



T.C.

DICLE ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI

**ELEKTİF CERRAHİ PLANLANAN KADIN HASTALARDA
SEZERYAN VE DİĞER ELEKTİF CERRAHİLER ARASINDA
PREOPERATİF ANKSİYETE KARŞILAŞTIRMASI**

UZMANLIK TEZİ

DR. DENİZ ELMATAŞ

DİYARBAKIR 2015



T.C.

DİCLE ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI

**ELEKTİF CERRAHİ PLANLANAN KADIN HASTALARDA
SEZERYAN VE DİĞER ELEKTİF CERRAHİLER ARASINDA
PREOPERATİF ANKSİYETE KARŞILAŞTIRMASI**

UZMANLIK TEZİ

DR. DENİZ ELMATAŞ

TEZ DANIŞMANI

YRD. DOÇ. DR. MAHİR KUYUMCU

DİYARBAKIR 2015

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim boyunca en iyi şekilde yetişmemi sağlayan, bilgi, beceri ve tecrübesi ile beni yönlendiren, her zaman bize olan desteğini yardımını hissettiren değerli hocam Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Gönül Ölmez Kavak'a,

Asistanlık hayatım boyunca ve tezimin her aşamasında hoşgörü ile bilgi ve yardımlarını esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Mahir Kuyumcu hocama ve eğitimim süresince değerli bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım sayın hocalarım Doç. Dr. Zeynep Baysal Yıldırım, Doç. Dr. Haktan Karaman, Doç. Dr. Orhan Tokgöz, Doç. Dr. Adnan Tüfek, Doç. Dr. Feyzi Çelik, Yrd. Doç. Dr. Mustafa Uğur Yüksel, Yrd. Doç. Dr. Abdulmenap Güzel hocalarıma,

Birlikte başladığımız ve bu güne kadar uyum, hoşgörü, samimiyet içinde çalıştığım kıdemdaşlarım Dr. Mehmet Şirin Yıldırım, Dr. Fikret Salık, Dr. Demet Şen Özen arkadaşlarıma,

Berber çalıştığım tüm asistan arkadaşlarım,

Berber hizmet verdiğim anestezi teknisyeni, ameliyathane ve yoğun bakım hemşire ve personeline,

Hiç bir zaman destek ve sevgilerini üzerimden esirgemeyen canım aileme,

Asistanlık hayatımın zorluklarını benimle paylaşan ve her zaman varlığını yanımda hissettiğim can dostum, hayat arkadaşım, eşim Narin Yar Elmastaş 'a teşekkür ederim.

Sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Dr. Deniz Elmastaş

Diyarbakır – 2015

ÖZET

ELEKTİF CERRAHİ PLANLANAN KADIN HASTALARDA SEZERYAN VE DİĞER ELEKTİF CERRAHİLER ARASINDA PREOPERATİF ANKSİYETE KARŞILAŞTIRMASI

Anesteziyoloji çalışmalarında anestezinin kalitesini belirlemek için anket çalışmaları eskiden beri yapılmaktadır; ancak bu çalışmalar yeterli sayıda ve detayda değildir. Bu nedenle bu çalışmayla elektif cerrahi planlanan kadın hastalarda sezeryan ve diğer cerrahi klinik hastalarının demografik özelliklerini tespit etmek, bunların anksiyete ve bilgi edinme düzeyi üzerine etkisini belirlemek, sezeryan hastaları ile diğer klinik cerrahi hastaları arasında anksiyete farkını araştırmayı istedik.

Anestezi polikliniğine müracaat eden hastalardan preoperatif dönemde anket formlarını doldurmaları istenmiştir. Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, çocuk sayısı gibi demografik bilgilerle planlanan operasyon türü, daha önceden anestezi ile karşılaştı mı? Bölgesel anesteziyi biliyor mu? sorularının sorulması planlandı. İkinci bölümde anestezi ve cerrahiye bağlı anksiyeteyi ve bilgi edinme isteğini ölçmek için Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) testi kullanılarak hastaların anksiyete düzeyinin ölçülmesi planlandı.

Çalışmamızın sonucunda; cerrahi operasyon ve anestezi uygulamalarının hastalar için önemli bir anksiyete faktörü olduğu, preoperatif dönemde hastaların kaygılarının yüksek olduğu, preoperatif anksiyete düzeyinin eğitim düzeyi yüksek olanlarda ve sezeryan hastalarında anlamlı olarak daha fazla olduğu saptandı.

Çalışma grubumuzda eğitim seviyesinin lisans ve lisansüstü olması, preoperatif anksiyetesi olan hastalar ve planlanan ameliyatın sezeryan oluşu bilgi edinme isteklerinde anlamlı olarak artmaya neden olduğu tespit edildi.

Anahtar Kelimeler: Anestezi, Preoperatif Anksiyete, Anket, APAIS

ABSTRACT

COMPARISON OF PREOPERATIVE ANXIETY BETWEEN CESAREAN SECTION AND OTHER ELECTIVE SURGERY IN WOMEN PATIENTS WHO SCHEDULED FOR ELECTIVE SURGERY

Surveys to determine the quality of anesthesia in anesthesiology work is being done for a long times; but these studies are not sufficient in number and detail. Therefore, with this study we wanted to determine the demographic characteristics of caesarean section and other clinical patients, determine the effects of these on anxiety and information level, investigate anxiety difference between elective surgery and cesarean section in female patients who scheduled for elective surgery.

Filling the questionnaire was asked from the patients who were admitted anesthesia clinic preoperatively. The questionnaire consists of two parts. In the first section It was planned to be asked the demographic data such as age, gender, education, marital status, number of children, and questions such as the type of operation planned for, you have previously met with anesthesia, do you know regional anesthesia? In the second section it was planned to use Amsterdam Preoprativ Anxiety and Information Scale (apais) to measure anesthesia and surgery-related anxiety level and information requests

As a result of our work; it was found that surgery and anesthesia is a major anxiety factor for patients, patients have high anxiety during preoperative period, preoperative anxiety level is significantly higher in high level of education and in cesarean patients.

In our study group, it was detected that undergraduate and graduate education level, patients with preoperative anxiety and because of scheduled surgery is caesarean section caused a significant increase of information requests

Keywords: anesthesia, preoperative Anxiety, the survey APAIS

İÇİNDEKİLER

SAYFA

TEŞEKKÜR.....	II
ÖZET.....	III
ABSTRACT.....	IV
İÇİNDEKİLER.....	V
TABLO LİSTESİ.....	VIII
KISALTMALAR.....	X
GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.GENEL BİLGİLER.....	2
1. Anksiyete.....	2
1.1. Anksiyetenin tanımı.....	2
1.2. Anksiyete kavramının tarihçesi.....	3
1.3. Anksiyeteyi Açıklayan Kuramlar.....	3
1.3.1. Psikoanalitik Kuram.....	3
1.3.2. Öğrenme Kuramı.....	4
1.3.3. Davranışçı ve Bilişsel Kuram.....	5
1.3.4. Varoluşçu Teori.....	6
1.3.5. Spilberger' in Anksiyete Kuramı.....	6
1.4 Anksiyeteyi Açıklayan Biyolojik Kuramlar.....	7
1.4.1 Otonom Sinir Sistemi.....	7
1.4.2 Nörotransmitterler.....	7
1.4.2.1. Norepinefrin (NE).....	8
1.4.2.2. Serotonin (5HT).....	9
1.4.2.3. GABA.....	9
1.4.2.4. Genetik Çalışmalar.....	9

1.4.2.5. Limbik Sistem.....	9
1.4.2.6. Serebral Korteks.....	10
2. PREOPERATİF ANKSİYETE.....	10
2.1. Preoperatif Anksiyete Nedenleri.....	11
2.1.1. Beden bütünlüğünün tehdidi endişesi.....	11
2.1.2 Yabancıdan korku.....	11
2.1.3. Ayrılma endişesi.....	11
2.1.4. Sevgi ve ilgi kaybı endişesi.....	11
2.1.5. Fonksiyon kaybına bağlı endişeler.....	11
2.1.6. Bedenini başkalarına teslim etme endişeleri.....	11
2.1.7. Suçluluk duyguları.....	12
2.1.8. Ağrı Korkusu.....	12
2.2. Anesteziyle İlgili Endişe Nedenleri.....	12
2.3. Anksiyetenin Sık Görüldüğü Cerrahi Türleri.....	13
2.3.1. Obstetri (sezeryan).....	13
2.3.2. Göğüs Kalp Damar Cerrahisi.....	14
2.3.3. Plastik Cerrahi.....	14
2.3.4. Beyin Cerrahisi.....	14
2.3.5. Baş-Boyun Cerrahisi.....	15
2.3.6. Endokrinolojik Cerrahi.....	15
2.3.7. Gastrointestinal Cerrahi.....	15
2.3.8. Ortopedi.....	15
2.3.9. Kanser Cerrahisi.....	15
2.3.10. Transplantasyon.....	16
2.3.11. Yanık.....	16
2.4. Preoperatif Anksiyete Ölçme Yöntemleri.....	18
2.4.1. APAIS Anketi.....	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
3.1. Araştırmanın Amacı.....	21
3.2. Araştırma Zamanı ve Yöntemi.....	21

3.3. Veri Toplama Araçları.....	21
3.3.1. APAIS.....	22
3.3.2. İstatistiksel İşlemler.....	23
4. BULGULAR.....	24
4.1. Demografik Özellikler.....	24
4.2. Demografik Özelliklerine Göre Anksiyete Ölçümüne ve Bilgi Edinme İsteğine Ait Bulgular.....	28
5.TARTIŞMA.....	45
6. SONUÇ.....	52
7. KAYNAKLAR.....	53



TABLO LİSTESİ

Tablo 1: APAIS Anketi.....	20
Tablo 2. Hastaların Demografik Özellikler.....	22
Tablo 3. APAIS Maddeleri.....	22
Tablo 4. Hastaların yaş aralıkları	24
Tablo 5. Hastaların Eğitim Durumu	24
Tablo 6. Hasta Gruplarının ASA Sınıflamasına Göre Dağılımları	25
Tablo 7. Hastaların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı	25
Tablo 8. Hastaların Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı	26
Tablo 9. Hastaların Ameliyat Olacakları Bölüme Göre Dağılımı.....	26
Tablo 10. Sezeryan ve Diğer Cerrahi Klinik Hastalarının Dağılımı	27
Tablo 11. Hastaların Anestezi ile Karşılaşmalarına Göre Dağılımı	27
Tablo 12. Hastaların Rejyonel Anestezi ile İlgili Bilgi Sahibi Olma Durumları.....	27
Tablo 13. Hastaların Rejyonel Anesteziye Dair Endişe Dağılımları	28
Tablo 14. Yaş Guruplarına Göre Anksiyete Değerleri.....	28
Tablo 15. Yaş Guruplarına Göre Bilgi Edinme Değerleri	29
Tablo 16. Medeni Duruma Göre Anksiyete Değerleri	30
Tablo 17. Medeni Duruma Göre Bilgi Edinme Değerleri	30
Tablo 18. Eğitim Durumuna Göre Anksiyete Değerleri	31
Tablo 19. Eğitim Durumuna Göre Bilgi Edinme Düzeyi	32
Tablo 20. ASA Skoru ile Anksiyete Arasındaki İlişki	33
Tablo 21. ASA Skoru ile Bilgi Edinme İsteği Arasındaki İlişki	34
Tablo 22. Çocuk Sayısına Göre Anksiyete Değerleri	35
Tablo 23. Çocuk Sayısına Göre Bilgi Edinme İsteği Değerleri	36
Tablo 24. Genel Anestezi ile Karşılaşma Durumlarına Göre Anksiyete Değerleri	37

Tablo 25. Genel Anestezi İle Karşılaşma Durumlarına Göre Bilgi Edinme İsteği Değerleri	38
Tablo 26. Rejyonel Anesteziyi Bilip Bilmeme Durumlarına Göre Anksiyete Değerleri	39
Tablo 27. Rejyonel Anesteziyi Bilip Bilmeme Durumlarına Göre Bilgi Edinme İstek Değerleri	40
Tablo 28. Preoperatif Anksiyete ile Bilgi Edinme İsteği Arasındaki ilişki.....	41
Tablo 29. Sezeryan ve Diğer Cerrahi Klinik Hastalar Arasındaki Anksiyete İlişkisi	42
Tablo 30. Sezeryan ve Diğer Cerrahi Klinik Hastalar Arasındaki Bilgi Edinme İstek Değerlerinin Karşılaştırılması	43
Tablo 31. Yaş Gruplarına Göre Sezeryan ve Diğer Cerrahi Kliniklerin Anksiyete Karşılaştırması	44

KISALTMALAR

KBB : Kulak Burun Boğaz Hastalıkları

KVC : Kardiyolojik Cerrahi

ÖLÇ : Ölçüm

BIS : Behavioural inhibition system

MSS : Merkezi Sinir Sistemi

5HT : Serotonin

NE : Norepinefrin

GABA : Gama-aminobutirik asit

ÖRN : Örnek

BOS : Beyin omurilik sıvısı

NDMA : 3,4-metilen dioksine amfetamin

ASA : Amerikan Anesteziyoloji Derneği

ANOVA : Analysis Of Variance

APAİS : Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve İnfomasyon Skalası

HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale

STAI : State-Trait Anxiety Inventory

MAACL : Multiple Affect Adjective List

GİRİŞ VE AMAÇ

Preoperatif değerlendirme, hastanın fizik ve psikolojik durumunun belirlenmesi, farmakolojik ve terapotik 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 cerrahiye, anesteziyi ve postoperatif iyileşmeyi olumsuz etkiler (1,2,3). Cerrahi girişim uygulanacak hastalarda genel olarak anestezi kaygısı, ölüme ilişkin endişeler, özürlü olacağı endişesi, ağrıdan korkma, bedeni üzerinde denetimini kaybedeceği endişesi, cinsel yeterliliğin kaybı korkusu, çalışabilirliğini kaybedeceği endişelerine yol açmaktadır. Preoperatif dönemde hastaların % 60-80'inin anksiyöz olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (4,5).

Anksiyete düzeyi: kadınlarda erkeklere göre ailesi ve arkadaşları tarafından ameliyata getirilen hastaların yalnız gelenlere göre kardiyak ve vertebra cerrahisi uygulanacak hastaların diğerlerine göre, gençlerin yaşlılara göre ve kötü anestezi deneyimi olanların olmayanlara göre yapılan çalışmalarda daha fazla bulunmuştur (6,7). Anksiyöz hastalar anestezi indüksiyonu sırasında daha yüksek doz anestezik ilaca ihtiyaç duyarlar (8). Yapılan bazı çalışmalarda preoperatif dönemde detaylı bilgilendirilen hastaların preoperatif ve postoperatif anksiyete düzeylerinin ve postoperatif ağrının daha düşük olduğu, iyileşmenin daha hızlı olduğu bildirilmiştir (9).

Anesteziyoloji araştırmalarında preoperatif anksiyete düzeyini belirlemek ve anestezinin kalitesini arttırmak için anket araştırmalarını kullanmak yeni bir teknik değildir. Otuz yıldan fazla süredir araştırmacılar hastalara bir veya iki soru kullanarak memnuniyet oranlarını ve yan etkilerin (ağrı, baş dönmesi, kusma) olup olmadığı ve ciddiyetini sorguladıkları anket araştırma sonuçlarını bildirmişlerdir. Bu çalışmalar, hastaların ortaya çıkabilecek ihtiyaçları, beklentileri ve algılamaları ile ilgili bilgi sağlamaları açısından önemlidir.

