasta memnuniyetini önemli oranda arttırdığı saptanmıştır (67).

Anestezi uzmanı preoperatif dönemde anestezi muayenesinden başlayarak, postoperatif dönemde ağrı tedavisine veya gerekiyorsa yoğun bakım sürecine kadar yapılacakları anlatması, hastanın anestezi uzmanı ve anestezi uzmanlığı branşının alanları konusunda bilgi edinmesi açısından olumlu olacaktır.

2.2.6-Endişeyi Etkileyen Faktörler

Demografik değişkenler, geçirilmiş olumlu veya olumsuz anestezi ve cerrahi deneyimler, geçirilecek ameliyatın cinsi, ameliyata neden olan patolojinin malign veya selim oluşu ile bilgilendirilme hasta ve yakınlarında preoperatif dönemde duyulan endişeyi değiştirmektedir.

Ülkemizde yapılan geniş ölçekli bir çalışmada yaşın preoperatif endişeyi etkilemediği bildirilmiştir (68). Preoperatif endişenin cinsiyetlere göre dağılımı incelendiğinde kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır (49,57).

Cerrahi girişim doğrudan fiziksel tehdit altında hissetme ve bir yaşam krizine neden olur. Bu kriz kanser cerrahisi girişimlerinde en ileri düzeydedir. Altındaki hastalığın malignite olmasının yarattığı kaygı ve belirsizliklere organ kaybına bağlı endişeler eşlik eder (69). Ülkemizde yapılan bir çalışmada (70) malignitesi olan hastaların korku, endişe ve anksiyetelerinin diğer hastalardan farklı olmadıklarını saptamışlardır. Bunun nedenini ise hastaların yeterince bilgi sahibi olmamalarına veya kültürel düzeylerine bağlamaktadırlar. Başka birkaç çalışmada ise orta büyüklükte bir ameliyat geçirecek hastalardaki kaygı, küçük bir ameliyat geçirecek hastalara göre daha yüksek bulunmuş ve ameliyat türünü kaygı nedeni olarak belirlemişlerdir.

2.3- Preoperatif Anksiyete Ölçümü

Son otuz yıldan daha uzun süredir araştırmacılar preoperatif anksiyete düzeyini belirlemek ve anestezi kalitesini doğrulamak için anketleri kullanmaktadırlar. Hastalara operasyon sürecindeki memnuniyet oranlarını ve yan etkilerin (ağrı, mide bulantısı, kusma) ortaya çıkma sıklığını ve ciddiyetini sorguladıkları anket araştırma sonuçlarını yayınlamışlardır (71). Bu çalışmalar, hastaların ortaya çıkabilecek ihtiyaçları, beklentileri ve algılamaları ile ilgili bilgi sağlamaları açısından önemlidir. Maalesef çoğu çalışmada araştırmacılar tarafından kullanılan anketlerin güvenilirliği ve geçerliliği ispatlanmamış olarak kalmış ve önemli metodolojik problemler olduğu saptanmıştır. Anestezi araştırmalarında hasta tatmini ve kalitesini değerlendirmek ve izlemek için kullanılan anketlerin birçoğunda önemli sınırlamalar vardır.

Anketlerin ölçüm unsurları haline gelebilmeleri için dikkatlice standardize edilmeleri ve yapılandırılmaları gerekmektedir. Tüm bu zorluklara rağmen hasta memnuniyetini belirlemek için anket kullanmak hala tek yol gibi görünmektedir. Kullanılan anketlerin yaygın kabul edilen bir anket olması yukarıda sözü edilen sorunları azaltmaya yardımcı olabilir (71). Anket yöntemi objektif ölçüm yöntemlerinden biridir.

Anksiyete ölçümünde kullanılan bazı testler şunlardır;

- STAI (State Trait Anxiety Inventory),
- APAIS (Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale),
- Hastane Anksiyete ve Depresyon Skalası (HAD, Hospital Anxiety and Depression Scale),
- Beck Depresyon ve Anksiyete Skalası,
- Taylor Anksiyete Skalası,
- Hamilton Anksiyete Skalası,
- VAS,
- Çoklu Etki Belirleme Listesi (MAACL, Multiple Affect Adjective List)

Bu tez çalışmasında APAIS ve BECK ölçekleri kullanıldığı için bu konuda daha detaylı bilgi vermek istedik.

2.3.1-Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS)

APAIS preoperatif anksiyetenin değerlendirilmesinde kullanılan testlerden biridir (72). Moerman ve arkadaşları preoperatif anksiyete ölçümünde kullanılan STAI'nin uzun ve çok sayıda soru içermesinden ve yoğun çalışan kliniklerde kullanımının pratik olmamasından dolayı, daha kısa ve kolay uygulanabilen APAIS skalasını geliştirmişlerdir. Bu skala basit ve hızlı bir şekilde hastanın endişe kaynağı ve endişenin şiddetini kantitatif olarak değerlendirmeye olanak verdiği için, preoperatif anksiyeteyle ilgili çeşitli çalışmalarda kullanılmıştır. Bazı araştırmacılar APAIS'i STAI ile birlikte kullanmış ve bu skalanın STAI kadar kullanılabilir olduğunu belirtmişlerdir. Endişe kaynağı bu testte cerrahiden duyulan endişe, anesteziyenin duyulan endişe ve bilgi eksikliğinin yarattığı endişe olarak üçe ayrılmıştır. Anksiyeteyi değerlendirmek üzere bu üç kaynağa yönelik 6 ifadeyi içermektedir;

Şekil 1. Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS)

APAIS question	Not at all					Extremely				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. I am worried about the anesthetic.										
2. The anesthetic is on my mind continually.										
3. I would like to know as much as possible about the anesthetic.										
4. I am worried about the procedure.										
5. The procedure is on my mind continually.										
6. I would like to know as much as possible about the procedure.										

1. Anestezi nedeniyle endişeliyim.
2. Sürekli anesteziyi düşünüyorum.
3. Anestezi konusunda olabildiğince fazla bilgi almak istiyorum.
4. Cerrahi işlem nedeniyle endişeliyim.
5. Sürekli uygulanacak cerrahi işlemi düşünüyorum.
6. Cerrahi işlem konusunda olabildiğince fazla bilgi almak istiyorum.

Anketi objektifleştirmek üzere her ifadeye şiddete göre 5'li Likert Ölçeği'ne dayanan sayısal değer verilmektedir. Ülkemizde ilk defa Aykent ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye çevrilerek kullanılmıştır(2007).

Anesteziye bağlı anksiyeteyi ölçmeye yönelik iki (1. ve 2. maddeler), cerrahiye bağlı anksiyeteyi ölçmeye yönelik iki (4. ve 5. maddeler) ve anestezi ile cerrahi konularında bilgi edinme isteğini dolayısıyla bilgi eksikliğinden kaynaklı anksiyeteyi ölçmeye yönelik iki (3. ve 6. maddeler) adet olmak üzere toplamda 6 madde yer almaktadır. Anesteziye bağlı anksiyete değerleri APAIS-A ile ifade edilirken cerrahiye bağlı anksiyete değerleri APAIS-C olarak tanımlanır.

Anksiyete ölçümüne yönelik maddeler (1,2,4,5. maddeler) 1-5 arası puanlanır, bu değerlerle 1=hiç, 5=çok fazla olarak ifade edilen toplam anksiyete skoru olan APAIS-T bulunur. Bilgi edinme isteğine yönelik sorular 2-10 arası puanlanır, bu değerler 2=hiç, 10=çok fazla olarak ifade edilen APAIS-B (bilgi edinme isteği) skorunu oluşturur. Her iki skorun da toplamda alabileceği minimum ve maksimum değerler sırasıyla 4 ve 20'dir.

2.3.2-BECK Anksiyete Ölçeği (BAI)

Beck Anksiyete Ölçeği (BAI) bilimsel araştırmalarda ve psikiyatri kliniklerinde anksiyete düzeyini değerlendirmek amacıyla kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçeğtir (73). Ayrıca BAI, tedavi süreci içinde hastanın anksiyete düzeyini saptamak amacıyla kullanılabilecek bir ölçeğtir. Ancak BAI'nin tek başına Anksiyete Bozukluğu tanısı koymak amacıyla kullanılmasının sakıncalı olacağı düşünölmektedir. Çünkü BAI daha çok kişideki anksiyete düzeyini saptamak üzere geliştirilmiş ve bu şekilde standardize edilmiş bir ölçeğtir. Hastanın anksiyete düzeyinin yüksek olması, hastada Anksiyete Bozukluğu tanısını düşöndürmekle birlikte, anksiyete düzeyinin durumluluk olarak artmış olabileceğini de düşöndürmektedir. Bu tür yanılgılara düşmemek için BAI'nin amacı dışında kullanılmaması oldukça önemlidir.

BAI, 21 maddeden oluşın 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir değerlendirme ölçeğidir. Toplam puanının yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Beck ve ark.(1988) tarafından geliştirilmiş olup ölkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy ve ark.(1998) tarafından yapılmıştır.

BAI toplam puanı 8-15 aralığında ise hafif anksiyete, 16-25 aralığında ise orta düzeyde anksiyete ve 26-63 aralığında ise şiddetli düzeyde anksiyete varlığından söz edilebilir.

Şekil 2. BECK Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul onayı (Tarih: 09.04.2021, Karar No: 414) ve gönüllülerin onamı alındıktan sonra, Mayıs 2021-Eylül 2021 tarihleri arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesinde ameliyat olacak 410 hasta üzerinde, onların anestezi ve anesteziist hakkındaki bilgi ve algılarını değerlendiren ve anksiyete düzeyini belirlemeye yardımcı ölçeklerin kullanıldığı bir anket çalışması yapılmıştır. Ankete katılmayı kabul edenlerden gönüllü onam formu alınmış olup, anket çalışması anestezi asistanı tarafından gerçekleştirilmiştir.

Çalışmamıza herhangi bir cerrahi işlem için anestezi alacak 18 yaş üstü, doğumsal olarak algılama, işitme, konuşma, mental ve kognitif fonksiyonlarında bozukluk olmayan hastalar dahil edildi. 18 yaş altı, okur-yazar olmayan, anketi cevaplayamayacak derecede nöropskiyatrik problemlili, görme, işitme yada dil sorunu nedeniyle yeterli iletişim kurulamayan kişiler çalışmaya dahil edilmemiştir. Ankete katılan gönüllülerin geçirecekleri cerrahi operasyonun tipi ve ASA skoru dikkate alınmamıştır.

Anketteki sorular ankete katılan herkesin anlayabileceği şekilde hazırlanmış olup, anket formu (EK-1) sırasıyla demografik verileri içeren ve anestezi/anesteziist bilgisi ile ilgili iki bölümden ve toplam 30 sorudan oluşmaktadır. Birinci bölüm; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi ve meslek gibi demografik verilerin dışında ilaç alerjisi, alışkanlıklar ve önceki anestezi deneyimlerinin sorgulandığı kişisel bilgileri içerirken, ikinci bölümde hastaların anestezi ile ilgili bilgi ve endişelerinin değerlendirilebileceği anestezi sorularının yer aldığı anket çalışması uygulanmıştır.

Katılımcıların anlamadığı sorularda gerekli açıklamalar anestezi asistanı tarafından yapılmıştır. Uygulanan anket sırasında herhangi bir nedenle cevaplaması gereken soruları eksik kalan ya çalışmadan ayrılmak isteyen gönüllülerin verileri veri havuzuna dahil edilmemiştir.

Çalışmamıza katılan hastalara preoperatif dönemde ameliyathanedeki bekleme odasında anket uygulanmıştır. Hastalara postoperatif dönemde tekrar değerlendirme yapılmamıştır.

Anketin sonunda hastalara preoperatif anksiyete düzeyini belirlemek amacıyla APAIS ve BECK anksiyete ölçekleri uygulanmıştır.

3.1- Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmamızda sürekli değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri için ortalama ve standart sapma değerleri hesaplandı. Kategorik değişkenlerin yorumları frekans ve % oranları ile yapıldı. Ankette yer alan değişkenler arasındaki ilişkinin bulunması amacıyla tablolar oluşturularak normal dağılım gösterenler için t-testi, normal olmayan dağılımlar için Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U testi kullanıldı. Çoklu tablolardaki karşılaştırmalarda Ki-Kare testi uygulandı. Anksiyete ölçekleri arasındaki korelasyonu belirlemek için ise Pearson Korelasyon testi kullanıldı. Tüm verilerin istatistiksel analizi SPSS versiyon 26 yazılımı (SPSS Inc., Chicago, IL, ABD) kullanılarak yapıldı. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.



4. BULGULAR

Anket çalışmamıza toplam 410 hasta dahil edilmiştir (Tablo1).

Çalışmamıza katılan hastaların 370'ı 18-65 yaş arasında ve 40'ı 65 yaşından büyüktür.

Hastaların 255'i erkek ve 155'i kadındır.

Medeni durumlarına göre 289 hasta evli ve 121 hasta bekadır. Boşanmış olduğunu belirten hastalar da bekar olarak kabul edilmiştir.

Hastaların 266'sı en az bir çocuk sahibi olup 144 hasta çocuk sahibi değildir. Çocuk sahibi olan hastaların sahip oldukları çocuk sayısı ve/veya çocuklarının yaşı dikkate alınmamıştır.

Eğitim durumu sorgulamasında en büyük oran %39.8 ve 163 hasta ile ilköğretim mezunlarındadır. En az oran ise %15.4 ve 63 hasta ile ortaokul mezunlarındadır. Çalışmaya katılan 73 hasta üniversite mezunudur.

Hastaların %8.8'i öğrenci, %36.3'ü meslek sahibi olup çalışmakta ve %54.9'u herhangi bir meslek sahibi olmayıp çalışmamaktadır.

Çalışan gruptaki hastaların %12.8'i sağlık sektöründe ve %87.2'si diğer başka herhangi bir alanda çalışmaktadır.

Hastaların 115'inin en az bir ek hastalığı mevcut olup 295 hastanın herhangi bir ek hastalığı yoktur.

Hastaların 113'ü en az bir ilaç kullanıyor olup 297 hasta herhangi bir ilaç kullanmamaktadır.

Hastaların 177'si sigara-alkol-madde kullanıyor olup 233 hastanın bu kötü alışkanlıkları bulunmamaktadır.

Sadece 25 hastada alerji öyküsü mevcut olup diğer 385 hastanın herhangi bir şeye karşı alerji öyküsü yoktur.

Hastaların 269'unun sağlık güvencesi var olup 141 hastanın herhangi bir sağlık güvencesi yoktur.

Hastaların büyük çoğunluğu %52.9 gibi bir oranla 217 hasta il merkezlerinde ikamet etmekte olup 88 hastanın ikametgah adresi köylerdir.

Tablo 1. Demografik Veriler

(n=410)		Frekans	%
Yaş	18-65 yaş	370	90,2
	65 yaş ve üstü	40	9,8
Cinsiyet	Erkek	255	62,2
	Kadın	155	37,8
Medeni Durum	Evli	289	70,5
	Bekar	121	29,5
Çocuk Sahibi Olma	Var	266	64,9
	Yok	144	31,5
Eğitim Durumu	İlkokul	163	39,8
	Ortaokul	63	15,4
	Lise	110	28,8
	Üniversite	74	18,0
Meslek	Çalışmıyor	225	54,9
	Çalışıyor	149	36,3
	Öğrenci	36	8,8
Çalışıyor ise	Sağlık Sektörü	19	12,8
	Diğer	130	87,2
Ek Hastalık	Var	115	27,8
	Yok	295	72,2
İlaç Kullanımı	Var	113	43,2
	Yok	297	56,8
Sigara-Alkol-Madde Kullanımı	Var	177	43,2
	Yok	233	56,8
Alerji Öyküsü	Var	25	6,1
	Yok	385	93,9
Sağlık Güvencesi	Var	269	65,6
	Yok	141	34,4
İkametgah Adresi	Köy	88	21,5
	İlçe	105	25,6
	İl Merkezi	217	52,9

Çalışmamıza katılan hastaların daha önce ameliyat/anestezi deneyimleri olup olmadığını ve anesteziye dair korkularını sorguladık (Tablo2).

