

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

**ELEKTİF CERRAHİ OPERASYON PLANLANAN
HASTALARDA
PREOPERATİF VE POSTOPERATİF ANKSİYETENİN HASTA
MEMNUNİYETİ İLE İLİŞKİSİ**

Dr. Yasemin TURHAN

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Dilek ÖZCENGİZ

ADANA- 2007

TEŞEKKÜR

Asistanlığım boyunca hem medikal hem de paramedikal konularda bilgi ve desteğini eksik etmeyen Danışmanım Prof. Dr. Dilek Özcengiz'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Eğitimime katkılarından dolayı Anesteziyoloji Anabilim Dalındaki diğer Öğretim Üyelerim; Prof. Dr. Geylan Işık, Prof. Dr. Tayfun Güler, Doç. Dr. Hayri Özbek, Doç. Dr. Yasemin Güneş, Doç. Dr. Hakkı Ünlügenç, Doç. Dr. Mehmet Özalevli, Doç. Dr. Murat Gündüz'e saygıyla teşekkür ederim.

Tezimin karmaşıklığına rağmen büyük bir gayretle istatistiksel hesaplamalarımı yapan PDR Uzmanı Raşit Avcı'ya teşekkür ederim.

Anestezi asistanlığının yoğunluğunda tezime katkıda bulunan sevgili arkadaşlarım Dr. Erim, Dr. M. Ali, Dr. Yavuz, Dr. Şule, Dr. M. Güzel'e ve tüm asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Asistanlığımın her aşamasında fedakarlıklarıyla hep yanımda ya da yerimde olan kardeşlerim Ferya ve Derya'ya , Aileme teşekkür ederim.

Her zaman sakin ve sabırlı oluşuna hayran kaldığım canım eşim Nedim'e hayatımı ve tezimi yapılandırdığı için sevgiyle teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR	II
İÇİNDEKİLER	III
TABLO LİSTESİ	V
KISALTMALAR	VI
ÖZET	VII
ABSTRACT.....	VIII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Geçmişten Günümüze Anksiyete Kavramı.....	3
2.2. Anksiyeteyi Açıklayan Kuramlar	5
2.2.1. Psikanalitik Kuram	5
2.2.2. Öğrenme Kuramı	8
2.2.3. Davranışçı ve Bilişsel Kuram.....	9
2.2.4. Varoluşçu Kuram	10
2.2.5. Anksiyetenin Nöropsikolojik Yönü	11
2.3. Anksiyeteyi Açıklayan Biyolojik Kuramlar	12
2.3.1. Otonom Sinir Sistemi	12
2.3.2. Nörotransmitterler	13
2.3.2.1. Norepinefrin(NE)	13
2.3.2.2. Serotonin (5HT)	13
2.3.2.3. GABA	14
2.3.3. Genetik Çalışmalar	14
2.3.4. Nöroanatomik Görüşler.....	14
2.3.4.1. Limbik Sistem.....	15
2.3.4.2. Serebral Korteks	15
2.4. Preoperatif Anksiyete	15
2.5. Anestezi ile İlgili Endişe Nedenleri	17
2.6. Ameliyat Öncesi Psikolojik Hazırlama.....	17
2.7. Hasta Memnuniyeti.....	18

2.7.1. Tanım	18
2.7.2. Hasta Bağlılığı.....	19
2.8. Hasta memnuniyetini Etkileyen Etmenler	20
2.9. Anestezi memnuniyetinin ve kalitesinin ölçülmesi: psikometrik metodoloji	21
3. GEREÇ ve YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Modeli.....	25
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	25
3.3. Veri toplama Araçları	25
3.3.1. STAI (Durumluk kaygı ölçeği)	26
3.3.2. QoR-40 Memnuniyet Ölçeği	27
3.3.3. İstatiksel İşlemler	28
4. BULGULAR.....	29
4.1. Sosyodemografik Özellikler	29
4.2. Durumluk Kaygı Ölçeğine Ait Bulgular (STAI)	31
4.3. Endişe Nedenleri ile İlgili Bulgular	39
4.4. QoR-40 Memnuniyet Ölçeği ile İlgili Bulgular.....	50
5. TARTIŞMA	53
6. SONUÇ	58
7. KAYNAKLAR	59
8. EKLER	63
9. ÖZGEÇMİŞ	71

TABLO LİSTESİ

	Sayfa No:
Tablo-1 : Hastaların Sosyodemografik Özellikleri	29
Tablo-2 : Hastaların Anestezi Türü ve Cerrahi Bölüme Göre Dağılımı	30
Tablo-3 : Yaş Gruplarına Göre Anksiyete Değerleri	31
Tablo-4 : Yaş Gruplarına Göre Preoperatif-Postoperatif Dönem STAI-I Puanlarının ANOVA Sonuçları	32
Tablo-5 : Cinsiyete Göre Anksiyete Değerleri	33
Tablo-6 : Cinsiyete Göre Preoperatif-Postoperatif Dönem STAI-I Puanlarının ANOVA Sonuçları	34
Tablo-7 : Eğitim Düzeyine Göre Anksiyete Değerleri	35
Tablo-8 : Eğitim Düzeyine Göre Preoperatif-Postoperatif Dönem STAI-I Puanlarının ANOVA Sonuçları	35
Tablo-9 : Cerrahi Bölüme Göre Anksiyete Değerleri	36
Tablo-10 : Eğitim Düzeyine Göre Preoperatif-Postoperatif Dönem STAI-I Puanlarının ANOVA Sonuçları	37
Tablo-11 : Anestezi Tipine Göre Anksiyete Değerleri	38
Tablo-12 : Anestezi Tipine Göre Preoperatif-Postoperatif Dönem STAI-I Puanlarının ANOVA Sonuçları	38
Tablo-13 : Endişe1 Skorları	39
Tablo-14 : Endişe2 Skorları	40
Tablo-15 : Endişe 3 Skorları	41
Tablo-16 : Anestezi ile İlgili Endişe 1 Skorlarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	42
Tablo-17 : Anestezi ile İlgili Endişe 2 Skorlarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	43
Tablo-18 : Anestezi ile İlgili Endişe 1 Skorlarının Cinsiyete Göre Dağılımı	44
Tablo-19 : Anestezi ile İlgili Endişe2 Skorlarının Cinsiyete Göre Dağılımı	45
Tablo-20 : Anestezi ile İlgili Endişe1 Skorlarının Eğitim Gruplarına Göre Dağılımı	46
Tablo-21 : Anestezi ile İlgili Endişe2 Skorlarının Eğitim Gruplarına Göre Dağılımı	47
Tablo-22 : Anestezi ile İlgili Endişe1 Skorlarının Cerrahi Bölüme Göre Dağılımı	48
Tablo-23 : Anestezi ile İlgili Endişe 2 Skorlarının Cerrahi Bölüme Göre Dağılımı	49
Tablo-24 : Ameliyat Sonrası Memnuniyet Ölçeği İle Preoperatif STAI-I ve STAI-II ve Postoperatif STAI-I'e Arasındaki Korelasyonlar	50
Tablo-25 : Ameliyat Sonrası Memnuniyet Ölçeği İle Yaş Düzeylerine Göre Preoperatif STAI-I ve STAI-II ve Postoperatif STAI-I Arasındaki Korelasyonlar	51
Tablo-26 : Ameliyat Sonrası Memnuniyet Ölçeği Ağrı Alt Ölçeği İle Preoperation STAI-I ve STAI-II ve Postoperation STAI-I'e Arasındaki Korelasyonlar	52

KISALTMALAR

BIS	: Behavioural inhibition system
MSS	: Merkezi Sinir Sistemi
NE	: Norepinefrin
5HT	: Serotonin
NE	: Norepinefrin
GABA	: γ -aminobutirik asit
Örn	: Örnek
BOS	: Beyin omurilik sıvısı
MHPG	: 4- metoksi-4-hidroksifenil glikol
mCPP	: m-klorofenil piperazin
LSD	: liserjik asit dietilamid
NDMA	: 3,4-metilen dioksine amfetamin
STAI	: State- Trait Anxiety Inventory= Durumluluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği
ASA	: American Society of Anesthesiologists
ANOVA	: ANalysis Of VAriance

ÖZET

Elektif Cerrahi Operasyon Planlanan Hastalarda Preoperatif ve Postoperatif Anksiyetenin Hasta Memnuniyeti ile İlişkisi

Anesteziyoloji araştırmalarında anestezinin kalitesini belirlemek için anket araştırmalarını kullanmak yeni değildir. Buna rağmen anestezi hastanın memnuniyetini değerlendiren az sayıda çalışma vardır ve çoğu günübirlik hastanın çalışmaları ile sınırlandırılmıştır.

Bu çalışmada; elektif cerrahi planlanan hastalarda anestezi ile ilgili endişe nedenlerini belirlemek, preoperatif ve postoperatif anksiyete düzeylerini ölçmek, anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisini incelemek amaçlanmıştır.

Çalışmaya, Nisan 2007- Temmuz 2007 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Anabilim Dalına elektif cerrahi nedeniyle başvuran yaşları 14 ile 65 arasında değişen 120 hasta alınmıştır. Çalışma verileri; durumluluk-süreklilik kaygı lği (STAI= State- Trait Anxiety Inventory) , anestezi ile ilgili endişe nedenlerini belirlemeye yönelik hazırlanan 12 soruluk bir anket ve ameliyat sonrası iyileşme kalitesini ölçen QoR- 40 anketi kullanılarak toplanmıştır. Preoperatif ve postoperatif dönemde hastalarla görüşülmüş ve anket formlarını doldurmaları istenmiştir.

Çalışmanın sonucunda; kadınların preoperatif anksiyete düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu, anestezi ile ilgili en sık endişe nedenlerinin ameliyat sonrası uyanmamak, ameliyat sonrası ağrı, yoğun bakımda kalmak olduğu ve preoperatif anksiyetenin postoperatif hasta memnuniyeti ve ağrı kontrolü ile ilişkili olduğu belirlendi.

Anahtar Sözcükler: Anestezi, Anksiyete, Hasta Memnuniyeti

ABSTRACT

The Relationship Between Patient Satisfaction, With Preoperative and Postoperative Anxiety and Who is Undergoing Ive Surgery

Using the questionnaire investigations for determining the quality of anesthesia is not a new method in anesthesia investigations. However, there is a few study evaluating the patient satisfaction anesthesia and most of them are bordered with daily studies. In this study, we aimed to determine the reasons about the anxiety of anesthesia , measure the preoperative and postoperative anxiety levels and investigate the relationship between patient satisfaction and anxiety on patient who is undergoing elective surgery.

In the study , 14-65 years, 120 patients ;who applied to Anesthesiology Department of Çukurova Universty of Medicine for undergoing elective surgery between April 2007 – July 2007 were incuded. At this study were collected by using the state-trait anxiety inventory (STAI), and a questionnaire composed of 12 questions which purpose to determine the reasons about anxiety of anesthesia and QoR-40 questionnaire which quantify the quality of postoperative recuperation. The patients were met on preoperative and postoperative periods and demanded to fill questionnaire forms.

At the end of the study, the preoperative anxiety levels were found higher in women then men, the most frequently reasons of anesthesia anxiety was never been awoken again, postoperative pain and stay in intensive care unit and postoperative anxiety was determined the relation with patient satisfaction and pain control.

Key Words:Anesthesia, Anxiety, Patient Satisfaction

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Preoperatif değerlendirme, hastanın fizik ve psikolojik durumunun belirlenmesi ile farmakolojik ve terapötik hikayesinin alınması, laboratuvar incelemeleri ve anestezi risk belirlemesini içerir. Bunu hastanın bilgilendirilmesi ile farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerle preoperatif hazırlık takip eder. Preoperatif hazırlığın pek çok amacı vardır. Fakat en önemlisi anksiyetenin giderilmesidir. Anksiyete cerrahiyi, anesteziyi ve postoperatif iyileşmeyi olumsuz etkiler^{1,2,3}. Cerrahi girişim uygulanacak hastalarda genel olarak anestezi kaygısı, ölüm riskine ilişkin endişeler, özürli olacağı endişesi, ağrıdan korkma, bedeni üzerinde denetimini kaybedeceği endişesi, cinsel yeterliliğin kaybı korkusu, çalışabilirliğini kaybedeceği endişeleri gelişir. Preoperatif dönemde hastaların % 60- 80'inin anksiyöz olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmiştir^{4,5}. Anksiyete düzeyi kadınlarda erkeklere, ailesi ve arkadaşları tarafından ameliyata getirilen hastalarda yalnız gelenelere, kardiyak ve vertebra cerrahisi uygulanacak hastalarda diğerlerine göre, gençlerde yaşlılara göre ve kötü anestezi deneyimi olanlarda olmayanlara göre daha fazla bulunmuştur^{6,7}. Anksiyöz hastalar anestezi indüksiyonu sırasında daha yüksek doz anestezi ilaca ihtiyaç duyarlar². Bazı çalışmalarda preoperatif dönemde detaylı bilgilendirilen hastaların preoperatif ve postoperatif anksiyete düzeylerinin ve postoperatif ağrının daha düşük olduğu, iyileşmenin daha hızlı olduğu gösterilmiştir³.

Anesteziyoloji araştırmalarında preoperatif anksiyete düzeyini belirlemek ve anestezinin kalitesini doğrulamak için anket araştırmalarını kullanmak yeni değildir. Üç dekattan fazla süredir araştırmacılar hastalara bir veya iki soru kullanarak memnuniyet oranlarını ve yan etkilerin (ağrı, mide bulantısı, kusma) oluş, sıklık ve ciddiyetini sorguladıkları anket araştırma sonuçlarını yayınlamışlardır. Sanal olarak tüm çalışmalarda anestezi tatmini yüksek olarak bildirilmiştir. 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 tatminini ve kalitesini değerlendirmek ve izlemek için kullanılacak anketlerin önemli sınırlılıkları

vardır. Anketlerin ölçüm elemanları haline gelebilmeleri için dikkatlice yapılandırılmaları, arındırılmaları ve standardize edilmeleri gerekmektedir.

Bu çalışmada; elektif cerrahi planlanan hastalarda anestezi ile ilgili endişe nedenlerini belirlemek, preoperatif ve postoperatif anksiyete düzeylerini ölçmek, anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisini belirlemek amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Geçmişten Günümüze Anksiyete Kavramı

Anksiyete sözcüğü, Hint- Germen kökenli “sıkıca bastırmak, boğazını sıkıkmak, sıkıntı ve tasa” anlamına gelen “angh” sözcüğünden türemiştir. Anksiyeteye ilişkin en eski yazılı kanıt milattan önce 3000’lerde yazılan Gılgamış destanıdır⁸. Bu destanda gılgamış, kendi ölümsüzlüğü ile ilgili endişelerini dile getirmektedir⁹. 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 Hipocrata göre, her türlü psikiyatrik belirtinin kaynağı beyindir¹⁰. Hipokratın 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 kullanmışlardır¹¹. Anksiyete ile birlikte anılan diğer kavram ise korkudur. Korku (Fear) Almandan 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 ilginçtir¹⁰. Bu görüşü, aynı dönemde Karl Ideler 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 nörosürkülatuvar nevrasteni, asker kalbi, hiperventilasyon sendromu gibi tanımların yerine geçmiştir. Feuchtersleben, 1847’de ilk kez organik hastalıkların neden olduğuna anksiyete belirtilerini gözlemiş; Morel, 1866’da otonomik sinir sistemindeki değişikliklerin emosyonel belirtilere yol açtığından söz etmiştir¹². 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 gelişmiştir¹¹.

1894'te Freud, anksiyetenin fiziksel ve ruhsal belirtilerini bir araya getirerek “anksiyete nevrozu”nu tanımlamıştır. Bu dönemde Freud, yazılarında histeri ve hipokondriazis gibi geleneksel nevrozların psikolojik kökenli olduğunu söylerken, buna karşı anksiyete nevrozunun organik kökenli olduğunu öne sürmüştür¹².

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 bulmamaktadır¹³. 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 bunalıyı karşılamamaktadır. Örneğin panik bozukluğundaki bunalıya kaygı demek klinik durumun fenomenolojisini yansıtmamaktadır. “Bunaltı” sözcüğü hem kavramsal, hem klinik açıdan uygun görülmektedir¹³.

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 koymuştur¹⁴.

Anksiyete kavramının anlaşılabilmesinde en önemli katkılardan biri Karen Horney'dan gelmiştir¹⁴. Horney, anksiyete ve korku kavramını sıkça birlikte kullanarak bu iki kavram arasındaki yakınlığı ifade etmiştir.

Yalom ise varolmanın getirileriyle yüzleşmeden kaynaklanan çatışmanın kaygıya neden olduğunu bildirmektedir¹⁵.

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- savaşıma 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. Tükürük salgısı azalır, ağız kuruluğu gelişir. Kan şekeri yükselir. Gözbebekleri genişler. Çizgili kasların gerginliği artar. Titreme olur. Dişler ve yumruklar sıkılır. 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 kaygı yaratır.