Bu çalışmadaki amacımız hastaların demografik özelliklerinin dağılımını tespit etmek ve planlanan ameliyatın anksiyete ve bilgi edinme düzeyi üzerine etkilerini belirlemektir.

1.GENEL BİLGİLER

1. Anksiyete

1.1. Anksiyete Tanımı:

Türkçede iç sıkıntısı, kaygı, bunaltı gibi sözcüklerle anlatılmaya çalışılan anksiyete, özetle yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan, rahatsız edici bir endişe ve korku duygusudur. İçsel ya da dış dünyadan kaynaklanan bir tehlike, tehlike olasılığı ya da kişi tarafından tehlikeli olarak algılanıp yorumlanan herhangi bir durum karşısında yaşanan bir duygu durumudur (10).

İnsanoğlunun varoluşundan bu yana varlığı kabul edilen anksiyetenin genel bir amacı vardır. Başlangıçta bu amaç insanı çevresinden gelecek tehlikelere karşı korumaya yönelik iken çağımızda anksiyete canlılığın, yaşamla mücadele etmenin, yeni şeyler keşfetme ve yaratabilmenin, rekabet ortamında daha olumlu işler yapabilmenin ve kendini kabul ettirebilmenin bir gereği olarak yaşanmaktadır. Anlaşılabacağı üzere anksiyete; bireyin kendi varlığına yönelik çeşitli yıkıcı, bozucu durumlara karşı bir tepkisidir. Anksiyetenin bu olumlu özelliği yanında patolojik boyutlara varmasıyla zararlı tarafları da vardır (11).

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 olduğu bir çok kaynak tarafından belirtilmiştir (11). Kişi belli bir tehlike algıladığında ya da öngördüğünde beyin sinir sisteminin otonom sinir sistemi bölümüne mesaj gönderir. Otonom sinir sistemi sempatik sinir sistemi ve parasempatik sinir sistemi olarak iki alt bölümden oluşmaktadır. Sempatik sinir sistemi vücudun enerjisini arttıran ve harekete hazırlayan kaçma savaşıma tepkisinden sorumlu iken; 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 ve bağırsak hareketleri hızlanır. Tükürük salgısı azalır, ağız kuruluğu gelişir. Kan şekeri yükselir. Göz bebekleri genişler. Çizgili kasların gerginliği artar. Titreme olur. Dişler ve yumruklar sıkılır. Terleme olur. Derinin direnci artar. Bütün bu değişmeler, merkezi sinir sisteminde adrenalin ve ona benzer başka kimyasal ileticilerin kan

düzeşinin arttığını göstermektedir. Bu yükselişin oluşturduğu değişmelerin kişi tarafından hissedilmesi kaygıyı yaratmaktadır (11).

1.2. Anksiyete Kavramının Tarihçesi:

Anksiyete kavramı karşımıza ilk olarak milattan önce 3000' lerde yazılmış olan Gılgamış destanında çıkmıştır. Bu destanda Gılgamış, kendi ölümsüzlüğü ile ilgili endişelerini dile getirmektedir. Onyedinci yüzyılda dil bilimciler tarafından paroksizmal olarak ortaya çıkan şiddetli huzursuzluk, yerinde duramama ve endişe durumları için farklı terimler kullanılmıştır. Benzer durumlar için, Fransızlar “*angoisse*”, Almanlar “*Angst*” ve İspanyollar ise “*angustia*” sözcüklerini kullanmışlardır (12). Onyedinci yüzyılın ortalarında Otto Domrich tıbbi psikoloji alanında ilk kez “anksiyete atakları”ndan söz etmiştir. Bu kavram, Fransız devriminin ardından ortaya çıkan nörosirkülatuvar nevrasteni, asker kalbi, hiperventilasyon sendromu gibi tanımların yerine geçmiştir. 1847'de Feuchtersleben, ilk kez organik hastalıkların neden olduğu anksiyete belirtilerini gözlemlemiş; 1866'da Morel, otonomik sinir sistemindeki değişikliklerin emosyonel belirtilere yol açtığından söz etmiştir (13).

Freud, 1894'te 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 sürmüştür (14).

1.3. Anksiyeteyi Açıklayan Kuramlar:

1.3.1. Psikoanalitik Kuram:

Psikoanalitik kuram denilince, zihinsel işleyiş ve bunun insanda gelişimi ile ilgili bir varsayımlar topluluğu akla gelmeli. Ego psikolojisi (Hartmann), nesne ilişkileri ve kendilik psikolojisi konusundaki derinleşmelerle psikoanalitik kuram bugün değişmelere uğramıştır. Freud'un insan sorunlarının oluşumunda cinselliğe verdiği önem ve bu görüşlerin dinsel inançlarla çatışıyor olması, diğer yandan gelişim kuramında kültür farklılıklarına yeterince önem vermemiş olması önceleri Freud'la çalışmaya başlayan Carl Gustav Jung, Alfred Adler, Otto Rank ve Karen Horney'in ondan ayrılmalarına neden olmuştur. Adler, insanoğlunun temel sorununu, doğuştan var olan bir aşağılık hissine karşı, bir kudret ile çekişme olarak görmüş. Ona göre nevrozun

esası, kişilerin karakter yapısı ve ego dürtüleri ile ilgili sorunlardan meydana gelmektedir (15).

Psikoanilitik teorinin gelişiminde anksiyete temel bir öneme sahiptir. Anksiyete Freud tarafından, bastırılmış düşünce ve dürtülerden kaynaklanan endişe ve korku duygusu olarak tanımlanmıştır (15). Aynı zamanda kişiyi altüst eden panik gibidir, fiziksel belirtilerle kendini gösteren bir durum olarak da belirtilmiştir (15). Bedensel belirtilerle ortaya çıkan anksiyetenin birikmiş ve boşalamamış, gemlenmiş 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 belirtmiş ve psikonevrozlardan ayırmıştır (15). “Ketlenmeler, Belirtiler ve Anksiyete” başlıklı makalesinde anksiyete, “sinyalanksiyete” terimiyle psikolojik temele oturtmuştur. Bu durumda anksiyete bir benlik (ego) duygulanımıdır; yani üstbenliğin (süper ego) ahlaki ve etik kurallarına aykırı olan cinsel ve saldırganca dürtülere benliğin bir yanıtı olarak kabul edilmiştir (15).

Adler, anksiyetenin nedeni olarak aşağılık duyguları üzerinde durmuştur. 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 hissettiği zaman anksiyete duymaya başlar (16).

1.3.2. Öğrenme Kuramı:

Korku ve anksiyetenin koşullanma aracılığı ile öğrenilmesi sürecinin temelleri Pavlov’a kadar gider (17). Klasik uyarın-tepki kuramında, yansız uyarın başka bir değişle doğal olarak korkutucu olmayan uyarın (koşullu uyarın), doğal olarak korkutucu bir uyarınla (koşulsuz uyarın) eşleştirildiğinde; koşullu uyarın yansız olma özelliğini kaybederek itici-korkutucu bir uyarın (koşullu uyarın) özelliği kazanmaktadır. Klasik koşullanma ilkelerine göre özünde korkutucu olmayan her türlü yansız uyarının (basit veya karmaşık) korkutucu bir uyarınla eşleştirilerek yansız olma özelliğini kaybedip, itici-anksiyete uyandırıcı bir özellik kazanabileceği belirtilmiştir (17). Koşullanma, koşullu uyarın ancak hemen ardından gelen koşulsuz uyarın hakkında bilgi verdiği müddetçe devam eder (17).

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 sağlanmaktadır (18).

1.3.3. Davranışçı ve Bilişsel Kuram:

Davranışçı kuram öğrenme kuramları üzerine kurulmuş yaklaşımdır. 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 geliştirilmiştir (16). Bilişsel kavramların “anormal psikoloji” içine girmesi anksiyetenin daha iyi anlaşılmasını sağlamıştır. Olayların ne biçimde yorumlandığı ve algılandığı, duygularımızı belirler. Duygularımızı tetikleyen olayların kendisinden çok, onlara verilen anlam olmaktadır (16).

Watson, uyarılara karşı verilen öğrenilmemiş duygusal tepkilerin başlangıçta üç tipi olduğunu ifade etmiştir. Bu tepkiler korku, öfke ve sevgidir. Bu duygusal tepkiler koşullanmamış tepkiler olarak görülebilirler (19).

Watson ve Raynor 11 aylık Albert adlı bir çocukta bir dizi deney yapmışlardır (19). 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 nesnelere gösterildiğinde daha zayıf olmakla birlikte koşullanmış korku tepkisinin transfer edildiği görülmüştür. Otuz bir gün sonra benzer tepkiler azalmakla birlikte devam ettiği görülmüştür. Psikopatolojideki birçok fobinin büyük olasılıkla koşullanmış tepkilerin doğrudan veya transfer edilen tipleri oldukları düşünülmektedir (19).

Bilişsel kuramlar, korkunun kazanılmasında öğrenme kurumlarının ve koşullanmanın önemini kabul etmekle birlikte, en önemli vurguyu ister koşullu ister koşulsuz olsun bireyin olayla ilgili yorumlarına yapmışlardır. Daha da önemlisi, bilişsel

kurama göre anksiyete tepkisinin devam etmesi değiştirilmemiş ya da ortadan kaldırılmamış çeşitli bilişsel hataların halen devam ediyor olmasıyla alakalıdır. “Temel/kritik/anahtar ya da sorumlu biliş” olarak bilinen bu bilişsel hatalar pek çok anksiyete bozukluğunun devamından sorumlu olmaktadır (19).

1.3.4. Varoluşçu Teori:

Varoluşçu teoriler daha çok yaygın anksiyete bozukluğunun etiyolojisini açıklamak üzere öne sürülmüşlerdir (20).

Varoluşçu görüş farklı türde bir temel çatışmayı vurgulamaktadır: ne bastırılmış içgüdüsel çekişmelerle ne de içselleştirilmiş önemli yetişkinlerle olan çatışmayı önemsemektedir, onun yerine bireyin var olmanın getirileriyle yüzleşmesinden kaynaklanan çatışma üzerinde durmaktadır (20). Bireyin aşağıda sıralanmış hayat gerçeklerinden biriyle karşı karşıya kalması varoluşçu dinamik çatışmanın içeriğini oluşturmaktadır. Buna göre, kişi yaşamın anlamsızlığının farkına varmakta ve bu anlamsızlık gerçek ölüm korkusundan bile daha rahatsız edici olmaktadır. İşte kişide varoluşun anlamsızlığına tepki olarak anksiyete ortaya çıkmaktadır. Varoluşçu kuramda anksiyetenin en önemli nedenleri ölüm, özgürlük, yalıtım ve anlamsızlıktır. Böylelikle “varoluşçu psikodinamikler” bu dört getiriye, bu nihai kaygılara ve her birinin neden olduğu bilinçli ve bilinçdışı korku ve güdülere gönderme yapmaktadır. Dinamik varoluşçu yaklaşım Freud tarafından ana hatları çizilen temel dinamik yapıyı korumakta, fakat içeriği temelden değiştirmektedir (20).

1.3.5. Spilberger' in Anksiyete Kuramı:

Anksiyete insanın temel duygularından biri olarak kabul edilebilir. Hepimiz tehlikeli gördüğümüz durumlarda endişe duyarız. Tehlikeli koşulların oluşturduğu bu kaygı türü genellikle her bireyin yaşadığı geçici, duruma bağlı bir kaygı oluşturmaktadır. Buna "Durumluk Kaygı" denir. Durumluk Kaygı (*State*), bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği subjektif korkudur. Fizyolojik olarak otonom sinir sisteminin uyarılması sonucunda terleme, sararma, kızarma, titreme gibi fiziksel değişiklikler bireyin gerilim ve huzursuzluk duygularının belirteçleridir. Stresin yoğun olduğu zamanlar durumluk kaygı seviyesinde yükselme, stres ortadan kalkınca düşme görülür (21,22).

Bazı insanlar sürekli olarak huzursuzluk içinde yaşar. Doğrudan doğruya çevreden gelen tehlikelere bağlı olmayan bu kaygı türü içten kaynaklanır. Öz

değerlerinin tehdit edildiğini zannetmesi ya da içinde bulunduğu durumları stresli olarak yorumlaması sonucu birey kaygı duyar. Buna da "Sürekli Kaygı" denir. Sürekli kaygı (*Trait*), bireyin kaygı yaşantısına olan yatkınlığıdır. Objektif kriterlere göre nötr olan durumların birey tarafından tehlikeli ve özünü tehdit edici olarak algılanması sonucu oluşan hoşnutsuzluk ve mutsuzluk duygusudur. Bu tür kaygı seviyesi yüksek bireylerin kolaylıkla incindikleri ve karamsarlığa kapıldıkları görülür. Bu bireyler durumluk kaygıyı da daha sık ve yoğun yaşarlar (21,22).

1.4 Anksiyeteyi Açıklayan Biyolojik Kuramlar

Anksiyete hakkındaki biyolojik kuramlar, anksiyetenin hayvan modellerindeki prelinik çalışmaları, biyolojik faktörlerin araştırıldığı hasta çalışmaları, temel nörolojik bilimlere 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 görüşler ise biyolojik olayların psikolojik çatışmalara öncülük ettiğini kabul ederler (23).

1.4.1 Otonom Sinir Sistemi:

Otonom sinir sisteminin uyarılması kardiyovasküler, kaslar, gastrointestinal ve solunum sisteminde belli belirtilere neden olur. Anksiyetenin bu çevresel belirtileri ne anksiyete bozukluğuna özeldir, ne de anksiyetenin deneyimi ile birlikteliği gereklidir. 20. yy'ın ilk üçte birinde, Walter Cannon havlayan köpeklere maruz kalan kedilerin, adrenal epinefrin salınımı ile birlikte olan korkunun davranışçı ve fizyolojik işaretlerini gösterdiklerini ortaya koymuştur (23). 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 (23).

1.4.2 Nörotransmitterler:

Nörotransmitterlerin anksiyete oluşumundaki rolü üzerine yapılan çalışmalarda, gama aminobutyric asit (GABA), norepinefrin, serotonin üzerinde en çok durulan

nörotransmitterler olarak görülmektedirler (24). Noradrenerjik sistemin ana hücreleri pontadaki locus ceruleus bölgesinde yer almaktadır. Hayvan deneylerinde bu bölgenin uyarılması ile korku semptomlarının oluştuğu, bu bölgenin çıkarıldığı hayvanlarda ise korku tepkisinin ortadan kalktığı görülmüştür. Anksiyete bozukluğu olan hastaların serebrospinal dolaşımında ve idrarlarında noradrenalin metabolit düzeyinin yüksek bulunması, noradrenalinin anksiyete bozukluklarında önemli rol oynadığını düşündüren veriler olarak dikkat çekmektedir (24).

Buspiron (5-HT_{1A} reseptör agonisti) ve birtakım antidepresanlar gibi serotonin üzerinden etki gösteren ilaçların anksiyete bozukluklarının tedavisinde faydalı olması, anksiyete bozukluklarında serotoninin de rol oynadığını düşündürmektedir (24).

Benzodiazepinlerin anksiyete giderici etkinliği tartışmasız kabul edilen bir gerçektir. Benzodiazepinlerin GABA düzeyini artırarak etki etmesi (GABA-A reseptörleri), anksiyete bozukluklarında GABA'nın da rol oynadığını ortaya koymaktadır (24).