Ankete katılan toplam 410 hastadan 278 hasta daha önce en az bir ameliyat geçirdiğini söylerken 132 hasta daha önce herhangi bir ameliyat geçirmemişti.

Hastaların %63.2 si (259 hasta) daha önce herhangi bir şekilde anestezi almış, %33.4 ü (137 hasta) daha önce hiç anestezi almamış ve %3.4 ü (14 hasta) anestezi alıp almadığını bilmediğini beyan etti.

Daha önce anestezi alan gruptaki 259 hastadan 166 hasta kendisine genel anestezi uygulandığını, 65 hasta rejyonel anestezi uygulandığını ve 22 hasta lokal anestezi altında işlem/operasyon geçirdiğini bildirdi. 6 hastanın ise bu konuda herhangi bir fikri yoktu.

Hastaların %88.5 gibi büyük bir oranı daha önceki ameliyat/anestezi deneyimlerinde herhangi bir sorun yaşamamışlardı. Daha önceki ameliyat/anestezi deneyimlerinde en az bir sorunla karşılaşan 22 hasta vardı ve bu konuda herhangi bir bilgisi olmayan 25 hasta vardı. Daha önce yaşanan sorunun detay bilgisi sorgulanmadı.

Hastaların %23.9'u "Anesteziden korkar mısınız?" sorusuna "evet" cevabını verdi. %60.7 gibi bir oranla 249 hasta ise "hayır" cevabını verdi. 63 hasta ise fikrim yok seçeneğini işaretlemişti.

"Anesteziden korkar mısınız?" sorusuna "evet" cevabını veren 98 hastanın en çok korktuğu şey uyanamamak/ölmektir. Bu korkuyu ameliyat sırasında/sonrasında ağrı hissetmek takip etti.

Hastaların büyük çoğunluğu yani 320 hasta (%78) anestezi/narkozun ne olduğunu bildiğini ve 68 hasta bilmediğini söyledi. 22 hasta ise bu konuda fikir beyan etmedi.

Tablo 2. Hastaların Ameliyat/Anestezi Tecrübeleri ve Korkuları

		Frekans	%
Daha önce herhangi bir ameliyat geçirdiniz mi?	Evet	278	67,8
	Hayır	132	32,2
Daha önce anestezi aldınız mı?	Evet	259	63,2
	Hayır	137	33,4
	Bilmiyorum	14	3,4
Evet ise anestezi deneyiminiz nasıldı?	Genel/tamamen uyudum	166	40,5
	Rejyonel/Belden iğne yapıldı	65	15,9
	Lokal/Sadece ameliyat yeri uyuşturuldu	22	5,4
	Fikrim yok	6	1,5
Daha önceki ameliyat/anestezi deneyiminizde herhangi bir sorun yaşandı mı?	Evet	22	5,4
	Hayır	363	88,5
	Bilmiyorum	25	6,1
Anesteziden korkar mısınız?	Evet	98	23,9
	Hayır	249	60,7
	Fikrim yok	63	15,4
Evet ise en çok neden korkarsınız?	Uyanamamaktan/Ölmekten	52	12,7
	Ameliyat sırasında uyanmaktan	3	0,7
	Ameliyat sırasında/sonrasında ağrı hissetmekten	19	4,6
	Sakat/felç kalmaktan	3	0,7
	Diğer	21	5,1
Anestezi/Narkoz nedir biliyor musunuz?	Biliyorum	320	78,0
	Bilmiyorum	68	16,6
	Fikrim yok	22	5,1

Anket çalışmamıza katılan hastalara anestezi yöntemleri ve anestezi kavramı ile anestezi görev tanımlarıyla ilgili sorular sorduk.

"Anestezi kimdir?" sorusunun seçenekleri doktor,tekniker,hemşire ve diğer olarak belirlendi. Bu soruyu doktor olarak yanıtlayanların cevabı doğru kabul edildi. Bu soruya yanlış cevap veren hastaların oranı daha fazla olmakla birlikte toplam 410 hastadan %45.6 gibi bir oranla 187 hasta soruya doğru cevap verdi. Soruya fikir beyan etmeyenlerin cevabı da yanlış olarak kabul edildi. Çalışmaya katılan hastaların %12.9'u anestezi tekniker olduğunu ve 4.4'ü anestezi hemşire olduğunu düşünüyordu (Tablo3).

Tablo 3. Anestezi Kimdir?

Anestezi Kimdir?	n	%
Doktor	187	45,6
Tekniker	53	12,9
Hemşire	18	4,4
Diğer	5	1,2
Fikrim Yok	147	45,9
Toplam	410	%100

"Size anestezi kim uygular?" sorusunun seçenekleri ameliyatı yapan doktor/cerrah, anestezi/anestezi doktoru, hemşire/tekniker ve diğer olarak belirlendi. Bu soruyu anestezi/anestezi doktoru olarak yanıtlayanların cevabı doğru kabul edildi. Hastaların %51'i doğru cevap, yaklaşık olarak yarısı yanlış cevap verdi. Soruya fikir beyan etmeyenlerin cevabı da yanlış olarak kabul edildi. Çalışmaya katılan hastaların %9.3'ü anestezi uygulayan kişiyi ameliyatı yapan doktor/cerrah olarak, %10'u da hemşire/tekniker olarak biliyordu (Tablo4).

Tablo 4. Size Anestezi Kim Uygular?

Size anestezi kim uygular?	n	%
Ameliyatı yapan doktor/cerrah	38	9,3
Anestezi/Anestezi doktoru	209	51,0
Hemşire/Teknisyen/Tekniker	41	10,0
Fikrim Yok	122	29,7
Toplam	410	%100

"Anestezi uygulaması nasıl yapılır?" sorusunun seçenekleri damar yolundan ilaç verilerek, gaz koklatılarak, ameliyat bölgesi uyuşturularak ve hepsi olarak belirlendi. Bu soruda sadece hepsi seçeneğini işaretleyenlerin verdiği cevap doğru kabul edildi ve sadece 90 hasta soruyu doğru cevaplamış oldu. Çalışmaya katılan hastaların büyük çoğunluğu bilmediğini söyledi ve fikir beyan etmeyenlerin cevabı da yanlış olarak kabul edildi.

"Ameliyat sırasında nabız/tansiyon gibi yaşamsal fonksiyonlarınızı kim takip eder?" sorusunun cevapları cerrah, anesteziist, hemşire ve fikrim yok olarak belirlendi. Bu soruyu anesteziist olarak yanıtlayanların cevabı doğru kabul edildi. Ancak sadece 46 hasta soruyu anesteziist şeklinde doğru cevapladı. Çalışmaya katılan hastaların %50.5'i hemşire ve %6.6'sı cerrah cevabını verdi (Tablo5).

Tablo 5. Ameliyat Sırasında Nabız/Tansiyon Gibi Yaşamsal Fonksiyonları Kim Takip Eder?

Ameliyat sırasında nabız/tansiyon gibi yaşamsal fonksiyonları kim takip eder?	n	%
Cerrah	27	6,6
Anesteziist	46	11,2
Hemşire	207	50,5
Fikrim Yok	130	31,7
Toplam	410	100

"Anestezi sırasında sorun çıkarsa sizi kim tedavi eder?" sorusunun cevapları cerrah, anesteziist, hemşire ve fikrim yok olarak belirlendi. Bu soruyu anesteziist olarak yanıtlayanların cevabı doğru kabul edildi. 112 hasta soruya doğru cevap vermiş oldu. Çalışmaya katılan hastalar arasında en büyük yüzdelik dilim (%35.4) cerrah cevabını verenlerde oldu (Tablo6).

Tablo 6. Ameliyat Sırasında Sorun Çıkarsa Sizi Kim Tedavi Eder?

Ameliyat sırasında sorun çıkarsa sizi kim tedavi eder?	n	%
Cerrah	145	35,4
Anesteziist	112	27,5
Hemşire	18	4,4
Fikrim Yok	135	32,7
Toplam	410	100

"Ameliyat sırasında/sonrasında ağrınız ile kim ilgilenir?" sorusunun cevapları cerrah, anesteziist, hemşire ve fikrim yok olarak belirlendi. Bu soruyu anesteziist olarak yanıtlayanların cevabı doğru kabul edildi. Bu soruya da sadece 40 hasta doğru cevap vermiş oldu. Çalışmaya katılan hastaların %35.6'sı cerrah ve %26.3'ü hemşire cevabını verdi (Tablo7).

Tablo 7. Ameliyat Sırasında/Sonrasında Ağrınızla Kim İlgilenir?

Ameliyat sırasında/sonrasında ağrınızla kim ilgilenir?	n	%
Cerrah	146	35,6
Anesteziist	40	9,8
Hemşire	108	26,3
Fikrim Yok	116	28,3
Toplam	410	100

"Anesteziistler hastanede nerelerde çalışır?" sorusunun cevapları sadece ameliyathanede, ameliyathanede dışında hastaya girişim yapılacak bölümlerde, yoğun bakım ünitelerinde, ağrı klinik/polikliniklerinde ve hepsi olarak belirlendi. Bu soruda hepsi seçeneğini işaretleyenlerin cevabı doğru kabul edildi. Böylece 123 hasta soruyu doğru cevaplamış oldu. Soruya fikir beyan etmeyenlerin cevabı da yanlış olarak kabul edildi.

Çalışmaya katılan hastalar sahip oldukları bilgileri nereden edindiklerine dair en çok %39.3 oranla daha önceki ameliyatımdan cevabını verdi. Sunulan seçeneklerin haricinde başka bir şey belirten hastaların oranı ise %37.1 ile bunu takip etti. Hastaların %16.1'i gazete/tv/sosyal medya yoluyla ve %7.6'sı da ameliyat olan bir yakını aracılığıyla bilgi edindiğini belirtti (Tablo8).

Tablo 8. Anestezi Hakkındaki Bilgilerinizi Nereden Edindiniz?

Anestezi hakkındaki bilgilerinizi nereden edindiniz?	n	%
Daha önceki ameliyatımdan	161	39,3
Ameliyat olan bir yakınımdan	31	7,6
Gazete/tv/internet	66	16,1
Diğer	152	37,1
Toplam	410	100

Çalışmaya katılan hastalar anestezi ile ilgili korku ve endişelerinin kaynağını daha çok sunduğumuz seçenekler haricinde tam olarak tanımlayamadıkları bir neden şeklinde belirtti. Diğer seçeneğini işaretlerinden haricindekilerde en yüksek oran %10.7 ile daha önceki ameliyat deneyiminden kaynaklı endişe ve korkuya sahip olanlardaydı. Bu soruya hastaların %6.8'i gazete/tv/internet yanıtı verdi (Tablo9).

Tablo 9. Anestezi İle İlgili Korku ve Endişelerinizin Kaynağı Nedir?

Anestezi ile ilgili korku ve endişelerinizin kaynağı nedir?	n	%
Daha önceki ameliyat deneyimim	44	10,7
Ameliyat olan yakınlarımların anlattıkları	12	2,9
Gazete/tv/internet	28	6,8
Diğer	326	79,5
Toplam	410	100

Anket çalışmamıza katılan hastaların anestezi bilgisi ve anestezi görev tanımlarıyla ilgili sorulara verdikleri cevaplarda yaş,cinsiyet,eğitim durumu,meslek ve ikametgah adresleri gibi demografik veriler açısından anlamlı bir fark olup olmadığı incelendi (Tablo10, Tablo11, Tablo12, Tablo13, Tablo14).

"Anestezi kimdir?" sorusuna verilen cevaplarda 18-65 yaş arası hasta grubu ile 65 yaşından büyük hasta grubu arasında anlamlı bir fark bulunamadı.

"Size anesteziyi kim uygular?" sorusuna verilen cevaplarda 18-65 yaş arası hasta grubu ile 65 yaşından büyük hasta grubu arasında anlamlı bir fark bulunamadı.

"Anestezi uygulaması nasıl yapılır?" sorusuna verilen cevaplarda 18-65 yaş arası hasta grubu ile 65 yaşından büyük hasta grubu arasında anlamlı bir fark bulunamadı.

"Ameliyat sırasında nabız/tansiyon gibi yaşamsal fonksiyonlarınızı kim takip eder?" sorusuna verilen cevaplarda 65 yaşından büyük hasta grubunda yanlış cevap oranı çok daha yüksek olup gruplar arasında anlamlı fark ($p=0.044$) bulundu.

"Anestezi sırasında sorun çıkarsa sizi kim tedavi eder?" sorusuna verilen cevaplarda 18-65 yaş arası hasta grubu ile 65 yaşından büyük hasta grubu arasında anlamlı bir fark bulunamadı.

"Ameliyat sırasında/sonrasında ağrınız ile kim ilgilenir?" sorusuna verilen cevaplarda 18-65 yaş arası hasta grubu ile 65 yaşından büyük hasta grubu arasında anlamlı bir fark bulunamadı.

"Anestezistler hastanede nerelerde çalışır?" sorusuna verilen cevaplarda 65 yaşından büyük hasta grubunda yanlış cevap oranı çok daha yüksek olup gruplar arasında anlamlı fark ($p=0.004$) bulundu.

Tablo 10. Yaş Değişkenine Göre Sorulara Doğru Cevap Verme Oranları

Soru	Yanıt	Yaş		
		18-65 yaş	+65 yaş	<i>p</i>
Anestezist Kimdir?	Doğru	174	13	.080
	Yanlış	196	27	
Size Anesteziyi Kim Uygular?	Doğru	194	15	.730
	Yanlış	76	25	
Anestezi Uygulaması Nasıl Yapılır?	Doğru	86	4	.055
	Yanlış	284	36	
Ameliyat Sırasında Nabız/Tansiyon Gibi Yaşamsal Fonksiyonları Kim Takip Eder?	Doğru	45	1	.044*
	Yanlış	325	39	
Anestezi Sırasında Sorun Çıkarsa Sizi Kim Tedavi Eder?	Doğru	104	8	.274
	Yanlış	266	32	
Ameliyat Sırasında/Sonrasında Ağrınız ile Kim İlgilenir?	Doğru	37	3	.613
	Yanlış	333	37	
Anestezistler Hastanede Nerelerde Çalışırlar?	Doğru	119	4	.004*
	Yanlış	251	36	

"Anestezist kimdir?" sorusuna verilen cevaplarda kadın cinsiyet ile erkek cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunamadı.

"Size anesteziyi kim uygular?" sorusuna verilen cevaplarda kadın cinsiyet ile erkek cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunamadı.

"Anestezi uygulaması nasıl yapılır?" sorusuna verilen cevaplarda kadın cinsiyet ile erkek cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunamadı.

"Ameliyat sırasında nabız/tansiyon gibi yaşamsal fonksiyonlarınızı kim takip eder?" sorusuna verilen cevaplarda kadın cinsiyet ile erkek cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunamadı.

"Anestezi sırasında sorun çıkarsa sizi kim tedavi eder?" sorusuna verilen cevaplarda kadın cinsiyet ile erkek cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunamadı.