2.2 Anksiyeteyi Açıklayan kuramlar

2.2.1 Psikanalitik Kuram

Psikanalitik kuramın gelişiminde anksiyetenin temel bir öneme sahip olduğu bilinir. Freud başlangıçta, 1894 ve 1895'teki yazılarında anksiyeteyi temelde fizyolojik bir tablo olarak ele aldı. Anksiyete Freud tarafından, bastırılmış düşünce ve dürtülerden kaynağını alan yaygın endişe ve dehşet hissi olarak tanımlandığı gibi, kişiyi altüst eden paniğe benzer, bedensel belirtilerle kendini gösteren bir durum olarak da tanımlanmıştır. Bedensel belirtilerle ortaya çıkan anksiyetenin birikmiş ve boşalamamış, ketlenmiş libidodan kaynaklandığı öne sürülmüş ve bu tür anksiyete “güncel (actual) nevroz” olarak adlandırılmıştır. Fizyolojik niteliğini vurgulamak için de, Freud bu dönemde patolojik anksiyeteyi güncel nevroz olarak tanımladı ve psikonevrozlardan ayırdı. “Ketlenmeler, Belirtiler ve Anksiyete” başlıklı makalesinde anksiyete, “sinyal anksiyete” terimiyle psikolojik temele oturdu. Bu durumda anksiyete bir benlik (ego) duygulanımıdır; yani üstbenliğin (süper ego) ahlaki ve etik kurallarına aykırı olan cinsel ve saldırganca dürtülere benliğin bir yanıtıdır.

Freud yapısal modeli geliştirdikten sonra; anksiyetenin, altbenlikten (id) kaynağını alan bilinçdışı cinsel ve saldırganca dürtüler ile üstbenliğin cezalandırma tehdidi arasındaki ruhsal çatışma sonucunda ortaya çıktığını öne sürdü. Anksiyete yalnız

hastalıklı veya nahoş bir duygu olmayıp, bilinçdışı bir tehlikeye işaret eden, bazen uyuma yönelik bir sinyal olarak tanındı. Bu sinyalden hareketle benlik, kabul edilemeyen arzu ve düşünceleri önlemek için savunma düzeneklerini devreye sokar. Eğer sinyal anksiyete benliğinin savunma düzeneklerini harekete geçiremezse, o durumda yoğun ve süregelen bir anksiyete veya nevrotik belirtiler ortaya çıkar. Freud tarafından anksiyete, hem nevrotik anksiyetenin dışavurumu (belirti) , hem de nevrotik çatışmayı bertaraf eden uyuma yönelik bir işaret olarak tanımlanır.

Freudun modelinde, benlik bilinç alanına geçişi kontrol eder; bastırma yoluyla da albenlikten gelen dürtülerle olan herhangi bir bağlantıyı ortadan kaldırır; hem uyarının kendisini hem de iç- ruhsal temsilcilerini sansüre tabi tutar. Bastırılmış arzu belirti olarak ortaya çıktığında artık yer değiştirmiş ve maskelenmiş, kılık değiştirmiştir.

Freud'a göre, çocuğun gelişim sürecinde her dönem o evreye özgü korkuyu açığa çıkarır. Bu bağlamda anksiyete gelişimsel dizin içinde; üstbenlik anksiyetesi, iğdişlik anksiyetesi, sevgiyi kaybetme anksiyetesi, ayrılık anksiyetesi, kötülük görme anksiyetesi ve dağılma anksiyetesi olarak altı evreye ayrılır.

Freud'a göre anksiyete, fiziksel ya da toplumsal çevreden gelen tehlikelere karşı bireyi uyarma, gerekli uyumu sağlama ve yaşamı sürdürebilme işlevlerine katkıda bulunur. Ne var ki anksiyete, "nevrotik anksiyete" de olduğu gibi, gerçek dışı ve mantığa aykırı bir nitelik alırsa, uyum sağlamaya yardımcı olan işlevini yitirir ve nomaldışı davranışların kaynağı olur¹³. Gerçekte, her insan arada bir anksiyete duyarsa da Freud, nevrotiklerde bu duygunun daha sık ve daha yoğun yaşandığını gözlemlemiştir. Normal insanın yaşadığı anksiyete, nevrotik anksiyeteden niteliği yönünden de farklıdır. Günlük yaşamda herkesin arada bir yaşadığı anksiyete "gerçekçi" anksiyetedir. Dış dünyadaki nesnelerden kaynaklanan bu duygu, "korku" duygusuyla eş anlam taşır. Gerçekçi anksiyete, mantıklı ve anlaşılır olmasıyla nevrotik anksiyeteden ayrılır. Bu tür anksiyete, beklenen ya da yaklaşan bir dış tehlikenin algılanması sonucu geliştirilen bir tepkidir. Çoğu kez kaçma refleksiyle birlikte oluşan bu tepki, yaşamı sürdürme ve korunma içgüdülerinin bir belirtisi de sayılabilir¹³.

Adler, anksiyetenin sebebi olarak aşağılık duyguları üzerinde durur. Aşağılık duygularından acı çeken kişi, bundan kurtulmak için emniyet ve üstünlük kurma amacını güder; bunu elde etmek için de anksiyeteyi başkalarını kontrol etme aracı

olarak kullanır. Adler'e göre kişi toplumla bağlantılarını kaybetmiş hissettęi zaman anksiyete duyar¹⁴.

Jung'a göre, anksiyete kolektif bilinçaltından gelen irrasyonel glerin ve imajların insanın bilincini kaplamasına karşı kişinin reaksiyonudur. Anksiyete, kolektif bilinçaltının hakim özelliklerine karşı duyulan korkudur.

Otto Rank, her çeşit anksiyetenin ve nevrozun başlangıcını doğum travmasına bağlar. Esası anneden ayrılma olan doğum travması, insanın ileriki hayatında karşılaştığı bütün ayrılmalarda tekrarlanır ve anksiyetenin temel ve evrensel sebebini oluşturur. ocuk hayatın kendisinden korkar ve bu korku ortada bunu gerektirecek hiçbir objektif sebep olmasa da, belli insanlardan veya şeylerden korku ve anksiyete duymaya kadar gider¹⁴.

Karen Horney'e göre, anksiyete de, tıpkı korku gibi tehlikeye karşı bir cevaptır. Horney'e göre anksiyetede olan şey, kişinin emniyetidir. Bu emniyet korkusu çocukluktan itibaren temel anksiyete olarak başlar, kişi potansiyel düşmana karşı dünyada emniyeti sağlamak için bir takım nevrotik savunma eğilimleri oluşturur. Bu savunma eğilimleri bir gün zayıflarsa veya yıkılırsa anksiyete ortaya ıkar¹⁴.

Harry Stack Sullivan, kişiliğin oluşumunda temel nokta olarak kişilerarası ilişkiyi görür ve anksiyetenin de bu ilişkilerdeki bozukluklardan doğduğunu düşünür. Bir ocuk büyürken yaşadığı ortamdaki kültürel değerlere göre yetiştirilir, bu eğitimi sırasında engelleme, yasaklama, cezalar ve memnuniyetsizlik gösterme durumlarıyla karşılaşan çocukta anksiyete temeli oluşur. Kültürel değerlerin bize çizdiğini zannettiğimiz sınırları aşmak tehlikesi ile karşılaştığımız zaman, anksiyete bir emosyone uyarıcı sistem olarak bizi durumdan haberdar eder¹⁴. Sullivan'a göre anksiyete anneden çocuğa geçer. Annenin bakışları, ses tonu ve genel havası bu geçişi gerçekleştirir. Anneden geçen anksiyete sonucu ocuk, parataksik düşünce bağlantıları kurarak, yakın çevresindeki diğer insanlara karşı da anksiyete duygusu geliştirir ve kendisinde anksiyete yaratan durumlardan uzak durmayı ęrenir¹⁴. Bebeklik döneminde yaşanan anksiyete, ancak içinde bulunulan durumun değişmesiyle son bulabilir. Buna karşılık yetişkin insan anksiyeteyi engellemek, azaltmak ya da ondan sakınmak amacıyla bazı davranışlar geliştirir. Anksiyetenin yoğunluğunu azaltma çabalarına güvenlik tepkileri denir. Anksiyete sona erdirilmezse, yoğunluğu giderek artar ve dehşet duygusuna dönüşür.

Erich Fromm’a göre, hem normal kişilik gelişiminde, hem de nevrozların özünde, hürriyet ve bağımsızlık için mücadeleyi görürüz. Fromm’un düşüncesine göre insan toplumdan koptuğu zaman kendisini yalnız hisseder. İşte bu hürriyetin yükünden kurtulmak için iki seçeneği vardır; ya diğer insanlarla sevgi ve işbölümü temelinde tekrar kaynaşacak ya da otoriteye ve topluma boyun eğerek kendisine emniyet sağlayacaktır. Bizim “normal insan” gözü ile baktığımız ve insanların çoğunluğunu teşkil ettiği bölümü, Fromm’a göre bu ideal olanı yapmamış, hürriyet ve bağımsızlık mücadelesini terk ederek kendi spontan kişiliklerini geliştirmekten vazgeçip otoriteye boyun eğmişlerdir; böylece bu kişiler normal ve topluma uyumlu sayılırlar. Nevrotik dediğimiz insanlar ise, tam bir boyun eğişi razı olamayan, hürriyet ve bağımsızlık mücadelesini terk etmeyen kişilerdir; ama bunlar da, bağımsızlığın getirdiği yalnızlık ve emniyetsizlik ile hürriyet arayışı arasında çatışmayı çözememiş, bu ikilemin arasında sıkışıp kalmışlardır¹⁴.

2.2.2 Öğrenme Kuramı

Korku ve anksiyetenin koşullanma aracılığı ile öğrenilmesi sürecinin temelleri Pavlov’a kadar gider. Klasik uyaran- tepki kuramında, yansız uyaran başka bir değişle doğal olarak korkutucu olmayan uyaran (koşullu uyaran) , doğal olarak korkutucu bir uyaranla (koşulsuz uyaran) eşleştirildiğinde; koşullu uyaran yansız olma özelliğini kaybederek itici- korkutucu bir uyaran (koşullu uyaran) özelliği kazanır. Klasik koşullanma ilkelerine göre özünde korkutucu olmayan her türlü yansız uyaranın (basit veya karmaşık) korkutucu bir uyaranla eşleştirilerek yansız olma özelliğini kaybedip, itici- anksiyete uyandırıcı bir özellik kazanabileceği belirtilmiştir⁸. Koşullanma, koşullu uyaran ancak hemen ardından gelen koşulsuz uyaran hakkında bilgi verdiği müddetçe devam eder. Başka bir değişle klasik koşullanma kuramına göre yinelenen bir koşullu uyaran zaman zaman koşulsuz uyaranla pekiştirilmezse, yani yalnız başına verilmeye devam edilirse giderek itici- korkutucu özelliğini kaybeder.

Edimsel (operan) koşullanma; bir davranış parçacığının kendi doğurduğu sonuçlara bağlı olarak değişikliğe uğrama sürecini tanımlamak için kullanılır. Belirli davranışlarının anksiyeteyi ortaya çıkaran uyaranlardan kurtulmaya yaradığını ve anksiyetesini azalttığını gören kişi giderek bir kaçınma repertuarı geliştirir. Kaçma ve

kaçınma davranışları kişiyi anksiyeteden koruduğu için bir tür dış pekiştireç gibi işlev görerek anksiyetenin devamına neden olur.

Mowrer'in iki basamaklı öğrenme kuramı klasik ve edimsel koşullanma kuramlarını bir araya getirerek anksiyete bozukluklarının oluşumunu açıklar. Bu kurama göre klasik koşullanma ile edinilen korku, kaçınma davranışları ile edimsel olarak koşullanmaya devam ederek pekişir. Yani kaçınma davranışları anksiyetenin azalmasına ve böylelikle korkunun pekişmesine neden olmaktadır.

Özetle, koşullanma veya diğer öğrenme süreçleri (gözlemlleme, sosyal öğrenme gibi) ile edinilen korku tepkileri, “kaçma” ve “kaçınma” davranışlarının harekete geçmesine yol açmakta ve başarılı bir biçimde gerçekleştirilen bu kaçma ve kaçınma davranışları korku ve anksiyetenin azalmasına neden olmaktadır. Korku ve anksiyetenin olumsuz sonuçlarını ortadan kaldırdığı varsayılan kaçma ve kaçınmalar böylelikle pekişmekte ve her türlü anksiyete/korku durumunda devreye girerek korku/anksiyetenin sönmesini engellemektedir. Korku ve anksiyetenin devamı ise bu yolla sağlanmaktadır¹⁶.

2.2.3 Davranışçı ve Bilişsel Kuram

Davranışçı kuram öğrenme kuramları üzerine kurulmuş yaklaşımlardır. Davranışçı kurama göre, hem fobiler hem de obsesif- kompulsif bozukluk bir koşullanma sonucu oluşmaktadır. Fobilerde hastalığın devam etmesinde en önemli etkenin korkulan uyarandan kaçma ve kaçınma davranışları olduğu düşünülmüş ve kaçınma davranışlarının söndürülmesi ve alışma döneminin ortaya çıkmasını sağlamaya yönelik, “alıştırma tedavileri (exposure)” olarak bilinen yaklaşım geliştirilmiştir¹⁷.

Watson, uyarılara karşı verilen öğrenilmemiş duygusal tepkilerin başlangıçta üç tipi olduğunu ifade etmektedir. Bu tepkiler korku, öfke ve sevgidir. Bu duygusal tepkiler koşullanmamış tepkiler olarak görülebilirler.

Watson ve Raynor 11 aylık Albert adlı bir çocukta bir dizi deney yapmışlardır¹⁸. İlk deneyde beyaz bir fareye karşı koşullanılmış duygusal tepkinin oluşumuyla ilgilenilmiştir. Bu, Albert'in beyaz bir fareye dokunmasıyla, bir metal çubuğun çarpmasıyla elde edilen yüksek bir sesin birkaç kez eşleştirilmesiyle başarılmıştır. Daha sonra beyaz fare tek başına Albert'a gösterildiğinde; Albert ağlama, çökme ve sürünerek uzaklaşmaya çalışma gibi korku tepkileri göstermiştir. İkinci

deneyde beş gün sonra tavşan, köpek gibi diğer kürklü hayvanlar ve kürk manto, yün gibi nesneler gösterildiğinde daha zayıf olmakla birlikte koşullanmış korku tepkisinin transfer edildiği görülmüştür. Otuzbir gün sonra benzer tepkiler azalmakla birlikte devam etmiştir. Psikopatolojideki birçok fobinin büyük olasılıkla koşullanmış tepkilerin doğrudan veya transfer edilen tipleri oldukları düşünülmektedir¹⁸.

Davey bu teoriyi yeni bir yaklaşımla ortaya koymuştur. Davey'e göre, koşullu bir refleks sonucunda bir beklenti vardır; koşullanmamış refleksle birlikte bilişsel kavramlar ortaya çıkar ve bir değerlendirme sürecinden sonra koşullu yanıt verilir.

Bandura ve Rosenthal ise “korku, korkulu insanlar izlenerek öğrenilebilir” şeklinde bir ifade kullanmıştır. “Ebeveynin uçağa binmek veya fırtınadan korkmak gibi bir korkusu varsa çocuk da bu korkuyu taşıyacak ve bu nesilden nesile aktarılacaktır” şeklinde görüş bildirmiştir.

Bilişsel kavramların “anormal psikoloji” içine girmesi anksiyetenin daha iyi anlaşılmasını sağlamıştır. Beck'in klasik bilişsel kuramı Salkovskis tarafından şu şekilde yeniden düzenlenmiştir:

“Olayların ne biçimde yorumlandığı ve algılandığı, duygularımızı belirler. Başka bir deyişle, duygularımızı tetikleyen olayların kendisinden çok, onlara verilen anlam olmaktadır. Bu anlamlandırma; olayın olduğu ortamın özellikleri, olayın olduğu andaki duygudurum ve bireyin geçmiş deneyimlerine bağlıdır. Sonuç olarak, aynı olay farklı kişilerde farklı duygulara neden olabileceği gibi, aynı kişide farklı zamanlarda farklı duygulara neden olabilir”.

Bilişsel kuramlar, korkunun kazanılmasında öğrenme kurumlarının ve koşullanmanın önemini kabul etmekle birlikte, en önemli vurguyu ister koşullu ister koşulsuz olsun bireyin olayla ilgili yorumlarına yaparlar. Daha da önemlisi, bilişsel kurama göre anksiyete tepkisinin devam etmesi değiştirilmemiş ya da ortadan kaldırılmamış çeşitli bilişsel hataların halen devam ediyor olmasıyla ilgilidir. “temel/kritik/anahtar ya da sorumlu biliş” olarak bilinen bu bilişsel hatalar pek çok anksiyete bozukluğunun devamından sorumlu olmaktadır.

2.2.4 Varoluşçu Kuram

Varoluşçu kuram farklı türde bir temel çatışmayı vurgulamaktadır: ne bastırılmış içgüdüsel çekişmelerle ne de içselleştirilmiş önemli yetişkinlerle olan

çatışmayı önemsemektedir, onun yerine bireyin varolmanın getirileriyle yüzleşmesinden kaynaklanan çatışma üzerinde durmaktadır. Bireyin aşağıda sıralanmış hayat gerçeklerinden biriyle karşı karşıya kalması varoluşçu dinamik çatışmanın içeriğini oluşturmaktadır. Varoluşçu kuramda anksiyetenin en önemli nedenleri ölüm, özgürlük, yalıtım ve anlamsızlıktır.

Böylelikle “varoluşçu dinamikler” bu dört getiriye, bu nihai kaygılara ve her birinin neden olduğu bilinçli ve bilinçdışı korku ve güdülere gönderme yapmaktadır. Dinamik varoluşçu yaklaşım Freud tarafından ana hatları çizilen temel dinamik yapıyı korumakta, fakat içeriği temelden değiştirmektedir¹⁵.

DÜRTÜ

ANKSİYETE

SOVUNMA MEKANİZMASI

şeklindeki eski formül;

TEMEL KAYGILARIN FARKINA VARMA

ANKSİYETE

SAVUNMA MEKANİZMASI

halini almıştır.