1.4.2.1. Norepinefrin (NE):

Norepinefrin (kısaca NE), hormon ya da nörotransmitter olarak görev yapan bir katekolamindir (25). Norepinefrin, dopamin β -hidroksilaz enzimi tarafından dopaminden sentezlenir. Böbreküstü bezlerinin medulla kısmından kana hormon olarak salınır. Ayrıca noradrenerjik nöronlardan salındığında merkezi sinir sistemi ve sempatik sinir sisteminde de bir nörotransmitter olarak görev yapar. Norepinefrin, adrenerjik reseptörlere bağlanarak etkilerini gösterir. Norepinefrin, beyin dikkat ve çevreye yanıt verme ile ilgili bölümlerini etkiler. Epinefrin ile birlikte norepinefrin, kalp atım hızını, depolardan glikoz salınımını ve iskelet kaslarına giden kan akımını artırarak "kaç ya da savaş" (fight or flight) yanıtının temelini oluşturur (25).

Anksiyetede NE rolünden bahseden genel kurama göre etkilenen hastaların zaman zaman aktivite patlamaları ile seyreden, noradrenarjik sistem regülasyon sorunları olabilmektedir (25). Noradrenarjik sistemin hücre gövdeleri birincil olarak rostral ponsta lokus seruleusta yerleşmişlerdir ve aksonları serebral korteks, limbik sistem, beyin sapı ve spinal korda yerleşmişlerdir. Maymunlar üzerinde yapılan çalışmalarda locus seruleusta uyarılmanın hayvanlarda korku yanıtına neden olduğu ve

aynı alanın yakılmasının hayvanların korku yanıtı oluşturmasını inhibe ettiği ya da tamamen bloke ettiği bildirilmiştir (25).

Yapılan insan çalışmalarında panik bozukluğu olan hastalarda β -adrenerjik agonistlerin ve alfa-2 adrenerjik antagonistlerin panik atakların sıklığını ve şiddetini proveke ettiği bildirilmiştir (25). Aksine, alfa-2 adrenerjik agonistlerin bazı deneysel çalışmalarda anksiyete semptomlarını azatlığı gösterilmiştir. 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 saptanmıştır (25).

1.4.2.2. Serotonin (5HT):

Çeşitli serotonin reseptör tiplerinin tanımlanması, anksiyete patogenezinde serotonin rolü konusunda araştırmaları hızlandırmıştır. Bu ilişki ilk olarak serotonerjik antidepresan ilaçların bazı anksiyete bozukluklarında terapatik etkilerinin gözlemlenmesinden sonra oluşmuştur. Bir serotonerjik tip 1a reseptör agonisti olan buspironun anksiyete bozukluklarındaki etkinliği de anksiyete ile serotonin arasındaki ilişki olasılığını gösterir (25). 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 (25).

1.4.2.3. GABA:

Anksiyete bozukluklarında GABA'nın rolü, bazı anksiyete bozukluklarının tedavisinde GABA-A reseptörleri üzerinden GABA etkisini arttıran benzodiazepinlerin tartışılmaz etkinliği ile güçlü şekilde desteklenmektedir (25).

1.4.2.4. Genetik alışmalar:

Panik bozukluğu olan hastaların hemen hemen yarısında 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 olabileceği bildirilmiştir (25).

1.4.2.5. Limbik Sistem:

Noradrenerjik ve serotonerjik innervasyon alanının yanı sıra, limbik sistem yüksek yoğunlukta GABA-A reseptörü içermektedir. 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 rol aldığı düşünülmektedir (25).

1.4.2.6. Serebral Korteks:

Frontal serebral korteks parahipokampal bölge, singulat girus ve hipotalamus ile bağlantılıdır, o nedenle anksiyete oluşumunda rol oynayabilir. Temporal kortekste anksiyetenin patofizyolojik alanı olarak görülmektedir. (25).

2. PREOPERATİF ANKSİYETE

Ameliyat, fizyolojik olduğu kadar psikolojik olarak da hastayı tehdit eden bir deneyimdir (26). Hasta ameliyat olacağını bildiği için ve sonrasını bilmediği için korkar ve anksiyete duyar (27). Bireye anksiyete ve korku yaşatan ameliyat öncesi dönem, bireyin yaşamında yer alan bir kriz dönemidir (28).

Ameliyat, hastada hastalığından kurtulma beklentisi yanında psikolojik açıdan kendi bedenini denetleyemeyeceği endişesine, vücut organ ve doku kaybı korkusuna ve ölüm korkusuna neden olabilen bir deneyimdir (29).

Genel olarak kalıcı komplikasyon riski az olan girişimlerde dahi, hastalar cerrahi dışı tedavi yöntemlerine kıyasla daha fazla psikososyal rahatsızlık belirtirler (29).

Ameliyat öncesinde hastanın anksiyete düzeyini, yapılacak işlemler hakkında bilgi sahibi olmamak, hastanın kişisel özellikleri, yaşı, daha önceki anestezi ve cerrahi deneyim, yapılacak operasyon tipi belirlemektedir (30). Çevreye yabancıklık, kontrol ve otonomi kaybı, aileden ayrılma, bilgi eksikliği hastane ortamında anksiyete yaratan faktörlerdir. Hastanın adaptasyon yeteneği hastane stresine verdiği cevapta önemli rol oynar (31). Hastaneye kabul edilen bir hastaya verilen mesaj, onun pasif ve uysal bir role bürünmesinin gerekliliğidir. Hastadan her istenilenin yapılması beklenilmektedir. Bu otonomi ve özgürlük kaybı bazı hastalar tarafından iyi karşılanırken, pek çoğu için tehdit edici bir durum olarak görülür (32).

Yapılan bir çalışmada aslında bir ilgi göstergesi olan ameliyat öncesi ziyaretin bile hasta tarafından “kontrol ediliyorum” şeklinde algılanabileceği vurgulanmaktadır (33).

Cerrahi kliniklerinde gözlenen anksiyete iki açıdan önem taşımaktadır:

1. Cerrahi işlemin kendisi anksiyete kaynağı olabilir ve postoperatif morbiditeyi etkileyebilir. Ameliyat öncesinde anksiyete düzeyi yüksek olan hastalarda ameliyat

sonrasında daha fazla tıbbi komplikasyon geliştiği ve yatış süresinin uzadığı yapılan çalışmalarda bildirilmiştir (34).

2. Anksiyeteyi yatıştırmak için kullanılan ilaçlar cerrahi işlem sırasında kullanılan anestezi maddelerle etkileşime girebilir. İlaçların kesilmesi de anksiyete belirtilerinde alevlenmeye neden olabilir (34).

2.1. Preoperatif Anksiyete Nedenleri

2.1.1. Beden bütünlüğünün tehdidi endişesi:

Tüm operasyon ve tıbbi müdahalelerde yaşanabilen bu kaygı durumu, ani hastalanma ve hastaneye yatışlarda daha belirgin olarak artmaktadır (35).

2.1.2 Yabancıdan korku:

Hastanede tanımadığı kişilere kendini teslim etme düşüncesi hastada belirgin bir endişeye sebep olmaktadır. Hastanın hekimi seçebilmesi, hekimle güven ilişkisi kurabilmesi bu endişesini azaltabilir (35).

2.1.3. Ayrılma endişesi:

Hastaneye yatış başlı başına bir anksiyete nedenidir. Üstelik hasta bireyin diğer insanlardan ve nesnelere uzak kalma zorunluluğu bu anksiyeteyi artırır (35).

2.1.4. Sevgi ve ilgi kaybı endişesi:

Özellikle mastektomi veya cinsel fonksiyon kaybıyla sonuçlanan operasyonlardan sonra hissedilen çekicilik ve partner ilgisi kaybı endişeleri sevgi ve ilgi kaybı endişesine neden olabilir (35).

2.1.5. Fonksiyon kaybına bağlı endişeler:

Bağırsak, mide, mesane, kas denetimi gibi işlevlerin geçici ya da sürekli kaybından duyulan endişeleri içermektedir (35).

2.1.6. Bedenini başkalarına teslim etme endişeleri:

Yatağa bağlı kalma ve kendi kontrolünü başkalarına teslim etme, mahremiyetinin korunamaması gibi endişeleri kapsamaktadır (35).

2.1.7. Suçluluk duyguları:

Başa gelen sağlık sorunları, bir suçun diyeti olarak algılanabilir ya da sağlıklı dönemdeki alışkanlıklardan (sigara, alkol, uyuşturucu) dolayı sağlığa iyi bakamamış olma suçluluğu yaşanabilir (35).

2.1.8. Ağrı Korkusu:

Bu durum, opere olmayı bekleyen tüm hastaları etkilemekle beraber, özellikle daha önce kendisi veya bir yakını opere olup ağrı tecrübesi yaşamış bireylerde daha belirgindir (35).

2.2. Anesteziyle İlgili Endişe Nedenleri:

Preoperatif dönemde hastada mevcut olan anksiyete nedenleri arasında anesteziye bağlı endişeler önemli yer tutar. Bu endişeler anestezi uzmanları ve anestezi uygulamalarından, personelin problem çıkarmasına, ölüm korkusundan, iğne korkusuna kadar pek çok nedene bağlı olabilir. Literatürde değişik oranlarda olmak üzere bu endişeler; ameliyat sonrası uyanamamak, ameliyat sonrası ağrı, ameliyat sırasında uyanmak, ameliyat sonrası bulantı-kusma, yoğun bakımda kalmak, anestezi uzmanının bilgi ve deneyim eksikliği, anestezi uzmanının ameliyat odasında bulunmaması, anestezi uzmanının tavırları, iğne korkusu, ölmek, anestezi sırasında anlamsız konuşmak, ameliyat sırasında ağrı duymak olarak bildirilmiştir (36,37).

Zvara tarafından yapılan çalışmada 200 günübürlük cerrahi hastasının anestezi konusundaki temel endişelerini belirtmesi için araştırılmış ve çoğunda kullanılacak olan anestezi ilaç ve indüksiyon metodu temel husus olarak ortaya çıkmıştır. İkinci husus olarak ise iyileşme döneminde olası yan etkiler olarak bulunmuştur (38).

Ameliyat öncesi anksiyetenin anesteziye etkileri şöyle belirlenmiştir: Anksiyeteli hastaların anesteziye cevapları farklıdır. Anksiyeteye bağlı vazokonstriksiyon intravenöz katater takılmasını zorlaştırabilir. Anksiyeteli hastalarda daha yüksek doz anestezi maddeye ihtiyaç vardır ve anestezi, anksiyeteli hastalarda otonomik dalgalanmalara neden olabilir (39).

Genel anestezi, kontrol kaybı ve çaresizlik korkularını maksimum düzeyde uyaraabilen bir prosedür olmaktadır. Bilinci kapalıyken vücuduna başkaları tarafından müdahale edileceği fikri çoğu kişi için korkutucudur. Ameliyathane ortamı ve ameliyat öncesi hazırlanma da bu korkuları büyütür. Bu ortamda uyuyor görünen hastanın bile, başlangıçta etrafta söylenenleri anlayabileceği unutulmamalı, konuşulanlara dikkat

edilmelidir (32). Genç hastalarda anestezi korkusu, ameliyat korkusundan ayrı bir korkudur, özellikle erken uyanmaktan ve hiç uyanamamaktan korkulur (40). Tüm bu korkular, anksiyete ve depresif duygu durumuna neden olabilir. Tanı, tedavi olasılıklarına ilişkin tereddütler ve prognoz belirsizliği kaygıyı arttıran faktörler arasındadır. Ölüm ve özürlülük ile ilgili çatışmalar benliği zorlar. Hastalığın tedavi süreçlerinin gerekli kıldığı bağımlılık, davranışsal regresyon ve bağımlılıkla ilgili bir dizi çatışmayı gündeme getirir. Ameliyatın ortaya çıkardığı bilinç dışı çatışmalar normal çocukluk korkularını andırır; uykuya dalıp uyanamama (ölüm), yalnız kalma korkusu (terk edilme), karanlık korkusu (ölüm), ameliyat korkusu (mutilasyon-kastrasyon endişesi) gelişebilir. Aynı zamanda ebeveyn tarafından reddedilme korkusu (cerrahın onay ve desteğini alamama), kendi kendine yeterli olamama korkusu, küçük düşürülme korkusu (sfinkter kontrolü kalkınca), empotans endişeleri (erkek hastalarda) gelişebilir (29).

Cerrahi girişim doğrudan fiziksel tehdit altında hissetme ve bir yaşam krizine neden olur. Bu kriz kanser cerrahisi girişimlerinde en ileri düzeydedir. Alttaki hastalığın (malignite) yarattığı kaygı ve belirsizliklere organ kaybına bağlı endişeler eşlik eder. Kolesistektomi, apendektomi gibi rutin ameliyatlarda daha az olan kaygı hali, özellikle organ transplantasyonu, radikal kanser ameliyatları ve kardiyak bypass ameliyatlarında ileri ölçüdedir. Bu kaygı alttaki hastalığın niteliğine, kaybedilecek organa, kişi için bu durumun anlam ve önemine ve o organın sembolik anlamına göre değişik düzeylerde olur (29).

2.3. Anksiyetenin Sık Görüldüğü Cerrahi Türleri

2.3.1. Obstetri (sezeryan) :

Gebelikte kadında fizyolojik değişimlerin yanı sıra psikolojik ve sosyal değişimler de olmakta ve bu nedenle gebelik sürecine, kadın ve ailesi için gelişimsel bir kriz dönemi olarak bakılmaktadır. Gebelik bir kadın için başlı başına bir anksiyete kaynağıdır ve özellikle doğum ve yenidoğan ile ilgili endişeler son trimesterde artmaktadır. Doğumun da sezaryen ameliyatı ile yapılıyor olması anksiyete düzeyini etkilediği düşünülmektedir. Son yıllarda dünyada ve ülkemizde sezaryen ile doğum en sık yapılan majör cerrahi girişimlerden biridir (41).

Kadınların çoğunun sezaryen ameliyatı öncesi yüksek anksiyete yaşadığı, doğum öncesi bakımın alındığı sağlık kurumunun ve çalışanlarının, sezaryen ameliyatı

hakkında bilgilendirilmenin kaygı düzeyine etkili olduğu belirlenmiştir (41). Sonuçlar doğrultusunda; doğum öncesi bakımın daha etkin yapılması, özellikle ebe/hemşirelerin normal doğuma teşvik etme rollerine sahip çıkmaları, doğum kliniklerinde çalışan ebe/hemşirelerin ise kadınlara ameliyat öncesi kaygıların azaltılması için etkin destek sağlamaları önerilebilir (41).

2.3.2. Göğüs Kalp Damar Cerrahisi:

Kalp ve akciğer hastalıklarında anksiyete belirtileri sık görülmektedir (42). Cerrahi girişimler arasında, hem fizyopatolojik, hem de psikopatolojik süreçlerle ilgili, psikiyatrik morbiditenin en yüksek olduğu gruplardan birisi kardiyak cerrahidir. Kardiyak cerrahi hastalarında cerrahi girişimin psikiyatrik komplikasyonları; psikotik reaksiyon, postoperatif deliryum, hem preoperatif hem postoperatif anksiyete, depresyon, cinsel işlev bozukluğu, cinsel etkinliklerden sakınma, iş ve evde rol ve üretkenlik sorunları olarak söylenebilir (29).