"Ameliyat sırasında/sonrasında ağrınız ile kim ilgilenir?" sorusuna verilen cevaplarda kadın cinsiyet ile erkek cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunamadı.

"Anestezistler hastanede nerelerde çalışır?" sorusuna verilen cevaplarda kadın cinsiyet ile erkek cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunamadı.

Tablo 11. Cinsiyet Değişkenine Göre Sorulara Doğru Cevap Verme Oranları

Soru	Yanıt	Cinsiyet		<i>p</i>
		Kadın	Erkek	
Anestezist Kimdir?	Doğru	69	118	.729
	Yanlış	86	127	
Size Anesteziyi Kim Uygular?	Doğru	87	122	.104
	Yanlış	68	133	
Anestezi Uygulaması Nasıl Yapılır?	Doğru	36	54	.627
	Yanlış	119	201	
Ameliyat Sırasında Nabız/Tansiyon Gibi Yaşamsal Fonksiyonları Kim Takip Eder?	Doğru	22	24	.137
	Yanlış	133	231	
Anestezi Sırasında Sorun Çıkarsa Sizi Kim Tedavi Eder?	Doğru	45	67	.543
	Yanlış	110	188	
Ameliyat Sırasında/Sonrasında Ağrınız ile Kim İlgilenir?	Doğru	14	26	.700
	Yanlış	141	229	
Anestezistler Hastanede Nerelerde Çalışırlar?	Doğru	52	71	.222
	Yanlış	103	184	

"Anestezist kimdir?" sorusuna verilen cevaplarda ilkokul,ortaokul,lise ve üniversite mezunu hasta grupları arasındaki doğru cevap verme oranlarında eğitim düzeyi arttıkça anlamlı fark($p=0.000$) bulundu.

"Size anesteziyi kim uygular?" sorusuna verilen cevaplarda ilkokul,ortaokul,lise ve üniversite mezunu hasta grupları arasındaki doğru cevap verme oranlarında eğitim düzeyi arttıkça anlamlı fark($p=0.000$) bulundu.

"Anestezi uygulaması nasıl yapılır?" sorusuna verilen cevaplarda ilkokul,ortaokul,lise ve üniversite mezunu hasta grupları arasındaki doğru cevap verme oranlarında eğitim düzeyi arttıkça anlamlı fark($p=0.000$) bulundu.

"Ameliyat sırasında nabız/tansiyon gibi yaşamsal fonksiyonlarınızı kim takip eder?" sorusuna verilen cevaplarda ilkokul,ortaokul,lise ve üniversite mezunu hasta grupları arasındaki doğru cevap verme oranlarında eğitim düzeyi arttıkça anlamlı fark($p=0.000$) bulundu.

"Anestezi sırasında sorun çıkarsa sizi kim tedavi eder?" sorusuna verilen cevaplarda ilkokul,ortaokul,lise ve üniversite mezunu hasta grupları arasındaki doğru cevap verme oranlarında eğitim düzeyi arttıkça anlamlı fark($p=0.000$) bulundu.

"Ameliyat sırasında/sonrasında ağrınız ile kim ilgilenir?" sorusuna verilen cevaplarda ilkokul,ortaokul,lise ve üniversite mezunu hasta grupları arasındaki doğru cevap verme oranlarında eğitim düzeyi arttıkça anlamlı fark($p=0.000$) bulundu.

"Anestezistler hastanede nerelerde çalışır?" sorusuna verilen cevaplarda ilkokul,ortaokul,lise ve üniversite mezunu hasta grupları arasındaki doğru cevap verme oranlarında eğitim düzeyi arttıkça anlamlı fark($p=0.000$) bulundu.

Tablo 12. Eğitim Durumu Değişkenine Göre Sorulara Doğru Cevap Verme Oranları

Soru	Yanıt	Eğitim Durumu				<i>p</i>
		İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite	
Anestezist Kimdir?	Doğru	52	28	59	48	.000*
	Yanlış	111	35	51	26	
Size Anesteziyi Kim Uygular?	Doğru	58	23	67	61	.000*
	Yanlış	105	40	43	13	
Anestezi Uygulaması Nasıl Yapılır?	Doğru	21	10	26	33	.000*
	Yanlış	142	53	84	41	
Ameliyat Sırasında Nabız/Tansiyon Gibi Yaşamsal Fonksiyonları Kim Takip Eder?	Doğru	8	6	11	21	.000*
	Yanlış	155	57	99	53	
Anestezi Sırasında Sorun Çıkarsa Sizi Kim Tedavi Eder?	Doğru	16	13	38	45	.000*
	Yanlış	147	50	72	29	
Ameliyat Sırasında/Sonrasında Ağrınız ile Kim İlgilenir?	Doğru	6	5	10	19	.000*
	Yanlış	157	58	100	55	
Anestezistler Hastanede Nerelerde Çalışırlar?	Doğru	26	17	41	39	.000*
	Yanlış	137	46	69	35	

"Anestezi kimdir?" sorusuna verilen cevaplarda meslek sahibi olan, olmayan ve öğrenci olan hasta grupları arasındaki doğru cevap oranlarında meslek sahibi olup çalışan hasta grubu lehine anlamlı fark ($p=0.013$) bulundu.

"Size anesteziyi kim uygular?" sorusuna verilen cevaplarda meslek sahibi olan, olmayan ve öğrenci olan hasta grupları arasındaki doğru cevap oranlarında öğrenci olan hasta grubu lehine anlamlı fark ($p=0.004$) bulundu.

"Anestezi uygulaması nasıl yapılır?" sorusuna verilen cevaplarda meslek sahibi olan, olmayan ve öğrenci olan hasta grupları arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

"Ameliyat sırasında nabız/tansiyon gibi yaşamsal fonksiyonlarınızı kim takip eder?" sorusuna verilen cevaplarda meslek sahibi olan, olmayan ve öğrenci olan hasta grupları arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

"Anestezi sırasında sorun çıkarsa sizi kim tedavi eder?" sorusuna verilen cevaplarda meslek sahibi olan, olmayan ve öğrenci olan hasta grupları arasındaki doğru cevap oranlarında öğrenci olan hasta grubu lehine anlamlı fark ($p=0.000$) bulundu.

"Ameliyat sırasında/sonrasında ağrınız ile kim ilgilenir?" sorusuna verilen cevaplarda meslek sahibi olan, olmayan ve öğrenci olan hasta grupları arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

"Anestezi uzmanları hastanede nerelerde çalışır?" sorusuna verilen cevaplarda meslek sahibi olan, olmayan ve öğrenci olan hasta grupları arasındaki doğru cevap oranlarında öğrenci olan hasta grubu lehine anlamlı fark ($p=0.001$) bulundu.

Tablo 13. Meslek Değişkenine Göre Sorulara Doğru Cevap Verme Oranları

Soru	Yanıt	Meslek			p
		Çalışıyor	Çalışmıyor	Öğrenci	
Anestezi Kimdir?	Doğru	81	88	18	.013*
	Yanlış	68	137	18	
Size Anesteziyi Kim Uygular?	Doğru	89	98	22	.004*
	Yanlış	60	127	14	
Anestezi Uygulaması Nasıl Yapılır?	Doğru	40	43	7	.194
	Yanlış	109	182	29	
Ameliyat Sırasında Nabız/Tansiyon Gibi Yaşamsal Fonksiyonları Kim Takip Eder?	Doğru	19	21	6	.328
	Yanlış	130	204	30	
Anestezi Sırasında Sorun Çıkarsa Sizi Kim Tedavi Eder?	Doğru	49	45	18	.000*
	Yanlış	100	180	18	
Ameliyat Sırasında/Sonrasında Ağrınız ile Kim İlgilenir?	Doğru	15	19	6	.300
	Yanlış	134	206	30	
Anestezi Hastanede Nereelerde Çalışırlar?	Doğru	50	54	19	.001*
	Yanlış	99	171	17	

"Anestezi kimdir?" sorusuna verilen cevaplarda ikametgah adresleri köy,ilçe ve il merkezi olan hasta grupları arasındaki doğru cevap oranlarında ikametgah adresi il merkezi olan hasta grubu lehine anlamlı fark ($p=0.007$) bulundu.

"Size anesteziyi kim uygular?" sorusuna verilen cevaplarda ikametgah adresleri köy,ilçe ve il merkezi olan hasta grupları arasındaki doğru cevap oranlarında ikametgah adresi il merkezi olan hasta grubu lehine anlamlı fark ($p=0.00$) bulundu.

"Anestezi uygulaması nasıl yapılır?" sorusuna verilen cevaplarda ikametgah adresleri köy,ilçe ve il merkezi olan hasta grupları arasındaki doğru cevap oranlarında ikametgah adresi il merkezi olan hasta grubu lehine anlamlı fark ($p=0.021$) bulundu.

"Ameliyat sırasında nabız/tansiyon gibi yaşamsal fonksiyonlarınızı kim takip eder?" sorusuna verilen cevaplarda ikametgah adresleri köy,ilçe ve il merkezi olan hasta grupları arasındaki doğru cevap oranlarında anlamlı bir fark bulunmadı.

"Anestezi sırasında sorun çıkarsa sizi kim tedavi eder?" sorusuna verilen cevaplarda ikametgah adresleri köy,ilçe ve il merkezi olan hasta grupları arasındaki doğru cevap

oranlarında ikametgah adresi il merkezi olan hasta grubu lehine anlamlı fark ($p=0.002$) bulundu.

"Ameliyat sırasında/sonrasında ağrınız ile kim ilgilenir?" sorusuna verilen cevaplarda ikametgah adresleri köy,ilçe ve il merkezi olan hasta grupları arasındaki doğru cevap oranlarında anlamlı bir fark bulunmadı.

"Anestezi uzmanları hastanede nerelerde çalışır?" sorusuna verilen cevaplarda ikametgah adresleri köy,ilçe ve il merkezi olan hasta grupları arasındaki doğru cevap oranlarında ikametgah adresi il merkezi olan hasta grubu lehine anlamlı fark ($p=0.011$) bulundu.

Tablo 14. İkametgah Adresi Değişkenine Göre Sorulara Doğru Cevap Verme Oranları

Soru	Yanıt	İkametgah Adresi			<i>p</i>
		Köy	İlçe	İl Merkezi	
Anestezi uzmanı Kimdir?	Doğru	27	52	108	.007*
	Yanlış	61	53	109	
Size Anesteziyi Kim Uygular?	Doğru	24	52	133	.000*
	Yanlış	64	53	84	
Anestezi Uygulaması Nasıl Yapılır?	Doğru	10	24	56	.021*
	Yanlış	78	81	161	
Ameliyat Sırasında Nabız/Tansiyon Gibi Yaşamsal Fonksiyonları Kim Takip Eder?	Doğru	4	14	28	.081
	Yanlış	84	91	189	
Anestezi Sırasında Sorun Çıkarsa Sizi Kim Tedavi Eder?	Doğru	11	31	70	.002*
	Yanlış	77	74	147	
Ameliyat Sırasında/Sonrasında Ağrınız ile Kim İlgilenir?	Doğru	6	10	24	.525
	Yanlış	82	95	193	
Anestezi uzmanları Hastanede Nerelerde Çalışırlar?	Doğru	16	30	77	.011*
	Yanlış	72	75	140	

Anket çalışmamıza katılan tüm hastalara kaygı ve stres düzeylerini belirlemeye yönelik Apais ve Beck ölçeklerini uyguladık. Hastaların yaş cinsiyet eğitim durumu gibi demografik verilerine ve kişisel özelliklerine göre anksiyete seviyelerinde anlamlı fark olup olmadığını göstermeye çalıştık.

Hasta verileri Apais ölçeğinde 3 kategoride incelendi. Apais-a anestezi kaynaklı anksiyete, Apais-c cerrahi kaynaklı anksiyete ve Apais-b hastaların anestezi ve/veya cerrahi ile ilgili bilgi edinme isteği ve/veya bilgi eksikliği kaynaklı anksiyete olarak değerlendirildi. Beck anksiyete ölçeğinde ise hastalar tüm sorulara verdikleri puanlardan toplam bir değer aldı.

Çalışmamızda Apais a-c-b ve Beck anksiyete ölçeğine ait puanların yaş, cinsiyet, medeni durum ve çocuk sahibi olma değişkenlerine göre değişimi incelendi. Yaş değişkenine ait hesaplamada kullanılan testin adı Mann-Whitney U, diğer değişkenler için yapılan testlerin adı T testidir (Tablo15).

Yaş değişkeninde 18-65 yaş arasındaki bireylerin tüm kaygı testlerinden aldıkları puanlar 65 yaş üstü bireylerden yüksektir. Yani yaş değişkeninde 65 yaş üstündeki hastalar lehine anksiyete skorları Apais-a için $p=0.042$ Apais-c için 0.017 Apais-b için 0.001 ve Beck için $p=0.012$ olmak üzere anlamlı fark bulundu.

Aynı şekilde kadınlar tüm ölçeklerde erkeklerden daha yüksek kaygı puanlarına sahiptir. Cinsiyet değişkeninde kadınlar lehine Apais-a için $p=0.000$ Apais-c için $p=0.000$ Apais-b için $p=0.000$ ve Beck $p=0.000$ olmak üzere anlamlı fark bulundu.

Aynı şekilde bekarlar evlilere kıyasla tüm ölçeklerde daha yüksek puan aldılar. Medeni hal değişkeninde bekarlar lehine Apais-a için $p=0.012$ Apais-c için $p=0.024$ Apais-b için $p=0.001$ ve Beck için $p=0.009$ olmak üzere anlamlı fark bulundu.

Çocuk sahibi olmayanlar Apais-b ($p=0.007$), Apais-c ($p=0.005$) ve Beck ($p=0.019$) anksiyete ölçeğinden çocuk sahibi olanlara göre daha yüksek puan aldılar; Apais-a ($p=0.162$) da ise anlamlı bir fark bulunmadı.

Tablo 15. Yaş-Cinsiyet-Medeni Durum-Çocuk Sahibi Olma Değişkenlerine Göre Anksiyete Oranları

		n	Apais-a	p	Apais-c	p	Apais-b	p	Beck Kaygı Ölçeği	p
Yaş	18-65 yaş	370	3,58	.042*	4,47	.017*	5,16	.001*	24,86	.012*
	+65 yaş	40	2,82		3,38		3,70		23,38	
Cinsiyet	Kadın	155	4,14	.000*	5,43	.000*	6,14	.000*	26,76	.000*
	Erkek	255	3,10		3,71		4,34		23,31	
Medeni Durum	Evli	289	3,29	.012*	4,16	.024*	4,70	.001*	24,06	.009*
	Bekar	121	3,99		4,87		5,78		25,97	
Çocuk Sahibi Olma	Var	266	3,37	.162	4,08	.007*	4,71	.005*	24,09	.019*
	Yok	144	3,74		4,88		5,60		25,60	

Çalışmamızda Apais a-c-b ve Beck kaygı ölçeğine ait puanların meslek, eğitim durumu ve sektör değişkenlerine göre değişimi incelendi. Meslek ve eğitim durumu değişkenlerinde Kruskal Wallis, sektör değişkeninde ise Mann-Whitney U testi kullanıldı (Tablo16).

Eğitim durumu ilkokuldan üniversiteye doğru arttıkça kaygı puanları yükselmekte ve Apais a için $p=0.027$, Apais-c için $p=0.033$ ve Apais-b için $p=0.033$ olmak üzere anlamlı farklılaşırken; Beck anksiyete ölçeği için $p=0.087$ olup anlamlı bir fark bulunmadı.