Her iki formül de anksiyetenin psikopatolojinin yakıtı olduğunu; bazıları bilinçli bazıları bilinçdışı olan psişik işlemlerin anksiyeteye başetmek üzere ortaya çıktığını; bu ruhsal işlemlerin (savunma mekanizmalarının) psikopatolojiyi oluşturduğunu; bu mekanizmaların güven vermelerine rağmen kaçınılmaz bir şekilde gelişmeyi ve deneyimi sınırladıklarını varsaymaktadır¹⁵.

2.2.5 Anksiyetenin Nöropsikolojik Yönü

Gary, beyindeki cezalandırma ve ödüllendirme sistemlerinin anksiyete üzerindeki rolünü araştırmıştır. Bu araştırmacılara göre anksiyete davranışsal baskılayıcı (behavioural inhibition system= BIS) sistemin etkinleşmesi ile oluşur. Bu sistem cezalandırma, ödüsüzleştirme ve sıra dışı uyarılara davranışsal yanıtı baskılar. Bu sistem, gelen uyarının gerçekte karşılaştırılmasını yaparak değerlendirir. Eğer beklenen uyarı gerçekte benzeşmiyorsa derhal davranışı engeller. BIS, uyarılar üzerinde bir tür gözlemlleme yapar. Bu kontroller sırasında tehdit edici veya umulmadık durumlar ortaya

çıkarsa anksiyete belirtilerinin ortaya çıkması (otonom aktivitenin artışı, davranıştan kaçınma ve öznel deneyimler) tehdit edici nitelikteki davranışa karşı BIS'in durdurucu etkisi kaçınılmazdır. Ancak kuram tek başına anksiyete durumunu açıklamakta yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle bu görüşün, bilişsel kuramla birlikte ele alınması gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

2.3 Anksiyeteyi Açıklayan Biyolojik Kuramlar

Anksiyete hakkındaki biyolojik kuramlar, anksiyetenin hayvan modellerindeki prelinik çalışmaları, biyolojik faktörlerin araştırıldığı hasta çalışmaları, temel nörolojik bilimler hakkındaki büyüyen birikim ve psikotrop ilaçların etkileri ile gelişmiştir. Düşüncenin bir kutbu anksiyete bozukluğu olan hastanın ölçülebilir biyolojik değişikliklerinin psikolojik çatışmalarının sonucunu yansıttığını kabul eder, karşıt kutup biyolojik olayların psikolojik çatışmalara öncülük ettiğini kabul eder. Her iki durum da özgün kişilerde bir dizi biyolojik esaslı hassaslıklar anksiyete belirtileri olan kişiler arasında varolabilirler.

2.3.1 Otonom Sinir Sistemi

Otonom sinir sisteminin uyarılması kardiyovasküler, musküler, gastrointestinal ve respiratuar sistemde belli belirtilere neden olur. Anksiyetenin bu çevresel belirtileri ne anksiyete bozukluğuna özeldir, ne de anksiyetenin deneyimi ile birlikteliği gereklidir. 20. yy'ın ilk üçte birlik diliminde, Walter Cannon havlayan köpeklerle maruz kalan kedilerin, adrenal epinefrin salınımı ile birlikte olan korkunun davranışçı ve fizyolojik işaretlerini gösterdiklerini ortaya koymuştur. James- Lange kuramı öznel anksiyetenin çevresel fenomene yanıt olduğunu ifade eder. Şu anda genel olarak Merkezi Sinir Sistemi (MSS) anksiyetesinin, feokromasitoma gibi hastanın özgün çevresel nedeni olması dışında, anksiyetenin çevresel belirtilerine öncüllük ettiği düşünülmektedir. Bazı anksiyete bozukluğu hastalarının, özellikle panik bozukluğu olanların, artmış sempatik tonusa sahip olan, tekrarlayan uyarana yavaş uyum sağlayan ve orta derecede uyarana aşırı yanıt veren otonomik sinir sistemleri bulunmaktadır.

2.3.2 Nörotransmitterler

Hayvan çalışmaları ve ilaç tedavisine yanıt esas alındığında anksiyete ile ilişkili bulunan üç ana nörotransmitter norepinefrin (NE) , serotonin (5HT) ve γ -aminobutirik asit (GABA)'tır¹⁹. Anksiyete hakkındaki temel nörobilimsel bilginin çoğu davranışçı örnekler ve psikoaktif ajanları kapsayan hayvan deneylerinden gelmektedir. Anksiyetenin böyle bir hayvan modeli çatışma testidir, bu testte hayvan aynı anda birisi pozitif (örn. Yiyecek), diğeri negatif (örn. Elektrik şoku) olan iki ayrı uyaranla karşılaştırılır. Anksiyolitik ilaçlar (örn. Benzodiazepinler) hayvanın o duruma adaptasyonunu kolaylaştırma eğiliminde olurken, diğeri ilaçlar (örn. Amfetaminler) hayvanın yanıtını daha da bozarlar.

2.3.2.1 Norepinefrin (NE)

Anksiyetede NE rolünden bahseden genel kurama göre etkilenen hastaların zaman zaman aktivite patlamaları ile seyreden, noradrenarjik sistem regülasyon sorunları olabilmektedir. Noradrenarjik sistemin hücre gövdeleri birincil olarak rostral ponsta locus seruleusta yerleşmişlerdir ve aksonları serebral korteks, limbik sistem, beyin sapı ve spinal korda projekte olurlar. Maymunlar üzerinde yapılan çalışmalarda locus seruleusta uyarılmanın hayvanlarda korku yanıtına neden olduğu ve aynı alanın yakılmasının hayvanların korku yanıtı oluşturmalarını inhibe ettiği ya da tamamen bloke ettiği gösterilmiştir.

İnsan çalışmalarında panik bozukluğu olan hastalarda β -adrenerjik agonistlerin (örn. İsooproterenol) ve α 2- adrenerjik antagonistlerin (örn. Yohimbin) panik atakların sıklığını ve şiddetini proveke ettiği bulundu²⁰. Aksine, α 2- adrenerjik agonist olan klonidin bazı deneysel çalışmalar ve terapötik durumlarda anksiyete semptomlarını azaltmıştır. Daha az uyumlu bir bulgu olarak özellikle anksiyete bozukluğu olan hastaların beyin omurilik sıvısında (BOS) veya idrarında noradrenerjik metabolit olan 4- metoksi-4-hidroksifenil glikol (MHPG) miktarının yükseldiği saptanmıştır²⁰.

2.3.2.2 Serotonin (5HT)

Çeşitli serotonin reseptör tiplerinin tanımlanması, anksiyete patogeneğinde serotonin rolü konusunda araştırmaları hızlandırmıştır. Bu ilişki ilk olarak serotonerjik antidepressan ilaçların bazı anksiyete bozukluklarında terapötik etkilerinin

gözlenmesinden sonra olmuştur. Bir serotonerjik tip 1a reseptör agonisti olan buspironun anksiyete bozukluklarındaki etkinliği de anksiyete ile serotonin arasındaki ilişki olasılığını gösterir. Serotonerjik nöronların hücre gövdelerinin çoğu beyin sapında raphe çekirdeklerinden köken alırlar ve serebral korteks, limbik sistem ve hipotalamusa projekte olurlar. Hayvanlara serotonerjik ajan uygulanması anksiyete benzeri davranışlarla sonuçlanırken, insanlarda benzer etki ile ilgili bilgi daha azdır. Çeşitli raporlarda serotonerjik etkili bir ilaç olan m-klorofenil piperazin (mCPP) ve serotonin salınımına neden olan fenfluramin'in anksiyete bozukluğu olan hastalarda anksiyeteyi arttırdığı gösterilmiştir ve birçok anektodal raporlarda liserjik asit dietilamid (LSD) ve 3,4-metilen dioksine amfetamin (NDMA) gibi serotonerjik halüsinojenler ve uyarıcıların hem akut, hem de kronik anksiyete bozukluklarına neden oldukları gösterilmiştir²⁰.

2.3.2.3 GABA

Anksiyete bozukluklarında GABA'nın rolü, bazı anksiyete bozukluklarının tedavisinde GABA-A reseptörleri üzerinden GABA etkisini arttıran benzodiazepinlerin tartışılmaz etkinliği ile güçlü şekilde desteklenmektedir.

2.3.3 Genetik Çalışmalar

Genetik çalışmalar anksiyete oluşumuna en azından bazı genetik komponentin katıldığı yönünde sabit bilgi üretmiştir. Panik bozukluğu olan hastaların hemen hemen yarısının etkilenmiş en az bir akrabası bulunmaktadır. Anksiyete bozuklukları ile ilgili evlat edinme çalışmaları bildirilmemiş olmakla beraber, ikiz kayıtlarında edinilen bilgiler anksiyete bozukluklarının en azından kısmen genetik olarak belirlendiği varsayımını desteklemektedir.

2.3.4 Nöroanatomik Görüşler

Lokus seruleus ve raphe çekirdekleri birincil olarak limbik sistem ve serebral kortekse projekte olurlar. Beyin görüntüleme çalışmalarından elde edinilen bilgi ile beraber, bu alanlar anksiyetenin nöroanatomik gelişimi ile ilgili birçok varsayımın odağı haline gelmişlerdir.

2.3.4.1 Limbik Sistem

Noradrenerjik ve serotonerjik innervasyon alanının yanı sıra, limbik sistem yüksek yoğunlukta GABA-A reseptörü içermektedir. İnsan olmayan primatlar (maymunlar) üzerindeki ablasyon ve uyarma çalışmaları limbik sistemin anksiyete ve korku yanıtının oluşumunda rolü olduğunu göstermiştir. Özellikle sempatohipokampal yolaktaki artmış aktivitenin anksiyete oluşumunda daha önemli olduğu düşünülmektedir.

2.3.4.2 Serebral Korteks

Frontal serebral korteks parahipokampal bölge, singulat girus ve hipotalamus ile bağlantılıdır, o nedenle anksiyete oluşumunda rol oynayabilir. Temporal korteksde anksiyetenin patofizyolojik alanı olarak görülmektedir.

2.4 Preoperatif Anksiyete

Cerrahi girişimler ciddi psikiyatrik ve psikososyal sorunlara yol açma potansiyelindedir. Hastada, hastalığından kurtulma umut ve beklentisi yanında psikolojik açıdan kendi bedenini, yaşantısını denetleyemeyeceği endişesine, organ ve doku kaybı korkusuna neden olabilir. Bu kaygı, alttaki hastalığın niteliğine, kaybedilecek organa, kişi için bu durumun anlam ve önemine göre değişik düzeyde olur.

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

Peroperatif dönemde hastaların psikolojik olarak hazırlanmasında, hastalığın niteliği, anestezi uygulaması, cerrahi girişim, postoperatif dönemle ilgili konularda kaygısını arttırmayacak şekilde yeterli düzeyde bilgilendirme çok önemli ve yararlıdır.

Hastanın kaygı ve endişelerinin dinlenmesi kaygı ile başa çıkma yeteneğini güçlendirmektedir. Sheffer ve Greifstein'e göre hastaların anesteziye karşı duydukları anksiyetenin nedeni kısmen anestezi- hasta ilişkisindeki eksiklikten kaynaklanmaktadır²¹. Peroperatif dönemde hastanın eğitimi ve bilgilendirilmesi psikolojik açıdan ameliyata hazırlamada ilk basamaktır. Bilgilendirmenin kaygı, korku

ve depresyon gelişimini, ameliyat sonrası analjezik gereksinimini azalttığı, hastanede yatış süresini kısalttığı birçok araştırmacı tarafından bildirilmiştir¹. Ayrıca bilgilendirme ve psikolojik olarak ameliyata hazırlama, bulantı-kusma gibi postoperatif komplikasyonları da azaltmaktadır^{1,2}. Psikolojik hazırlamada hastanın emosyonel yaşantısı, içsel endişe, korku ve çatışmalarını ifade edebilmesinin sağlanması, bilgilendirme ve gerçekçi güvence verilmesi önemlidir. Hasta için önemli olan kaygı kaynakları araştırılmalı ve endişeleri giderilmelidir.

Preoperatif dönemde hastaların % 60- 80'inin anksiyöz olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmiştir^{4,5}. Anksiyete düzeyi kadınlarda erkeklere, ailesi ve arkadaşları tarafından ameliyata getirilen hastalarda yalnız gelenelere, kardiyak ve vertebra cerrahisi uygulanacak hastalarda diğerlerine göre, gençlerde yaşlılara göre ve kötü anestezi deneyimi olanlarda olmayanlara göre daha fazla bulunmuştur^{6,7}. Anksiyete düzeyi hastaneye yatış ile operasyona kadar geçen sürede ve operasyonu takip eden ilk iki günde daha yüksektir.

Arellano ve arkadaşları preoperatif vizitin zamanlamasını belirlemek amacı ile yaptıkları bir çalışmada, hastaların bir hafta önce, bir gün önce ve ameliyattan hemen önceki anksiyete düzeyleri arasında fark bulamamışlar, ancak ameliyattan hemen önce anestezi tarafından görülen hastanın anksiyete derecesinde anlamlı azalma olduğunu göstermişlerdir²⁴.

Anksiyöz hastalar anestezi indüksiyonu sırasında daha yüksek doz anestezi ilaca ihtiyaç duyarlar². Bazı çalışmalarda preoperatif dönemde detaylı bilgilendirilen hastaların preoperatif anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğu ve postoperatif dönemde bu hastalarda ağrı ve anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğu, iyileşmenin daha hızlı olduğu gösterilmiştir³.

Anksiyete çeşitli metabolik ve hormonal değişime neden olur. Pituiter-hipotalamik ve adrenal-kortikal sistemi olduğu kadar, sempatoadrenal yolu da aktive eder. Bunun sonucu olarak da mukus ve tükürük gibi sekresyonlarda, gastrik asiditede, gastrointestinal tonus ve motilitede ve katekolamin salınımında artışlar görülür. Anestezi indüksiyonu öncesi adrenal miktarı % 40 artar ve bu anksiyetenin artışı ile orantılıdır. Operasyondan önceki gece rahat uyuyan hastalarda plazma kortizol düzeyi 16 µg/ 100 ml iken rahat uyumayan hastalarda 20 µg/ 100 ml civarındadır²⁵.

Preoperatif anksiyete laringoskopi ve entübasyon sırasında refleks sempatik aktivasyon artışı ile taşikardi, aritmi ve hipertansiyona neden olur²⁶.

2.5 Anestezi İle İlgili Endişe Nedenleri

Preoperatif dönemde hastada mevcut olan anksiyete nedenleri arasında anesteziye bağlı endişeler önemli yer tutar. Bu endişeler anestezistler ve anestezi uygulamalarından, personelin problem çıkarmasına, ölüm korkusundan, iğne korkusuna kadar pek çok nedene bağlıdır. Litaretürde değişik oranlarda olmak üzere bu endişeler; ameliyat sonrası uyanamamak, ameliyat sonrası ağrı, ameliyat sırasında uyanmak, ameliyat sonrası bulantı-kusma, yoğun bakımda kalmak, anestezistin bilgi ve deneyim eksikliği, anestezistin ameliyat odasında bulunmaması, anestezistin tavırları, iğne korkusu, ölmek, anestezi sırasında anlamsız konuşmak, ameliyat sırasında ağrı duymak olarak bildirilmiştir^{27,28}.

2.6 Ameliyat Öncesi Psikolojik Hazırlama

Ameliyat öncesi hastalara ilaç verilmesinin amacı başta anksiyeteyi azaltmak, sedasyon sağlamak, hemodinamik stabiliteyi sağlamak, gastrik asit aspirasyonun ihtimalini azaltmak, analjeziyi sağlamak, postop bulantı ve kusmayı önlemektir²⁹.

Ameliyat olacak olan hastalarda anksiyete gelişebilir. Hastanın anksiyetesi genellikle ameliyathaneye girmeden önce mevcuttur. Bazı hastalarda ise sadece ameliyattan sonra anksiyete en yüksek seviyeye çıkar²⁹.

Lichter ve ark. Yaptıkları çalışmada hastaların anksiyetelerini ameliyattan bir önceki gün öğleden sonra ve ameliyattan bir saat önce değerlendirmişlerdir. Ameliyathanede ölçülen anksiyete nisbeten yüksek bulunmasına karşın önceki gün ölçülen anksiyete ile farklı olmadığını saptamışlardır.

Johnston'un 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 anksiyeteyi azaltmak için etkili olduğu gözlenmiştir. Egbert ve ark. yaptıkları araştırmada anesteziğin operasyon öncesi vizitinin anksiyeteyi azaltmada babetürattan daha etkili olduğunu göstermişlerdir.

Kullanılan diğerk 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 arterial kan basınının azaldığı gösterilmiştir. İskemik kalp hastalığı ve prematüre ventriküler atımı olan ve gevşeme tekniğı kullanan hastalarda uyanıklık ve uyku durumunda prematür ventriküler aritmi insidansının azaldığı görölmüştür.

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

2.7 Hasta Memnuniyeti

2.7.1. Tanım

Hasta, bir sağlık kuruluşunun ürettiğı ve sunduğı sağlık hizmetini bilen ve bu hizmetlerden yararlanma fırsatı olan veya daha önce bu hizmetlerden yararlanmış kişilerin tümüdür.

Hasta memnuniyeti ise, hastaların aldıkları hizmetten bekledikleri faydalara, hastanın katlanmakta olduğu külfete, hizmetten beklediğı verime, hizmetin sunuluşunun sosyo- kültürel değerlerine uygunluğuna bağı bir işlevdir³⁰. Hasta memnuniyeti hastaların istek ve beklentilerinin karşılanması sonucunda oluşur. Bazı araştırmacılar “hasta memnuniyeti” tanımını hastaların beklediğı bakım ile aldıkları bakım arasındaki uyumun derecesi olarak tanımlamışlardır.