Ameliyat öncesi bu hastaların psikiyatrik yönden muayenesi, ameliyata psişik yönden hazırlanması, hem uyumu geliştirecek hem de postoperatif birçok komplikasyon gelişim riskini azaltacaktır (29). Deliryum, kalp cerrahisi ve beyin cerrahisi gibi major cerrahi girişimlerden sonra görülebilir. Genel olarak ameliyatlardan sonra %2-48 oranında hafif-orta şiddette deliryum geliştiği belirtilmiştir. Kalp cerrahisi öncesinde psikiyatristle görüşmüş olan hastalarda, ameliyat sonrası deliryum sıklığının anlamlı olarak azaldığı rapor edilmiştir (29).

2.3.3. Plastik Cerrahi:

Plastik cerrahi olgularında görülen beden görünümü bozuklukları anksiyeteye neden olabilmektedir. Estetik amaçlı olarak cerrahiye başvuranlarda beden imgesi bozuklukları olabileceği gibi operasyon sonrasında beklediklerini bulamadıklarında da fobik tepkiler gelişebilir (42). Kozmetik cerrahi girişimlerinden başarılı bir sonuç alabilmek için preoperatif aşamada psikiyatrik değerlendirmeye başvurulmalı ve kişi ruhsal yönden hazırlanmalıdır. Böyle bir girişime karar verirken ruhsal yönden uygun olmayan hastalar baştan belirlenmelidirler (29).

2.3.4. Beyin Cerrahisi:

Merkezi sinir sistemi lezyonları anksiyeteye neden olabileceği gibi cerrahi komplikasyonu olarak da anksiyete görülebilir (43). Beyine yapılan cerrahi girişimler,

zihinsel işlevleri bozabilir. Genel olarak hastanın kognitif ve entelektüel işlevleri bozulur. Bu da kaygı, depresyon ve yetersizlik duygularına neden olabilmektedir (29).

2.3.5. Baş-Boyun Cerrahisi:

Sıklıkla şekil bozukluğuna yol açarak anksiyeteye neden olur. Anksiyete vücut imgesini bozarak şekil bozukluğunun olduğundan daha kötü algılanmasına neden olabilir. Yanı sıra giderilemeyen ağrı da anksiyeteyi arttırmaktadır (42).

2.3.6. Endokrinolojik Cerrahi:

Tiroid, paratiroid ve adrenal hastalıklarında diğer psikiyatrik belirtilerin yanı sıra anksiyetenin de sık görülebildiği bildirilmiştir (43).

2.3.7. Gastrointestinal Cerrahi:

Özefagus, mide, duodenum hastalıklarında ve özellikle irritabl kolon sendromunda anksiyete sık görülür. Kolostomi uygulanan hastalarda fobik tepkiler görülebilir (44). Bu hastaların, teknik aygıtla ilgili yeni beceri ve bilgiler yanında, psikososyal desteğe ihtiyaçları vardır. Hastalarda cinsel çekiciliklerini, işlerliklerini kaybedeceklerine ilişkin endişeler ve sosyal kabul görmeye ilişkin endişeleri yoğundur. Temel vücut işlevlerinden birinin denetimini kaybetmelerinin yanında, vücut imajı endişeleri ve bedenlerine teknik bir aygıtın psikolojik kabulüne ilişkin sorunlar vardır (29). Kolon ve rektum cerrahisinde, özellikle kolostomi, ileostomi söz konusu ise, bu hastaların %30'unun ameliyat öncesine kıyasla kendilerini daha kötü hissettikleri belirtilmiştir. Utanma ve ostomi ile ilgili takıntılar özel grup destekleriyle giderilebilir (45).

2.3.8. Ortopedi:

Anksiyete daha çok giderilemeyen ağrı ile ilişkili olabilir (43). Ampütasyonlarda kendi kendine yeterli olamama korkusu anksiyeteye neden olur (29). Ampütasyonlardan sonra karakteristik ruhsal sorunlar ortaya çıkar; %98 oranında fantom uzuv fenomeni geliştiği bildirilmiştir. Bu fenomen idiyopattir, yıllarca sürebilir, ağrı eşlik edebilir ve tedavisi oldukça zordur. Bazen spontan kaybolabilir (45).

2.3.9. Kanser Cerrahisi:

Kanser, çaresizlik, ölüm, ağrı, bağımlılık gibi bir dizi özgül sorunları, duyguları gündeme getirir. Bu ameliyatlarda her şeyden önce kansere ilişkin kaygılar ve korku vardır. Yaşama şansı, yaşam biçimi endişelerine ameliyatla ilgili kaygılar eklenir.

Fiziksel durumun niteliği, hastalığın niteliği, hastalığın derecesi, hastanın yaşam boyu baş etme düzenekleri, hastalığa ilişkin psikososyal dinamikler, etkilenen organın anlamı, psikososyal destek sistemleri, ortaya çıkan ruhsal tabloda etkilidir. Erkek hastalarda preoperatif dönemde empotans endişeleri gelişebilir. Yine erkek hastalarda postoperatif dönemde empotans, cinsel isteksizlik ve eşlik eden depresyon oldukça sık (prostatektomi sonrası %20-50) görülmektedir (29).

Jinekolojik kanser ameliyatları; kadın hastalar üzerinde derin psikolojik sorunlara neden olurlar. Alttaki hastalığın yarattığı endişe, genel olarak ameliyatlara ilişkin yaşanan yeterliliğini kaybedeceği, terk edileceği, özürlü kalacağı gibi korku ve kaygılar, genel kayıp reaksiyonu yanında, fiziksel çekicilik ve cinsel işlerle ilgili kaygılar ve korkular da gelişebilir. Bu hastalardaki kaygı kaynakları bu üç alanla ilgilidir (29):

- Alttaki hastalıkla ilgili
- Cerrahi girişimle ilgili
- Feminite ve seksüalite ile ilgili

2.3.10. Transplantasyon:

Transplantasyonun başarılı olup olamayacağına ilişkin endişeler ve postoperatif dönemde başlanan immünosupresif ilaçlar anksiyeteye neden olabilmektedir (43). Organ transplantasyonlarında hem alıcı hem de verici kişi ameliyat sonrası dönemde psikiyatrik yardıma ihtiyaç duyabilir. Alıcının yaşam şansı artmışken, vericinin azalmıştır ve alıcının yabancı bir iç organla ilgili iç çatışmaları olabilir (43).

Bu hastaların büyük çoğunluğunun yineleyici ve anksiyete yaratan hırsızlık, yan kesicilik rüyaları gördükleri bildirilmiştir. Vericiler ise depresyona girmeye aday hastalardır (45).

2.3.11. Yanık:

Yanık sonrasında travma sonrası stres bozukluğu sık görülür (46). Ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete ile iyileşme arasındaki ilişki de araştırılmıştır. Janis cerrahi öncesi yoğun anksiyetesi olan hastaların ameliyat sonrası dönemde de aşırı anksiyeteli olacağını, öte yandan düşük anksiyeteli olanların ise ameliyat sonrası dönemde uygunsuz bir kızgınlık ve takiben küskünlük göstereceğini, ameliyat öncesi anksiyetesi orta derecede olan hastaların ameliyat sonrası dönemde en iyi uyumu göstereceğini ortaya koymuştur. Bu konuda, ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete arasında lineer bir

ilişkinin varlığından söz eden ve böylece Janis'in bulgularından daha farklı sonuçlar ortaya koyan çalışmalar da bildirilmiştir (46).

Cohen ve Lazarus, ameliyat öncesi dönemde "meraklı" hasta grubu (ameliyat hakkında bilgi isteyen) ve "kaçan" hasta grubu (ameliyat hakkında bilgi istemeyen) olmak üzere iki farklı hasta yaklaşımını karşılaştırmışlardır. Beklenenin aksine; "meraklı" grupta hastanede kalış süresi ve minör komplikasyonlarla belirlenen ameliyat sonrası uyum daha kötü bulunmuştur (47).

Cohen, Lazarus, Mathews ve Ridgeway'e göre kişilik özellikleri ile cerrahi prognoz veya emosyonel stresi azaltmaya yönelik girişimler ile cerrahi prognoz arasında kesin ve güvenilir bir ilişki saptanamamıştır (47).

Taenzer ve arkadaşları, durumluk anksiyete ve ameliyat korkusunun ameliyat sonrası emosyonel durum hakkında ön fikir verebileceğini, ancak ameliyat sonrası ağrı derecesiyle ilgisi olmadığını, bunun ayrı değerlendirilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir (48). Yakın zamanlarda yapılan bir çalışma, ameliyat öncesi sürekli anksiyetenin ameliyat sonrası ağrıyla ilişkisi olmadığını, ancak analjezik isteğiyle ilgisi olduğunu saptamıştır. Ayrıca, bir önceki çalışmanın aksine, ameliyat öncesi durumluk anksiyetenin, ameliyat sonrası ağrı ve hastanede kalış süresiyle ilgisi olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmayı yapanlar, psikolojik faktörlerin ameliyat sonrası iyileşmeyi etkilediğini savunmaktadırlar (49). Tüm bu çelişkili bulgulara rağmen, anksiyetenin ameliyat sonrası uyum sağlamaya şu etkisi olabilir: Anksiyete, subjektif ağrı duyumunu artırabilir; böylece daha fazla analjezik kullanılır ve hastanede kalış süresi uzar. Medikal komplikasyonlar oluşabilir. Yani ağrı korkusuyla hasta derin nefes almayı ve bazı hareketleri uygulamayı reddedebilir. Ayrıca yüksek anksiyetede artan katekolaminler iyileşmeyi geciktirebilir. Operasyondan önceki gece rahat uyuyan hastalarda plazma kortizol düzeyi 16 µg/100 ml iken rahat uyumayan hastalarda 20 µg/100 ml civarında olarak tespit edilmiştir (50).

Sonuç olarak ameliyat öncesi anksiyete ile ameliyat sonrası iyileşme arasındaki ilişki hakkında birbirinden farklı görüşler vardır. Anestezi ve cerrahinin önceden tahmin edilebilen korkusunun hastalarda alışılmış tepkiler doğurduğu, ancak ameliyat sonrası ağrı ve fiziksel kısıtlamanın daha farklı mekanizmalarla anksiyete oluşturduğu düşünülmektedir. Bu konudaki çalışmalarda genellikle fiziksel etkenler dikkate

alınmamıştır. Fiziksel organik komplikasyonların da, böyle bir emosyonel cevap geliştirmeye eğilimli bireylerde anksiyeteye yol açabileceği unutulmamalıdır (48).

2.4. Preoperatif Anksiyete Ölçme Yöntemleri:

Hasta memnuniyetini arttırmak amacıyla, anestezi ile ilgili sorunları, istenmeyen etkileri, hasta memnuniyetini sorgulayan anketlerin kullanımı oldukça eskiye dayanmaktadır. Bu anketlere dayanan çalışmalar, hastaların ortaya çıkabilecek ihtiyaçları, beklentileri ve algılamaları ile ilgili bilgi sağlamaları açısından önemlidir. Maalesef çoğu çalışmada araştırmacılar tarafından kullanılan anketlerin güvenilirliği ve geçerliliği kanıtlanmamış ve önemli metodolojik problemler olduğu saptanmıştır. Anestezi araştırmalarında hasta tatmini ve kalitesini değerlendirmek ve izlemek için kullanılacak anketlerin önemli sınırlamaları vardır. Anketlerin ölçüm elemanları haline gelebilmeleri için dikkatlice yapılandırılmaları, arındırılmaları ve standardize edilmeleri gerekmektedir. Ancak yine de hasta memnuniyetini belirlemek için anket kullanmak tek yol gibi görünmektedir. Kullanılan anketin yaygın kabul edilen bir anket olması yukarıda sözü edilen sorunları azaltabilir (51). Anksiyete ölçümü için çeşitli anket yöntemleri geliştirilmiştir. Bu yöntemlerden bazıları şunlardır:

- Sürekli Durum Anksiyete Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) (52)
- Hastane Anksiyete ve Depresyon Skalası (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) (53)
- Görsel Analog Skala (Visual Analog Scale) (54)
- Çoklu Etki Belirleme Listesi (Multiple Affect Adjective List, MAACL) (55)
- **Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve İnfomasyon Skalası** (Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale, APAIS) olarak sıralanabilir (57).

STAI 1970 yılında Amerika'da Spielberg ve ark. tarafından geliştirilmiştir. STAI, hastaların durum anksiyete düzeyini ölçmeyi hedefleyen 20 soru ve sürekli anksiyete düzeyini ölçmeyi hedefleyen 20 soru olmak üzere iki ayrı bölümden oluşmuştur. Toplam anksiyete puanını arttıran olumsuz ifadeler verilen puanın toplamından toplam anksiyete puanını azaltan olumlu ifadeler verilen puanın toplamı çıkartılmakta ve sabit 50 sayısı ile toplanarak toplam anksiyete puanı hesaplanmaktadır. Soru sayısının çok olması, fazla zaman alması ve hastaların uygulama sırasında sıkılması STAI' nin dezavantajlarından (52).

HADS kısa, hastaların kendi başına cevaplayabileceği anksiyete ve depresyon durumunu değerlendiren iki alt ölçekten oluşur. Anket toplam 14 soru içermektedir. Her soru 0-3 arası puanlanmakta olup en az 0 en fazla 21 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Hastalar tarafından kısa sürede tamamlanabilmesi ve sonucun kısa sürede değerlendirilmesi anketin avantajlarından (53).

Görsel analog skala sayısal olarak ölçülemeyen bazı değerleri sayısal hale çevirmek için kullanılan bir anket yöntemidir (54). 100 mm' lik bir çizginin iki ucuna değerlendirilecek parametrenin iki uç tanımı yazılmakta ve hastadan bu çizgi üzerinde kendi durumunu ifade eden değeri işaretlemesi istenmektedir. Diğer anket yöntemleriyle kıyaslandığında kolay uygulanabilir olması, zaman almaması, hasta tarafından çabuk anlaşılabilir olması ve hastanın konuşmasını gerektirmemesi gibi avantajları vardır. Smiley Görsel Analog Skala ise 100 mm' lik bir ölçekle birlikte 6 adet seçenekli yüz ifadesi içermektedir. Okuryazar olmayan ya da çocuk hastaların bu yüz ifadeleri ile durumlarını işaret etmeleri kolaylaşmaktadır (54).

MAACL ilk kez 1960 yılında Zuckermann tarafından tanımlanmış sözel anksiyete değerlendirme anketidir. Tanımlayıcı 21 kelime bulunmaktadır ve hastanın içinde bulunduğu durumu en iyi şekilde ifade eden kelimeleri işaretlemesi esasına dayanır. 0 ile 21 puan arasında skorlanan ankette 11 ve üzeri puan alan hastalar anksiyetesi olan hasta olarak değerlendirilirler (55).