Meslek değişkeninde Apais b için $p=0.000$ ve Beck anksiyete ölçeği için $p=0.000$ olmak üzere öğrenciler en yüksek puanı alırken en düşük puanı çalışanlar aldı. Apais-a için $p=0.191$ ve Apais-c için $p=0.097$ olup anlamlı fark bulunmadı.

Sektör değişkeninde ise sadece Apais-a ölçeğinde $p=0.027$ olup anlamlı farklılık görüldü. Sağlık çalışanları diğer sektörlerden Apais-a ölçeğinde daha yüksek puanlar aldılar. Apais-c için $p=0.478$, Apais-b için $p=0.430$ ve Beck anksiyete ölçeği için $p=0.209$ olmak üzere anlamlı bir fark bulunmadı.

Tablo 16. Eğitim Durumu-Meslek-Sektör Değişkenlerine Göre Anksiyete Oranları

		n	Apais-a	p	Apais-c	p	Apais-b	p	Beck Kaygı Ölçeği	p
Eğitim Durumu	İlkokul	163	3,16	.027*	3,99	.033*	4,67	.033*	24,29	.086
	Ortaokul	63	3,90		4,99		5,29		24,83	
	Lise	110	3,53		4,25		4,78		24,50	
	Üniversite	74	3,88		4,85		5,93		25,35	
Meslek	Çalışıyor	149	3,23	.191	3,99	.097	4,40	.000*	23,41	.000*
	Çalışmıyor	225	3,57		4,48		5,15		24,84	
	Öğrenci	36	4,17		5,25		6,83		28,28	
Sektör	Sağlık	19	4,11	.027*	4,32	.478	4,05	.430	24,05	.209
	Diğer	130	3,11		4,94		4,45		23,32	

Çalışmamızda Apais a-c-b ve Beck kaygı ölçeğine ait puanların ek hastalık sigara/alkol kullanımı ve sağlık güvencesi varlığı değişkenlerine göre değişimi incelendi. Tüm değişkenler için T testi kullanıldı (Tablo17).

Ek hastalığı olanların sadece Beck anksiyete ölçeği puanları yüksek bulundu ($p=0.019$), diğer hiçbir değişken ve kategoride anlamlı fark görülmedi.

Tablo 17. Ek Hastalık-Sigara/Alkol/Madde Kullanımı-Sağlık Güvencesi Değişkenlerine Göre Anksiyete Oranları

Değişken		n	Apais-a	p	Apais-c	p	Apais-b	p	Beck Kaygı Ölçeği	p
Ek Hastalık	Var	114	3,89	.077	4,71	.127	5,36	.158	25,83	.019*
	Yok	295	3,36		4,22		4,88		24,16	
Sigara/Alkol Kullanımı	Var	177	3,37	.353	4,19	.278	4,75	.113	24,09	.115
	Yok	233	4,61		4,50		5,23		25,02	
Sağlık Güvencesi	Var	269	3,43	.462	4,42	.579	5,14	.378	24,80	.407
	Yok	141	3,63		4,26		4,79		24,28	

Çalışmamızda hastalara sorulan daha önceki ameliyat/anestezi deneyimleriniz ve yaşanan sorunlarla ilgili sorulardan alınan yanıtlara göre Apais a,c,b ve Beck anksiyete ölçeğinden alınan puanların değişimi incelendi. 3. Soru için Mann-Whitney U testi kullanıldı. Diğer sorular için T testi kullanıldı (Tablo18).

Daha önce herhangi bir ameliyat geçiren hastalar ile geçirmeyen hastalar arasında anksiyete skorları bakımından anlamlı bir fark bulunmadı (Apais-a için $p=0.701$ Apais-c için $p=0.352$ Apais-b için $p=0.755$ ve Beck için $p=0.391$).

Daha önce herhangi bir sebepten anestezi alan hastalar ile almayan hastalar arasında anksiyete skorları bakımından anlamlı bir fark bulunmadı (Apais-a için $p=0.515$ Apais-c için $p=0.453$ Apais-b için $p=0.801$ ve Beck için $p=0.659$).

Daha önceki ameliyat/anestezi deneyiminde herhangi bir sorun yaşayan hastalar ile yaşamayan hastalar arasında anksiyete skorları bakımından anlamlı bir fark bulunmadı (Apais-a için $p=0.423$ Apais-c için $p=0.486$ Apais-b için $p=0.557$ ve Beck için $p=0.361$).

Tablo 18. Ameliyat/Anestezi Deneyimlerine Göre Anksiyete Oranları

		n	Apais-a	p	Apais-c	p	Apais-b	p	Beck Kaygı Ölçeği	p
Daha önce herhangi bir ameliyat geçirdiniz mi?	Evet	278	3,54	.701	4,27	.352	4,99	.755	24,45	.391
	Hayır	132	3,43		4,56		4,09		24,98	
Daha önce anestezi aldınız mı?	Evet	259	3,57	.515	4,29	.453	5,10	.801	24,53	.659
	Hayır	137	3,39		4,53		5,01		24,80	
Daha önce anestezi/ameliyat deneyiminizde bir sorun yaşandı mı?	Evet	22	4,18	.423	5,00	.486	5,50	.557	27,41	.361
	Hayır	363	3,46		4,35		5,00		24,49	

Anesteziye bağlı anksiyeteyi değerlendiren Apais-a ile cerrahiye bağlı anksiyeteyi değerlendiren Apais-c puanlarının toplamı hastanın mevcut anksiyetesini görmekte olup Apais-t olarak belirlenmiştir.

Apais-t ile Beck anksiyete ölçeğine (BAI) ait puanlar arasında anlamlı düzeyde ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla Pearson Korelasyon testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda bu iki değişken arasında 0.621 düzeyinde anlamlı bir ilişki görülmüştür ($p=0.000$).

Bu bize Apais-t puanları yükseldikçe Beck anksiyete ölçeği puanlarının da yükseldiğini göstermektedir. İki ölçek arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı korelasyon bulunmuştur (Tablo19).

Tablo 19. APAIS ile BAI Arasındaki İlişki

		APAIS-T
Beck Anksiyete Ölçeği	r	.621
	<i>p</i>	.000*
	n	410

5.TARTIŞMA

Günümüzde teknoloji ve iletişim alanındaki gelişmeler sayesinde istenilen bilgiye kolaylıkla ulaşılabilmektedir. Bu durum her ne kadar bilgi kirliliğine yol açmış olsa da hem dünyada hem de ülkemizde insanların diğer alanlarda olduğu gibi sağlık konusunda da bilgi ve farkındalık düzeyi geçmişe göre artmıştır. Fakat söz konusu anestezi ve anesteziist olduğunda aynı bilgi edinme ve farkındalık düzeyinden pek söz edilememektedir.

Anesteziyoloji ve Reanimasyon bilimi ülkemizde 1956 yılından itibaren bir ihtisas dalı olarak kabul edilmiştir. Geçmişten günümüze giderek bilinir hale gelse de diğer uzmanlık alanları ile karşılaştırıldığında yeterli görünmemektedir. Bu yetersizliğin önemli nedenlerinden biri, hastaların anestezi polikliniğine neden geldiklerini bile bilmemeleridir. Demir ve ark. tarafından 2009 yılında yapılan bir anket çalışmasında anestezi polikliniğine geliş nedeni sorgulanmış ve hastaların %10,3'ü bilmiyorum cevabı vermiştir (35). Anestezi polikliniğine geliş nedeninin bilinmiyor olmasının yanı sıra hastaların kendileri için planlanan cerrahi işlemi de bilmiyor olmalarının bu sonuçlara katkıda bulunduğu bir gerçektir.

Ameliyat öncesi dönemde anesteziye ve cerrahiye ait endişeler ve korkular, anestezi biliminin toplum tarafından yeterince kavranmaması ve bunun için çaba sarf edilmemesi hastalarda ciddi anksiyeteye yol açmaktadır. Preoperatif anksiyete düzeyleri %11 ile % 80 aralığındadır (74). Anesteziistin ameliyat öncesi dönemde hastayla iletişim kurması ve görüşmesi hastadaki anksiyeteyi azaltmaktadır (22).

Yazılı ve görsel basının yaygınlaşmasının yanında anestezi ile ilgili yanlış yönlendirme ve hastaların bu alandaki bilgisizliği de anksiyeteye yol açmaktadır. Lee ve ark.larının (45) hastaların preoperatif anksiyetelerini azaltmada, anestezi ile ilgili bilgilerini ve memnuniyetlerini arttırmada medyanın etkili olup olmadığını araştırdıkları çalışmada; cerrahi öncesi video kullanımı ve yazılı bilgilendirme ile hasta eğitiminin desteklenmesi gerekliliği savunulmuştur. Bu çalışmada medya yardımı ile bilgilendirmede hastalarında bilgisinde artış sağlanırken, anksiyete düzeylerinde de az da olsa azalma sağlanmıştır (45).

Hastaların korkularını önlemek ve endişelerini gidermek için en iyi yol bilgilendirmedir. Bilgi, korku, endişe düzeyleri toplumlar, hatta bölgeler arasında bile değişkenlik gösterir. Bunun yanında eğitim, cinsiyet, yaş, sosyoekonomik durum, meslek gibi kişisel faktörler de bu değişkenlikte rol oynar. Bugüne kadar yapılan ve literatürde yer alan çalışmalarda hastaların anestezi uygulamalarını ve anesteziistlerini yeterince tanımadıkları saptanmıştır

(75). Ülkemizde ise anesteziyle ilgili farklı konularda çeşitli anketler yapılmış fakat hastalar ve toplumun, anesteziistler ve anestezi uygulamalarını tanımaları konusunda henüz herhangi bir veri tabanı oluşturulamamıştır.

Hastaların preoperatif dönemde değerlendirilmesi ve ameliyata hazırlık süreci preoperatif ziyaret sırasında gerçekleşir. Hastaların preoperatif dönemde ameliyat ve cerrahiye ait endişe ve korkularını sorgulamak amacıyla preoperatif zamanlama değerlendirilmiştir. Birçok çalışmada anksiyete ölçüm zamanı preoperatif ziyaret sırasında yapılmıştır. Arellano ve ark.larının (76) yaptıkları bir çalışmada; preoperatif ziyaretin uygun zamanlamasını tespit etmek amacıyla anksiyete ölçümünden yararlanmışlar, cerrahi girişimden bir hafta, bir gün ve ameliyata girmeden hemen önce endişelerini değerlendirmişler ve üç grup arasında belirgin bir farklılık bulamadıklarını bildirmişlerdir. Lichtor ve ark.larının (20) ameliyattan bir önceki gün öğleden sonra ölçülen anksiyete düzeyinin, ameliyattan hemen önceki anksiyete düzeyini yansıtmayı yansıtmadığını belirlemek amacı ile yaptıkları çalışmada, her iki zamanda ölçülen anksiyete düzeyleri arasında %70 korelasyon olduğunu bildirmişlerdir. Badner ve ark.larının (77) yaptığı çalışmada; ameliyattan bir önceki gün öğleden sonra ile ameliyattan hemen önce ölçülen anksiyete düzeyleri arasında %73 korelasyon olduğunu bildirmişlerdir. Her iki çalışmada da iki zaman dilimi arasındaki anksiyete düzeyleri yüksek korelasyonla ilişkilendirilmiştir. Turhan ve ark.larının (73) yaptıkları çalışmada; hastaların endişe değerlerinin daha önce yapılan çalışmalarda bildirilen anksiyete düzeyleri ile paralellik gösterdiğini belirtmişlerdir.

Çalışmamızda da hastaların anksiyete durumlarının en doğru değerlendirilebileceği zaman olarak ameliyattan hemen önceki dönem ve ameliyathanedeki preoperatif hasta hazırlama ve bekleme odası seçilmiştir. Çalışmamıza katılan hastaların anestezi ve/veya cerrahi operasyon ile ilgili ortalama anksiyete skorları APAIS ve Beck Anksiyete Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Bu skorlar hastaların demografik verilerine göre değişkenlik göstermektedir. Kullanılan ölçekler arasında yaklaşık %62 oranında korelasyon olduğu saptanmış ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0.000$).

Sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetin kalitesi hasta memnuniyeti ile değerlendirilir. Bu sebeple yapılan hasta memnuniyet araştırmaları çok önemlidir. Hastaların verilen hizmetten memnun kalması beklentilerine yeterli ölçüde cevap alabildiğini, umduğu ve aldığı hizmet arasındaki dengenin korunduğunu göstermektedir. Hasta memnuniyetinin kalite, ulaşılabilirlik, bilgilendirme, insani tavır ve davranış gibi boyutları vardır. Bunlar arasında en

önemlilerinden biri bilgilendirmedir (78). Hastanın bilgilendirilmesi ameliyat öncesi endişenin azaltılmasının önemli bir yoludur. Hekimin hasta ile iletişim kurması, onu yeterince bilgilendirmesi, sorularına cevap vermesi rahatlatmasını sağlar. Anestezist hastaya yeterli zaman ayırıp bilgilendirilirse hastanın endişeleri giderilecektir (79). Hasta için evi dışında hatta muhtemelen ilk kez karşılaştığı bu yabancı ortamda gerçekleştirilecek cerrahi girişim ve anestezi uygulaması, ölüm korkusu, sakat kalma, ağrı, organ fonksiyonlarındaki olası kayıplar olabileceği düşüncesi hastanın korku ve endişe yaşamasına neden olur. Hastaya uygulanacak anestezi işlemi ve cerrahi ile ilgili girişimlerin detaylı açıklaması endişenin azalmasına dolayısıyla hastanın memnun kalmasına ve kalitenin iyileştirilmesine neden olmaktadır (80,81).

Preoperatif süreçte kendine fazla zaman ayrılan ve yapılacak işlem hakkında detaylı bilgilendirilen hastalar bunun bir ayrıcalık olduğunu yani anestezistle karşılaşmanın önemini ve önemsendiğini fark etmektedirler. Chew ve ark.larının (56) yaptıkları çalışmada; cerrahiden önce hastalar arasında rutin bilgilendirme dışında daha fazla bilgilendirme isteyenlerin %78,5 oranında olduğunu bulmuşlardır. Ceyhan ve ark.larının (82) yaptıkları çalışmada; anestezi ile ilgili bilgi edinmek isteyenlerin oranını %83 olarak bildirmişlerdir. Farnill ve ark.larının (83) yaptıkları çalışmada; genç yaş grubunda bilgi edinme ihtiyacının diğer gruplarla karşılaştırıldığında daha fazla olduğunu ve cinsiyete göre farklılık göstermediğini belirtmişlerdir. Lonsdale ve ark.larının (63) yaptıkları benzer çalışmada; anestezi konusunda bilgi edinme isteğinin 50 yaş altı grup hastalarda daha fazla olduğunu belirtmişlerdir. Kain ve ark.larının (84) yaptıkları çalışmada; anestezi konusunda cinsiyete göre bilgi edinme isteğinin kadınlarda erkeklere göre daha fazla olduğunu bildirmişlerdir.

Biz de çalışmamızda hastaların anestezi ve ameliyat konusundaki bilgi edinme isteklerini APAIS ölçeğini kullanarak ve apais-b ortalama skorları üzerinden değerlendirdik. Literatürle uyumlu olarak genç hasta grubunda (18-65) yaşlı hasta grubuna (65 yaş ve üstü) nazaran ve kadın hasta grubunda erkek hasta grubuna nazaran bilgi edinme isteği ($p=0.001$, $p=0.000$) daha fazla bulundu.