Hasta memnuniyeti hakkındaki kaynaklar, birtakım nedenlerden dolayı sınırlıdır. İlk olarak, hasta memnuniyetinin tanımlanmasında, ikinci olarak da hasta memnuniyeti hakkında toplanan bilgi, kullanılan yöntem ve irdelemelerin uyumunda birtakım

sorunlar vardır. Çalışma yöntemlerindeki farklılıklar, hasta memnuniyetinin etkenleri ve etkileri hakkında yanlış yorumlamalara neden olabilir.

Sağlık hizmetlerinin kalitesi ise; sağlık servislerinin, geçerli profesyonel bilgi ile arzulanan sağlık sonuçlarını arttırma derecesi olarak tanımlanmıştır^{31,32}. Yaşam kalitesi; anestezi ve cerrahi sonrasında, objektif boyutlarla ve/veya iyilik hali gibi subjektif boyutlarla ve hasta memnuniyeti ile ölçülebilir^{33,34}. Hasta memnuniyeti, servislerin yapı, süreç ve sonuçlarının dengelenmesine katkıda bulunabilen bakım kalitesinin önemli bir ölçütüdür^{32,35}.

Genel olarak hastalık nedeniyle hastaneye yatan birey yabancı bir ortamda bulunmaya bağlı korku, endişe, yalnızlık, terkedilmişlik, çaresizlik, öfke ve güçsüzlük gibi duygular yaşar. Her kişinin saygılı ve onuruna yakışır bir tedavi görme hakkı vardır. Ruhsal ve sosyo-kültürel özellikler hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerdir. McMillan ve arkadaşlarına göre, beklentiler karşılanırsa yüksek düzeyde hoşnutluk, yeterince karşılanmazsa, hoşnutsuzluk ortaya çıkar.

Hall ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada, hasta memnuniyetinin teknik ve kişisel özelliklerden etkilendiği, hastaya daha fazla bilgi verilmesinin ve hekimin hasta ile daha uzun süre ilgilenmesinin memnuniyeti arttırdığı bulunmuştur. Genç hekimlerin, yaşlı hekimlere göre daha çok beğenildiği ve memnun olan hastaların tedavilerine daha iyi uyum gösterdikleri saptanmıştır.

Yapılan başka bir çalışmada, hasta sayısının fazla olduğu birimlerde hasta memnuniyetinin daha düşük olduğu, kırsal alanlarda ve küçük hastanelerdeki hasta memnuniyetinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

2.7.2. Hasta Bağlılığı

Bağlılık; hastanın hastane ile ilişkilerini devam ettirip, bir yandan da hastane hizmetlerini diğer hastalara önermesi şeklinde tanımlanır. Sağlık hizmeti sunan kuruluşlar için “hasta bağlılığı” şeklinde ifade edilen bu durum, hastaların gereksinimleri olduğunda, hizmetlerinden yararlandıkları sağlık kuruluşlarına geri dönmeleri veya tekrar seçmeleri açısından önemlidir. Hastaların hizmetten hoşnutluk düzeyleri arttıkça, hasta bağlılığı oranlarının da arttığı bilinmektedir.

Hasta bağılılığının en önemli etkisi hastayı elde tutabilme sonucunu doğurmasıdır. Hizmetin büyük oranda aynı hastalara sunulmasıyla faturalama, dağıtım ve tanıtım giderlerinde azalma sağlanır. Yeni bir hasta kazanmanın maliyetinin, eski bir hastayı elde tutmaktan 5- 7 kez daha fazla olduğu ortaya konulmuştur.

2.8. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Etmenler

Sağlık hizmetlerinde genel olarak hasta memnuniyetini arttıran etmenler; hastanın karar verme sürecine katılımı, hastanın tedavi ve durumu hakkında bilgilendirilmesi, aile fertlerinin desteğinin sağlanması, hasta ve çalışanlar arasındaki iletişim, duygusal destek, fiziki ihtiyaçlara cevap verme, ağrıyı çabuk dindirme, yeterli parasal bilgilendirme ve önerilerdir. Hasta memnuniyetini azaltan etmenler ise; sağlık bakım niteliğinin düşük olması, kaba davranan çalışanlar, temizlik ve düzenin olmayışı, ilgili çalışanlar tarafından bilgi verilmemesi, ödeme tutarındaki uygunsuzluk, hizmet sunanların sık sık değiştirilmesi, gizliliğe önem verilmemesi, hizmeti sunanlar ile hastaların farklı kültürden olmaları ve bunun iletişimde güçlük çıkarması, hekimlere ve diğer çalışanlara ulaşma zorluğu, doktorun hastaya yeterince zaman ayırmaması, doktorun hastayı dinlememesi veya öyle görünmesi, doktorun hastalığı hakkında hastaya bilgi vermemesidir.

Anestezi uygulamalarında hasta memnuniyetine; servislerin ulaşılabilirliği ve uygunluğu, yapısı, personeller arası ilişki, sağlık çalışanlarının kabiliyeti ve hastanın kendi beklentilerini ve tercihlerini içeren birçok faktör katkıda bulunur^{36,37}. Çoğu hasta problemsiz bir anestezi beklentisindedir³⁸. Yine de anestezi ve cerrahiden sonra derlenme bazen rezidüel sedasyon, ağrı, bulantı-kusma ve diğer major-minör şikayetlerle zorlaşır^{39,40}. Anestezide hasta memnuniyetini değerlendiren az sayıda çalışma vardır ve çoğu gününbirlik hasta ile sınırlandırılmıştır^{41,42}.

Myles ve ark. yaptığı çalışmada memnuniyetle güçlü ilişkisi olan faktörler; ileri hasta yaşı, erkek cinsiyet ve yüksek anestezi riski (ASA III) olarak bildirilmiştir. Aynı çalışmada kısa süreli anestezi, gününbirlik cerrahi, uyanmanın gecikmesi, orta ya da ciddi ağrı, ciddi bulantı ve kusma varlığı hasta memnuniyetsizliği ile ilişkili bulunmuş ve postoperatif komplikasyonlar arttıkça memnuniyetsizlik riskinin arttığı bildirilmiştir.

2.9 Anestezi Memnuniyetinin (Tatmininin) ve Kalitesinin Ölçülmesi: Psikometrik Metodoloji

Anesteziyoloji araştırmalarında anestezinin kalitesini doğrulamak için anket araştırmalarını kullanmak yeni değildir. Üç dekattan fazla süredir araştırmacılar hastalara bir veya iki soru kullanarak memnuniyet oranlarını ve yan etkilerin (ağrı, mide bulantısı, kusma) oluş, sıklık ve ciddiyetini sorguladıkları anket araştırma sonuçlarını yayınlamışlardır⁴³. Sanal olarak tüm çalışmalarda anestezi tatmini yüksek olarak bildirilmiştir. 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 tatminini ve kalitesini değerlendirmek ve izlemek için kullanılacak anketlerin önemli sınırlılıkları vardır⁴³. Anketlerin ölçüm elemanları haline gelebilmeleri için dikkatlice yapılandırılmaları, arındırılmaları ve standardize edilmeleri gerekmektedir.

Psikometrik metodoloji güvenilir ve değerli çoklu içerikli anket malzemeleri yapılandırmak için ortam sunar. Çoğu anestezi için alışılmamış olmasına rağmen bu metodoloji psikologlar ve sosyal bilimciler tarafından zeka ve başarı gibi kompleks psikososyal fenomenleri ölçmek amacı ile geliştirilmiştir. Psikometrik skala veya anket oluşturulması düşünülmüş ayrı basamakları izler. Anket öğelerini seçmek, güvenilirlik ve değerliliğini sağlamak için resmi kalitatif metodları ve farklı istatistiksel teknikleri kullanır. Bu metodolojinin çok sıkı uygulaması sağlık durumunu, hayat kalitesini, hastane bakım niteliğini, hemşire takip memnuniyetini ve en son olarak da sağlık hizmet planlarının niteliğini ölçen çoklu öğeli anketlerin geliştirilmesine izin vermiştir^{44,45}. Anestezi bakımı ile ilgili yapılan güncel araştırmalar psikometrik metodların hasta tatminini ve anestezi niteliğini ölçen anketlerin geliştirilmesine destek olduğunu göstermektedir

Bir anketin kullanışlı olması için güvenilirlik, geçerlilik, uygunluk olmak üzere üç ölçüm özelliğine sahip olması gerekir.

Öncelikle olması gereken ilk özellik sonuçlarının güvenilir olmasıdır. Eğer bir anket sabit şartlar altında aynı antitenin seri ölçümlerini yapıyorsa, her seferinde aynı ölçümü veya yakın sonuçları sağlayabilecek kapasitede olduğu kabul edilir. Eğer bir

anket güvenilir değil ise herhangi bir ölçümün doğruluk oranını veya doğruluğa yakınlığını sınırlar. Dahası karşılaştırmalı çalışmalarda güvenilir olmayan iki anket ile elde edilmiş iki ölçüm arasındaki herhangi bir farklılık anketin kendisinden kaynaklanıyor olabilir ve aslında ölçülen antiteler arasında gerçekte bir fark olmayabilir. Bu nedenle araştırmada kullanılacak anketin güvenilirliğinin ispatlanması şarttır.

Önemli olan ikinci özellik geçerliliklerdir. Geçerli olabilmesi için anketin neyi ölçüyor gibi görünüyorsa onu ölçmesi gerekir. Uzunluk, kilo, kan basıncı gibi somut fiziksel değerler standardize edilmiş ölçüm araçları ile kolaylıkla ölçülebilir. Fakat tatmin, nitelik gibi tam anlaşılmamış, tam tariflenmemiş durumları ölçmek oldukça güçtür ve ölçüm yönteminin geçerlilik değerlendirmeleri zorunludur. Örnek olarak hasta memnuniyetini doktor tedavisinin niteliği ile birlikte ölçtüğünü idda eden bir anketin aslında hastanın tıbbi tedaviye güvenini ölçüp ölçmediğini nasıl bilebiliriz. Benzer bir örnek de olduğu gibi bu iki özelliği ayırmaya yardım edebilecek kalibre edilmemiş kan basıncı kafi düşüncesidir. Kafın kullanıldığı her seferde yaklaşık olarak aynı kan basıncı ölçüm değerleri elde edilmiştir. Böylece kan basıncı kafi güvenilirdir. Bununla birlikte kalibrasyon yanlış olduğundan dolayı kaf geçerli doğru kan basıncı ölçüm değerleri sağlamamaktadır. Psikometrik ölçümlere güvenmeden önce anket malzemelerinin (kan basıncı kafi gibi) hem güvenilir hem de geçerli olduğu ortaya çıkarılmalıdır.

Anket malzemesinden beklenen son ölçüm özelliği ise anketin aslında planlanan ölçüm fonksiyonu için gerçekten uygun olmasıdır. Ölçüm aletlerinde olduğu gibi anket skalaları veya indexleri üç fonksiyondan birine hizmet eder; hastaları farklı gruplara ayırmada kullanılabilirler, prognozu tahmin etmede kullanılabilirler veya hasta gruplarındaki klinik durum değişikliklerini belirlemek için kullanılabilirler. Bir fonksiyon için dizayn edilmiş bir anket bir diğeri için uygun olmayabilir. Örnek olarak bir popülasyondaki anjina prevalansını belirlemek için düzenlenmiş bir anket tedavi ile anjina şiddetindeki değişikliği belirlemede uygun olmayacaktır. Anjinayı ayırt eden karakteristikler (ağrının lokalizasyonu, yayılımı, niteliği vb.) tedavi ile değişenlerle (egzersiz toleransı, sıklığı, fonksiyon sınırlandırmaları vb.) uyuşmamaktadır. Benzer olarak NDMA) iyi bilinen fizik durum veya APGAR indeksleri hastaları veya yeni doğanları klinik durumlarına göre farklı gruplara ayırır, ancak bu indeksler risk veya sonuçları tahmin etmede kullanılmazlar. Bu anketlerde aranan diğeri bir özellik ise

duyarlılıktır. Belirlenen süre zarfında hastanın koşullarında veya sağlık durumunda iki veya daha fazla noktada değişikliği ölçebilmelidir⁴⁶.

Anket malzemelerinde üç özelliğin sağlanmasının (güvenilirlik, geçerlilik, ölçüm hedeflerine uygunluk) önemi anestezi uzmanları tarafından hasta tatmininin ölçme aracı olarak kullanılan Single-item global ratinge (global tek öge ölçüm) anketlerinin incelenmesi ile gösterilebilir. Single-item global ratinge (global tek öge ölçüm) bir örnek; “Anestezi tedavinizden memnun kaldınız mı?” gibi, “çok memnun kaldım”, “çok rahatsız oldum” gibi cevapları olan çoktan seçmeli sorulardır. Global tek öge memnuniyet değerlendirme sistemi zayıf bir yöntemdir. 1979 yılında, acil ilk yardımda hasta memnuniyeti ile ilgili olarak yapılan sınırlı değişkenli tek öge değerlendirme sistemli çalışmanın sonuçları kesin pozitif olmuştur ki, bu sonucun güvenilirliği zayıftır. Bu hastalara “memnun kaldınız mı?” diye sorulduğunda hastaların çoğunun “evet” cevabını seçtiğini gösterir). Yakın zamanda yapılan bir çalışma anestezi bakımında bu sonuçları doğrular niteliktedir. Dexter ve arkadaşları, hastaların moniterize anestezi tedavisinden memnuniyetlerini ölçmek amacı ile bir alet geliştirirken hastalara bir saatte iki kez aynı global soruyu sormuştur (moniterizasyonlu anestezi tedavisinden memnun kaldınız mı). Hastaların cevapları unkontrollü bulunmuştur. Böylece en komplike olmayan moniterize anestezi tedavisi senaryosunda bile hastalar özdeş sorulara bir saat sonra bile aynı cevapları verememişlerdir⁴⁷. Aynı zamanda tek öge global değerlendirme sisteminin aslında neyi ölçtüğü belirsiz kalır. Nezaket, tedaviyi tehlikeye atmama, tedaviyi verenlere güvenme arzusu da halo etkisi yaparak hastaların dürüst cevap vermelerini engelleyebilir⁴⁸. Anestezide yapılan iki çalışmada tek öge değerlendirme çalışmalarının hastalar arasında ayırım yapmada yetersiz olduğu ve kullanışlı ölçüm fonksiyonu sunmadığı görülmüştür. Brown ve arkadaşları, kardiyovasküler ve respiratuar sorunları olan hastalar ile olmayanlar arasında bildirilen total memnuniyet derecelerini ayırt edememişlerdir. Zvara et Al tarafından yapılan başka bir çalışmada tek global değerlendirme sistemi kullanılarak postoperatif dönemde üç kez ziyaret yapılan hastalar ile bir kez ziyaret yapılan hastalar karşılaştırıldığında memnuniyetleri arasında ayırım sağlanamamıştır^{49,50}. Eğer memnuniyeti değerlendirmede tek öge global değerlendirme sistemlerinin amacı hasta gruplarını farklı tatmin derecelerine bölmek ise bu değerlendirme sistemleri bunu yapmada yetersiz gibi görünmektedir⁵¹. Psikometrik teori kompleks bölgelerin konunu önemli alanlarını araştıran çoklu öge anketler ile

daha iyi ölçülebileceği temeline dayanır. Öğeler dikkatlice seçilir, skorları dikkatlice alınır ve ikisi birlikte konu için güvenilir ve geçerli olarak bilinen kantitatif bir ölçüm sağlarlar.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, evren ve örnekleme, veri toplama araçları, verilerin toplanması ve verilerin analizi hakkında bilgiler verilmiştir.

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu çalışmada elektif cerrahi operasyon planlanan hastalarda preoperatif anksiyete düzeylerini ölçmek, anestezi ile ilgili endişe nedenlerini ve postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisini belirlemek amaçlanmıştır.

3.2. Araştırma Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın çalışma evrenini Nisan 2007- Temmuz 2007 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Anabilim Dalına elektif cerrahi (genel veya regional olarak uygulanan Genel cerrahi, Göz cerrahisi, Plastik ve rekonstruktif cerrahi, Jinekolojik ve Obstetrik cerrahi, Beyin cerrahi, Ürolojik cerrahi, Ortopedik cerrahi) nedeniyle başvuran yaşları 14 ile 65 arasında değişen hastalar alınmıştır. Çalışma evrenine alınan hastaların en az ilkokul mezunu olmaları hedeflenmiştir. Bilinen psikiyatrik rahatsızlığı olan ve değerlendirmede kısıtlılığa neden olacak denli herhangi bir tıbbi problemi olan hastalar çalışma kapsamı dışında tutulmuştur. Hastalar rasgele yöntemle seçilmiştir. Çalışmaya toplam 130 hastanın alınması planlanmıştır; ancak 5 hastanın ameliyatı ertelenmiş, 3 hasta postoperatif dönemde anket doldurmayı redetmiş, 2 hastaya erken taburcu edilmesi nedeniyle ulaşılamamıştır. Bu nedenle çalışma örnekleme 120 hastadan oluşmaktadır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Hastalar preoperatif ve postoperatif dönemde düzenlenen iki vizitte ziyaret edilmiş ve anket formlarını doldurmaları istenmiştir. Anket formu dört bölümden oluşuyordu. Birinci bölümde; yaş, cinsiyet, eğitim gibi demografik bilgiler ile planlanan operasyon tarihi, operasyon türü ve tanı yer alıyordu (Ek 2) . İkinci bölümde; anestezi ile ilgili endişeleri içeren 12 soru yöneltildi ve anestezi ile ilgili hastayı en çok endişelendiren üç nedeni sıraya göre işaretlemesi istendi (Ek 3) . Üçüncü bölümde;

durumsal anksiyeteyi ölçen STAI testini doldurmaları istendi. Dördüncü bölümde; 40 sorudan oluşan, ameliyat sonrası iyileşme kalitesini ölçen QoR- 40 testini doldurmaları istendi (Ek 4) .