2.4.1. APAIS Anketi:

APAIS preoperatif anksiyetenin değerlendirilmesinde kullanılan testlerden biridir (56). Bu skala basit ve hızlı şekilde hastanın endişe kaynağı ve endişenin şiddetini kantitatif olarak değerlendirmeye olanak verdiği için, preoperatif anksiyeteye ilgili çeşitli çalışmalarda kullanılmıştır (57,58). Endişe kaynağı bu testte cerrahiden duyulan endişe, anesteziyenin duyulan endişe veya bilgi eksikliğinin yarattığı endişe olarak üçe ayrılmıştır. Anksiyeteyi değerlendirmek üzere bu üç kaynağa yönelik 6 ifadeyi içermektedir. Anketi objektifleştirmek üzere her ifadeye şiddete göre 5'li Likert ölçeği'ne dayanan sayısal değer verilmektedir; 1-5 arası değişen bu değerler 1=hiç, 2=hafif, 3=orta, 4=şiddetli, 5=aşırı şiddetli olarak ifade edilmektedir (59). Anestezi anksiyetesi 1 ve 2. sorulara, cerrahi anksiyete 4 ve 5. sorulara verilen puanlar ile toplam

anksiyete skoru ise her ikisi toplanarak hesaplanır. Anestezi ve cerrahi ile ilgili bilgi edinme isteğini dile getiren ifadeler ise 3 ve 6. sorulardır (58).

En düşük puan 6 ve en yüksek puan 30'dur. APAIS anketi Tablo 1'de görülmektedir.

Tablo 1: APAIS Anketi

	Hiç=1	Hafif=2	Orta=3	Şiddetli=4	Aşırı=5
1.Anestezi nedeniyle endişeliyim					
2.Sürekli anesteziyi düşünüyorum					
3.Anestezi konusunda olabildiğince fazla bilgi edinmek istiyorum					
4.Cerrahi işlem nedeniyle endişeliyim					
5. Sürekli uygulanacak cerrahi işlemi düşünüyorum					
6. Cerrahi işlem konusunda olabildiğince fazla bilgi edinmek istiyorum					

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı:

Bu çalışmada; elektif cerrahi operasyon planlanan kadın hastalarda sezeryan ve diğer cerrahi klinikler arasında preoperatif anksiyete düzeylerini ölçmek, sezeryan ve diğer cerrahi klinik hastaları arasında anksiyete karşılaştırması yapmak hedeflenmiştir.

3.2. Araştırma Zamanı ve Yöntemi:

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul onayı ve çalışma onamı alındıktan sonra 6 aylık dönem içinde (Ocak 2015-Haziran 2015 arası) Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Anestezi ve Reanimasyon polikliniğine müracaat eden elektif cerrahi nedeniyle anestezi alacak 180 erişkin kadın hastadan, sezeryan ve diğer cerrahi klinik hastalarının demografik bilgileri alınmış ve preoperatif anksiyete karşılaştırması yapılmıştır.

Çalışmada dışlama kriterleri;

1-Bilinen psikiyatrik rahatsızlığı olan hastalar

2-Değerlendirmede kısıtlılığa neden olacak herhangi bir tıbbi problemi olan hastalar

3-ASA IV grubu hastalar

4-Türkçe bilmeyen hastalar

5-Kronik sedatif, antidepressan, antipsikotik ilaç kullanım öyküsü olan hastalar

6-Son bir yılda psikiyatriye gitme öyküsü olanlar

çalışma kapsamı dışında tutulmuştur.

3.3. Veri Toplama Araçları:

Bu çalışmada; elektif cerrahi operasyon planlanan kadın hastalarda sezeryan ve diğer cerrahi klinik hastalar arasında preoperatif anksiyete düzeylerini ölçmek, sezeryan ve diğer cerrahi klinik hastaları arasında anksiyete karşılaştırması yapmak planlanmıştır.

Anestezi polikliniğine müracaat eden hastalardan preoperatif dönemde anket formlarını doldurmaları istenmiştir. Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, çocuk sayısı gibi demografik bilgilerle planlanan operasyon türü, daha önceden anestezi ile karşılaşmış mı? Bölgesel anesteziyi duymuş mu? türünden sorular sorulması hedeflendi (tablo 2). İkinci bölümde anestezi ve cerrahiye bağlı anksiyeteyi ve bilgi edinme isteğini ölçmek için Amsterdam

Preoperative Anxiety and Information Scale(APAIS) testi kullanılarak hastaların anksiyete düzeyinin ölçülmesi planlandı (Tablo3).

Tablo 2. Hastaların Demografik Özellikleri ve Daha Önceki Anestezi Deneyimi ile İlgili Bilgi Anketi

1. Cinsiyetiniz: ASA:
2. Yaş:
3. Eğitim durumu:
4. Medeni hali:
5. Çocuğunuz var mı? Kaç tane?
6. Planlanan operasyon?
7. Daha önce narkozla (anestezi ile) ameliyat oldunuz mu?
8. Bölgesel anesteziyi (belden uyuşturma) duydunuz mu?
9. Bölgesel anesteziye (belden uyuşturmaya) dair herhangi bir endişeniz var mı?
 - Ameliyat yerinin yeterince uyuşmayacağını düşünüyorum.
 - Felç olabileceğimi düşünüyorum.
 - Uyanık kalıp etrafta olanların farkında olacağımdan endişeliyim.
 - Fikrim yok.

3.3.1. APAIS (Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale)

Tablo 3. APAIS Maddeleri

	Hiç=1	Hafif=2	Orta=3	Şiddetli=4	Aşırı=5
1. Anestezi nedeniyle endişeliyim					
2. Sürekli anesteziyi düşünüyorum					
3. Anestezi konusunda olabildiğince fazla bilgi edinmek istiyorum					
4. Cerrahi işlem nedeniyle endişeliyim					
5. Sürekli uygulanacak cerrahi işlemi düşünüyorum					
6. Cerrahi işlem konusunda olabildiğince fazla bilgi edinmek istiyorum					

APAIS formunda anksiyete ve bilgi edinme isteğini ölçen 6 ifade yer aldı. Hastalar anksiyete ölçmeye yönelik 4 ifadeye (1, 2, 4 ve 5.) 1 ile 5 arasında, bilgi edinme isteğine yönelik 2 ifadeye de (3 ve 6) 1 ile 5 arasında değer verdi. Anksiyeteyi ölçen ifadelere verilen değerlerin toplamı APAIS-A anksiyete skorunu, bilgi edinme isteğini ölçen ifadelere verilen değerlerin toplamı APAIS-B bilgi edinme skorunu oluşturdu. APAIS-A anksiyete skoru 13 ve üzerinde olan anksiyete duyuyor, APAIS-B bilgi edinme skoru 4 ve üzerinde olan bilgi edinmek istiyor olarak kabul edildi.

3.3.2. İstatistiksel İşlemler:

APAIS ölçeği açısından ikili grupların karşılaştırılmasında normal dağılıma uyanlarda Student T testi, normal dağılıma uymayanlarda Mann Whitney-U testi kullanıldı. İki den fazla olan grupların karşılaştırılmasında normal dağılıma uyanlarda ANOVA (tek yönlü varyans analizi) normal dağılıma uymayanlarda Kruskal Wallis testi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Khi-Kare Testi uygulandı. Ölçümle elde edilen veriler ortalama +/- standart sapma, sayımla elde edilen veriler sayı (%) olarak ifade edilecektir. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alınacaktır.

4. BULGULAR

4.1. Demografik Özellikler:

Çalışmaya sadece kadın hastalar alındı.

Çalışmaya katılan hastalardan 70' i (%38,9) 18-30 yaş arası, 79' u (%43,9) 31-49 yaş arası, 31' i (%17,2) ise 50-65 yaş aralığındaydı (Tablo 4).

Tablo 4. Hastaların yaş aralıkları:

YAŞ ARALIKLARI	18-30 YAŞ ARASI	70	38,9
	31-49 YAŞ ARASI	79	43,9
	50-65 YAŞ ARASI	31	17,2

Çalışmaya katılan hastaların eğitim durumu; 19 kişi (%10,6) eğitimi yok, 38 kişi (%21,1) ilköğretim mezunu, 30 kişi (%16,7) ortaöğretim mezunu, 54 kişi (%30) lise mezunu, 31 kişi (%17,2) lisans ve 8 kişi (%4,4) lisansüstü mezunu olarak belirlendi (tablo 5).

Tablo 5. Hastaların Eğitim Durumu:

EĞİTİM DURUMU	HASTA SAYISI	YÜZDE (%)
EĞİTİMİ YOK	19	10,6
İLKÖĞRETİM	38	21,1
ORTAÖĞRETİM	30	16,7
LİSE	54	30
LİSANS	31	17,2
LİSANS ÜSTÜ	8	4,4

Çalışmaya katılan hastaların 74'ü (% 41,1) ASA I, 93'ü (% 51,7) ASA II ve 13'ü (% 7,2) ASA III olarak görülmüştür (tablo 6).

Tablo 6. Hasta Gruplarının ASA Sınıflamasına Göre Dağılımları:

ASA SKORU	SAYI	YÜZDE
ASA I	74	41,1
ASA II	93	51,7
ASA III	13	7,2

Çalışmaya katılan hastaların 133' ü (% 73,9) evli, 47' si ise (% 26,1) bekar (Tablo 7).

Tablo 7. Hastaların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı:

MEDENİ DURUM	SAYI	YÜZDE (%)
EVLİ	133	73,9
BEKAR	47	26,1
TOPLAM	180	100

Çalışmaya katılan hastaların 51' inin (% 28,3) hiç çocuğu yok, 54 kişinin (%30) 1-2 çocuğu, 45 kişinin 3-4 (% 25) çocuğu ve 30' unun (% 16,7) 5 ve üzeri çocuğu vardır (Tablo 8).

Tablo 8. Hastaların Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı:

ÇOCUK SAYISI	SAYI	YÜZDE (%)
YOK	51	28,3
1-2 ARASI	54	30
3-4 ARASI	45	25
5 VE ÜZERİ	30	16,7
TOPLAM	180	100

Çalışmaya katılan hastaların 90' ı (% 50) sezeryan, 11' i (% 6,1) KBB, 22' si (% 12,2) Genel Cerrahi, 16' sı (% 8,9) Üroloji, 14' ü (% 7,8) Ortopedi, 6' sı (% 3,3) Göğüs Cerrahisi, 12' si (% 6,7) Göz Hastalıkları, 9' u (% 5) Beyin Cerrahisi tarafından opere olacaklardı (Tablo 9).

Tablo 9. Hastaların Ameliyat Olacakları Bölüme Göre Dağılımı:

CERRAHİ BÖLÜM	SAYI	YÜZDE (%)
OBSTETRİK	90	50
KBB	11	6,1
GENEL CERRAHİ	22	12,2
ÜROLOJİ	16	8,9
ORTOPEDİ	14	7,8
GÖĞÜS CERRAHİSİ	6	3,3
GÖZ HASTALIKARI	12	6,7
BEYİN CERRAHİSİ	9	5
TOPLAM	180	100

Hastaların 90 tanesi (% 50) sezeryan hastası; 90 hasta ise (% 50) diğer cerrahi klinik hasta gruplarını oluşturmuştur (Tablo 10).

Tablo 10. Sezeryan ve Diğer Cerrahi Klinik Hastalarının Dağılımı:

CERRAHİ BÖLÜM	SAYI	YÜZDE (%)
SEZERYAN	90	50
DİĞER CERRAHİ KLİNİKLER	90	50

Çalışmaya katılan 180 hastanın 105' i (% 58,3) daha önce hiç anestezi almamış, 75' i (% 41,7) ise daha önce anestezi almıştı (Tablo 11).

Tablo 11. Hastaların Anestezi ile Karşılaşmalarına Göre Dağılımı:

ANESTEZİ İLE KARŞILAŞMA	SAYI	YÜZDE (%)
HAYIR	105	58,3
EVET	75	41,7
TOPLAM	180	100

Çalışmaya katılan 180 hastanın 76' sı (% 42,2) rejyonel anestezi ile ilgili bilgi sahibi değilken 104' ü ise (% 57,8) rejyonel anestezi hakkında bir fikir sahibi olduğunu belirtmiştir (Tablo 12).

Tablo 12. Hastaların Rejyonel Anestezi ile İlgili Bilgi Sahibi Olma Durumları:

REGİONEL HAKKINDA BİLGİ DURUMU	SAYI	YÜZDE (%)
EVET	104	57,8
HAYIR	76	42,2
TOPLAM	180	100

Araştırmaya katılan hastaların rejyonel anestezi ile ilgili endişelerinin neler olduğu sorulduğunda; 38 kişinin (% 21,1) herhangi bir endişesi olmadığı, 50 kişinin (% 27,8) uyuşmamadan endişe duyduğu, 26 kişinin (% 14,4) felç kalmaktan korktuğu 33

kişinin (% 18,3) uyanık kalmadan endişe ettiği, 33 kişinin ise (% 18,3) herhangi bir fikrinin olmadığı görüldü (Tablo 13).

Tablo 13. Hastaların Rejyonel Anesteziye Dair Endişe Dağılımları

REGİONAL ANESTEZİYE AİT ENDİŞE	SAYI	YÜZDE (%)
ENDİŞESİ YOK	38	21,1
UYUŞMAMADAN ENDİŞELİ	50	27,8
FELÇ KALMA KORKUSU	26	14,4
UYANIK KALMADAN ENDİŞELİ	33	18,3
HERHANGİ BİR FİKRİ YOK	33	18,3
TOPLAM	180	100

4.2. Demografik Özelliklerine Göre Anksiyete Ölçümüne ve Bilgi Edinme İsteğine Ait Bulgular:

Araştırmaya katılan hastaların yaş gruplarına göre preoperatif dönem ölçümlerinden aldıkları anksiyete puanları Tablo 14’te gösterilmiştir. Bu sonuca göre yaş grupları arasında anksiyete açısından anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p=0,84$).

Tablo 14. Yaş Gruplarına Göre Anksiyete Değerleri:

	ANKSİYETE VARMI		TOPLAM
	VAR	YOK	
18-30 YAŞ	36	34	70
YÜZDE (%)	51,4	48,6	%100
31-49 YAŞ	39	40	79
YÜZDE (%)	49,3	50,7	%100
50-65 YAŞ	14	17	31
YÜZDE (%)	45,1	54,9	%100
TOPLAM	89	91	180
YÜZDE	49,4	50,6	%100

Araştırmaya katılan hastaların yaş guruplarına göre preoperatif dönem ölçümlerinden aldıkları bilgi edinme istekleri Tablo 15’te gösterilmiştir. Bu sonuca göre yaş gurupları arasında bilgi edinme isteği açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p=0,51$).

Tablo 15. Yaş Guruplarına Göre Bilgi Edinme Değerleri:

	BİLGİ EDİNME İSTEĞİ		TOPLAM
	VAR	YOK	
18-30 YAŞ	52	18	70
YÜZDE (%)	74,2	25,8	%100
31-49 YAŞ	53	26	79
YÜZDE (%)	67	33	%100
50-65 YAŞ	20	11	31
YÜZDE (%)	64,5	35,5	%100
TOPLAM	125	55	180
YÜZDE	69,4	30,6	%100

Çalışmamıza katılan hastaların medeni durumlarına göre preoperatif dönem ölçümlerinden aldıkları anksiyete puan tablosu Tablo 16’ de gösterilmiştir. Bu sonuca göre hastaların medeni durumları ile ameliyat öncesi anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p=0.94$).

Tablo 16. Medeni Duruma Göre Anksiyete Değerleri:

	ANKSİYETE VAR MI		TOPLAM
	VAR	YOK	
EVLİ	66	67	133
YÜZDE (%)	49,6	50,4	%100
BEKAR	23	24	47
YÜZDE (%)	48,9	51,1	%100
TOPLAM	89	91	180
YÜZDE (%)	49,4	50,6	%100

Çalışmamıza katılan hastaların medeni durumlarına göre preoperatif dönem ölçümlerinden aldıkları bilgi edinme isteği puan tablosu Tablo 17’ de gösterilmiştir. Bu sonuca göre hastaların medeni durumlarının ameliyat öncesi bilgi edinme istekleri açısından anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p=0.61$).