Anestezistlerin diğer çalışma alanlarındaki (yoğun bakım, ağrı ünitesi ve girişimsel işlemler) rolü çoğu hasta tarafından bilinmemektedir. Swinhoe ve Groves'in, İngiltere'de yaptığı bir çalışma hastaların anestezistlerin sadece ameliyathanelerde çalıştıklarını düşündüklerini, diğer görev yerlerini bilmediklerini göstermiştir (38). Tohmo ve arkadaşlarının Finlandiya'da yaptıkları bir çalışma da benzer sonuçlar vermiştir (43). Calman ve arkadaşları İsrail'de

anestezistlerin ameliyathane dışında çalıştığını bilen hasta oranının yalnızca %4,5 olduğunu belirtmişlerdir (36). Demir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastalar, anestezistlerin %18'inin girişimsel işlemlerde, %14'ünün yoğun bakımda, %5,8'inin ağrı kliniğinde görev aldığını belirtmiştir (35). Yazarlar bu durumu genellikle üç nedene bağlamaktadır: 1. Anestezi biliminin diğer branşlara göre yeni olması 2. Anestezistin ameliyathane dışındaki rollerinde hastalar tarafından az görülmesi veya konsültan hekim olarak çalışması 3. Bu görev yerlerinin son yıllarda giderek artması.

Çalışmamıza katılan hastaların yarısından azı anestezistlerin tüm çalışma alanlarını bilmiş, soruya en çok "sadece ameliyathane" cevabı verilmiş ve hastaların yaklaşık yarısı soruyu "bilmiyorum" şeklinde yanıtlamıştır. Anestezistlerin genel olarak bütün çalışma alanlarını bilip soruyu doğru cevaplayanlar arasında genç hasta popülasyonu, kadın cinsiyet, yüksek eğitim durumu, meslek sahibi olma ve ikametgah adresi il merkezi olan hasta grupları ağır basmıştır. 18-65 yaş arası hasta grubunda($p=0.004$), eğitim düzeyi arttıkça($p=0.000$), meslek sahibi olan($p=0.001$) ve il merkezinde yaşayan hasta gruplarında($p=0.011$) anlamlı fark bulundu. Hastalar anestezi/ameliyat tecrübesine göre karşılaştırıldığında, daha önce anestezi almış ya da herhangi bir ameliyat geçirmiş hastalar ile daha önce herhangi bir anestezi/ameliyat tecrübesi olmayan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Ağrı klinik ve poliklinik cevabının çok düşük bir oranda kalmasının algolojinin nispeten yeni gelişmekte olan bir bilim dalı olmasından kaynaklandığını, aynı zamanda ağrı ünitesinin sadece anestezistler ile kalmayıp diğer branşlardan hekimleri de içeren bir bilim dalı olduğu gerçeğinin de sonuçlara yansıdığını düşündük.

Anestezistin ameliyathanede görev aldığı çoğunlukla bilinmesine rağmen ameliyatta neler yaptığı konusundaki bilgi düzeyi düşüktür. Demir ve ark. yapmış olduğu çalışmada hastaların yaklaşık %60'ının uyuma ve uyanıklığı yani bilinç durumu takibi ile ağrı duymamasını sağlaması yanıtını verirken "bilmiyorum" yanıtı da %42,3 gibi yüksek bir orana sahip bulunmuştur(35). Çalışmamızda "Ameliyat sırasında nabız/tansiyon gibi yaşamsal fonksiyonlarınızı kim takip eder?" sorusuna cevap veren hastaların %6.6'sı "cerrah", %11.2'si "anestezist", %50.5'i "hemşire" ve %31,7'si "fikrim yok" cevabını vermiştir. Suudi Arabistan'da yapılan bir çalışmada bu oranlar sırasıyla %18,8, %18,2, %11,2, %40,6'dır (32). Yine Güney Kore'de yapılan benzer bir çalışmada sırayla %91,6, %3,8, %1,9, %2,7 şeklinde sonuçlar alınmıştır (85). "Ameliyat sırasında sorun çıkarsa kim tedavi eder?" sorusuna cevap veren hastaların %35.4'ü "cerrah", %27.5'i "anestezist", %4.4'ü "hemşire" ve %32.7'si "fikrim yok" cevabını vermiştir. "Ameliyat sırasında/sonrasında ağrınız ile kim ilgilenir?" sorusuna ise

cevap veren hastaların %35.6'sı "cerrah", %9.8'i "anestezist", %26.3'ü "hemşire" ve %28.3'ü "fikrim yok" cevabını vermiştir. Tüm bu çalışmalardan çıkarılacak ortak sonuç; hastalar ameliyat esnasında bir problem oluşması durumunda cerrahın ve ona yardımcı ya da emir uygulayıcı olarak hemşirenin daha etkin rol oynadığını düşünmektedir. Hastaların ameliyat masasına gelinceye kadarki süreçte belki de en fazla iletişim kurdukları sağlık çalışanının cerrahların olması; kötü senaryo durumunda da kurtarıcının cerrah olacağını düşünmelerine neden olmuş olabilir. Hastalar ve hatta belki toplumun geneli ameliyat esnasında çıkacak herhangi bir soruna müdahale etmede, cerrahın anesteziste göre daha etkin rol oynayacağı kanısındadırlar. Ayrıca peroperatif istenilen bir durum olan amnezinin, hastaların anestezistlerin rolleri olduğu konusunda bilgi sahibi olmasını engellediği açıktır.

Biz çalışmamızdaki bu soruyu ameliyat tecrübesine göre karşılaştırdığımızda; daha önce anestezi almış ve/veya ameliyat olmuş hastalar ile daha önce hiç anestezi/ameliyat tecrübesi olmayan hastalar arasında anlamlı fark bulunamadı. Yapılan bazı çalışmalarda ne anestezi deneyiminin ne de daha önce uygulanan anestezi tekniğinin hastaların anestezi ile bilgi ve endişelerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı belirtilmiştir (52,86,87).

Demir ve ark.larının (35) yaptıkları çalışmada; hastaların % 90'ı anestezisinin uzman doktor tarafından verildiğini belirtmişlerdir. Bu sonucun ülkemiz açısından iyi bir gelişme olduğunu söyleyebiliriz. Türkiye'de yapılan hastaların anestezi ve anestezist hakkında bilgisinin sorgulandığı bir çalışmada; eğitim düzeyi düşük hastaların yetersiz bilgisi olduğu bulunmuştur (47). Birçok tıp dalına göre yeni olan ve hızlı ilerleme gösteren anestezi ve anestezistlerle ilgili bilgi düzeyini araştıran çalışmalarda yıllara ve çalışmanın yapıldığı bölgelere göre değişik sonuçlar elde edilmiştir. Keep ve ark.larının (30) yaptıkları çalışmada; anestezistler hakkındaki bilginin diğer uzmanlık dalları ile karşılaştırıldığında daha az ve yetersiz olduğunu bildirmişlerdir. Hume ve ark.larının (31) yaptıkları çalışmada; hastaların %78'inin anestezistlerin doktor olduğunu bildiği ve hastaların anestezistler hakkında makul derecede bilgiye sahip oldukları kanısına varmışlardır. Şekerci ve ark.larının (75) 1999'da Ankara'da çeşitli hastanelerde hasta ve hasta yakınları üzerinde yaptıkları çalışmada; katılımcıların %76'sının anestezinin ne olduğunu, %80'ninin anestezistin kim olduğunu bildiklerini ifade etmişlerdir. Anesteziyi kimin yaptığına dair sorgulamada katılımcıların %83'ünün "anestezi uzmanı" yanıtını verdiklerini bildirmişlerdir. Ameliyata giren hastalar anestezistlerini tanımamakta ve ameliyat öncesi dönemde anestezistlerin önemini bilmemektedirler (88). Anestezistler kendilerini yeterince topluma tanıtamadıklarından ve

bunun için çaba harcamadıklarından anesteziistin doktor olduğunu bilenlerin oranı düşük bulunmuştur (56).

Çalışmamızda "Anesteziist kimdir?" sorusuna hastaların %45.6'sı "doktor", %12.9'u "tekniker", %4.4'ü "hemşire" ve %45.9'u "fikrim yok" cevabını vermiştir. "Size anesteziyi kim uygular?" sorusuna ise hastaların %9.3'ü "cerrah", %51'i "anesteziist", %10'u "hemşire/tekniker" ve %29.7'si "fikrim yok" cevabını vermiştir. Sorulara doğru cevap verme oranının genç-erkek hasta profilinde daha fazla olduğu görüldü. Ayrıca sorulara doğru cevap verme dolayısıyla anestezi bilgisi açısından eğitim düzeyi arttıkça($p=0.000$), meslek sahibi olan hasta grubunda($p=0.013$) ve ikametgah adresi il merkezi olan hastalarda($p=0.007$) anlamlı fark bulundu.

Hastaların çoğuna göre anesteziistler ve cerrahlar eşit derecede önemlidir, sadece az bir kısmı ise anesteziistlerin daha önemli olduğunu belirtmektedir (89). Anestezi hemşiresi kavramı halen Kuzey Amerika'da yaygındır. Hastalar anestezi doktorları ile anestezi hemşireleri arasındaki farkları tam olarak bilmemektedir (89). Türkiye'de anestezi teknikeri kavramının yaygın olması da hastalarda anestezi doktoru ve teknikeri ayrımında karışıklığa neden oluyor olabilir.

Yapılan birçok çalışma hastaların ameliyat öncesi yaşamış olduğu sıkıntıların büyük oranda bilgisizlikten kaynaklandığını ortaya koymuştur (90). Bilinmezliğe bağlı bu korkular kimi zaman, ameliyat öncesi dönemde ölüm, sakat kalma, ağrı gibi korkulardan daha ön plana çıkabilmektedir (91). Öte yandan hastaları detaylı bilgilendirmenin de anksiyeteyi arttırabileceği unutulmamalıdır, hastaların anlayabileceği dilde makul ve yasaların gerektirdiği ölçüde bilgi verilmesi yeterli olacaktır (90).

Hastaların hastanedeki her aşama için nasıl bir süreç izleyeceğini bilmesi ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) protokolüne göre de kanıt düzeyi düşük ancak güçlü öneri düzeyine sahip protokol maddesidir (92). Hastaların yaşayabilecekleri durumlar hakkında bilgilendirmek gereksiz oluşabilecek endişeyi ortadan kaldırabilmekte bunun paralelinde de gereksiz anksiyete ve olası yanlış uygulamaları engelleyebilmektedir. Hastanın preoperatif bilgilendirilmesi, postoperatif immün sistem aktivasyonunda rol oynamaktadır. Preoperatif ve postoperatif anksiyete serum kortizol, epinefrin, NA ve NK hücre aktivasyonuna neden olarak hasta iyileşmesini etkilemekte ve hastaneden çıkış süresini uzatabilmektedir (84). Oluşan bu stres yanıt negatif katabolizmayı harekete geçirerek yara iyileşmesini geciktirmekte ve postoperatif enfeksiyon riskini artırabilmektedir (93,94).

Hastaya anksiyetesini arttırmayacak şekilde hastalığının ne olduğunun, ameliyatta ne yapılacağının, olası komplikasyonların ne olduğu ve kendisinden ne beklendiğinin, kendi rolü ve olaya katkısının ne olacağının açıklanmasında yarar vardır. Hastanın kaygı ve endişelerinin dinlenmesi, hastada gerçekçi bir umut oluşmasını sağlar ve başa çıkma mekanizmalarını güçlendirir (54). Eğitim ile hastaya ameliyattan sonra kendini nasıl hissedebileceğinin, uyandığında nasıl bir ortamda olacağının (hastaya uyanma odası önceden gösterilebilir), hangi fonksiyonlarını ne kadar süreyle kaybedebileceğinin, ameliyat sonrası dönemde vücudunda bulunabilecek tüp ve drenlerin anlamının, ameliyat sonrası oluşabilecek ağrı ile nasıl baş edebileceğinin öğretilmesi anksiyete açısından önemlidir. (95).

Demir ve ark.larının (35) yaptıkları çalışmada; anesteziyle ilgili endişe sorgulandığında %35 oranında “hiçbir korkum yok” yanıtı ile endişe duyulmadığı sonucuna varıldığı belirtilmiştir. Aynı çalışmada kadınların, gençlerin, memurların endişe düzeyi genel popülasyondan yüksek çıktığı saptanmıştır. Ölmez ve Yıldırım’ın (33) yaptıkları çalışmada; anesteziyle ilgili endişe sorgulandığında hastaların anestezi hakkında endişe duyduğu konular belirtilmiştir. Hastaların % 28,5’nin anesteziden korktuğunu, %71,5’nin ise korkmadığını belirtmişlerdir. Anestezi ile ilgili en sık endişe duyulan nedenin %74,5 ile anesteziden uyanamamak olduğunu saptamışlardır. Yapılan başka bir çalışmada anesteziye bağlı endişe nedenleri %23 uyanamamak, %20 maske ve iğne korkusu, %16 ameliyat sırasında ağrı duymak, %6 postoperatif dönemde bulantı kusma, %6 anestezi sırasında anlamsız konuşma ve %5 ameliyat sonrası ağrı olarak bildirilmiştir. Anksiyete düzeyi kadınlarda, gençlerde, ameliyata yalnız gelenlerde, kötü anestezi deneyimi olanlarda, kardiyak ve vertebra cerrahisi uygulanacak hastalarda daha fazla bulunmuştur (96). Kindler ve ark.larının (97) yaptıkları çalışmada; genç, kadın, anestezi deneyimi olmayan ya da kötü anestezi deneyimi olan hastaların preoperatif endişelerinin daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Shevde ve Panagopoulos'un (52) çalışmasında; anesteziye bağlı endişe nedenleri %45 ile anestezistin bilgi yetersizliği, %43 ile anestezistin deneyim eksikliği, %37 ile uyanamamak ve % 34 ile postoperatif ağrı olarak rapor edilmiştir. Chew ve ark.ları (56) en çok endişe duyulan nedenleri, ağrı (%39,4) ve ameliyat sonrası uyanamamak (%18,9) olarak bildirirken, başka bir çalışmada, en çok endişe duyulan nedenler, ameliyat sırasında uyanmak (% 51,8), ameliyat sonrasında uyanamamak (%43,4) ve ağrı (%38) olarak bildirilmiştir (31,56). Ülkemizde yapılan çalışmalarda anesteziye bağlı endişe nedenlerini, Ceyhan ve ark.larının (82) yaptıkları çalışmada; ölüm korkusu (%30,6), ameliyat sırasında ağrı (%22,6) ve uyuyamamak (%2) olarak, Şekerci ve ark.larının (75) yaptıkları çalışmada; ameliyat sonrası uyanamamak

(%51,9), herhangi bir aksilik olması (%22,1), ameliyat sırasında ağrı duymak (%3,8) ve anesteziistin tecrübesizliği (%7,8) olarak bildirmişlerdir (75). Başka bir çalışmada, en çok endişe duyulan nedenler ameliyat sonrası uyanamamak, postoperatif dönemde ağrı, ameliyat sırasında uyanma ve yoğun bakımda kalmak izliyordu. Birçok çalışmada en sık endişe nedeni ameliyat sonrası uyanmamak olarak bildirilmiştir. Turhan ve ark.larının (73) yaptıkları çalışmada; ameliyat öncesinde en fazla endişeye neden olan düşünce ameliyat sonrası uyanmamak (%42.5), ameliyat sonrası ağrı (%26.7) ve yoğun bakımda kalmak (%26.7) olarak saptanmıştır. Yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi benzer şekilde, birinci endişe nedeni ameliyat sonrası uyanamamak iken, ikinci endişe nedeni ameliyat sonrası ağrı duymak olarak saptanmıştır.