Hastalardan preoperatif dönemde sosyodemografik veri formu, endişe nedenlerini içeren formu ve STAI formunu, postoperatif dönemde QoR-40 formunu ve STAI formunu doldurmaları istendi.

3.3.1 STAI (State- Trait Anxiety Inventory= Durumluluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği)

1964 yılında Speilberger ve Gorsuch tarafından geliştirilmeye başlanmış olan envanter ile normal ve normal olmayan bireylerdeki sürekli ve durumluk kaygı düzeylerinin ölçülmesi amaçlanmıştır. Envanter maddelerinin hazırlanmasında Cattell ve Scheier'in Kaygı Ölçeği (Anxiety Scale), Taylor'ın 'açık kaygı Ölçeği' (Manifest Anxiety Scale) ve Welsh'in Kaygı Ölçeği (Anxiety Scale) maddelerinden yararlanılmıştır⁵².

Türk toplumunda geçerliliği Necla Öner tarafından gösterilmiştir⁵². Türkçe'ye Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri olarak çevrilmiştir.

STAI durumluluk ve sürekli kaygı düzeylerini ölçer. Yirmişer maddeden oluşan iki ayrı ölçeği vardır. STAI, bireyin kendi kendine yanıtlayabileceği, uygulanması kolay bir envanterdir. Her iki ölçekte aynı zamanda uygulanabilir. Envanter okuma yazma bilmeyenlere bireysel olarak uygulandığında, maddeler uygulamacı tarafından okunup, verilen yanıtlar yine uygulamacı tarafından form üzerinde işaretlenir. On dört yaş ve üstünde bilinçli olan hastalara uygulanabilir. Testin kullanımı için özel eğitim gerekmez.

Durumluluk Kaygı Ölçeği, bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler. Preoperatif anksiyete ölçümünde yaygın olarak kullanılır.

Sürekli kaygı Ölçeği, Bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler.

Durumluluk kaygı ölçeğinin yanıtlanmasında; maddelerin ifade ettiği duyuş, düşünce ya da davranışların şiddet derecesine göre hiç, biraz, çok, tamamiyle şıklarından birinin seçilmesi, sürekli kaygı ölçeğinin yanıtlanmasında ise; maddelerin ifade ettiği duyuş düşünce yada davranışların sıklık derecesine göre, hemen hiçbir zaman, bazen, çok zaman ve hemen her zaman şıklarından birinin seçilmesi ve

işaretlenmesi istenir.

Ölçeklerde doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadeler vardır. Olumlu duyguları dile getiren (tersine çevrilmiş) ifadelerde 4 değerlikli yanıtlar düşük, 1 değerlikli yanıtlar yüksek kaygıyı gösterir. Bu ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüştürülür. Olumsuz duyguları dile getiren (doğrudan) ifadelerde ise 4 değerlikli yanıtlar en yüksek kaygıyı gösterir.

Durumluluk kaygı ölçeğinde on tane (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddeler), sürekli kaygı ölçeğinde ise sekiz tane (21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddeler) tersine çevrilmiş ifade vardır. Puanlama elle yapılabildiği gibi bilgisayar yardımı ile de yapılabilir. Elle yapılan puanlamada, doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadelerin toplam ağırlıklarının saptanması için iki ayrı anahtar hazırlanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerdeki toplam ağırlıklı puan çıkarılır ve bu sayıya değişmeyen bir değer eklenir. Bu değer durumluluk kaygı ölçeği için 50, sürekli kaygı ölçeği için ise 35'dir. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan ise düşük kaygı seviyesini gösterir.

3.3.2 QoR- 40

P.S Myles tarafından geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır^{53,54}. Ameliyat sonrası iyileşme kalitesini ölçmek için geliştirilmiş 5 uçlu likert tipi bir ölçektir. İlk aşamada 50 maddeden oluşan anket iyileşme kalitesi ile korelasyon göstermeyen 10 maddenin kaldırılmasıyla 40 maddeye indirgenmiştir. Bu maddeler iyileşmenin çeşitli yönlerine göre 5 alt gruba ayrılmıştır. Emosyonel durum ile ilgili 9, fiziksel konfor ile ilgili 12, psikolojik destek ile ilgili 7, fiziksel bağımsızlık ile ilgili 5 ve ağrı ile ilgili 7 madde olmak üzere toplam 40 madde vardır. Anket minimum 40 maximum 200 olarak skorlanır. Anketin uygulanması için özel bir eğitim gerekmez. Hastanın anketi kendi başına yapabilmesi ve kısa sürede yapılabilmesi önemli avantaj sağlar.

3.3.3 İstatistiksel İşlemler

Çalışmamızdaki tüm istatistiksel değerlendirmeler SPSS for Windows 11.0 Türkçe paket programı yardımıyla yapılmıştır⁵⁵. Preoperatif ve postoperatif STAI değerlendirilmesinde ANOVA analiz yöntemi, Memnuniyet Ölçeği ile postoperatif STAI karşılaştırmasında Pearson korelasyon katsayısı, endişe nedenleri analizinde Betimsel istatiki yöntem kullanılmıştır.

4. BULGULAR

4.1 Demografik Özellikler

Çalışmaya katılan 120 hastanın 79'u (% 65. 8) kadın, 41'i (% 34. 2) erkekti. Hastaların % 35'i 30 yaş altı, % 55. 8'i 31- 60 yaş arası, % 9. 2'si 61 yaş üstü gruptaydı. Yaş ortalaması 37.77 ± 13.95 yılı. Hastaların % 30'u ilköğretim, % 38. 3'ü lise, % 31. 7'si yüksek okul mezunuydu (tablo 1) .

Tablo 1: Hastaların sosyodemografik özellikleri

		N	%
Cinsiyet	Kadın	79	65.8
	Erkek	41	34.2
	Toplam	120	100
Yaş grupları	30 yaş altı	42	35
	31- 60 yaş	67	55.8
	61 yaş üstü	11	9.2
Yaş (ort $\pm$ SD) (.....)	37.77, sd:13.95		
Eğitim	İlkokul	23	19.2
	Ortaokul	13	10.8
	Lise	46	38.3
	Yüksekokul	38	31.7

Hastaların % 86. 7'si genel, % 13. 3'ü regional anestezi almıştı. Hastaların % 12. 5'i genel cerrahi, % 2. 5'i göz cerrahisi, % 13. 3'ü plastik ve rekonstruktif cerrahi, % 23. 3'ü obstetrik cerrahi, % 20. 8'i kulak burun boğaz cerrahisi, % 3. 3'ü beyin cerrahi, % 10. 8'i ürolojik cerrahi, % 13. 3'ü ortopedik cerrahi geçirmişti (tablo 2) .

Tablo 2: Hastaların anestezi türü ve cerrahi bölüme göre dağılımı

		N	%
Anestezi tipi	genel	104	86.7
	regional	16	13.3
	Toplam	120	100
Cerrahi bölüm	Genel cerrahi	15	12.5
	Göz hastalıkları	3	2.5
	Plastik ve rekonstruktif cerrahi	16	13.3
	Obstetrik cerrahi	28	23.3
	Kulak burun boğaz cerrahisi	25	20.8
	Beyin cerrahi	4	3.3
	Üroloji	13	10.8
	Ortopedik cerrahi	16	13.3

4.2 Durumluk Kaygı Ölçeğine Ait Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların yaş gruplarına göre preoperatif dönem STAI-I ve postoperatif dönem STAI-I ölçümlerinden aldıkları puan ortalamaları Tablo-3’de gösterilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi preoperatif dönemde 30 yaş ve altı grubun preoperatif dönem STAI- I puan ortalamaları 44. 62 iken bu değer postoperatif dönemde 39. 24 olarak saptanmıştır. Aynı ortalama puanlar 31- 60 yaş grubu için, 45. 15 ve 38. 05, 61 yaş ve üstü için 38. 09 ve 36. 00 olarak saptanmıştır. Yaş gruplarına göre peroperatif dönem ve postoperatif dönem STAI-I puanlarının anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini incelemek amacıyla iki faktörlü ANOVA sonuçları Tablo-4’te gösterilmiştir.

Tablo 3: Yaş gruplarına göre anksiyete değerleri

Yaş grupları	Preoperatif dönem STAI-I		Postoperatif dönem STAI-I	
	X	S	X	S
30 yaş altı	44.62	10.19	39.24	8.42
31- 60 yaş	45.15	11.71	38.05	9.18
61 yaş üstü	38.09	9.63	36.00	11.68
Toplam	44.32	11.12	38.28	9.14

Tablo-4'te gösterilen analiz sonuçları, grup temel etkisinin (30 yaş ve altı, 31- 60 yaş ve 61 yaş ve üstü) anlamlı olmadığını göstermektedir. Buna karşın ölçüm temel etkisinin (pre-post STAI-I) ise anlamlı olduğu görülmüştür ($F_{(1, 118)}=14.972$, $p<0.01$). Diğer taraftan ölçüm X grup ortak etkisi anlamlı değildir. Bu sonuca göre yaş grubunun hastaların ameliyat öncesi ve sonrası kaygı düzeyleri üzerinde herhangi bir etkisi olmadığını ortaya koymaktadır.

Tablo 4: Yaş Gruplarına Göre Preoperatif-Postoperatif Dönem STAI-I Puanlarının ANOVA Sonuçları

Varyansın Kaynağı	KT	Sd	KO	F
Deneklerarası	18107.496	119		
Grup	443.231	2	221.616	1.468
Hata	17664.265	117	150.977	
Denekleriçi	7355.831	120		
Ölçüm(pre-postoperatif)	819.435	1	819.435	14.972*
Ölçüm x Grup	132.855	2	66.427	1.214
Hata	6403.541	117	54.731	

* $p<0.01$

Araştırmaya katılan kadın ve erkek hastaların preoperatif dönem STAI-I ve postoperatif dönem STAI-I ölçümlerinden aldıkları puan ortalamaları Tablo-5’de gösterilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi preoperatif dönemde erkeklerin puan ortalamaları 39.54 iken bu değer postoperatif dönemde 38.24 olmuştur. Kadın grubunda yer alan deneklerin ise aynı ortalama puanları sırasıyla 46.80 ve 38.29’dur. Cinsiyete göre preoperatif dönem ve postoperatif dönem STAI-I puanlarının anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini incelemek amacıyla iki faktörlü ANOVA sonuçları Tablo-6’da gösterilmiştir.

Tablo 5: Cinsiyete göre anksiyete değerleri

Cinsiyet	Preoperatif dönem STAI-I		Postoperatif dönem STAI-I	
	X	s	X	s
Erkek	39.54	10.60	38.24	9.03
Kadın	46.80	10.62	38.29	9.25
Toplam	44.32	11.12	38.28	9.14

Tablo 6’ya göre araştırmaya katılan hastaların postoperatif STAI-I puanlarının preoperatif STAI-I puanlarından anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur ($F_{(1, 118)} = 14.204$, $p < .001$). Ayrıca bu bulgu cinsiyetin postoperatif kaygı düzeyleri üzerinde farklı etkilere sahip olduğunu göstermektedir. Kadınların erkeklere göre ameliyattan sonra daha az kaygı yaşadıkları anlaşılmaktadır. Diğer taraftan cinsiyet açısından grup temel etkisi incelendiğinde ise ameliyat öncesi kadın ve erkeklerin kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($F_{(1, 118)} = 4.892$, $p < 0.05$). Bu bulgu ameliyat öncesinde kadınların ($X=46.80$) erkeklere göre ($X=39.54$) daha fazla kaygı yaşadığını göstermektedir.

Tablo-6 Cinsiyete Göre Preoperatif-Postoperatif Dönem STAI-I Puanlarının ANOVA Sonuçları

Varyansın Kaynağı	KT	Sd	KO	F
Deneklerarası	18107.496	119		
Grup (Kadın-erkek)	720.794	1	720.794	4.892*
Hata	17386.702	118	147.341	
Denekleriçi	7832.275	120		
Ölçüm(pre-postoperatif)	1295.879	1	1295.879	26.210*
Ölçüm x Grup	702.279	1	702.279	14.204*
Hata	5834.117	118	49.442	

*p<0.01

Araştırmaya katılan hastaların eğitim düzeyine göre preoperatif ve postoperatif STAI- I değerleri tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7: Eğitim düzeyine göre anksiyete değerleri

Eğitim	Preoperatif dönem STAI-I		Postoperatif dönem STAI-I	
	X	S	X	S
İlkokul	41.91	11.58	40.48	9.22
Ortaokul	44.54	13.87	40.92	11.58
Lise	42.59	11.01	37.94	9.04
Yüksekokul	44.16	9.81	36.45	8.12
Toplam	47.32	11.12	38.28	9.14

Tablo 8’de eğitim düzeyine göre peroperatif dönem ve postoperatif dönem STAI-I puanlarının iki faktörlü ANOVA analizi sonuçları gösterilmiştir. Grup temel etkisinin (ilkokul, ortaokul, lise, yüksekokul) anlamlı olmadığı görülmektedir. Buna karşın ölçüm (per-post STAI-I) temel etkisinin ise anlamlı olduğu görülmüştür ($F_{(1, 118)}=29.589$, $p<0.01$). Diğer taraftan ölçüm X grup ortak etkisi anlamlı değildir. Bu sonuca göre eğitim düzeyinin hastaların ameliyat öncesi ve sonrası kaygı düzeyleri üzerinde herhangi bir etkisi olmadığı görülmektedir.

Tablo-8 Eğitim Düzeyine Göre Preoperatif-Postoperatif Dönem STAI-I Puanlarının ANOVA Sonuçları

Varyansın Kaynağı	KT	Sd	KO	F
Deneklerarası	18107.496	119		
Grup	613.863	3	204.621	1.357
Hata	17493.633	116	150.807	
Denekleriçi	8163.413	120		
Ölçüm(pre-postoperatif)	1627.017	1	1627.017	29.589*
Ölçüm x Grup	157.906	3	52.635	0.957
Hata	6378.490	116	54.987	

* $p<0.01$

Araştırmaya katılan hastaların cerrahi bölüme göre preoperatif ve postoperatif STAI- I değerleri tablo 9’da verilmiştir

Tablo:9 Cerrahi bölüme göre anksiyete değerleri

Operasyon tipi	Preoperatif dönem STAI-I		Postoperatif dönem STAI-I	
	X	S	X	S
Genel cerrahi	47.67	9.80	42.53	11.13
Göz hastalıkları	39.33	6.51	33.67	9.29
Plastik ve rekonstruktif cerrahi	47.75	10.00	36.56	7.60
Obstetrik cerrahi	48.54	10.20	37.43	10.02
Kulak burun boğaz cerrahisi	41.80	12.31	39.72	7.30
Beyin cerrahi	43.75	15.39	34.25	7.14
Üroloji	41.15	13.22	35.46	8.36
Ortopedik cerrahi	39.31	8.96	39.38	10.12

Tablo-9’da Cerrahi bölümün tipine göre grup temel etkisinin anlamlı olmadığı görülmektedir. Buna karşın ölçüm (per-post STAI-I) temel etkisinin ise anlamlı olduğu görülmüştür ($F_{(1, 118)}=26.215$, $p<0.01$). Diğer taraftan ölçüm X grup ortak etkisi anlamlı değildir. Bu sonuçlar cerrahi bölümün ameliyat öncesi ve sonrası kaygı düzeyleri üzerinde herhangi bir etkisi olmadığını ortaya koymaktadır.

Tablo-10 Eğitim Düzeyine Göre Preoperatif-Postoperatif Dönem STAI-I Puanlarının ANOVA Sonuçları

Varyansın Kaynağı	KT	Sd	KO	F
Deneklerarası	18107.496	119		
Grup	1025.718	7	146.531	0.961
Hata	17081.778	112	152.516	
Denekleriçi	7846.675	120		
Ölçüm(pre-postoperatif)	1310.280	1	1310.280	26.215*
Ölçüm x Grup	938.364	7	134.052	2.682
Hata	5598.031	112	49.982	

*p<.01

Araştırmaya katılan hastaların yapılan anestezi tipine göre preoperatif ve postoperatif STAI- I değerleri tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 11: Anestezi tipine göre anksiyete değerleri

Anestezi tipi	Preoperatif dönem STAI-I		Postoperatif dönem STAI-I	
	X	S	X	S
Genel	44.14	10.95	38.81	9.22
Regional	45.50	12.50	34.81	7.95
Toplam	44.32	11.12	38.28	9.14

Tablo 12’ye göre araştırmaya katılan hastaların anestezi tipine göre postoperatif STAI-I puanlarının preoperatif STAI-I puanlarından anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur ($F_{(1, 118)} = 33.109$, $p < .001$). Diğer taraftan ölçüm ve grup etkileşiminin bağımlı değişken üzerinde etkisiz olduğu görülmektedir ($F_{(1, 118)} = 3.710$, $p > 0.01$). Bu bulgu uygulanan anestezi türüne göre postoperatif kaygı düzeylerinin farklılaşmadığını göstermektedir.

Tablo-12 Anestezi Tipine Göre Preoperatif-Postoperatif Dönem STAI-I Puanlarının ANOVA Sonuçları

Varyansın Kaynağı	KT	Sd	KO	F
Deneklerarası	18107.496	119		
Grup (Genel-regional)	47.950	1	47.950	0.313*
Hata	18059.546	118	153.047	
Denekleriçi	8314.537	120		
Ölçüm(pre-postoperatif)	1778.135	1	1778.135	33.109
Ölçüm x Grup	119.235	1	119.235	3.710
Hata	6337.161	118	53.705	

* $p < 0.01$

4.3 Endişe Nedenleri İle İlgili Bulgular

Tablo 13’de görüldüğü gibi hastalarda ameliyat öncesinde en fazla endişeye neden olan düşünce ameliyat sonrası uyanmamak (%42.5), anesteziistin bilgi yetersizliği (%18.3) ve ameliyat sonrası ağrı (%16.7) olduğu görülmektedir.