Tablo 17. Medeni Duruma Göre Bilgi Edinme Değerleri:

	BİLGİ EDİNME İSTEĞİ		TOPLAM
	VAR	YOK	
EVLİ	91	42	133
YÜZDE (%)	68,4	31,6	%100
BEKAR	34	13	47
YÜZDE (%)	72,3	27,7	%100
TOPLAM	125	55	180
YÜZDE (%)	69,4	30,6	%100

Araştırmamıza katılan hastaların eğitim düzeylerine göre preoperatif dönem ölçümlerinden aldıkları anksiyete puan tablosu Tablo 18’ de gösterilmiştir. Bu sonuca göre eğitim düzeylerine göre anksiyete düzeylerinde anlamlı fark saptandı (p=0.03).

p< 0.05 Eğitim seviyesi arttıkça anksiyete oranının da arttığı tespit edildi. Lisans ve lisansüstü eğitimi olan hastalarda anksiyete daha fazla çıkmıştır.

Tablo 18. Eğitim Durumuna Göre Anksiyete Değerleri:

	ANKSİYETE VAR MI		TOPLAM
	VAR	YOK	
EĞİTİM YOK	8	11	19
YÜZDE (%)	42,1	57,9	%100
İLKÖĞRETİM	12	26	38
YÜZDE (%)	31,5	68,5	%100
ORTAÖĞRETİM	14	16	30
YÜZDE (%)	46,6	53,4	%100
LİSE	28	26	54
YÜZDE (%)	51,8	48,2	%100
LİSANS	22	9	31
YÜZDE (%)	70,9	29,1	%100
LİSANSÜSTÜ	5	3	8
YÜZDE	62,5	37,5	%100
TOPLAM	89	91	180
YÜZDE	49,4	50,6	%100

Araştırmamıza katılan hastaların eğitim düzeylerine göre preoperatif dönem ölçümlerinden aldıkları bilgi edinme istek puan tablosu Tablo 19’ da gösterilmiştir. Bu sonuca göre eğitim düzeylerine göre bilgi istek düzeylerinde anlamlı fark tespit edildi (p=0.002).

p<0.05 Eğitim seviyesi arttıkça hastaların bilgi edinme istek düzeyinin de arttığı görüldü. Lisans ve lisansüstü eğitimi olan hastalarda bilgi edinme düzeyi daha fazla çıkmıştır.

Tablo 19. Eğitim Durumuna Göre Bilgi Edinme Düzeyi:

	BİLGİ EDİNME DÜZEYİ		TOPLAM
	VAR	YOK	
EĞİTİM YOK	15	9	24
YÜZDE (%)	62,5	37,5	%100
İLKÖĞRETİM	25	13	38
YÜZDE (%)	65,7	34,3	%100
ORTAÖĞRETİM	18	12	30
YÜZDE (%)	60	40	%100
LİSE	32	17	49
YÜZDE (%)	65,3	34,7	%100
LİSANS	28	3	31
YÜZDE (%)	90,3	9,7	%100
LİSANSÜSTÜ	7	1	8
YÜZDE	87,5	12,5	%100
TOPLAM	125	55	180
YÜZDE	69,4	30,6	%100

Yaptığımız çalışmada hastaların asa skorları ile preoperatif anksiyete değerleri arasındaki ilişki Tablo 20’ de gösterilmiştir. Bu tabloya göre hastaların ASA skorları ile preoperatif anksiyete arasında anlamlı bir fark saptanmadı (p=0,70).

Tablo 20. ASA Skoru ile Anksiyete Arasındaki İlişki:

	ANKSİYETE VAR MI		TOPLAM
	VAR	YOK	
ASA I	34	40	74
YÜZDE (%)	45,9	54,1	%100
ASA II	48	45	93
YÜZDE (%)	51,6	48,4	%100
ASA III	7	6	13
YÜZDE (%)	53,8	46,1	%100
TOPLAM	89	91	180
YÜZDE	49,4	50,6	%100

Yaptığımız çalışmada hastaların asa skorları ile preoperatif bilgi edinme istekleri arasındaki ilişki Tablo 21’ de gösterilmiştir. Bu tabloya göre hastaların ASA skorları ile bilgi edinme düzeyleri arasında anlamlı fark tespit edilmedi (p:0,08).

Tablo 21. ASA Skoru ile Bilgi Edinme İsteği Arasındaki İlişki:

	BİLGİ EDİNME İSTEĞİ		TOPLAM
	VAR	YOK	
ASA I	58	16	74
YÜZDE (%)	78	22	%100
ASA II	58	35	93
YÜZDE (%)	62,3	37,7	%100
ASA III	9	4	13
YÜZDE (%)	69,2	30,8	%100
TOPLAM	125	55	180
YÜZDE	69,4	30,6	%100

Araştırmaya katılan hastaların çocuk sayılarına göre preoperatif dönem ölçümlerinden aldıkları anksiyete ortalamaları Tablo 22’ de gösterilmiştir. Bu sonuca göre çocuk sayılarının hastaların ameliyat öncesi kaygı düzeyleri üzerinde anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir($p=0,9$).

Tablo 22. Çocuk Sayısına Göre Anksiyete Değerleri:

	ANKSİYETE VAR MI		TOPLAM
	VAR	YOK	
ÇOCUK YOK	26	25	51
YÜZDE (%)	50,9	49,1	%100
1-2 ÇOCUK	26	28	54
YÜZDE (%)	48,1	51,9	%100
3-4 ÇOCUK	23	22	45
YÜZDE (%)	51,1	48,9	%100
5 VE ÜZERİ	14	16	30
YÜZDE	46,6	53,4	%100
TOPLAM	89	91	180
YÜZDE (%)	49,4	50,6	%100

Araştırmaya katılan hastaların çocuk sayılarına göre preoperatif dönem ölçümlerinden aldıkları bilgi edinme isteği ortalamaları Tablo 23’ de gösterilmiştir. Bu sonuca göre çocuk sayılarının hastaların ameliyatla ilgili bilgi edinme isteği üzerinde anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,94$).

Tablo 23. Çocuk Sayısına Göre Bilgi Edinme İsteği Değerleri:

	BİLGİ EDİNME İSTEĞİ		TOPLAM
	VAR	YOK	
ÇOCUK YOK	37	14	51
YÜZDE (%)	72,5	27,5	%100
1-2 ÇOCUK	37	17	54
YÜZDE (%)	68,5	31,5	%100
3-4 ÇOCUK	31	14	45
YÜZDE (%)	68,8	31,2	%100
5 VE ÜZERİ	20	10	30
YÜZDE	66,6	33,4	%100
TOPLAM	125	55	180
YÜZDE (%)	69,4	30,6	%100

Araştırmaya katılan hastaların genel anestezi ile karşılaşma durumlarına göre preoperatif dönem ölçümlerinden aldıkları anksiyete puan tablosu Tablo 24' de gösterilmiştir. Çalışmamızda genel anestezi ile karşılaşma, hastaların ameliyat öncesi anksiyete düzeylerinde anlamlı fark oluşturmadığı saptandı (p=0,78).

Tablo 24. Genel Anestezi ile Karşılaşma Durumlarına Göre Anksiyete Değerleri:

	ANKSİYETE VAR MI		TOPLAM
	VAR	YOK	
GENEL ANESTEZİ KARŞILAŞMIŞ	38	37	75
YÜZDE (%)	50,6	49,4	%100
GENEL ANESTEZİ KARŞILAŞMAMIŞ	51	54	105
YÜZDE (%)	48,5	51,5	%100
TOPLAM	89	91	180
YÜZDE (%)	49,4	50,6	%100

Araştırmaya katılan hastaların genel anestezi ile karşılaşma durumlarına göre preoperatif dönem ölçümlerinden aldıkları bilgi edinme isteği puan tablosu Tablo 25' da gösterilmiştir. Bu sonuca göre ameliyat öncesi bilgi edinme istek düzeylerinin genel anestezi ile karşılaşma durumlarına göre anlamlı fark oluşturmadığı saptandı (p=0,97).

Tablo 25. Genel Anestezi İle Karşılaşma Durumlarına Göre Bilgi Edinme İsteği Değerleri:

	BİLGİ EDİNME İSTEĞİ		TOPLAM
	VAR	YOK	
GENEL ANESTEZİ KARŞILAŞMIŞ	52	23	75
YÜZDE (%)	69,3	30,7	%100
GENEL ANESTEZİ KARŞILAŞMAMIŞ	73	32	105
YÜZDE (%)	69,5	30,5	%100
TOPLAM	125	55	180
YÜZDE (%)	69,4	30,4	%100

Yaptığımız çalışmaya katılan hastaların rejyonel anesteziyi bilip bilmeme durumlarına göre preoperatif dönem ölçümlerinden aldıkları anksiyete puan ortalamaları Tablo 26' de gösterilmiştir. Bu sonuca göre rejyonel anesteziyi bilip bilmeme durumlarına göre hastaların ameliyat öncesi anksiyete düzeylerinin anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p=0,46).

Tablo 26. Rejyonel Anesteziyi Bilip Bilmeme Durumlarına Göre Anksiyete Değerleri:

	ANKSİYETE VAR MI		TOPLAM
	VAR	YOK	
REGİONEL EVET	49	55	104
YÜZDE (%)	47,1	52,9	%100
REGİONEL HAYIR	40	36	76
YÜZDE (%)	52,6	47,4	%100
TOPLAM	89	91	180
YÜZDE (%)	49,4	50,6	%100

Yaptığımız çalışmaya katılan hastaların rejyonel anesteziyi bilip bilmeme durumlarına göre preoperatif dönem ölçümlerinden aldıkları bilgi edinme istek puan ortalamaları Tablo 27’ de gösterilmiştir. Bu sonuca göre rejyonel anesteziyi bilip bilmeme durumlarına göre hastaların ameliyat öncesi bilgi edinme düzeylerinin anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,46).

Tablo 27. Rejyonel Anesteziyi Bilip Bilmeme Durumlarına Göre Bilgi Edinme İstek Değerleri:

	BİLGİ EDİNME İSTEĞİ		TOPLAM
	VAR	YOK	
REGİONEL EVET	70	34	104
YÜZDE (%)	67,3	32,7	%100
REGİONEL HAYIR	55	21	76
YÜZDE (%)	72,3	27,7	%100
TOPLAM	125	55	180
YÜZDE (%)	69,4	30,6	%100

Yaptığımız çalışmaya katılan hastaların anksiyete durumlarına göre preoperatif dönem ölçümlerinden aldıkları bilgi edinme istek puan ortalamaları Tablo 28’ de gösterilmiştir. Bu sonuca göre anksiyetesi olan hastaların ameliyat öncesi bilgi edinme düzeylerinde anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir (p=0,001).

p<0.05 Preoperatif anksiyetesi olan hastaların bilgi edinme isteği anlamlı bir şekilde daha fazla olduğu görülmüştür.

Tablo 28. Preoperatif Anksiyete ile Bilgi Edinme İsteği Arasındaki ilişki:

	BİLGİ EDİNME İSTEĞİ		TOPLAM
	VAR	YOK	
ANKSİYETE	74	15	89
VAR			
YÜZDE (%)	83,1	16,9	%100
ANKSİYETE	51	40	91
YOK			
YÜZDE (%)	56	44	%100
TOPLAM	125	55	180
YÜZDE (%)	69,4	30,6	%100

Araştırmamızda planlanan ameliyat ile preoperatif anksiyete değerleri arasındaki ilişki Tablo 29' da gösterilmiştir. Tabloya göre opere olacak kadın hastalar arasında sezeryan ve diğer cerrahi klinik hastalarının preoperatif anksiyete açısından anlamlı bir fark olduğu tespit edildi ($p=0,009$).

$p<0,05$ preoperatif sezeryan hastalarının anksiyete düzeylerinin diğer cerrahi klinik hastalarına göre anlamlı olarak daha fazla olduğu tespit edildi.

Tablo 29. Sezeryan ve Diğer Cerrahi Klinik Hastalar Arasındaki Anksiyete İlişkisi:

	ANKSİYETE VAR MI		TOPLAM
	VAR	YOK	
SEZERYAN HASTALARI	58	32	90
YÜZDE (%)	64,4	35,6	%100
DİĞER CERRAHİLER	31	59	90
YÜZDE (%)	34,4	65,6	%100
TOPLAM	89	91	180
YÜZDE (%)	49,4	50,6	%100

Yaptığımız bu çalışmada planlanan ameliyat ile bilgi edinme isteği değerleri arasındaki ilişki Tablo 30' da gösterilmiştir. Tabloya göre opere olacak kadın hastalar arasında sezeryan ve diğer cerrahi klinik hastalarının bilgi edinme isteği açısından anlamlı bir fark olmadığı tespit edildi ($p=0,12$).

Tablo 30. Sezeryan ve Diğer Cerrahi Klinik Hastalar Arasındaki Bilgi Edinme İstek Değerlerinin Karşılaştırılması:

	BİLGİ EDİNME İSTEĞİ		TOPLAM
	VAR	YOK	
SEZERYAN HASTALARI	61	29	90
YÜZDE (%)	67,7	32,3	%100
DİĞER CERRAHİLER	64	26	90
YÜZDE (%)	71,1	28,9	%100
TOPLAM	125	55	180
YÜZDE (%)	69,4	30,6	%100

Yapmış olduğumuz çalışmada yaş grupları arasında sezeryan ve diğer cerrahi kliniklerin anksiyete karşılaştırması tablo 31' de gösterilmiştir. Tabloya göre 18-30 yaş ve 31-49 yaş gruplarında anksiyete açısından sezeryan olacak hasta grubunda anksiyete oranı diğer cerrahi klinik hastalarına göre daha fazla tespit edilmiştir (p=0,01).

50-65 yaş arası doğurganlık çağında hasta olmadığından bu yaş grubunda diğer cerrahi klinik hastaları ile kıyaslama yapılmamıştır.

Tablo 31. Yaş Gruplarına Göre Sezeryan ve Diğer Cerrahi Kliniklerin Anksiyete Karşılaştırması:

ANKSİYETESİ OLAN HASTALAR		
	SEZERYAN HASTALARI	DİĞER CERRAHİ HASTALAR
18-30 YAŞ	28	12
YÜZDE	70	40
31-49 YAŞ	30	11
YÜZDE	60	30
TOPLAM	58	32

5.TARTIŞMA

Türkiye’ de Anesteziyoloji ve Reanimasyon bilimi 1955 yılında ihtisas dalı olarak kabul görmüştür. Bu tarihten itibaren uzmanlık eğitimi ve teknolojideki gelişmeler sayesinde anestezi daha bilinir hale gelmiştir. Bunun neticesi olarak da ameliyat olacak vaka sayısı artmış, ameliyat öncesinde anestezi ve cerrahiye ait endişeler de paralel olarak artmıştır (60).