Çalışmamızda "Anesteziiden korkar mısınız?" sorusuna hastaların %23.9'u evet, %60.7'si hayır ve %15.4'ü fikrim yok şeklinde cevap vermiştir. Bu oranlarda bölge insanımızın korkularını gerçekçi bir biçimde paylaşmaktan utanma sıkılma payının var olduğunu düşünmekteyiz. Hastalara en çok neden korktuğu sorulduğunda ise sırasıyla uyanamamak/ölmekten(%49.8), ameliyat sırasında/sonrasında ağrı hissetmekten(%17.4), ameliyat esnasında uyanmaktan(%2.9) ve sakat/felç kalmaktan(%2.9) cevaplarını aldık. Bununla birlikte kadın hastaların erkek hastalara göre anestezi ile ilgili korkularının daha fazla olduğu saptandı. Aykent ve ark.larının (98) çalışmalarında; preoperatif dönemde kadınların anksiyete düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Badner ve ark.larının (77) bu farklılığı kadınların ailelerinden ayrılmaya bağlı anksiyetelerinin daha yüksek olmasına bağlarken, Shevde ve Panagopoulos (52) ile Domar ve ark.ları (99) kadınların ruh durumlarını erkeklerden daha rahat dile getirebilmelerine bağlamıştır. Genel nüfusta da anksiyetenin kadınlarda erkeklere oranla iki kat fazla görüldüğü bilinmektedir (16). Yapılan başka bir çalışmada erkek hastaların emosyonel olarak kendilerini daha iyi hissettiklerini ifade etmelerine rağmen, spinal anestezi sırasında vazovagal senkop olayı erkeklerde daha fazla saptanmıştır. Bunun nedeni erkelerin daha iyi olduklarını göstermek amacıyla duygularını tam olarak ifade etmemeleri olabilir. Turhan ve ark.larının (73) yaptıkları çalışmada; preoperatif dönemde kadınların erkeklere göre anksiyete düzeylerinin istatistiksel olarak daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu farkın toplumumuzda erkeklerin duygu dışı vurumunun daha kısıtlı olması ve duygusal yakınmalarını daha az ifade etmeleri ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Çalışmamızda cinsiyete bağlı anestezi ile ilgili endişenin kadın hastalarda erkek hastalara oranla yüksek olduğu bulundu($p=0.000$). Depresyon ve anksiyete bozukluklarının genel olarak kadınlarda daha sık olması bu sonucu desteklemektedir.

Yaşın preoperatif anksiyete düzeyleri ile ilişkisi konusunda literatürde çelişkili sonuçlar vardır. Daha önceki çalışmalarda ileri yaştaki hastalarda preoperatif anksiyete düzeyi daha düşük olarak bildirilmiştir (100,101). Shevde ve Panagopoulos yaşı hastalarda endişe düzeyinin daha düşük olduğunu belirtmişlerdir (52). Ramsey (101) çalışmasında anksiyete oranlarını 13-21 yaş grubunda % 61, 22-41 yaş grubunda % 84, 42-60 yaş grubunda % 80, 62-82 yaş grubunda % 57 olarak bildirmiş, orta yaş grubunda anksiyete oranının yüksek olmasını bu yaşlardaki hastaların ailelerine karşı sorumluluklarının fazla oluşuna bağlamıştır. Norris ve Baird (102) 30 yaş altındaki hastaların anksiyete oranlarının, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Birçok çalışmada da yaşın anksiyete derecesini etkilemediği bildirilmiştir (77,99) Jennings ve Muhlenkamp'ın (103) yaptığı çalışmada yaş etkisi gösterilememiştir.

Çalışmamızda yaşı hasta grubunda(65 yaş ve üstü) korku ve endişenin genç hasta grubuna(18-65 yaş) oranla daha az olduğu saptandı ve Apais ve beck ölçeklerine göre anlamlı fark bulundu($p=0.042$ ve $p=0.012$). Bu sonucun yaşlılardaki kadercilik bakış açısıyla bağdaştığı düşünüldü ve aynı zamanda yaşı hastaların genç hastalara göre hastalıkları ile alakalı tıbbi uygulama ve girişimlerin ayrıntılarını doktorlarının önerilerine ve tercihlerine bırakmaya daha olumlu baktıkları gözlemlendi.

Eğitim durumuna göre dağılımda hastaların eğitim düzeyi arttıkça anestezi ile ilgili bilgilerinin ve haliyle korkularının da arttığı saptandı. Turhan ve ark.larının (73) yaptıkları çalışmada; eğitim düzeyi ile anksiyete arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır. İlkokul mezunu grupta anksiyete düzeyi en düşük, yüksek okul mezunu grupta en yüksek olmakla birlikte bu farkın istatistiksel anlamlılık düzeyinde olmadığı belirtilmiştir. Bazı çalışmalarda artan eğitim düzeyi ile birlikte anksiyetenin de arttığı bildirilirken, bazı çalışmalarda eğitim durumunun anksiyete derecesini etkilemediği bildirilmiştir. (99,52). Çalışmamızda da hastaların eğitim düzeyindeki artış ile anestezi ve cerrahi anksiyete skorlarının yükselmesi arasında anlamlı bir ilişki bulundu($p=0.027$ ve $p=0.033$).

Çalışmamızda Apais ve Beck ölçeklerine göre değerlendirmede 18-65 yaş arasındaki hasta grubunda, kadın cinsiyette, bekarlarda, çocuk sahibi olmayanlarda, eğitim düzeyi arttıkça ve meslek grubu olarak sağlık sektöründekilerde anksiyete skorlarının ortalaması daha yüksek ve anlamlı fark bulundu. Daha önce herhangi bir ameliyat geçiren ya da anestezi alan hasta grupları ile hiçbir anestezi/ameliyat tecrübesi olmayan hasta grupları arasında ise korku-anksiyete düzeyleri açısından anlamlı fark bulunmadı.

Çalışmamıza katılan hastalara sorduğumuz "Anestezi hakkındaki bilgilerinizi nereden edindiniz?" sorusuna en çok verilen cevap "daha önceki ameliyatımdan" ve "Anestezi ile ilgili korku ve endişeleriniz kaynağı nedir?" sorusuna en çok verilen cevap "daha önceki ameliyat deneyimim" olmasına rağmen geçmiş ameliyat tecrübesinin korku ve endişeleri azaltmak adına hastaya pozitif bir etkisi olmasının yanında kötü bir anestezi/ameliyat deneyiminin de hastaları olumsuz etkilediği ve süreci zorlaştırdığı bir gerçektir.

Çalışmamıza katılan hastaların ek hastalıklarının varlığı, herhangi bir ilaç kullanıp kullanmamaları, sigara-alkol-madde bağımlılıkları, alerji öyküleri ve sağlık güvenceleri ile anestezi bilgi düzeyi ve anksiyete skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Bunda her değişkende tamamen homojen bir hasta grubu elde edemeyişimizin payının da olabileceğini düşünüyoruz.

Ameliyat öncesinde hastalar genellikle yeteri kadar bilgilendirilmediklerinden şikâyet ederler (83). Ameliyat öncesi dönemde hastaya karşılaşılabilecek tüm ortam ve girişimlerle ilgili detayların (testler, fizik muayene, ameliyathane ve uyanma odasındaki sesler, görüntüler) anlatılması, hatta mümkünse önceden gösterilmesi ile hastanın olaya aktif katılımı gerçekleşir. Aktif katılım hastayı önceden uyararak ve şaşırma tepkisini ortadan kaldırarak hastanın korku ve endişesini azaltır. Hastayı iyileşme sürecine motive etmek, ameliyat sonrası iyileşmede en önemli faktördür (104). Bazı yayınlarda, bilgilendirme ve ameliyat öncesi eğitimde karşılıklı diyalogun yanında video, televizyon, bilgisayar programları, internet ve yazılı materyal yöntemleri üzerinde durulmaktadır (76). Özellikle yazılı materyalin hasta eve döndükten sonra hasta ve yakınları için bir başvuru kaynağı olabileceği, bu yüzden onların kolay anlayabileceği, önemli bilgilerin sık tekrarlarla vurgulandığı içerikte, yalnızca ve kolay bir biçimde okunabilir olması gerektiği belirtilmektedir (99). Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hastalar için yakınlarının ve sevdiklerinin fikirleri ve yardımları önemli olacağından yazılı materyal yardımı ile birlikte karar vermelerinin daha kolay olabileceği düşünülebilir.

Pasif öğrenmeye neden olan daha önceki anestezi tecrübesi, anestezi uzmanlarının rolleri ile ilgili hastaların farkındalıklarını artırmaktadır. Daha önce anestezi alan hastalarla almayanlar arasında anestezi uzmanlarının doktor olduğunu, ameliyat sırasında ilaçlarını verdiklerini, hastaların yaşamsal bulgularını takip ettiklerini, güvenli bir şekilde uyanmadan sorumlu olduklarını ve ameliyathane dışı görevlerini bilmek arasında bir fark yoktur (36). Daha önceki anestezi tecrübesi ile hastaların anestezi ile ilgili farkındalıkları arasında bir değişikliğin olmaması

anestezistler ile hastalar arasındaki bir iletişim kopukluğuna işaret etmektedir (105). Bu iletişim kopukluğunun nedenleri neler olabilir?

Hastalar takipleri sırasında birçok sağlık çalışanı ile tanışır ve kiminle tanıştıklarının farkında değildir bu nedenle birçok hasta anestezi doktoru ile tanıştığını hatırlamaz. Yoğun iş yükü ve uzun ameliyat listeleri ayrıntılı bir preoperatif viziti yük haline getirir. Bu vizitlerde hasta cerrahi için hazır hale getirilirken onun kaygıları, bilmek istedikleri ve beklentileri unutulur. Ayrıca hastalar anestezi ekibi değiştiği için birden fazla anestezi doktoru ile tanışmış olurlar (105). Hastaların %66,5'i en az bir kez anestezi doktoru tarafından değerlendirilmelerine rağmen postoperatif bu viziti hatırlamamaktadır. Bizler hastaları anestezi doktorunun preoperatif vizitini bekleyecek farkındalık düzeyine getirmeli ve hastanın bu ortamı hatırlayacağından emin olmalıyız (105). Hennessy N. ve ark.nın yaptıkları çalışmaya göre anestezistlerin giydikleri elbise bile hastaların farkındalıklarını etkileyen bir faktördür (106). İngiltere'de yapılan bir çalışmaya göre hastalar anestezistleri daha geleneksel kıyafetlerle (kot ve tişört yerine kravat ve kumaş pantolon) görmeyi tercih etmektedir (107).

Daha önceki yıllarda anestezistlerin rolleri ile ilgili yapılan çalışmalara bakılacak olursa 1970'lerden beri toplumun bu konudaki algısı çok değişmemiştir (108). Bunun nedeni anestezistlerin diğer branş doktorlarına göre hastalarla daha az temas ve iletişim kurmaları olabilir (31). Ayrıca bu eksik ve hatta bazen yanlış iletişimin sebebi hastaların birçok sağlık çalışanı ile tanışmasına ve kiminle tanıştıklarının farkında olmamalarına; opere olacak bölümlerden anestezi konsültasyonuna 'kan vereceksiniz, tetkik yaptıracaksınız' söylemleriyle gönderilmelerine ve bu nedenlerle anestezi doktorunu algılayamama veya hatırlayamamalarına bağlı olabilir.

Anestezi doktorları hakkında bilginin yetersiz olmasının pek çok farklı sebebi olabilir. İlk ve en önemli nedeni, hastaların hastalıkları ile ilgili olarak ilk önce bir cerraha başvurmaları ve daha sonra o cerrah tarafından anestezi doktoruna yönlendirilmeleridir. Hastalar cerrahlarını seçebilirler fakat asla anestezi doktorlarını seçme konusunu önemsemezler (52,108). Hastaların çoğu anestezi doktorlarının cerrahların asistanı olduğunu ve cerrahlarının kendilerinin "altında" çalışacak en iyi anestezi doktorlarını seçebileceğini düşünmektedirler. İngiltere'de 1978 yılında yapılan bir çalışmada, hastaların %57'sinin anestezi doktorlarının cerrahların emri altında çalıştığını düşündüğü belirtilmiştir (109) . Fransa'da daha önce anestezi almış hastalardan anestezi doktorları ve cerrahların adlarını söylemeleri istendiğinde,

sadece %4'ü anestezi doktorunun adını söyleyebilirken %86'sı cerrahın adını söyleyebilmiştir.

Peki anesteziistlerin toplumdaki imajı gerçekten önemli midir? (110). Bazı yazarlara göre anesteziistler toplumun bilgisizliğine yönelik değişmeyen sonuçlar karşısında umutsuzluğa kapılmamalıdır ve gösteriştten uzak sessiz kahramanlar olarak çalışmaya devam etmelidir (111). Ancak uzmanlık için harcanan efor, yoğun çalışma koşulları, toplumun farkındalığının yetersizliği anesteziistin kendine olan saygısını azaltabilir (112). Anesteziistin zayıf toplumsal imajı anestezi asistanlarının mesleki memnuniyetsizliklerinin önemli nedenlerinden biridir (113).

Biz bu çalışmada hastaların anestezi ve anesteziist hakkında önce bilgi düzeyinin ölçülmesini sonra da doğru bilgilendirilmesiyle, preoperatif anksiyetelerinin değerlendirilmesi ve mümkün olduğu ölçüde azaltılmasını amaçladık. Aynı zamanda preoperatif değerlendirme sırasında hastalara bilgi vermenin yanı sıra hastaların anestezi ile ilgili sorularının da cevaplanmasının hastaların anksiyetesinin azalmasında gözle görülür rolü olduğunu saptadık.

Çalışmamızın tek merkezde yapılmış olması, ameliyathane dışında cerrahi ya da tanısal girişim planlanan hastaların çalışmaya dahil edilmemesi haliyle bulunan sonuçların toplum genelinin bilgi düzeyini yansıtmaması sınırlılıklar arasında sayılabilir. Planlanan cerrahi tipinin (majör/minör) ve hastaların ASA skorunun standardize edilmemiş olması özellikle preoperatif dönemde hastaların kaygı düzeyini etkilemiş olabilir. Ayrıca anket sorularının fazla olması ve 2 farklı anksiyete değerlendirme ölçeğinin kullanılması çalışmanın sınırlılıkları arasında sayılabilir.

Anket çalışmamızın yapıldığı 2021 yılı mayıs-eylül arası dönem tüm dünyada ve ülkemizde de Covid-19 pandemisinin aktif olarak devam ettiği bir süreç olup hastane başvurusu olan hasta sayılarının, ameliyat oranlarının ve hasta profilinin anksiyete ortalamalarının bundan ciddi bir biçimde etkilendiği aşıkardır. Elde ettiğimiz sonuçlarda da özellikle hastalardaki stres ve kaygı skorlarının ortalamalarının bir miktar daha yüksek bulunmuş olabileceğini düşünmekteyiz.

6. SONUÇ

Tüm dünyada yapılan diğer çalışmalara benzer olarak bizim çalışmamızda da anestezi az bilinir bir kavram olmaya devam etmekle beraber anesteziistlerin görev tanımları ve alanları konusunda bilinmezlikler de devam etmektedir. Anestezinin görece yeni bir uzmanlık branşı olması, görev alanlarının giderek genişlemesi, ekip çalışması gerektirmesi ve hasta ile kısa süreli iletişimde kalması gibi nedenler anestezinin tanınabilirliğini azaltmaktadır.