Tablo 13: Endişe1 skorları

Endişe nedenleri	N	%
1- Anesteziistin bilgi yetersizliği	22	18.3
2- Anesteziistin deneyim eksikliği	7	5.8
3- Ameliyat sonrası uyanmamak	51	42.5
4- Ameliyat sonrası ağrı	20	16.7
5- Anesteziistin ameliyat odasında bulunmaması	1	.8
6- Ameliyat sırasında uyanmak	9	7.5
7- Bulantı- kusma	3	2.5
8- Yoğun bakımda kalmak	4	3.3
9- İğne	1	0.8
10- Personelin problem çıkarması	2	1.7
Toplam	120	100

Tablo 14'te hastaların en fazla endişe duydukları ikinci düşünceler gösterilmiştir. Bunların sıklık sırasına göre; ameliyat sonrası ağrı (%26.7), ameliyat sırasında uyanmak (%15) ve ameliyat sonrası uyanamamak (%11.7) olduğu görülmektedir.

Tablo 14: Endişe 2 skorları

Endişe nedenleri	Endişe skoru N	%
1- Anestezistin bilgi yetersizliği	10	8.3
2- Anestezistin deneyim eksikliği	12	10.0
3- Ameliyat sonrası uyanmamak	14	11.7
4- Ameliyat sonrası ağrı	32	26.7
5- Anestezistin ameliyat odasında bulunmaması	7	5.8
6- Ameliyat sırasında uyanmak	18	15.0
7- Bulantı- kusma	10	8.3
8- Anestezistin tavırları	1	1.7
9- Yoğun bakımda kalmak	9	7.5
10- Ameliyat sonrası uzun süre uyumak	2	1.7
11- İğne	4	3.3
Toplam	120	100

Tablo-15 ameliyat öncesinde hastaların üçüncü olarak en fazla kaygılandıkları durumları göstermektedir. Bunlar sıklık sırasına göre, yoğun bakımda kalmak (%26.7), ameliyat sonrası ağrı (%15.8) ve ameliyat sonrası uyanamamaktır (%12.5)

Tablo 15: Endişe 3 skorları

Endişe nedenleri	N	%
1- Anestezistin bilgi yetersizliği	11	9.2
2- Anestezistin deneyim eksikliği	1	0.8
3- Ameliyat sonrası uyanmamak	15	12.5
4- Ameliyat sonrası ağrı	19	15.8
5- Anestezistin ameliyat odasında bulunmaması	8	6.7
6- Ameliyat sırasında uyanmak	10	8.3
7- Bulantı- kusma	10	8.3
8- Anestezistin tavırları	1	0.8
9- Yoğun bakımda kalmak	32	26.7
10- Ameliyat sonrası uzun süre uyumak	5	4.2
11- İğne	4	3.3
12. Personelin problem çıkarması	4	3.3
Toplam	120	100

Anestezi ile ilgili endişe 1 skorlarının yaş gruplarına göre dağılımı (Tablo 16) incelendiğinde; 30 yaş ve altı grupta yer alan hastalarda en fazla endişeye yol açan düşüncelerin ameliyat sonrası uyanamama (%15), anesteziistin bilgi yetersizliği ve ameliyat sırasında uyanmak (%4.2) olduğu görülmektedir. 31-60 yaş grubu incelendiğinde ise, benzer şekilde ameliyat sonrası uyanmama (23.3) ve anesteziistin bilgi yetersizliği (%12.5) olduğu ortaya çıkmıştır. Son olarak da 61 yaş ve üzeri grubu incelendiğinde de ameliyat sonrası uyanamamanın (%4.2) en fazla endişe kaynağı oluşturduğu görülmektedir.

Tablo 16: Anestezi ile ilgili endişe 1 skorlarının yaş gruplarına göre dağılımı (N ve %)

Endişe nedenleri	30 Yaş altı		31- 60 Yaş		61 Yaş üstü		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1- Anesteziistin bilgi yetersizliği	5	4.2	15	12.5	2	1.7	22	18.3
2- Anesteziistin deneyim eksikliği	-	-	7	5.8	-	-	-	5.8
3- Ameliyat sonrası uyanmamak	18	15.0	28	23.3	5	4.2	51	42.5
4- Ameliyat sonrası ağrı	8	6.7	9	7.5	3	2.5	20	16.7
5- Anesteziistin ameliyat odasında bulunmaması	-	-	1	0.8	-	-	1	0.8
6- Ameliyat sırasında uyanmak	5	4.2	4	3.3	-	-	9	7.5
7- Bulantı- kusma	2	1.7	1	0.8	-	-	3	2.5
8- Yoğun bakımda kalmak	2	1.7	1	0.8	1	0.8	4	3.3
9- İğne	-	-	1	0.8	-	-	1	0.8
10. Personelin problem çıkarması	2	1.7	-	-	-	-	2	1.7
Toplam	42	35.0	67	55.8	11	9.2	120	100

Anestezi ile ilgili endişe 2 skorlarının yaş gruplarına göre dağılımı (Tablo 17) incelendiğinde; 30 yaş ve altı grupta yer alan hastalarda en fazla endişeye yol açan düşüncelerin ameliyat sonrası ağrı (%10. 8) ve ameliyat sırasında uyanmak (%5.8) olduğu görülmektedir. 31-60 yaş grubu incelendiğinde ise, benzer şekilde ameliyat sonrası ağrı (% 15. 0) ve ameliyat sırasında uyanmak (%9.2) olduğu ortaya çıkmıştır. Son olarak da 61 yaş ve üzeri grubu incelendiğinde de anesteziistin bilgi yetersizliğinin (%2.5) en fazla endişe kaynağı oluşturduğu görülmektedir.

Tablo 17: Anestezi ile ilgili endişe 2 skorlarının yaş gruplarına göre dağılımı (N ve %)

Endişe nedenleri	30 Yaş altı		31- 60 Yaş		61 Yaş üstü		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1- Anesteziistin bilgi yetersizliği	2	1.7	5	4.2	3	2.5	10	8.3
2- Anesteziistin deneyim eksikliği	2	0.8	10	8.3	1	0.8	12	10.0
3- Ameliyat sonrası uyanmamak	3	2.5	10	8.3	1	0.8	14	11.7
4- Ameliyat sonrası ağrı	13	10.8	18	15.0	1	0.8	32	26.7
5- Anesteziistin ameliyat odasında bulunmaması	3	2.5	3	2.5	1	0.8	7	5.8
6- Ameliyat sırasında uyanmak	7	5.8	11	9.2	-	-	18	15.0
7- Bulantı- kusma	4	3.3	4	3.3	2	1.7	10	8.3
8- Anesteziistin tavırları	1	0.8	1	0.8	-	-	2	1.7
9- Yoğun bakımda kalmak	5	4.2	3	2.5	1	0.8	9	7.5
10-Ameliyat sonrası uzun süre uyumak	1	0.8	1	0.8	-	-	2	1.7
11- İğne	2	1.7	1	0.8	1	0.8	4	3.3
Toplam	42	35.0	67	55.8	11	9.2	120	100

Tablo 18’de anestezi ile ilgili endişe 1 skorlarının cinsiyete göre dağılımı gösterilmiştir. Hem kadın hem de erkeklerde en sık endişe kaynağının “ameliyat sonrası uyanmamak” olduğu saptanmıştır (% 25 ve % 17.5) .

Tablo 18: Anestezi ile ilgili endişe 1 skorlarının cinsiyete göre dağılımı (N ve %)

Endişe nedenleri	Erkek		Kadın		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
1- Anestezistin bilgi yetersizliği	9	7.5	13	10.8	22	18.3
2- Anestezistin deneyim eksikliği	5	1.7	2	4.2	7	5.8
3- Ameliyat sonrası uyanmamak	21	17.5	30	25.0	51	42.5
4- Ameliyat sonrası ağrı	4	3.3	16	13.2	20	16.7
5- Anestezistin ameliyat odasında bulunmaması	-	-	1	0.8	1	0.8
6- Ameliyat sırasında uyanmak	3	2.5	6	5.0	9	7.5
7- Bulantı- kusma	1	0.8	2	1.7	3	2.5
8- Yoğun bakımda kalmak	1	0.8	3	2.5	4	3.3
9- İğne	-	-	1	0.8	1	0.8
10. Personelin problem çıkarması	-	-	2	1.7	2	1.7
Toplam	41	34.2	79	65.8	120	100

Tablo 19’da anestezi ile ilgili endişe 2 skorlarının cinsiyete göre dağılımı gösterilmiştir. Hem kadın hem de erkeklerde en sık endişe kaynağının “ameliyat sonrası ağrı” olduğu saptanmıştır (% 19. 2 ve % 7. 5) .

Tablo 19: Anestezi ile ilgili endişe2 skorlarının cinsiyete göre dağılımı (N ve %)

Endişe nedenleri	Erkek		Kadın		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
1- Anestezistin bilgi yetersizliği	6	5.0	4	3.3	10	8.3
2- Anestezistin deneyim eksikliği	3	2.5	9	7.5	12	10.0
3- Ameliyat sonrası uyanmamak	6	5.0	8	6.7	14	11.7
4- Ameliyat sonrası ağrı	9	7.5	23	19.2	32	26.7
5- Anestezistin ameliyat odasında bulunmaması	2	1.7	5	4.2	7	5.8
6- Ameliyat sırasında uyanmak	5	4.2	13	10.8	18	15.0
7- Bulantı- kusma	2	1.7	8	6.7	10	8.3
8- Anestezistin tavırları	1	0.8	1	0.8	2	1.7
9- Yoğun bakımda kalmak	5	4.2	4	3.3	9	7.5
10- Ameliyat sonrası uzun süre uyumak	1	0.8	1	0.8	2	1.7
11- İğne	3	2.5	1	0.8	4	3.3
Toplam	41	34.2	79	65.8	120	100

Tablo 20’de anestezi ile ilgili endişel skorlarının eğitim gruplarına göre dağılımı gösterilmiştir. Tüm eğitim gruplarında en sık endişe kaynağının “ameliyat sonrası uyanmamak” 2 olduğu saptanmıştır.

Tablo 20: Anestezi ile ilgili endişel skorlarının eğitim gruplarına göre dağılımı (N ve %)

Endişe nedenleri	İlkokul		Ortaokul		Lise		Yüksekokul		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1-Anestezistin bilgi i yetersizliği	3	2.5	1	0.8	10	8.3	8	6.7	22	18.3
2-Anestezistin deneyim eksikliği	-	-	1	0.8	3	2.5	3	2.5	7	5.8
3-Ameliyat sonrası ı uyanmamak	9	7.5	8	6.7	20	16.7	14	11.7	51	42.5
4- Ameliyat sonrası ağrı	3	2.5	-	-	7	5.8	10	8.3	20	16.7
5-Anestezistin ameliyat odasında bulunmaması	1	0.8	-	-	-	-	-	-	1	0.8
6-Ameliyat sırasında uyanmak	2	1.7	2	1.7	4	3.3	1	0.8	9	7.5
7- Bulantı- kusma	1	0.8	-	-	1	0.8	1	0.8	3	2.5
8- Yoğun bakımda kalmak	2	1.7	1	0.8	1	0.8	-	-	4	3.3
9 İğne	1	0.8	-	-	-	-	-	-	1	0.8
10.Personelin problem çıkarması	1	0.8	-	-	-	-	1	0.8	2	1.7
Toplam	23	19.2	13	10.8	46	38.3	38	31.7	120	100

Tablo 21’de anestezi ile ilgili endişe 2 skorlarının eğitim gruplarına göre dağılımı gösterilmiştir. Tüm eğitim gruplarında en sık endişe 2 kaynağının “ameliyat sonrası ağrı” olduğu saptanmıştır.

Tablo 21: Anestezi ile ilgili endişe 2 skorlarının eğitim gruplarına göre dağılımı (N ve %)

Endişe nedenleri	İlkokul		Ortaokul		Lise		Yüksekokul		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1- Anestezistin bilgi yetersizliği	2	1.7	-	-	5	4.2	3	2.5	10	8.3
2- Anestezistin deneyim eksikliği	2	1.7	-	-	5	4.2	5	4.2	12	10
3- Ameliyat sonrası uyanmamak	3	2.5	2	1.7	6	5.0	3	2.5	14	11.7
4- Ameliyat sonrası ağrı	6	5.0	6	5.0	14	11.7	6	5.0	32	26.7
5- Anestezistin ameliyat odasında bulunmaması	-	-	-	-	2	1.7	5	4.2	7	5.8
6- Ameliyat sırasında uyanmak	4	3.3	1	0.8	7	5.8	6	5.0	18	15.0
7- Bulantı- kusma	2	1.7	-	-	1	0.8	7	5.8	10	8.3
8- Anestezistin tavırları	-	-	-	-	2	1.7	-	-	2	1.7
9- Yoğun bakımda kalmak	3	2.5	3	2.5	1	0.8	2	1.7	9	7.5
10- Ameliyat sonrası uzun süre uyumak	-	-	1	0.8	-	-	1	0.8	2	1.7
11- İğne	1	0.8	-	-	3	2.5	-	-	4	3.3
Toplam	23	19.2	13	10.8	46	38.3	38	31.7	120	100

Tablo 22: Anestezi ile ilgili endişe 1 skorlarının cerrahi bölüme göre dağılımı (N ve %)

Endişe nedenleri	Genel cerrahi		Göz hastalıkları		Plastik ve rekonstruktif cerrahi		Kadın Doğum		Kulak burun boğaz cerrahisi		Beyin cerrahi		Üroloji		Ortopedik cerrahi		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1- Anestezistin bilgi yetersizliği	1	0.8	-	-	2	1.7	4	3.3	5	4.2	4	3.3	3	2.5	3	2.5	22	18.3
2- Anestezistin deneyim eksikliği	-	-	-	-	1	0.8	4	3.3	-	-	-	-	1	0.8	2	1.7	7	5.8
3- Ameliyat sonrası uyanmamak	10	8.3	3	2.5	5	4.2	11	9.2	9	7.5	-	-	6	5.0	7	5.8	51	42.5
4- Ameliyat sonrası ağrı	2	1.7	-	-	4	3.3	7	5.8	5	4.2	-	-	1	0.8	1	0.8	20	16.7
5- Anestezistin ameliyat odasında bulunmaması	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.8	-	-	1	0.8
6- Ameliyat sırasında uyanmak	1	0.8	-	-	3	2.5	1	0.8	3	2.5	-	-	1	0.8	-	-	9	7.5
7- Bulantı- kusma	-	-	-	-	1	0.8	-	-	1	0.8	-	-	-	-	1	0.8	3	2.5
8- Yoğun bakımda kalmak	-	-	-	-	-	-	1	0.8	2	1.7	-	-	-	-	1	0.8	4	3.3
9- İğne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.8	1	0.8
10. Personelin problem çıkarması	1	0.8	-	-	-	-	1	0.8	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1.7
Toplam	15	12.5	3	2.5	16	13.3	28	23.3	25	20.8	4	3.3	13	10.8	16	13.3	120	100

Tablo 22’de anestezi ile ilgili endişe 1 skorlarının planlanan operasyon tipine göre dağılımı gösterilmiştir. Sadece beyin cerrahi grubunda birinci endişe nedeni anestezistin bilgi yetersizliği iken, diğer tüm gruplarda birinci endişe nedeni ameliyat sonrası uyanmamak olarak saptanmıştır.

Tablo 23: Anestezi ile ilgili endişe 2 skorlarının cerrahi bölüme göre ağırlımı (N ve %)

Endişe nedenleri	Genel cerrahi		Göz hastalıkları		Plastik ve rekonstruktif cerrahi		Jinekolojik ve obstetrik cerrahi		KBB		Beyin Cerrahi		Üroloji		Ortopedik Cerrahi		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1- Anestezistin bilgi yetersizliği	5	4.2	-	-	1	0.8	1	0.8	-	-	-	-	1	0.8	2	1.7	10	8.3
2- Anestezistin deneyim eksikliği	2	1.7	-	-	1	0.8	3	2.5	-	-	2	1.7	3	2.5	1	0.8	12	10.0
3- Ameliyat sonrası uyanmamak	-	-	-	-	-	-	4	3.3	4	3.3	1	0.8	1	0.8	4	3.3	14	11.7
4- Ameliyat sonrası ağrı	3	2.5	1	0.8	7	5.8	8	6.7	7	5.8	1	0.8	2	1.7	3	2.5	32	26.7
5- Anestezistin ameliyat odasında bulunmaması	-	-	-	-	1	0.8	3	2.5	1	0.8	-	-	1	0.8	1	0.8	7	5.8
6- Ameliyat sırasında uyanmak	2	1.7	1	0.8	2	1.7	5	4.2	4	3.3	-	-	-	-	4	3.3	18	15.0
7- Bulantı- kusma	3	2.5	1	0.8	2	1.7	2	1.7	-	-	-	-	2	1.7	-	-	10	8.3
8- Anestezistin tavırları	-	-	-	-	1	0.8	-	-	-	-	-	-	1	0.8	-	-	2	1.7
9- Yoğun bakımda kalmak	-	-	-	-	1	0.8	1	0.8	5	4.2	-	-	1	0.8	1	0.8	9	7.5
10- Ameliyat sonrası uzun süre uyumak	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1.7	-	-	-	-	-	-	2	1.7
11- İğne	-	-	-	-	-	-	1	0.8	2	1.7	-	-	1	0.8	-	-	4	3.3
Toplam	15	12.5	3	2.5	16	13.3	28	23.3	25	20.8	4	3.3	13	10.8	16	13.3	120	100.0

Tablo 23'te anestezi ile ilgili endişe 2 skorlarının cerrahi bölüme göre dağılımı gösterilmiştir. En sık ikinci endişe nedenleri; genel cerrahi grubunda anesteziistin bilgi yetersizliği (% 4.2), plastik ve rekonstruktif cerrahi grubunda ameliyat sonrası ağrı (% 5.8) , KBB grubunda ameliyat sonrası ağrı (% 5.8) , beyin cerrahisi grubunda anesteziistin deneyim eksikliği (% 1.7), üroloji grubunda anesteziistin deneyim eksikliği (% 2.5), ortopedik cerrahi grubunda ameliyat sırasında uyanmak (% 3.3) olarak saptanmıştır.