Anksiyete hasta için hoş olmayan psikolojik bir durum olması yanında, preoperatif dönemde stres yanıtların ve hemodinamik değişikliklerin artmasına, daha fazla anestezik ve analjezik kullanılmasına ve postoperatif morbiditenin artmasına neden olur. Bu nedenle preoperatif olarak hastayı değerlendirmenin en önemli amaçlarından biri anksiyetenin giderilmesidir. Preoperatif dönemde anestezi doktorunun hastayla görüşmesinin ve iyi bir iletişim kurmasının anksiyeteyi önemli oranda azalttığı daha önceki yıllarda yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (60). İyi bir iletişim için anestezistin, hastayla görüşmesi, hastaların anksiyete düzeyleri, anksiyete nedenleri, yapılacak ameliyatın boyutu, planlanan ameliyat ve bunların ilişkili oldukları faktörler hakkında bilgisi olmalıdır (61).

Bizim yaptığımız çalışmada benzer şekilde 180 hastanın 125 (% 69,4) i uygulanacak anestezi ve yapılacak cerrahi işlem hakkında bilgi edinmek istemiştir. Aynı şekilde sezeryan hastalarının 90 tanesinden 61’ i (% 67,7) uygulanacak anestezi işlemi ve cerrahi hakkında bilgi edinmek istemiştir. Bu oran genel grubumuzla örtüşmektedir.

Hastaların korkularını önlemek ve endişelerini gidermek için en iyi yol bilgilendirmedir. Bilgi ve anksiyete düzeyi toplumlar, hatta bölgeler arasında bile değişkenlik gösterir. Bunun yanında eğitim, cinsiyet, yaş gibi kişisel faktörler ve yapılacak operasyonun cinsi ve büyüklüğü de bu değişkenlikte rol oynar (61).

Yaptığımız bu çalışmanın amacı hastaların preoperatif anksiyete varlığı ile demografik özellikleri arasında ilişkilerinin karşılaştırılması, planlanan ameliyata göre özellikle sezeryan ve diğer cerrahi klinik hastaları arasında preoperatif bilgi edinme isteği ve anksiyeteleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığını araştırmaktır.

Yaptığımız çalışmada hasta gruplarımızın demografik özelliklerinden sadece eğitim düzeyinin bilgi edinme ve anksiyete düzeyi üzerine etkilerinin anlamlı olarak artmış olduğunu tespit ettik. Ayrıca yapılan ameliyatın sezeryan oluşu diğer cerrahi klinik hastalarına göre hem daha fazla anksiyeteye yol açtığı hem de daha fazla bilgi

edinmek istendiği saptandı. Ayrıca aynı yaş gruplarını kıyasladığımızda sezeryan hastalarının diğer cerrahi bölümlere göre daha fazla anksiyeteye sahip oldukları saptandı. Çalışma grubumuzda anksiyetesi mevcut hastalarının da ayrıca daha fazla bilgi edinme isteğinin mevcut olduğu görüldü.

Moerman ve arkadaşları tarafından geliştirilen, anksiyete ile birlikte bilgi edinme isteğini de ölçen APAIS testinin preoperatif anksiyetenin değerlendirilmesinde güvenli kullanılabileceği sonucuna varılmıştır (58).

Bizde yaptığımız çalışmada basit ve hızlı şekilde hastanın endişe kaynağı ve endişenin şiddetini kantitatif olarak değerlendirmeye olanak verdiğinden bu testi kullandık.

Yapılan birçok çalışmada kadınlardaki anksiyete düzeyinin erkeklere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (50,62). Aykent ve arkadaşlarının preoperatif anksiyete nedenlerini değerlendirdikleri çalışmalarında, kadınların anksiyete düzeylerini daha yüksek bulmuşlardır (64). Badner bu farklılığı, kadınlarda ailelerinden ayrılmaya bağlı anksiyetenin daha yüksek olmasına bağlarken, Shevde ve Panagopoulos ile Domar ve arkadaşları kadınların ruh durumlarını erkeklerden daha rahat dile getirmelerine erkeklerin endişelerini kadınlar kadar ifade edememelerine bağlamıştır (4,65).

Bizim yaptığımız çalışmada da ise iki ayrı grubu karşılaştırdığımızdan grupların aynı olması için sadece kadın hastalar arasında anksiyete düzeyi bakılmıştır.

Bazı araştırmacılar yaşın anksiyete derecesini etkilemediğini söylerken, (4, 9, 64) Ramsey ise orta yaş grubunda anksiyete oranının yüksek olduğunu belirlemiştir. Bunu da orta yaş grubundaki hastaların ailelerine karşı sorumluluklarının fazla olmasına bağlamıştır (66). Shevde ve Panagopoulos yaşlı hastalarda endişe düzeyinin daha düşük olduğunu belirtmişlerdir (65). Bazı araştırmacılar ise 30 yaş altındaki hastaların anksiyete oranlarının, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (64). Literatürde ameliyat öncesi kaygı düzeyinin gençlerde yaşlılara kıyasla yüksek olduğu bildirilmiştir (66). Yaşlılarda daha etkin olan kadercilik olgusu ve kültürel faktörlerin, yaşam streslerine daha kolay dayanmalarına neden olduğu düşünülebilir. Birçok çalışmada da yaşın anksiyete derecesini etkilemediği bildirilmiştir (4, 61, 62).

Bizim yaptığımız çalışmada ise yaş farkının anksiyeteyi etkilemediğini bulduk. Belirli yaş grupları arasında anksiyete ve bilgi edinme isteği açısından anlamlı bir fark tespit edilmedi.

Yapılan bazı çalışmalarda artan eğitim düzeyi ile birlikte anksiyetenin de arttığı bildirilirken, bazı çalışmalarda ise eğitim durumunun anksiyete derecesini etkilemediği bildirilmiştir (61, 66). Yapılan bazı çalışmalarda 12 yıldan uzun eğitim almış kişilerde preoperatif anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (64). Anksiyete düzeyinin eğitim düzeyi düşük grupta yüksek olduğu bildirilmiştir (64).

Bizim yaptığımız çalışmamızda benzer şekilde eğitim düzeyi ile anksiyete arasında; eğitim düzeyi yüksek olanların anlamlı olarak anksiyete derecesinin daha yüksek olduğu görüldü. Lisans ve lisansüstü eğitimi olan hastalarda anksiyete oranı anlamlı olarak daha fazla saptanmıştır.

Aykent ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada hastaların demografik özelliklerinin anksiyete üzerine etkisine bakılmıştır (79). Aykent ve arkadaşlarının çalışmalarında hastaların evli veya bekar olması ve çocuk sayılarının anksiyete üzerine bir etkisi olmadığı tespit edilmiştir (78).

Bizim yaptığımız çalışmada kişilerin evli veya bekar olmasının, kişilerin çocuk sayılarının ameliyat öncesi anksiyete düzeylerinde anlamlı olarak etkilemediği saptanmıştır.

Hastaların daha önceden anestezi deneyimi yaşamalarının preoperatif anksiyete düzeyini değiştirmedeğini bildiren çalışmaların beraberinde (62), Moerman (63) anestezi deneyiminin erkeklerde anksiyeteyi azaltırken kadınlarda etkilemediğini ileri sürmüştür. Ramsey anestezi deneyimi on yıldan eski olanların anesteziye bağlı endişelerinin son on yıl içinde ameliyat olanlardan daha az olduğunu bildirmiştir (66).

Bizim yaptığımız çalışmada da ise anestezi deneyiminin anksiyete düzeyini değiştirmedeğini görüldü. Daha önce genel anestezi ile karşılaşan ve karşılaşmayan gruplar arasında anksiyete açısından anlamlı bir fark tespit edilmedi. Aynı zamanda yaptığımız çalışmada bölgesel (spinal) anesteziyi bilenlerle bilmeyenler arasında preoperatif anksiyete düzeyinin değişmediği saptandı.

Chew ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada rejyonel anestezi de en çok endişe duyulan nedenler arasında ağrı ve ameliyat yerinin uyuşmaması olarak

bildirirken (80), başka bir çalışmada en çok endişe duyulan nedenler, ameliyat yerinin uyuşmaması, ameliyat sırasında ağrı hissetmek olarak bildirilmiştir (81).

Bizim çalışmamızda rejyonel anestezi ile ilgili endişe sorgulandığında hastaların en çok ameliyat yerinin yeterince uyuşmamasından endişe ettikleri belirlenmiştir. İkinci sıra hastaların ise herhangi bir endişesinin olmadığı dikkati çekmektedir. Bu durumun hastaların bölgesel (spinal) anestezi hakkında yeteri kadar bilgilendirilmediği, oluşabilecek komplikasyonların anestezi uzmanları tarafından yeteri kadar anlatılmadığı ve bu yüzden hastaların endişe duymadığı kanısına varılmıştır.

Taşkın ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada gebelikte kadında fizyolojik değişimlerin yanı sıra psikolojik ve sosyal değişimler de olmakta ve bu nedenle gebelik sürecine, kadın ve ailesi için gelişimsel bir kriz dönemi olarak bakılmaktadır. Bu nedenle gebelik bir kadın için başlı başına bir anksiyete kaynağıdır ve özellikle doğum ve yenidoğan ile ilgili endişeler son trimesterde artmaktadır (67,68). Doğumun da sezaryen ameliyatı ile yapılıyor olması anksiyete düzeyini etkilediği düşünülmektedir. Wyatt ve arkadaşları, Hobson ve arkadaşları da sezaryen öncesi kadınların anksiyete düzeylerini yüksek bulmuştur (69,70). Benzer şekilde bizim de yaptığımız çalışmada sezaryen hastalarının diğer cerrahi klinik hastalarına göre anlamlı bir şekilde daha fazla endişe duydukları görülmüştür. Gebeliğin bile başlı başına anksiyeteye neden olduğu, gebelikteki fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin ve özellikle doğum ve yenidoğan ile ilgili düşüncelerin sezaryen hastalarının daha fazla anksiyete içinde olmalarının sebebi olarak düşünülmüştür.

Sağlık hizmetlerinin kalitesini ölçmede hasta memnuniyeti son derece önemli hale gelmiştir. Hasta memnuniyetinin; insanlara iyi davranma, genel kalite, ulaşılabilirlik, yetenek, bilgilendirme, sorununu çözebilme gibi boyutları vardır. Bunlardan en önemlilerinden biri de bilgilendirmedir. Hasta bilgilendirildiğinde hem bilgisi hem de memnuniyeti artacaktır. Hastaya anksiyetesini artırmayacak şekilde hastalığını, ameliyatta ne yapılacağını, olası komplikasyonların neler olduğunu ve kendisinden ne beklenildiğinin açıklanmasında fayda vardır. Hastanın kaygılarının dinlenmesi, hastada gerçekçi bir umut oluşmasını sağlar ve başa çıkma mekanizmalarını güçlendirir (71). Eğitim; hastaya ameliyattan sonra kendini nasıl hissedebileceğinin, uyandığında nasıl bir ortamda olacağını hangi fonksiyonlarını ne kadar süre ile kaybedebileceğinin,

ameliyat sonrası dönemde vücudunda bulunabilecek tüp ve drenlerin anlamının, ameliyat sonrasında ağrı olursa nasıl giderebileceğinin öğretilmesidir (72).

Bazı yayınlarda, bilgilendirme ve ameliyat öncesi eğitimde karşılıklı diyalogun yanında video, televizyon, bilgisayar, internet ve yazılı materyal yöntemlerinin kullanılması üzerinde durulmaktadır (45).

Hastaların preoperatif dönemde anestezi uzmanları ve anestezi uygulamasına yönelik bilgi edinme istekleri ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir (73, 74, 64, 75, 5). Amerika' da yapılan bir çalışmada (74), hastaların bilgi edinme isteklerinin İskoçya, Kanada ve Avustralya' da yapılmış benzer çalışmaların (76, 5) sonuçlarına göre daha fazla olduğu bildirilmiştir. Türkiye'de Ceyhan ve arkadaşlarının (75) çalışmasında anestezi konusunda bilgi edinmek isteyenlerin oranı % 83 olarak bildirilmiştir. Bizim yaptığımız çalışmada ise APAIS-B değeri 4 ve üzerinde olan hastaları bilgi edinmek isteyen hastalar olarak kabul ettiğimizde, bilgi edinmek isteyen hastaların oranı % 69,4 olarak tespit edildi.

Bununla birlikte yapmış olduğumuz çalışmada kültürel düzeyi yüksek olan lisan ve lisansüstü hastalarında sırasıyla % 90,3 ve % 87,5 çıkan bilgi edinme düzeyi bize bilgi edinme isteğinin eğitimle doğru orantılı olarak yükseldiğini düşündürdü. Ayrıca eğitim seviyesi düşük hasta popülasyonumuzda bilgi edinme isteği oranlarının düşük olması ve ortalama bilgi edinme isteğinin % 69 gibi diğer çalışmalara göre düşük kalması çalıştığımız bölgenin eğitim ve kültürel yönden düşük kalmasıyla bağlantılı olabilir diye düşündük.

Lichter (5) Kanada ve Amerika' da kadınların bilgi edinme isteğinin erkeklere göre daha fazla olduğunu tespit ederken (76,5), Farnill (76) ise Avustralya'da cinsiyete göre bilgi edinme isteğinin farklılık göstermediğini bildirmiştir.

Avustralya' da genç yaş grubunda bilgi edinme isteğinin fazla olduğu saptanırken (76), Amerika da yaşla bilgi edinme isteğinin farklılık göstermediği bulunmuştur (74). Bizim yaptığımız çalışmada yaş gurupları arasında bilgi edinme isteği açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi.

Avustralya ve Amerika gibi gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalar bilgi edinme isteğinin kişinin eğitim düzeyiyle ilgili olmadığını gösterirken, bizim çalışmamızda eğitim düzeyi arttıkça bilgi edinme isteğinin arttığı görüldü (74,76). Bu durum;

gelişmiş, ileri ülkelerde insanların eğitim düzeyinin yüksek olması, eğitim seviyesi açısından hastaların dengeli dağılması, hastaların hasta haklarını biliyor olması ile açıklanabilir.

Bilgi edinme isteğinin; Farnill (76) ve Lichtor ve arkadaşlarının (5) daha önceden anestezi ile karşılaşma durumuna göre farklılık göstermediğini bildirir. Fakat Kain (74) ilk defa ameliyat olacaklarda daha önceden ameliyat olanlara göre daha fazla olduğunu bildirmiştir.

Çalışmamızda anestezi deneyimine göre ve spinal anesteziyi bilip bilmemelerine göre bilgi edinme isteklerinde fark görülmedi. Bunu hastaların preoperatif dönemde yeterli bilgilendirilmiyor olmasına, bundan dolayı da anestezi deneyiminin anestezi hakkında bilgi edinme isteğini artırmamasına bağladık.

Türkiye’ de yapılan çalışmada hastaların demografik bilgilerinden medeni halleri, çocuk sayılarının ve ASA skorunun hastaların bilgi edinme isteklerinde herhangi bir fark görülmediği tespit edilmiş (79). Buna benzer bizim çalışmamızda da hastaların medeni hallerinin, çocuk sayılarının ve ASA skorlarının benzer şekilde bilgi edinme istek düzeylerini değiştirmedeği görüldü.

Sezeryan hastalarının destek sistemlerinin olması bu süreci daha iyi geçirmesine katkıda bulunacaktır. Ayrıca önemli bir stres kaynağı olan cerrahi girişim bilgi edinme isteklerini arttırabilmektedir. Kaya ve arkadaşlarının çalışmasında ameliyat öncesi bilgilendirilmiş olan obstetrik hastaların iyimser oldukları, iyimser olan hastaların ise daha az kaygılı olduğu saptanmıştır (77). Yine Yardakçı ve Akyolcu’ nun çalışmasında sezeryan hastaların çoğunluğunun bilgi edinme düzeylerinin yüksek oldukları tespit edilmiştir (79).