Yaptığımız bu çalışma ile cerrahi operasyon ve anestezi uygulamalarının hastalar için önemli bir stres faktörü olduğu anlaşılmıştır. Preoperatif dönemde hastaların kaygılarının yüksek olduğu görülmektedir. Hastalarımızda preoperatif anksiyete düzeyinin kadınlarda ve eğitim düzeyi yüksek olanlarda daha fazla olduğu, anestezi uygulamasına dair en çok endişe edilen durumun uyanamamak, ikinci olarak da ağrı hissetmek düşüncesi olduğu görüldü. Bilgi edinme isteği ise en çok genç yaş grubunda ve eğitim düzeyi yüksek olanlarda görüldü.

Olumlu sonuçların varlığına rağmen çalışmamız, toplumun büyük bir kesiminde bu uzmanlık alanının varlığı, görev tanımı, yetkinlik ve yeterliliği konularında bilgi eksikliği olduğunu, günümüzde hastaların hala anesteziist ve anestezi süreci ile ilgili bilgilendirmeye ihtiyaç duyduklarını göstermektedir. Anestezi bakımı süresince hastalara yeterli zaman ayrılması, bilgilendirme sorumluluğunun cerrah ile uygun şekilde paylaşılması, kolay ulaşılabilir materyal ve medya araçlarının kullanımı ile daha geniş kitlelere ulaşılması sonucu hastaların bilgi düzeylerinin arttırılabileceği ve anksiyete düzeyinin azalabileceği kanısındayız.

Anesteziistler hastalara kendilerini, görevlerini ve ameliyat sırasında onları nelerin beklediğini anlatabilirlerse, hastalar geçireceği ameliyat kadar anesteziistin ve uygulanacak anestezi yönteminin önemini kavrayacaklardır. Fakat tüm bunların uygulanması için mevcut anesteziist sayısının ve hastalara ayrılan zamanın artırılması gerekmektedir. Hastalara daha çok zaman ayrılması ile sözel bilgilendirmeye; hasta yoğunluğunun çok olduğu yerlerde veya anlama zorluğu çeken hastaların varlığında ise kitapçık ya da broşürler yardımıyla yazılı bilgilendirmenin yapılması doğru olacaktır.

Önemli bir toplum sağlığı sorunu olduğundan, halkın anestezi konusunda yeterli bilgilendirilmesini sağlamak için genel olarak eğitim düzeyini yükseltme çalışmaları yanı sıra hastane politikaları ile beraber anestezi doktorlarının bireysel çabalarına ve anestezinin tanıtımına yönelik sürekli çalışmalara gereksinim olduğu kanısına varılmıştır.

7. KAYNAKLAR

- 1.Vandam LD. Cardiac Arrest: Signal of Anesthetic Mishap. JAMA, 253:2415.1985.
- 2.Alkış N. Anestezi tarihi. Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yıllığı 2000; 1: 39-42.
- 3.Vincent JC. The History of Anesthesiology. In Principles of Anesthesiology. Philadelphia: Lea & Febiger, 1993; 3-28.
- 4.Leroy DV. History of Anesthetic Practice. In: RD Miller ed. Anesthesia. NewYork: Churchill Livingstone. 1994:9-19.
- 5.The American Board of Anesthesiology Booklet of information. February 2012;6-7.
- 6.Canbay Ö, Özgen S. Plastik cerrahide anestezi. In: Keçik Y, Alkış N,Yörükoğlu D, Alanoğlu Z (eds). Temel Anestezi. 2. Baskı. Ankara: Ayrıntı Basım; 2016. 748.
- 7.Garcia-Miguel FJ, Serrano-Aguilar PG, Lopez-Bastida J. Preoperative assessment. Lancet 2003; 362:1749-1757
- 8.King MS. Preoperative evaluation. Am Fam Physician 2000;62:387-96.
- 9.Macpherson DS, Lofgren RP. Outpatient internal medicine preoperative evaluation: a randomized clinical trial. Med Care 1994;32:498-507.
- 10.Lau L, Jan G, Chan TF. Preoperation of patients for anaesthesia-achieving quality care. HKMJ 2002;8:99-105
- 11.Tükel R, Aklın T. Anksiyete Bozuklukları. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2006;8:469-508
- 12.Noyes R, Hoehn- Saric R. Anksiyete Bozuklukları, Şar V(çeviri ed.). İstanbul: Medical & Paramedical Yayıncılık, 1998
- 13.Stone MH. Healing the Mind: A history of psychiatry from antiquity to the present.New York; W.W Norton & Company, 1997
- 14.Berrios GE. The History of Mental Symptoms. Cambridge; Cambridge University Pres, 1996

- 15.Nutt D, Argyropoulos S, Forshall S. Generalized Anxiety Disorder: Diagnosis, treatment and its relationship to other anxiety disorders. London; Martin Dunitz, 1998
- 16.Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları . 8. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 2001
- 17.Gençtan E. Psikanaliz ve Sonrası.10. Baskı,İstanbul: Metis Yayıncılık, 2004
- 18.Yalom I. Varoluşçu psikoterapi. İstanbul: Kabalcı Yayınevi, 2001
- 19.Miller RD. Anesthesia: Psychological Preparation and Preoperative Medication.New York: 1990; 895-928
- 20.Lichtor JL. Preoperative anxiety: Does anxiety level the afternoon before surgery predict anxiety level just before surgery?. Anesthesiology 1987;67:595-9
- 21.Jonston M. Anxiety in surgical Patients.Psychological Medicine.1980;10:145- 152
- 22.Egbert LD, Battit GE, Welch CE, Bartlett MK.Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients. New England Journal of Medicine 1964;270:825-7
- 23.Chan CSM, Molassiotis A. The effects of an educational programme on the anxiety and satisfaction level of parents having parent present induction and visitation in a postanaesthesia care unit. Paediatric Anaesthesia 2002; 12:131- 139.
- 24.Bellew M, Atkinson KR, Dixon G, Yates A. The introduction of a paediatric anaesthesia information leaflet. An audit of its impact on parental anxiety and satisfaction. Paediatric Anaesthesia 2002; 12:124-130.
- 25.Michota FA, Frost SD. The preoperative evaluation: use the history and physical rather than routine testing. Cleve Clin J Med 2004; 71:63-70
- 26.van Klei WA, Grobbee DE, Rutten CLG. Role of history and physical examination in preoperative evaluation. Eur J Anaesth 2003; 20:612-618.
- 27.Baxendale BR. Preoperative assessment and premedication. In: Smith G, Rowbotham DJ (eds). Textbook of Anesthesia. 5th edition. USA: Churchill- Livingstone; 2007. 87-98.
- 28.Ficher SP, Bader AM, Sweitzer BJ. Preoperative evaluation. In: Miller RD, Eriksson LI, Fleisher LA, Wiener-Kronish JP, Young WL(eds). Miller's Anesthesia. 7th edition. USA: Churchill Livingstone; 2010.487.

- 29.Hariharan S. Knowledge and attitudes of patients towards anesthesia and anesthesiologists. A review. *Anesthesia en Mexico*.2009;21:174---8.2.
- 30.Keep PJ, Jenkins JR. As others see us. The patient's view of the anaesthetist. *Anaesthesia*. 1978;33:43–5
- 31.Hume MA, Kennedy B, Asbury AJ. Patient knowledge of anaesthesia and peri-operative care. *Anaesthesia*. 1994;49(8):715-8. Epub 1994/08/01.
- 32.Baaj J, Takrouri MS, Hussein BM, Al Ayyaf H. Saudi patients' knowledge and attitude toward anesthesia and anesthesiologists: A prospective cross-sectional interview questionnaire. *Middle East J Anesthesiol* 2006;18:679-91
- 33.Ölmez D., Yıldırım H. Hastaların Anestezi, Anestezist ve Görevleri Hakkındaki Bilgi Düzeyleri:Anket Çalışması. *SSK İzmir EAH Tıp Dergisi* 2003 9(4):135-139.
- 34.Aras D, Çil C, Akçaoğlu AC, Erbay RH, Zencir M. Denizli İli Yenişehir Sağlık Ocağı bölgesinde halkın anesteziyoloji uygulamalarına ilişkin bilgi, tutum ve önceki anestezi deneyimleri. *Pamukkale Tıp Derg* 2008; 2(2): 76-82
- 35.Demir A, Turan S, Balaban F, Karadeniz Ü, Erdemli Ö Anestezi uygulamaları ile ilgili olarak preanestezik değerlendirme sırasında hastalarda yapılan anket çalışması. *Türk Anestezi ve Reanimasyon Dergisi* 2009;37(7): 225-233
- 36.Calman LM, Mihalache A, Evron S, Ezri T. Current understanding of the patient's attitude toward the anesthetist's role and practice in Israel: effect of the patient's experience. *Journal of clinical anesthesia*. 2003;15(6):451-4. Epub 2003/12/04.
- 37.Anderson EA. Preoperative preparation for cardiac surgery facilitates recovery, reduces psychological distress, and reduces the incidence of acute postoperative hypertension. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1987;55(4):513-20. Epub 1987/08/01.
- 38.Swinhoe CF, Groves ER. Patients' knowledge of anaesthetic practice and the role of anaesthetists. *Anaesthesia*. 1994;49(2):165-6. Epub 1994/02/01.
- 39.Hepner DL, Bader AM, Hurwitz S, Gustafson M, Tsen LC. Patient satisfaction with preoperative assessment in a preoperative assessment testing clinic. *Anesthesia and analgesia*. 2004;98:1099–105

40. Deusch E, Weber T, Libal G, Christian L, Ofner C. [Patient knowledge concerning anesthesia general practice and the responsibilities of the anesthetist]. *Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie AINS*. 1996;31:409–13
41. Klapfta JM, Roizen MF. Current understanding of patients' attitudes toward and preparation for anesthesia: a review. *Anesthesia and analgesia*. 1996;83(6):1314–21. Epub 1996/12/01.
42. García-Sánchez MJ, Prieto-Cuéllar M, Galdo-Abadín JR, Palacio-Rodríguez MA. [Can we change the patient's image of the anesthesiologist?]. *Revi Esp Anestesiología Reanim*. 1996;43:204–7.
43. Tohmo H, Pälve H, Illman H. The work, duties and prestige of Finnish anesthesiologists: patients' view. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*. 2003;47:664–6.
44. Irita K, Takahashi S. [Lack of communication between anesthesiologists and surgeons: comparison of questionnaire survey among anesthesiologists with that among surgeons concerning pre-anesthetic evaluation of surgical patients]. *Masui. The Japanese journal of anesthesiology*. 2000;49:7–17.
45. Lee A, Chui PT, Gin T. Educating patients about anesthesia: a systematic review of randomized controlled trials of media-based interventions. *Anesthesia and analgesia*. 2003;96:1424–31
46. Zvara DA, Mathes DD, Brooker RF, McKinley AC. Video as a patient teaching tool: does it add to the preoperative anesthetic visit? *Anesthesia and analgesia*. 1996;82:1065–8
47. Besler M, Yalman A, Çelik M. SSK hastalarının anestezi bilgisi ve yazılı bilgilendirmenin önemi. *Göztepe Tıp Dergisi*. 2004;132–6.
48. Moores A, Pace NA. The information requested by patients prior to giving consent to anaesthesia. *Anaesthesia*. 2003;58:703–6.
49. Hosemann W, Loew TH, Forster M, Kühnel T, Beule AG. [Perioperative pain and anxiety in endoscopic sinus surgery]. *Laryngo- rhino- otologie*. 2011;90:476–80.
50. Pokharel K, Bhattarai B, Tripathi M, Khatriwada S, Subedi A. Nepalese patients' anxiety and concerns before surgery. *Journal of clinical anesthesia*. 2011;23:372–8.

51. Matthias AT, Samarasekera DN. Preoperative anxiety in surgical patients – experience of a single unit. *Acta anaesthesiologica Taiwanica*
52. Shevde K, Panagopoulos G. A survey of 800 patients' knowledge, attitudes, and concerns regarding anesthesia. *Anesthesia and analgesia*. 1991;73(2):190-8. Epub 1991/08/01
53. Moerman N, van Dam FS, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale. *Anesth Analg* 1996;82:445-451.
54. Ozkan S. *Psikiyatrik Tıp: Konsultasyon- Liyezon Psikiyatrisi*. İstanbul:1993:175-183.
55. Ramsay MA. A survey of pre-operative fear. *Anaesthesia*. 1972;27:396–402
56. Chew ST, Tan T, Tan SS, Ip-Yam PC. A survey of patients' knowledge of anaesthesia and perioperative care. *Singapore medical journal*. 1998;39:399–402.
57. Mitchell M. Influence of gender and anaesthesia type on day surgery anxiety. *Journal of advanced nursing*. 2012;68:1014–25.
58. Shafer A, Fish MP, Gregg KM, Seavello J, Kosek P. Preoperative anxiety and fear: a comparison of assessments by patients and anesthesia and surgery residents. *Anesthesia and analgesia*. 1996;83:1285–91.
59. Aslan F, Olgun N, Candan S. Efektif cerrahi işlem geçirmekte olan hastaların aile bireylerinin anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. *Hemşire Dergisi*. 1997;18–21.
60. Alçalar N. Organ kaybının psikiyatrik ve psikososyal yönleri. IV. Ulusal KonsültasyonLiyezon Psikiyatrisi Kongresi İstanbul Tam Metin Kitabı. 1996
61. Gillies MA, Baldwin FJ. Do patient information booklets increase perioperative anxiety? *European journal of anaesthesiology*. 2001;18:620–2.
62. Bergmann P, Huber S, Mächler H, Liebl E, Hinghofer-Szalkay H, Rehak P, et al. The influence of medical information on the perioperative course of stress in cardiac surgery patients. *Anesthesia and analgesia*. 2001;93:1093–9.
63. Lonsdale M, Hutchison GL. Patients' desire for information about anaesthesia. *Scottish and Canadian attitudes*. *Anaesthesia*. 1991;46:410–2.