4.4 QoR-40 Memnuniyet Ölçeği İle İlgili Bulgular

Tablo 24: Ameliyat Sonrası Memnuniyet Ölçeği İle Preoperatif STAI-I ve STAI-II ve Postoperatif STAI-I'e Arasındaki Korelasyonlar

	Memnuniyet Toplam	Preoperatif STAI-I	Preoperatif STAI-II	Postoperatif STAI-I
Memnuniyet Toplam	-			
Preoperatif STAI-I	-.32**	-		
Preoperatif STAI-II	-.27*	.31*	-	
Postoperatif STAI-I	-.57**	.48**	.23	-

*p<0.01, ** p<0.001

Tablo 24'de görüldüğü gibi Memnuniyet Ölçeği puanları ile preoperatif STAI-I ve STAI-II arasında negatif yönde düşük düzeyde ilişki göstermektedir ($r = -.32$, $p<.001$ ve $r = -.27$, $p<.001$). Memnuniyet puanları ile postoperatif STAI-I puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında ise, negatif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r = -.57$, $p<.001$). Bu sonuçlara göre araştırmaya katılan bireylerin kaygı düzeyleri arttıkça hastaların ameliyat sonrası memnuniyet düzeylerinin düşmesi arasında bir ilişki olduğu söylenebilir.

Tablo 25: Ameliyat Sonrası Memnuniyet Ölçeği İle Yaş Düzeylerine Göre Preoperatif STAI-I ve STAI-II ve Postoperatif STAI-I Arasındaki Korelasyonlar

	Memnuniyet Toplam
Preoperation STAI-I	
30 yaş ve altı	-.33
31-60 yaş arası	-.27
61 yaş ve üzeri	-.54
Preoperation STAI-II	
30 yaş ve altı	-.24
31-60 yaş arası	-.31
61 yaş ve üzeri	-.09
Postoperation STAI-I	
30 yaş ve altı	-.58**
31-60 yaş arası	-.53**
61 yaş ve üzeri	-.79*

*p<0.01, **p<0.001

30 yaş ve altı ile 31-60 yaş arası grupta yer alan hastaların memnuniyet puanları ile postoperatif STAI-I puanları yaş düzeylerine göre incelendiğinde negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki vardır ($r = -.58$, $p<0.001$ ve $r = -.53$, $p<0.01$). 61 yaş ve üzeri grupta yer alan hastaların ise memnuniyet ve postoperatif STAI-I puanları arasında da negatif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($r = -.79$, $p<0.01$). Bu sonuçlara göre ameliyat sonrası kaygı düzeyleri ile hastanın memnuniyeti arasında ters yönde bir ilişki olduğu söylenebilir (Tablo 25) .

Tablo 26: Ameliyat Sonrası Memnuniyet Ölçeği Ağrı Alt Ölçeği İle Preoperation STAI-I ve STAI-II ve Postoperation STAI-I'e Arasındaki Korelasyonlar

	Ağrı Alt Ölçeği
Preoperatif STAI-I	-.17
30 yaş ve altı	-.11
31-60 yaş arası	-.15
61 yaş ve üzeri	-.56
Preoperatif STAI-II	-.15
30 yaş ve altı	-.20
31-60 yaş arası	-.13
61 yaş ve üzeri	.05
Postoperatif STAI-I	-.32**
30 yaş ve altı	-.36*
31-60 yaş arası	-.28*
61 yaş ve üzeri	-.50

*p<0.05 **p<0.01

Preoperatif STAI-I ve STAI-II ve postoperatif STAI-I ile Hasta Memnuniyeti Ölçeğinin alt ölçeklerinden Ağrı Alt Ölçeği arasındaki korelasyon katsayıları incelendiğinde postoperatif STAI-I toplam puanları ile Ağrı alt ölçeği arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = -.32$, $p<0.01$). Bunun yanı sıra postoperatif STAI-I ile yaş grupları arasında ise, 30 yaş ve altı grupta yer alan hastalar ve 31-60 yaş arası hastalar ile yine negatif yönde düşük düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = -.36$, $p<0.05$ ve $r = -.28$, $p<0.05$). Ayrıca 61 yaş ve üzeri grupta bulunan hastalarda ise ağrı alt ölçeği ve postoperatif STAI-I arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r = -.50$, $p>0.05$) (Tablo 26) .

5. TARTIŞMA

Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri değerlendirildiğinde, hastaların 79'u (% 65.8) kadın, 41'i (% 34.2) erkekti, yaş ortalaması 37.77 ± 13.95 yaştı ve hastaların % 70'i lise ve yüksek okul mezunuydu. Bu bulgularla çalışma örnekleminin yüksek öğrenim düzeyine sahip, genç erişkin hasta grubundan oluştuğu söylenebilir.

Preoperatif dönemde hasta değerlendirmesi ve operasyona hazırlık preoperatif vizit sırasında gerçekleştirilir. Birçok çalışmada anksiyete ölçüm zamanı preoperatif vizit sırasında yapılmıştır^{4,6,56,57}. Arellano ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada preoperatif vizitin zamanlamasını belirlemek amacı ile anksiyete ölçümünden yararlanmışlar, hastaların operasyondan bir hafta, bir gün ve operasyona girmeden hemen önce anksiyetelerini ölçmüşler ve üç grup arasında belirgin bir farklılık bulamadıklarını bildirmişlerdir. Lichtor ve arkadaşları operasyondan önceki günün öğleden sonrasında ölçülen anksiyete düzeyinin, operasyondan hemen önceki anksiyete düzeyini yansıtıp yansıtmadığını belirlemek amacı ile yaptıkları çalışmada; her iki dönemde ölçülen anksiyete düzeyleri arasında % 70 gibi yüksek bir korelasyon olduğunu bildirmişlerdir⁵. Badner ve arkadaşları da operasyondan önceki öğleden sonra ile operasyondan hemen önce ölçülen anksiyete dereceleri arasında % 73 korelasyon gösterdiklerini bildirmişlerdir⁴. Biz çalışmamızda anksiyete ölçümünü operasyondan bir ile iki gün öncesinde yaptık.

Norris ve Baird 352'si jinekolojik hastalardan oluşan 500 kişilik hasta grubunun % 60'ının anksiyöz olduğunu bildirmiştir. Ramsey 382 hastada yaptığı çalışmada anksiyöz hasta oranını % 73 olarak bildirmiştir. Domar ve arkadaşlarının¹³ % 57'sini jinekolojik hastaların oluşturduğu 523 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada STAI ölçeğine göre ortalama anksiyete skorunu 45 olarak bildirmişlerdir²⁵. Gönüllü ve arkadaşları da 83 hastada preoperatif anksiyete düzeyini araştırmak amacı ile yaptıkları çalışmada cerrahiden iki gün önce hastalara STAI uygulamışlar ve ölçülen anksiyete değerini 40,76 olarak tespit etmişlerdir⁶. Biz çalışmamızda hastaların preoperatif STAI-I puan ortalamasını kadınlarda 46.80, erkeklerde 39.54 olarak saptadık ve bizim örnekleminizdeki anksiyete değerlerinin daha önce yapılan çalışmalarda bildirilen anksiyete düzeyleri ile paralellik gösterdiğini gördük.

Yaşın preoperatif anksiyete düzeyleri ile ilişkisi konusunda literatürde çelişkili sonuçlar vardır. Daha önceki çalışmalarda ileri yaştaki hastalarda preoperatif anksiyete düzeyi daha düşük olarak bildirilmiştir^{58,59}. Shevde ve Panagopoulos yaşlı hastalarda endişe düzeyinin daha düşük olduğunu belirtmişlerdir¹. Ramsey çalışmasında anksiyete oranlarını 13-21 yaş grubunda % 61, 22-41 yaş grubunda % 84, 42-60 yaş grubunda % 80, 62-82 yaş grubunda % 57 olarak bildirmiş, orta yaş grubunda anksiyete oranının yüksek olmasını bu yaşlardaki hastaların ailelerine karşı sorumluluklarının fazla oluşuna bağlamıştır. Norris ve Baird 30 yaş altındaki hastaların anksiyete oranlarının, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Birçok çalışmada da yaşın anksiyete derecesini etkilemediği bildirilmiştir^{4,25,39}. Jennings ve Muhlenkamp'ın yaptığı çalışmada yaş etkisi gösterilememiştir. Benzer olarak çalışmamızda yaş ile anksiyete düzeyleri arasında bir ilişki olmadığı saptandı.

Birçok çalışmada kadınlarda anksiyete düzeyinin erkeklere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir^{25,39}. Epidemiyolojik açıdan bakıldığında depresyon ve anksiyete bozukluklarının genel olarak kadınlarda erkeklere göre daha sık olması bu bulguları destekler niteliktedir. Badner ve arkadaşları bu farklılığı, kadınlarda ailelerinden ayrılmaya bağlı anksiyetenin daha yüksek olmasına bağlarken, Shevde ve Panagopoulos ile Domar ve arkadaşları kadınların endişelerini erkeklerden daha rahat ifade edebilmelerini etken olarak göstermişlerdir^{4,25}. 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 erkeklerin daha iyi olduklarını göstermek amacıyla duygularını tam olarak ifade etmemeleri olabilir. Çalışmamızda preoperatif dönemde kadınların erkeklere göre anksiyete düzeylerinin istatistiksel olarak daha fazla olduğu saptandı. Bu farkın toplumumuzda erkeklerin duygu dışavurumunun daha kısıtlı olması ve duygusal yakınmalarını daha az ifade etmeleri ile ilişkili olabileceği düşünüldü.

Bazı çalışmalarda artan eğitim düzeyi ile birlikte anksiyetenin de arttığı bildirilirken, bazı çalışmalarda eğitim durumunun anksiyete derecesini etkilemediği bildirilmiştir^{25,59}. Caumo ve ark. tarafından 12 yıldan uzun eğitim almış kişilerde preoperatif anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda eğitim düzeyi ile anksiyete arasında bir ilişki olmadığı saptandı. İlkokul mezunu grupta anksiyete düzeyi en düşük, yüksek okul mezunu grupta en yüksek olmakla birlikte bu

fark istatistiksel anlamlılık düzeyinde değildi.

Genel olarak tümör cerrahisi veya organ kaybıyla sonuçlanacak operasyonlarda hastaların anksiyetelerinin daha yüksek olduğu kabul edilmektedir⁷. Norris ve Baird Plastik Cerrahi ve Jinekoloji hastalarında anksiyete görülme oranının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Başka bir çalışmada da majör cerrahi planlanan hastalarda anksiyete düzeyinin, minör cerrahi uygulananlardan yüksek olduğu gösterilmiş ve operasyon türünün preoperatif emosyonel durum üzerinde etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Bazı çalışmalarda ise operasyon türünün anksiyete düzeyini etkilemediği bildirilmiştir^{4,25}. Bizim çalışmamızda operasyon türü ile anksiyete arasında istatistiksel anlamlılığı olan bir ilişki saptanmamıştır. Çalışmamızda operasyon türü ve anksiyete arasındaki ilişki cerrahi bölüm bazında değerlendirilmiştir ve örneklem grubunun küçük olması istatistiksel bir anlam çıkmamasında etkili olmuş olabilir. Bu konuyla ilgili olarak cerrahi tipi (minör cerrahi, major cerrahi, tümör cerrahisi, organ- doku kaybıyla sonuçlanacak cerrahi vb.) ile anksiyete düzeyleri arasında daha doğru ve geçerli bulgular saptanabileceği söylenebilir. Cerrahi bölüm hastaları arasında farklılık olup olmadığının daha çok katılımlı anketlerle daha sağlıklı bir şekilde belirleneceğini düşünmekteyiz.

Yapılan 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 postoperatif ağrı olarak bildirilmiştir. Shevde ve Panagopoulos'un çalışmasında ise anesteziye bağlı endişe nedenleri % 45 ile anesteziğin bilgi yetersizliği, % 43 ile anesteziğin deneyim eksikliği, % 37 ile uyanamamak ve % 34 ile postoperatif ağrı olarak rapor edilmiştir⁵⁹. Chew ve arkadaşları en çok endişe duyulan nedenleri, ağrı (% 39,4) ve ameliyat sonrası uyanamamak (% 18,9) olarak bildirirken, başka bir çalışmada, (22) en çok endişe duyulan nedenler, ameliyat sırasında uyanmak (% 51,8), ameliyat sonrasında uyanamamak (% 43,4) ve ağrı (% 38) olarak bildirilmiştir^{56,27}. Ülkemizde yapılan çalışmalarda anesteziye bağlı endişe nedenlerini, Ceyhan ve arkadaşları ölüm korkusu (%30,6), ameliyat sırasında ağrı (% 22,6) ve uyuyamamak (% 2) olarak, Şekerci ve arkadaşları da, ameliyat sonrası uyanamamak (% 51,9), herhangi bir aksilik olması (% 22,1), ameliyat sırasında ağrı duymak (% 3,8) ve anesteziğin tecrübesizliği (% 7,8) olarak bildirmişlerdir²⁸. Başka bir çalışmada, en çok endişe duyulan neden ameliyat sonrası uyanamamaktır (3,61±6,50), bunu postoperatif dönemde ağrı (3,40±6,20), ameliyat sırasında uyanma (3,14±6,9) ve

yoğun bakımda kalmak ($3,10 \pm 7,2$) izliyordu. Birçok çalışmada en sık endişe nedeni ameliyat sonrası uyanmamak olarak bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda 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 saptandı. Yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi alt gruplarında benzer şekilde birinci endişe nedeni ameliyat sonrası uyanmamak iken, ikinci endişe nedeni ameliyat sonrası ağrı duymak olarak saptandı. Beyin cerrahisi dışındaki tüm gruplarda ameliyat sonrası uyanmamak birinci endişe nedeni iken, beyin cerrahi grubunda anesteziistin bilgi yetersizliği birinci endişe nedeniydi.

Bazı çalışmalarda preoperatif dönemde anksiyetesi düşük olan hastalarda iyileşmenin daha hızlı olduğu gösterilmiştir³. İyileşmenin daha hızlı olmasında hasta memnuniyetini arttıran bir faktör olarak değerlendirilebilir. Çalışmamızda memnuniyet ölçeği puanları ile preoperatif STAI-I puanları arasında negatif yönde düşük düzeyde ve memnuniyet ölçeği puanları ile postoperatif STAI-I puanları arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Yaş grubuna göre yapılan değerlendirmede benzer şekilde 30 yaş ve altı ile 31-60 yaş arası grupta yer alan hastaların memnuniyet puanları ile postoperatif STAI-I puanları arasında negatif yönde orta düzeyde, 61 yaş ve üzeri grupta yer alan hastaların ise memnuniyet ve postoperatif STAI-I puanları arasında negatif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Bu sonuçlara göre preoperatif kaygı düzeyi yüksek olan bireylerin memnuniyet düzeylerinin düşük olduğu, preoperatif kaygı düzeyleri düşük olan bireylerin ise memnuniyet düzeylerinin ise daha yüksek olduğu görülmektedir.

Erişkin hastalarda yüksek preoperatif anksiyetenin postoperatif ağrıyla arttırdığı, analjezik ve sedatif ilaç gereksinmesinde önemli bir artışa neden olduğu bildirilmiştir. Myles ve arkadaşlarının 10811 hastayla yaptıkları başka bir çalışmada ise orta ya da şiddetli ağrının düşük hasta memnuniyeti ile ilişkili olduğu bildirilmiştir⁶⁰. Yine Dexter ve arkadaşları ağrının düşük hasta memnuniyeti ile ilişkili olduğunu bildirdiler⁴⁷. Benzer şekilde çalışmamızda da hasta memnuniyeti ölçeğinin ağrı alt ölçeği puanları ile preoperatif STAI-I puanları arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bunun yanı sıra postoperatif STAI-I puanları ile yaş grupları arasında ise, 30 yaş ve altı grupta yer alan hastalar ve 31-60 yaş arası hastalar ile yine negatif yönde

düşük düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca 61 yaş ve üzeri grupta bulunan hastalarda ise ağrı alt ölçeği ve postoperatif STAI-I arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur.

6. SONUÇ

Bu çalışma ile cerrahi operasyon ve anestezi uygulamalarının hastalar için önemli bir stres faktörü olduğu anlaşılmaktadır. Preoperatif dönemde hastaların anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu ve anestezi ile ilgili, ameliyat sonrası uyanmamak, ameliyat sonrası ağrı ve yoğun bakımda kalmak gibi önemli endişeler yaşadıkları görülmektedir. Anksiyete düzeyleri yüksek olan hastaların, postoperatif dönemde anestezi memnuniyetinin düşük olduğu ve yetersiz ağrı kontrolünün hasta memnuniyetini olumsuz yönde etkilediği anlaşılmaktadır. Anestezide hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri belirlemeye ve sağlıklı ölçüm yöntemleri geliştirmeye yönelik araştırmalar gerekmektedir. Bu alanda yapılacak çalışmalar anestezi uygulamalarının kalitesini arttırmada açılım sağlayacaktır.