Bizim çalışmamızda ise cerrahi olacak hastaların bilgi edinme isteklerinin benzer şekilde yüksek olduğu görüldü. Ancak gruplar arasında karşılaştırdığımızda sezeryan hastaları ile diğer cerrahi klinik hastaları arasında bilgi edinme düzeyi açısından anlamlı bir fark tespit edilemedi.

Sezaryen ameliyatının diğer ameliyat türlerinden farklı olan tarafı hem annenin hem de bebeğin sağlığının söz konusu olmasıdır ve bu durum kaygıyı daha fazla arttırmaktadır. Ameliyat öncesi bilgi verilmesi kadınlarda anksiyete düzeyinin yükselmesine neden olabileceği gibi kendisinin bu süreç içinde tutulması olumlu

deneyimleri destekleyeceğinden tam tersi etki de yaratabilmektedir. Akyüz 'ün yaptığı çalışmada doğum bilgisi alma durumunun anksiyeteyi etkilediği saptanmıştır (68).

Bizim yaptığımız çalışmada sezeryan hastalarının ve diğer cerrahi klinik hastaları arasında bilgi edinme istekleri açısından fark tespit edilmedi. Buna karşın anksiyete duyan hastaların anlamlı bir şekilde daha fazla bilgi edinme isteklerinin olduğunu saptandı.



6. SONUÇ

Yaptığımız bu çalışmada; cerrahi operasyonun ve anestezi uygulamalarının hastalar için önemli bir stres faktörü olduğu sonucuna varılmıştır. Preoperatif dönemde hastaların kaygı düzeylerinin ve bilgi edinme isteklerinin fazla olduğunu göstermektedir. Bu kaygı ve bilgi edinme isteği hastaların eğitim ve kültürel seviyesine ve planlanan ameliyatlara göre anlamlı bir şekilde değiştiği gözlemlenmiştir.

Çalışmaya aldığımız hasta gruplarından, eğitim seviyesinin lisans ve lisansüstü olması, preoperatif anksiyetesi olan hastalar ve planlanan ameliyatın sezeryan oluşu bilgi edinme isteklerinde anlamlı olarak artmaya neden olmaktadır.

Çalışma grubumuzda preoperatif anksiyete düzeyinin eğitim düzeyi lisans ve lisansüstü olan hastalarda ve planlanan ameliyatın sezeryan olan hastalarda daha fazla olduğu görüldü.

Sonuç olarak gebe hastaların fizyolojik ve psikolojik değişimleri, özellikle doğum ve yenidoğan ile ilgili endişeleri sebebiyle sezeryan hastalarının preoperatif anksiyete düzeylerinin diğer cerrahi klinik hastalarına göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

7. KAYNAKLAR

1. Boeke S, Jelcic M, Bonke B. Pre-operative anxiety variables as possible predictors of postoperative stay in hospital. *Br J Clin Psychol* 1992;31(Pt 3):366-8.
2. Egbert LD, Battit GE, Welch CE, Bartlett MK Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients. *New England Journal of Medicine* 1964;270:825-7.
3. Markland D, Hardy L. Anxiety, relaxation and anesthesia for day-case surgery. *British Journal of Clinical Psychology* 1993;32:493-504.
4. Badner NH, Nielson WR, Munk S et al. Preoperative anxiety detection and contributing factors. *Can Anaesth.* 1990; 37: 444- 447.
5. Lichtor LJ, Johanson CE, Mhoon D et al. Preoperative anxiety, does anxiety level the afternoon before surgery predict anxiety level just before surgery *Anesthesiology.* 1987; 67: 595-599.
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: A study of anxiety profiles amongst patients attending a day bed unit. *Anaesthesia.* 1991; 44: 437.
8. Goldman L, Ogg TW, Levey AB. Hypnosis and day case anaesthesia: a study to reduce preoperative anaesthetic requirement. *Anaesthesia.* 1988; 43: 466- 469.
9. Weis OF, Sriwatanakul K, Weintraub M et al. Reduction of anxiety and postoperative analgesic requirements by audiovisual instruction. *Lancet.* 1983; 1: 43.
10. Işık E. Anksiyete Bozuklukları. İstanbul: Golden Print, 2006:4-26.

11. Çevik A. Yaygın anksiyete bozukluğunun kliniği. 2. Anksiyete Bozuklukları Sempozyumu, Doğan O. (eds). Sivas Cumhuriyet Üniv. Tıp Fak. Basımevi 1993:25-33
12. Noyes R, Hoehn Saric R. The Anxiety Disorders. In: Şar V (Ed). Anksiyete Bozuklukları. İstanbul: Csa Medikal & Paramedikal Yayıncılık, 1998:4-25.
13. Berrios GE. The History of Mental Symptoms. Cambridge; Cambridge University Pres, 1996:504-505.
14. Nutt D, Argyropoulos S, Forshall S. Generalized Anxiety Disorder: Diagnosis, treatment and its relationship to other anxiety disorders. London; Martin Dunitz, 1998:1-4
15. Tükel R. Anksiyete Bozuklukları Tedavi Kılavuzu. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2004; 285- 301.
16. Marks IM. Fears, Phobias and Rituals. New York: Oxford University Pres, 1987.
17. Stone MH. Healing the Mind: A history of psychiatry from antiquity to the present. New York; W.W Norton & Company, 1997.
18. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadoc"s Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, 2007.
19. Akkoyun F. Danışma Psikolojisi Kuramları. Ankara: Nobel Tıp Yayınevi, 1982.
20. Yalom I. *Varoluşçu psikoterapi*. İstanbul: Kabalcı Yayınevi, 2001
21. Noyes R,Roth M,burrows G.D.Handbook of Anxiety, Vol.2:Etiological Factors and Associated Disturbances. Elsevier Science Publishers, 1988;s:31-51.

22. Öner L., Le Compte A., Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi , 2. Baskı, İstanbul, 1998
23. Noyes R, Hoehn- Saric R. Anksiyete Bozuklukları, Sar V (çeviri ed.). İstanbul: Medical & Paramedical Yayıncılık, 1998;s:1-29
24. Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan & Sadoc's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 8. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, 2007
25. Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara: MedicoGraphics Matbaası, 2007.
26. Rothrock JC. Perioperative nursing research partI: preoperative psychoeducational unterventions: AORN Journal 1989;49(2):597-618.
27. Varcarolis EM. *Foundation of Psychiatric Mental Health Nursing*: Philadelphia: WB. Saunders Company. 1990:171-173.
28. Buldukoğlu K. Ameliyat öncesi hastaların ameliyata ilişkin tepkileri: Türk Hemşireler Dergisi 1988;38 (3-4):31-32.
29. Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon- Liyezon Psikiyatrisi. İstanbul: 1993:175-183.
30. Joseph-Kinzelman A, Taynor J, Ossa J, Rubin W, Risner PB. Client's perceptions of involuntary hospitalization. *Journal of Psychosocial Nursing* 1994;32(6):28-32.
31. Kaplan HI, Sadock B. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. London: Williams & Wilkins, 1989;2:1316-1330.
32. Kaplan HI, Sadock B. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. London: Williams & Wilkins, 1985;2:1294-1297.

33. Burrige L. Challenging the traditional view of preoperative visiting. *Br J Theatre Nurs* 1993;3(4):5-12.
34. Bekaroğlu ve ark. Ameliyat öncesi kaygı ve depresyon durumunun ameliyat komplikasyonlarına ve yatış süresine etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991; 2(4):285-288.
35. Badner NH, Nielson WR, Munk S, et al. Preoperative anxiety detection and contributing factors. *Canadian Journal of Anaesthesia* 1990;37:444-47.
36. Hume MA, Kennedy B, Asbury AJ. Patient knowledge of anaesthesia and perioperative care. *Anaesthesia* 1994;49:715- 718.
37. 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.
38. Zvara DA, Manning M, Stewart T, McKinley AC, Cran W. Pre-operative anesthetic concerns: perceptions versus reality in men and women. *Anesthesiology* 1994: 81:1260.
39. Moerman N, Van Dam FS, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale. *Anesth Analg* 1996; 82:445-51.
40. Klawta JM, Roizen MF. Current understanding of patients attitudes toward and preparation for anesthesia, *Anesth Analg* 1996; 83:1314-21.
41. Meltem Aydın , Derya Kaya Şenol , Semra Erdoğan Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Cilt: 5 Sayı: 1 Ocak 2014
42. Pasnau RO, Fawzy FI, Skotzko CE, et al. Surgery and surgical subspecialties, In: *The American Psychiatric Press Textbook of Consultation- Liaison Psychiatry*. Rundell JR, Wise MG. (Eds). Washington DC: American Psychiatric Press Inc, 1996:608-639.

43. Mamelok AE. Psychiatry and surgery, In: Comprehensive Textbook of Psychiatry. Kaplan HI, Sadock BJ. (Eds), 6. th, Baltimore: Williams and Wilkins, 1995:1680-1693.
44. Gülseren Ş. Psikiyatri ve cerrahi, In: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi-II. A Çelikkol (Ed). İzmir: Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 1997;2:245-270.
45. Kaplan HI, Sadock B, Grebb JA. Synopsis of Psychiatry. London: Williams & Wilkins, 1994:777-778.
46. Perry SW, Difede J, Musngi G, et al. Predictors of post traumatic stres disorder after burn injury. Am J Psychiatry 1992;149:931-935.
47. Gelden M, Gath D, Mayou R. Oxford Textbook of Psychiatry. 2th ed. Oxford: Oxford Medical Publications. 1987:394-396.
48. Noyes R, Roth M, Burrows GD. Handbook of Anxiety. 1th ed. New York: Elsevier, 1988;2:239-242.
49. Perry F, Parker RK, VWhite PF, Clifford PA. Role of psychological factors in postoperative pain control and recovery. Clin J Pain 1994; 10:57-63.
50. Domar AD, Everett LL, Keller. Preoperative anxiety: Is predictable entity?. Anesth Analg 1989; 69:763-770.
51. Y. Turhan, R.Avcı DÖ. Elektif cerrahi hazırlığında preoperatif ve postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisi. Anestezi Dergisi. 2012;20: 27–33.
52. Spielberg CD, Gorsuch RL, Lushen RE. STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA:Consulting Psychologists Press. 1970.
53. Snaith RP, Zigmond AS. The hospital anxiety and depression scale. Br Med J (Clin Res Ed). 1986;292: 344.

54. McCormack HM, Horne DJ, Sheather S. Clinical applications of visual analogue scales: a critical review. *Psychol Med.* 1988;18: 1007–1019.
55. Zuckerman M. The development of an affect adjective check list for the measurement of anxiety. *J Consult Psychol.* 1960;24: 457–62.
56. N. Moerman, F. van Dam, T. Boulogne-Abraham M van H. The patients need for information in the preoperative period. *Proceedings of the 9th European Congress of Anaesthesiology.* Jerusalem, Israel. 1994; p 257.
57. Boker A, Brownell L, Donen N. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale provides a simple and reliable measure of preoperative anxiety. *Can J Anaesth.* 2002; 49: 792–8.
58. Moerman N, van Dam FS, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Anesth Analg.* 1996;82: 445–51.
59. Matthias AT, Samarasekera DN. Preoperative anxiety in surgical patients- experience of a single unit. *Acta Anaesthesiol Taiwan.* 2012;50: 3–6.
60. Miller RD. *Anesthesia: Psychological Preparation and Preoperative Medication.* New York: 1990; 895-928.
61. Egbert LD, Battit GE, Turndorf H, Beecher HK. The value of the preoperative visit by anesthetist. *JAMA* 1963;185:553-5.
62. Weis OF, Sriwatanakul K, Weintraub M et al. Reduction of anxiety and postoperative analgesic requirements by audiovisual instruction. *Lancet.* 1983; 1: 43.
63. Moerman N, van Dam FSAM, Oosting J. Recollections of general anaesthesia: a survey of anaesthesiological practice. *Acta Anaesthesiol Scand.* 1992; 36: 767-771.

64. Aykent R, Kocamanoğlu İS, Üstün E, Tür A, Şahinoğlu H. Preoperatif Anksiyete Nedenleri ve Değerlendirilmesi: APAIS ve STAI Skorlarının Karşılaştırılması. Türkiye Klinikleri J Anest Reanim 2007;5:7-13.
65. Shevde K, Panagopoulos G. A survey of 800 patients knowledge, attitudes and concerns regarding anesthesia. Anesth Analg. 1991; 73: 190-198.
66. Ramsay MA. A survey of pre-operative fear. Anaesthesia 1972;27:396-402.
67. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği 9. Baskı. Ankara; Sistem Ofset Matbaacılık, 2009: 100- 101.
68. Kuğu N, Akyüz G. Gebelikte Ruhsal Durum. C. U. Tıp Fakültesi Dergisi 2001; 23 (1): 61 – 64.
69. Wyatt SS, Jones DA, Paech MJ, Gurrin L. (). Anxiety İn Patients Having Caesarean Section Under Regional Anaesthesia: a Questionnaire and Pilot Study. International Journal of Obstetric Anesthesia 2001; 10: 278–283
70. Hobson JA. Slade P, Wrench IJ, Power L. Preoperative Anxiety and Postoperative Satisfaction in Women Undergoing Elective Caesarean Section. J. Obstet. Anesth 2006; 15(1): 18-23.
71. Grabow L, Buse R. Preoperative anxiety, Psychoter. Psychosom. Med Psychol 1990;40(7):255-63.
72. Özkan S. Psikiyatrik Tıp-Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi, İstanbul Roche 1993;175-8:157- 63.
73. Goldblum K. Knowledge deficit in the ophthalmic surgical patient. Nurs Clin North Am 1992;27(3):715-25.

74. Kain ZN, Kosarussavadi B, Hernandez-Conte A, Hofstadter MB, Mayes LC. Desire for perioperative information in adult patients: A cross-sectional study. *J Clin Anesth* 1997;9:467-72.
75. Ceyhan A, Başar H, İnan N ve ark. Türk toplumu anestezi hakkında neler biliyor, neler bilmiyor? *Sendrom* 2000;12:75-9.
76. Farnill D, Inglis S. Patients' desire for information about anaesthesia: Austuralian attitudes. *Anaesthesia* 1994;49:162-4.
77. Kaya, H., Acaroğlu, R., Şendir, M., Guldaş, S. (2007) Noroşirurji Hastalarında İyimser Yaşam Eğiliminin Ameliyat Öncesi Anksiyete İle Başetme Durumuna Etkisi. *İ.U.F.N. Hem. Derg* 2011; 15 (59): 75-81.
78. Yardakçı R, Akyolcu N. Ameliyat Öncesi Dönemde Yapılan Hasta Ziyaretlerinin Hastanın Anksiyete Düzeyine Etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2004; 1(2): 7-14.
79. AYKENT, Reşide, et al. "Preoperatif anksiyete nedenleri ve değerlendirilmesi: APAIS ve STAI skorlarının karşılaştırılması." *Turkiye Klinikleri Journal of Anesthesiology Reanimation* 5.1 (2007): 7-13.
80. Chew ST, Tan T, Tan TT. A survey of patients knowledge of anaesthesia and perioperative care. *Singapore Med J*. 1998; 39(9): 399-402.
81. Hume MA, Kennedy B, Asbury AJ. Patient knowledge of anaesthesia and perioperative care. *Anaesthesia*. 1994; 49: 715- 718.