- 64.Haugen AS, Eide GE, Olsen MV, Haukeland B, Remme AR, Wahl AK. Anxiety in the operating theatre: a study of frequency and environmental impact in patients having local, plexus or regional anaesthesia. *Journal of clinical nursing*. 2009;18:2301–10.
- 65.Deyirmenjian M, Karam N, Salameh P. Preoperative patient education for open-heart patients: a source of anxiety? *Patient education and counseling*. 2006;62:111–7.
- 66.Boeke S, Jelcic M, Bonke B. Pre-operative anxiety variables as possible predictors of postoperative stay in hospital. *The British journal of clinical psychology / the British Psychological Society*. 1992;31:366–8.
- 67.Soltner C, Giquello J a, Monrigal-Martin C, Beydon L. Continuous care and empathic anaesthesiologist attitude in the preoperative period: impact on patient anxiety and satisfaction. *British journal of anaesthesia*. 2011;106:680–6.
- 68.Yilmaz M, Sezer H, Gürler H, Bekar M. Predictors of preoperative anxiety in surgical inpatients. *Journal of clinical nursing*. 2012;21:956–64.
- 69.Manyande A, Salmon P. Recovery from minor abdominal surgery: a preliminary attempt to separate anxiety and coping. *The British journal of clinical psychology / the British Psychological Society*. 1992;31:227–37
- 70.Duman A, Ögün C, Şahin TK, Sarkılar G. ÖS. Preoperatif korku ve endişeyi etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *S.Ü.Tıp Fak Derg*. 2003;21–6.
- 71.Turhan Y, Avcı R, Özcengiz D. Elektif cerrahi hazırlığında preoperatif ve postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisi. *Anest Derg* 2012;20(1):27-33
- 72.Berth et al. (2007). The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) - the first trial of a German version, *GMS Psycho-Social-Medicine* 2007, Vol. 4, ISSN 1860-5214, page 1-8
- 73.Avcı, M. G. (1995). Beck Anksiyete Ölçeği nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir. Sayfa 71
- 74.Maranets I, Kain ZN. Preoperative anxiety and intraoperative anesthetic requirements. *Anesth Analg* 1999; 89: 1346-51

- 75.Şekerci S, Akpek E, Göktuğ A ve ark. Hasta ve yakınları ile toplumun farklı kesimlerinin anestezi ve uygulamaları konusundaki bilgi ve davranışları. *Anestezi Dergisi*. 2001; 9(1): 48-51
- 76.Arellano R, Cruise C, Chung F. Timing of the anesthetist's preoperative outpatient interview. *Anesth Analg*. 1989; 68: 645-648.
- 77.Badner NH, Nielson WR, Munk S et al. Preoperative anxiety detection and contributing factors. *Can Anaesth* 1990; 37: 444- 447.
- 78.Hall JA, Dorman MC. Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain on analysis of overall satisfaction levels. *Soc. Sci. Med*. 1988; 27: 637–644.
- 79.Kratz A. Preoperative education: preparing patients for a positive experience. *J Post Anesth Nurs* 1993; 8: 270-5.
- 80.Jasinski D, Hering K, Harvan J, Dangelo, M. "The use of a computer website prior to scheduled surgery (a pilot study): impact on patient information, acquisition, anxiety level, and overall satisfaction with anesthesia care." *AANA Journal* 73. 1 (2005): 29-33.
- 81.McGraw T. Preparing children for the operating room: psychological issue. *Can J Anaesth* 1994; 41: 1094-1103.
- 82.Ceyhan A, Basar H, İnan N, Yağmurdur H, Çetinbaş R, Parpucu M. Türk toplumu anestezi hakkında neler biliyor, neler bilmiyor? *Sendrom* 2000; 12: 75-9.
- 83.Farnill D, Inglis S. Patients' desire for information about anaesthesia: Australian attitudes. *Anaesthesia* 1994; 49: 162–4.
- 84.Kain ZN, Wang SM, Caramico LA, Hofstadter M, Mayes LC. Parental desire for perioperative information and informed consent: a two-phase study. *Anesth Analg* 1997; 84: 299-306.
- 85.Lee JJ, Lee NH, Park CM et al. Public awareness about the specialty of anesthesiology and the role of anesthesiologists: a national survey. *Korean J Anesthesiol* 2014;66(1):12-7.
- 86.van Wijk MGF, Smalhout B. A postoperative analysis of the patient's view of anaesthesia in a Netherlands' teaching hospital. *Anaesthesia* 1990;45:679-682. 63

- 87.Clifton PJM. Expectations and experiences of anaesthesia in a district general hospital. *Anaesthesia* 1984;39:281-285.
- 88.Bacon DR, Lema MJ, Yearley CK: For all the world to see: Anesthesia at the 1939 New York World's Fair. *J Clin Anesth* 1993;5: 252-8.
- 89.Hariharan S, Merritt-Charles L, Chen D. Patient perception of the role of anesthesiologists: a perspective from the Caribbean. *Journal of clinical anesthesia*. 2006;18(7):504-9. Epub 2006/11/28.
- 90.Aksoy G. Ameliyat öncesi ve sonrası hasta bakımında psikososyal faktörlerin rolü ve hemşirelik hizmetlerinin yeri. *Hemş Bült* 1983;1(3):31-5.
- 91.Bölükbaş N. Ameliyat olacak hastaların hemşirelerden beklentileri. *Hemş Bült* 1991;5(20):81-6.
- 92.Fearon KC, Ljungqvist O, Von Meyenfeldt M. Enhanced recovery after surgery: a consensus review of clinical care for patients undergoing colonic resection. *Clin Nutr*, 2005; 24: 466-477 41.
- 93.Chernow B, Alexander HR, Smallridge RC, et al. Hormonal responses to graded surgical stress. *Arch Intern Med* 1987; 147: 1273–8.
- 94.Weissman C. The metabolic response to stress: an overview and update. *Anesthesiology* 1990; 73: 308–27
- 95.Kaplan HI, Sadock B, Grebb JA. *Synopsis of Psychiatry*, London, Williams&Wilkins, 1994;777-8.
- 96.Mackenzie JW. Daycase anaesthesia and anxiety: A study of anxiety profiles amongst patients attending a day bed unit. *Anaesthesia*. 1991; 44: 437.
- 97.Kindler CH, Harms C, Amsler F, Ihde-Scholl T, Scheidegger D. The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. *Anesth Analg* 2000; 90: 706–12
- 98.Aykent R, Kocamanoğlu İS, Üstün E, Tür A, Şahinoğlu H. Preoperatif Anksiyete Nedenleri ve Değerlendirilmesi: APAIS ve STAI Skorlarının Karşılaştırılması. *Türkiye Klinikleri J Anest Reanim* 2007; 5: 7-13.

- 99.Domar AD, Everett LL, Keller. Preoperative anxiety: Is predictable entity? *Anesth Analg.* 1989; 69: 763-770.
- 100.Matthey PW, Finegan BA, Finucane BT. The public's fears about and perceptions of regional anesthesia. *Reg Anesth Pain Med* 2004;29: 96-101.
- 101.M. A. E. Ramsay A survey of pre-operative fear *Anaesthesia* 2007 Volume 27, Issue 4,396-402
- 102.Norris W, Baird WLM. Preoperative anxiety study of the incidence and aetiology. *Br J Anaesth* 1967; 39: 50-9k.
- 103.B M Jennings, A F Muhlenkamp. Systematic misperception: oncology patients' self-reported affective states and their care-givers' perceptions. *Cancer Nurs.* 1981 Dec ;4 (6): 485-9 6915797 Cit: 24).
- 104.Voulgari A, Lykouras L, Papanikolaou M et al. Influence of psychological and clinical factors on postoperative pain and narcotic consumption. *Anaesthesiology.*1991; 55: 191.
- 105.Jathar D, Shinde VS, Patel RD, Naik LD. A Study of Patients' Perception About Knowledge of Anesthesia and Anaesthesiologist. *Indian Journal of Anesthesiology.* 2002;46(1):26-30.
- 106.Hennessy N, Harrison DA, Aitkenhead AR. The effect of the anaesthetist's attire on patient attitudes. The influence of dress on patient perception of the anaesthetist's prestige. *Anaesthesia.* 1993;48(3):219-22. Epub 1993/03/01.
- 107.Sanders LD, Gildersleve CD, Rees LT, White M. The impact of the appearance of the anaesthetist on the patient's perception of the pre-operative visit. *Anaesthesia.* 1991;46(12):1056-8. Epub 1991/12/01.
- 108.Baillard C, Lamberto JF, Martinez C, Le Toumelin P, Fournier JL, Cupa M, et al. [Patient's perspectives with regard to anesthesia services]. *Canadian journal of anaesthesia = Journal canadien d'anesthesie.* 2001;48(6):526-8. Epub 2001/07/14. Point de vue des patients concernant la prise en charge anesthésique.
- 109.Herman CR. An appraisal of anaesthetist-patient relationship. *Anaesthesia* 1978; 33:45-48.

110.Strunin L. Anaesthesia, what's in a name? - time for change. *Anaesthesia*. 2000;55(10):941-2. Epub 2000/09/30.

111.Hall IA, Earlam C. 'They are not proper doctors, are they?'. *Anaesthesia*. 1995;50(1):87. Epub 1995/01/01.

112.Jenkins K, Wong D. A survey of professional satisfaction among Canadian anesthesiologists. *Canadian journal of anaesthesia = Journal canadien d'anesthesie*. 2001;48(7):637-45. Epub 2001/08/10.

113.Irwin MG, Soon NT, Fung SK. A profile of anaesthesia trainees in Hong Kong. *Hong Kong medical journal = Xianggang yi xue za zhi / Hong Kong Academy of Medicine*. 2001;7(3):227-35. Epub 2001/10/09.

8. EKLER

Ek-1 :

Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Sizi, Prof. Dr. Zeynep BAYSAL YILDIRIM ve Araştırma Görevlisi Rojda TANIK TÜRKAN tarafından yürütülen ‘ ‘ Ameliyat Olacak Hastaların Anestezi Bilgi Düzeyi Ve Anksiyete Durumunun Değerlendirilmesi ‘ ‘ başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Araştırmada sizden tahminen ameliyat öncesi değerlendirme odasında 5-10 dakikanızı ayırmanız istenmektedir. Değerlendirme odasında sizlere farklı soruların yer aldığı iki anket uygulanacaktır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün sorulara eksiksiz, kimsenin baskısı ve telkini altında olmadan, doğru cevaplar vermenizdir. Bu formu okuyup anlamanız ve imzalamanız durumunda araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz saklı tutulacaktır: ancak verileriniz yayın amacıyla kullanılabilir. Çalışmadan ayrıldığınız takdirde verileriniz bilimsel amaçlı bile kullanılmayacaktır. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için ‘ ‘ ortak katılımcı havuzuna’’ aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya daha sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya rojda_tanik@hotmail.com e-posta adresi ve 05079116461 numaralı telefon numarasından ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi. Çalışmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan çıkabileceğim bilgisi verildi. Çalışmadan ayrılmam durumunda verilerimin bilimsel amaçlı bile kullanılmayacağı anlatıldı. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle hiçbir baskı ve telkin olmaksızın benimle sözlü iletişime geçen sayın Dr. Rojda Tanık Türkan'ın araştırmasına katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı Soyadı

İmza

Açıklamaları Yapan Hekimin Adı Soyadı

Dr. Rojda TANIK TÜRKAN

rojda_tanik@hotmail.com

GSM: 05079116461

İmza

ANKET SORULARI

- 1- YAŞ
A) 18-65 B) 65 ÜSTÜ
- 2- CİNSİYET
A) KADIN B) ERKEK
- 3- MEDENİ DURUM
A) EVLİ B) BEKAR
- 4- ÇOCUK SAHİBİ OLMA
A) VAR B) YOK
- 5- EĞİTİM DURUMU
A) İLKOKUL B) ORTAOKUL C) LİSE D) ÜNİVERSİTE
- 6- MESLEK
A) ÇALIŞIYOR B) ÇALIŞMIYOR C) ÖĞRENCİ
- 7- ÇALIŞIYOR İSE
A) SAĞLIK SEKTÖRÜ B) DİĞER
- 8- EK HASTALIK
A) VAR B) YOK
- 9- İLAÇ KULLANIMI
A) VAR B) YOK C) BİTKİSEL İLAÇ
- 10- SİĞARA-ALKOL-MADDE KULLANIMI
A) VAR B) YOK
- 11- ALERJİ ÖYKÜSÜ
A) VAR B) YOK
- 12- SAĞLIK GÜVENCESİ
A) VAR B) YOK
- 13- İKAMETKAH ADRESİ
A) KÖY B) İLÇE C) İL MERKEZİ
- 14- DİL PROBLEMİ-TERCÜMAN İHTİYACI
A) VAR B) YOK

15- DAHA ÖNCE HERHANGİ BİR AMELİYAT GEÇİRDİNİZ Mİ?

A) EVET B) HAYIR

16- DAHA ÖNCE ANESTEZİ ALDINIZ MI?

A) EVET B) HAYIR C) BİLMİYORUM

17- EVET İSE ANESTEZİ DENEYİMİNİZ NASILDI?

A) GENEL-TAMAMEN UYUDUM
B) REJYONEL-BELDEN İĞNE YAPILDI
C) LOKAL-SADECE AMELİYAT YERİ UYUŞTURULDU
D) FİKRİM YOK

18- DAHA ÖNCEKİ AMELİYAT/ANESTEZİ DENEYİMİNİZDE HERHANGİ BİR SORUN YAŞANDI MI?

A) EVET B) HAYIR C) BİLMİYORUM

19- ANESTEZİDEN KORKAR MİSİNİZ?

A) EVET B) HAYIR C) FİKRİM YOK

20- EVET İSE EN ÇOK NEDEN KORKARSINIZ?

A) UYANAMAMAKTAN/ÖLMekten
B) AMELİYAT SIRASINDA UYANMAKTAN
C) AMELİYAT SIRASINDA/SONRASINDA AĞRI HİSSETMEKTEN
D) SAKAT/FELÇ KALMAKTAN
E) DİĞER

21- ANESTEZİ/NARKOZ NEDİR? BİLİYOR MUSUNUZ?

A) BİLİYORUM B) BİLMİYORUM C) FİKRİM YOK

22- ANESTEZİST KİMDİR?

A) DOKTOR B) TEKNİKER C) HEMŞİRE D) DİĞER E) FİKRİM YOK

23- SİZE ANESTEZİYİ KİM UYGULAR?

A) AMELİYATI YAPAN DOKTOR/CERRAH
B) ANESTEZİST/ANESTEZİ DOKTORU
C) HEMŞİRE/TEKNİSYEN/TEKNİKER
D) DİĞER
E) FİKRİM YOK

24- ANESTEZİ UYGULAMASI NASIL YAPILIR?

A) DAMAR YOLUNDAN İLAÇ VERİLEREK
B) GAZ KOKLATARAK
C) AMELİYAT BÖLGESİ UYUŞTURULARAK
D) HEPSİ OLABİLİR

E) FİKRİM YOK

25- AMELİYAT SIRASINDA NABİZ/TANSİYON GİBİ YAŞAMSAL FONKSİYONLARINIZI KİM TAKİP EDER?

A) CERRAH B) ANESTEZİST C) HEMŞİRE D) FİKRİM YOK

26- ANESTEZİ SIRASINDA SORUN ÇIKARSA SİZİ KİM TEDAVİ EDER?

A) CERRAH B) ANESTEZİST C) HEMŞİRE D) FİKRİM YOK

27- AMELİYAT SIRASINDA/SONRASINDA AĞRINIZ İLE KİM İLGİLENİR?

A) CERRAH B) ANESTEZİST C) HEMŞİRE D) FİKRİM YOK

28- ANESTEZİSTLER HASTANEDE NERELERDE ÇALIŞIR?

A) SADECE AMELİYATHANEDE

B) AMELİYATHANE DIŞINDA HASTAYA GİRİŞİM YAPILACAK BÖLÜMLERDE

C) YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE

D) AĞRI POLİKLİNİK/KLİNİKLERİNDE

E) HEPSİ OLABİLİR

F) FİKRİM YOK

29- ANESTEZİ HAKKINDAKİ BİLGİLERİNİZİ NEREDEN EDİNDİNİZ?

A) DAHA ÖNCEKİ AMELİYATIMDAN

B) AMELİYAT OLAN BİR YAKINIMDAN

C) GAZETE/TV/İNTERNET

D) DİĞER

30- ANESTEZİ İLE İLGİLİ KORKU VE ENDİŞELERİNİZ KAYNAĞI NEDİR?

A) DAHA ÖNCEKİ AMELİYAT DENEYİMİM

B) AMELİYAT OLAN YAKINLARIMIN ANLATTIKLARI

C) GAZETE/TV/İNTERNET

D) DİĞER

<u>APAIS (Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve Bilgi Ölçeği)</u>					
	1	2	3	4	5
1. Anestezi konusunda endişeliyim.					
2. Anestezi sürekli aklımda.					
3. Anestezi hakkında mümkün olduğunca çok bilgi edinmek istiyorum.					
4. Ameliyat konusunda endişeliyim.					
5. Ameliyat sürekli aklımda.					
6. Ameliyat hakkında mümkün olduğunca çok bilgi edinmek istiyorum.					

* 1-hiç 2-hafif 3-orta 4-şiddetli 5-çok şiddetli

APAIS Toplam Puanı:

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....