7. KAYNAKLAR

- ¹ **Boeke S, Jeletic M, Bonke B.** Preoperative anxiety variables as possible predictors of postoperative stay in hospital. *Br J Clin Psychol.* **1992**; 31-36.
- ² **Goldman L, Ogg TW, Levey AB.** Hypnosis and day case anaesthesia: a study to reduce preoperative anaesthetic requirement. *Anaesthesia.* **1988**; 43: 466- 469.
- ³ **Weis OF, Sriwatanakul K, Weintraub M et al.** Reduction of anxiety and postoperative analgesic requirements by audiovisual instruction. *Lancet.* **1983**; 1: 43.
- ⁴ **Badner NH, Nielson WR, Munk S et al.** Preoperative anxiety detection and contributing factors. *Can Anaesth.* **1990**; 37: 444- 447.
- ⁵ **Lichter LJ, Johanson CE, Mhoon D et al.** Preoperative anxiety, does anxiety level the afternoon before surgery predict anxiety level just before surgery? *Anesthesiology.* **1987**; 67: 595-599.
- ⁶ **Gönüllü M, Turan ED, Erdem LK ve ark.** Anestezi uygulanacak hastalarda anksiyete düzeyinin araştırılması. *Türk Anest ve Rean. Cem.* **1986**; 14: 110- 113.
- ⁷ **Mackenzie JW.** Daycase anaesthesia and anxiety: Astudy of anxiety profiles amongst patients attending a day bed unit. *Anaesthesia.* **1991**; 44: 437.
- ⁸ **Tükel R, Akın T.** *Anksiyete Bozuklukları.* Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, **2006**.
- ⁹ **Noyes R, Hoehn- Saric R.** *Anksiyete Bozuklukları*, Şar V(çeviri ed.). İstanbul: Medical & Paramedical Yayıncılık, **1998**.
- ¹⁰ **Stone MH.** *Healing the Mind: A history of psychiatry from antiquity to the present.* New York; W.W Norton & Company, **1997**.
- ¹¹ **Berrios GE.** *The History of Mental Symptoms.* Cambridge; Cambridge University Pres, **1996**.
- ¹² **Nutt D, Argyropoulos S, Forshall S.** *Generalized Anxiety Disorder: Diagnosis, treatment and its relationship to other anxiety disorders.* London; Martin Dunitz, **1998**.
- ¹³ **Öztürk MO.** *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* . 8. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, **2001**.
- ¹⁴ **Gençtan E.** *Psikanaliz ve Sonrası*. 10. Baskı, İstanbul: Metis Yayıncılık, **2004**.
- ¹⁵ **Yalom I.** *Varoluşçu psikoterapi.* İstanbul: Kabalcı Yayınevi, **2001**.

- ¹⁶ **Tükel R.** *Anksiyete Bozuklukları Tedavi Kılavuzu*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, **2004**; 285- 301.
- ¹⁷ **Marks IM.** *Fears, Phobias and Rituals*. New York: Oxford University Pres, **1987**.
- ¹⁸ **Akkoyun F.** *Danışma Psikolojisi Kuramları*. Ankara: Nobel Tıp Yayınevi, **1982**.
- ¹⁹ **Sadock BJ, Sadock VA.** *Kaplan & Sadoc's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 8. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, **2007**.
- ²⁰ **Güleç C, Köroğlu E.** *Psikiyatri Temel Kitabı*. 2. Baskı, Hekimler Yayın Birliği , Ankara: MedicoGraphics Matbaası, **2007**.
- ²¹ **Kubzansky LD, Kawachi I, Spiro A et al.** Is Worry Bad For Your Heart? *Circulation*. **1997**; 95(4): 818-814.
- ²² **Özkan S.** *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi*. İstanbul: **1993**; 175-183.
- ²³ **Voulgari A, Lykouras L, Papanikolaou M et al.** Influence of psychological and clinical factors on postoperative pain and narcotic consumption. *Anaesthesiology*. **1991**; 55: 191.
- ²⁴ **Arellano R, Cruise C, Chung F.** Timing of the anesthetist's preoperative outpatient interview. *Anesth Analg*. **1989**; 68: 645-648.
- ²⁵ **Domar AD, Everett LL, Keller.** Preoperative anxiety: Is predictable entity? *Anesth Analg*. **1989**; 69: 763-770.
- ²⁶ **Carabine UA, Milligan KR, Moore JA.** Adrenergic modulation of preoperative anxiety. *Anesth Analg*. **1991**; 73: 633-640.
- ²⁷ **Hume MA, Kennedy B, Asbury AJ.** Patient knowledge of anaesthesia and perioperative care. *Anaesthesia*. **1994**; 49: 715- 718.
- ²⁸ **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.
- ²⁹ **Miller RD.** *Anesthesia: Psychological Preparation and Preoperative Medication*. New York: **1990**; 895-928.
- ³⁰ **Engiz O.** *Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini*. 1. Bakı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, **1997**; 61-87.
- ³¹ **Lohr KN, Donaldson MS, Harris-Wehling J.** Medicare: a strategy for quality assurance. *Qual Rev Bull*. **1992**; 18: 120-126.

- 32 **Donabedian A.** The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. **1988**; 260: 1743-1748.
- 33 **Gill TM, Feinstein AP.** A critical appraisal of the quality-of-life measurements. *JAMA*. **1994**; 272: 619-626.
- 34 **Abbey A, Andrews FM.** Modelling the psychosocial determinants of life quality. *Soc Indicators Res*. **1985**; 16: 1-34.
- 35 **Pascoe G.** Patient satisfaction in primary health care. A literature review and analysis. *Evaluation Prog Planning*. **1983**; 6: 185-210.
- 36 **Westbrook ill.** Patient satisfaction. Methodological issues and research findings. *Aust Health Rev*. **1993**; 16: 75-88.
- 37 **Ward SE, Gordon D.** Application of the American Pain Society quality assurance standards. *Pain*. **1994**; 56: 299-306.
- 38 **Dodds CP, Harding W, Moore DG.** Anaesthesia in an Australian private hospital: the consumers' view. *Anaesth Intensive Care*. **1985**; 13: 325-329.
- 39 **Moerman N, van Dam FSAM, Oosting J.** Recollections of general anaesthesia: a survey of anaesthesiological practice. *Acta Anaesthesiol Scand*. **1992**; 36: 767-771.
- 40 **Myles PS, Hunt JO, Moloney JT.** Postoperative 'minor' complications. Comparison between men and women. *Anaesthesia*. **1997**; 52: 300-406.
- 41 **Tong D, Chung F, Wong D.** Predictive factors in global and anesthesia satisfaction in ambulatory surgical patients. *Anesthesiology*. **1997**; 87: 85-89.
- 42 **Pineault R, Contandriopoulos AP, Valoris M, et al.** Randomised clinical trial of one day surgery: patient satisfaction, clinical outcomes and costs. *Med Care*. **1985**; 23: 171-182.
- 43 **Donald Fund MD, FRCPC, MSc.** Measuring satisfaction and quality of anaesthesia care: the value of psychometric methodology. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. **2001**; 15(4): 541-554.
- 44 **Guyatt G, Mitchell A, Molloy DW.** Measuring patient and relative satisfaction with level or aggressiveness of care and involvement in care decisions in the context of life threatening illness. *Journal of Clinical Epidemiology*. **1995**; 10: 1215-1224.
- 45 **Meterko M, Rubin H, Ware JEJ.** Patient judgements of hospital quality questionnaire. *Medical Care*. **1990**; 9:1-S44.
- 46 **Guyatt G, Kirshner B, Jaeschke R.** Measuring health status: what are the necessary measurement properties? *Journal of Clinical Epidemiology*. **1992**; 45:1347-1351.

- 47 **Dexter F,Aker J,Wright J.** Development of a measure of patient satisfaction with monitored anesthesia care. *Anesthesiology*. **1997**;87:865–873.
- 48 **Williams B,Coyle J,Healy D.** The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. *Social Science Medicine*. **1998**;47:1351–1359.
- 49 **Brown DL,Warner ME,Schroeder D et al.** Effect on intra-operative anesthetic events on post-operative patient satisfaction. *Mayo Clinic Proceedings*. **1997**;72:20–25.
- 50 **Zvara DA,Nelson JM,Broker RF.** The importance of the postoperative anesthetic visit: do repeated visits improve patient satisfaction or physician recognition?. *Anesthesia and Analgesia*. **1996**;83:793–797.
- 51 **Klock PA,Roizen M.** More or better-educating patients about the anesthesiologist's role as peri-operative physician. *Anesthesia and Analgesia*. **1996**;83:671–672.
- 52 **Aydemir Ö, Köroğlu E.** *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*. Ankara: Hacettepe taş kitabevi, **2000**; 153-163.
- 53 **Myles PS, MB BS, MPH et all.** Development and Psychometric Testing of a Quality of Recovery Score After General Anesthesia and Surgery in Adults. *Anesth Analg*. **1999**; 88: 83-90.
- 54 **Myles PS, Weitkamp B, Jones K et all.** Validity and Reliability of a Postoperative quality of recovery score the QoR-40 . *Br J Anaesth*. **2000**; 84: 11-15.
- 55 **SPSS Inc.** *SPSS for Windows*. Version 11.0 , Chicago Inc., **2000**.
- 56 **Chew ST, Tan T, Tan TT.** A survey of patients knowledge of anaesthesia and perioperative care. *Singapore Med J*. **1998**; 39(9): 399-402.
- 57 **Moerman N, Van Dam FSAM, Muller MJ et al.** The Amsterdam preoperative anxiety and information scala. *Anasth Analg*. **1996**; 82: 445-451.
- 58 **Shafer A, Fish MP, Gregg KH et al.** Preoperative anxiety and fear: A comparison of assessments by patients and anesthesia and surgery residents. *Anesth Analg*. **1996**; 83: 1285-1291.
- 59 **Shevde K, Panagopoulos G.** A survey of 800 patients knowledge, attitudes and concerns regarding anesthesia. *Anesth Analg*. **1991**; 73: 190-198.
- 60 **Myles PS, Williams DL, Hendrata M et al.** Patient satisfaction after anaesthesia and surgery: results of a prospective survey of 10811 patients. *British Journal of anaesthesia*. **2000**; 84(1): 6-10.

8. EKLER

8.1 EK 1: Bigilendirme ve onay formu

8.2 EK 2: Sosyodemografik veri formu

8.3 EK 3: Anestezi ile ilgili endişe nedenleri formu

8.4 EK 4: QoR- 40 anket formu

Ç. Ü TIP FAKÜLTESİ ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI

Anestezi uygulanan hastalarda preoperatif anksiyete düzeyleri ve postoperatif hasta memnuniyetinin ölçümü çalışması.

BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU

Prof. Dr. Dilek Özcengiz İle Arş. Gör. Dr. Yasemin Turhan tarafından yürütülmekte olan bu araştırma, anestezi (narkoz) uygulanacak hastaların ameliyat öncesi kaygı düzeylerini ve ameliyat sonrası hasta memnuniyetini belirlemeyi amaçlamaktadır. Bu amaçla çalışmaya katılan hastalar memnuniyet anketi ile değerlendirilecektir.

Bu araştırmada hasta fiziksel ve ruhsal yönden zarar görmeyecektir. Zarar görmesi durumunda tedavisi tarafımızca sağlanacaktır.

Araştırma sonuçları bilimsel amaçla kullanılacak, kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Normal tedavi giderleri dışında size ve sosyal güvenlik kurumunuza ek mali yük oluşturmayacak bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Bu hakları kullanmanız tedavinizde bir aksamaya yol açmayacaktır. Ek bilgi talebiniz olursa sözlü olarak karşılanacaktır.

Bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız lütfen aşağıdaki bölüme adınız, soyadınızı yazıp tarih ve imza atınız.

**YUKARIDA BELİRTİLEN KOŞULLAR ÇERÇEVESİNDE
ÇALIŞMAYA KATILMAYI
KABUL EDİYORUM**

**ADI SOYADI
TARİH
İMZA**

EK-2

DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Adı-Soyadı :

Tarih :

Doğum tarihi :

Dosya no :

Cinsiyeti :

Eğitim durumu :

Meslek :

Adres :

Tel no :

Yattığı klinik :

Tanı :

Planlanan ameliyat tarihi :

ANESTEZİ İLE İLGİLİ ENDİŞE NEDENLERİ

Aşağıda anestezi uygulamaları ile ilgili olarak sıklıkla görülen 12 kaygı nedeni sıralanmıştır. Aşağıdaki seçeneklerden sizi en çok korkutan 1., 2. ve 3. durumu belirtilen kısma yazınız.

- a- Anestezistin bilgi yetersizliği
- b- Anestezistin deneyim eksikliği
- c- Ameliyat sonrası uyanmamak
- d- Ameliyat sonrası ağrı
- e- Anestezistin ameliyat odasında bulunmaması
- f- Ameliyat sırasında uyanmak
- g- Ameliyat sonrası bulantı- kusma
- h- Anestezistin tavırları
- i- Yoğun bakımda kalmak
- j- Ameliyat sonrası uzun süre uyumak
- k- İğne
- l- Personelin problem çıkarması

1-).....

2-).....

3-).....

QoR-40 ANKETİ (A)

Adı Soyadı:

Tarih:

Son 24 saatte kendinizi nasıl hissediyorsunuz?**Anestezi tipi: spinal (), genel ()****[1'den 5'e kadar: 1= hiçbir zaman (kötü) ve 5= her zaman (mükemmel)]**

Örnek: Eğer her zaman rahat nefes alabiliyorsanız, 5= her zaman seçeneğini yuvarlak içine alarak gösteriniz:

	<u>Hiçbir zaman</u>	<u>Bazen</u>	<u>Genellikle</u>	<u>Çoğu zaman</u>	<u>Her zaman</u>
Rahat nefes alabilme	1	2	3	4	5

	Hiçbir zaman	Bazen	Genelli kle	Çoğu zaman	Her zaman
<i>Konfor</i>					
Rahat nefes alabilme	1	2	3	4	5
İyi uyku uyuma	1	2	3	4	5
Yemekleri beğenme	1	2	3	4	5
Dinlenmiş hissetme	1	2	3	4	5
<i>Duygular</i>					
Genel olarak iyi olduğunu hissetme	1	2	3	4	5
Kendine hakim olma hissi	1	2	3	4	5
Konforlu hissetme	1	2	3	4	5

	Hiçbir zaman	Bazen	Genellikle	Çoğu zaman	Her zaman
Fiziksel bağımlılık					
Normal konuşma	1	2	3	4	5
Yıkabilme, diş fırçalayabilme, traş olabilme	1	2	3	4	5
Kendi dış görünüşü ile ilgilenebilme	1	2	3	4	5
Yazı yazabilme	1	2	3	4	5
Ev aktivitelerine ve işe dönebilme	1	2	3	4	5
Hasta desteği					
Hastane çalışanları ile iletişim kurabilme	1	2	3	4	5
Arkadaşları veya ailesiyle iletişim kurabilme	1	2	3	4	5
Doktorlardan destek alabilme	1	2	3	4	5
Hemşirelerden destek alabilme	1	2	3	4	5
Arkadaşları veya ailesinden destek alabilme	1	2	3	4	5
Eğitim ve açıklamaları anlayabilme	1	2	3	4	5

QoR-40 ANKETİ (B)

Adı Soyadı:

Tarih:

Son 24 saatte aşağıdakileri hiç hissettiniz mi?**[5'den 1'e kadar: 5= hiçbir zaman (mükemmel) ve 1= her zaman (kötü)]**

	Hiçbir zaman	Bazen	Genellikle	Çoğu zaman	Her zaman
<i>Konfor</i>					
Bulantı	5	4	3	2	1
Kusma	5	4	3	2	1
Öğürme	5	4	3	2	1
Yorgun hissetme	5	4	3	2	1
Titreme veya seğirme	5	4	3	2	1
Ürperme	5	4	3	2	1
Üşüme hissi	5	4	3	2	1
Baş dönmesi olması	5	4	3	2	1
<i>Duygular</i>					
Kötü rüya görme	5	4	3	2	1
Gergin hissetme	5	4	3	2	1
Öfkeli olma	5	4	3	2	1
Depresif hissetme (kederli)	5	4	3	2	1
Yalnız hissetme	5	4	3	2	1
Uykuya dalmada zorlanma	5	4	3	2	1

	Hiçbir zaman	Bazen	Genellikle	Çoğu zaman	Her zaman
<i>Hasta desteği</i>					
Bilinç bulanıklığı	5	4	3	2	1
<i>Ağrı</i>					
Orta dereceli ağrı	5	4	3	2	1
Şiddetli ağrı	5	4	3	2	1
Baş ağrısı	5	4	3	2	1
Kas ağrısı	5	4	3	2	1
Sırt ağrısı	5	4	3	2	1
Boğaz ağrısı	5	4	3	2	1
Ağız ağrısı	5	4	3	2	1

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Yasemin (Kaya) Turhan

Doğum Yeri,Tarihi : 31.03.1974 , Hatay

Medeni Hali : Evli, bir çocuk annesi

Adres : Toros Mah.Kasım Ener Bulvarı 56.Sok.
Berke Plaza Sitesi C Blok Kat:2 No:4
Seyhan/ADANA

Telefon : 0 322 2325986

E.mail : jasminturhan@gmail.com

Mezun Olduğu Fakülte,Yılı : Gaziantep Tıp Fakültesi,2000

Görev Yerleri : Nevşehir Ana Çocuk Sağlığı, Adana
Mithatpaşa Sağlık Ocağı

Dernek Üyelikleri : Türkiye Anestezi ve Reanimasyon Derneği

Yabancı Dil : İngilizce