



**TC
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI**

**ELEKTİF CERRAHİ PLANLANAN HASTALARDA ANESTEZİ
ALMA FİKRİNİN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

**Dr. Muhammet KORKUSUZ
UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Tuğsan Egemen BİLGİN**

MERSİN-2012



**TC
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI**

**ELEKTİF CERRAHİ PLANLANAN HASTALARDA ANESTEZİ
ALMA FİKRİNİN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

**Dr. Muhammet KORKUSUZ
UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Tuğsan Egemen BİLGİN**

MERSİN-2012

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde bilgi ve deneyimlerini her zaman bize aktaran başta Anabilim Dalı başkanımız Prof. Dr. Ali Aydın Altuncan olmak üzere Prof. Dr. Zeliha Özer, Doç. Dr. Şebnem Rumeli Atıcı, Doç. Dr. Nurcan Doruk, Doç. Dr. Handan Birbiçer, Doç. Dr. Davud Yapıcı hocalarıma teşekkür ederim.

Tezimin hazırlık aşamasından son noktasının konulduğu ana kadar benden desteğini esirgemeyen tez danışmanım sayın Doç. Dr. Tuğsan Egemen Bilgin hocama teşekkürü bir borç bilirim.

Uzmanlık eğitimim süresince birlikte çalıştığım, acı tatlı birçok anıları birlikte yaşadığımız asistan arkadaşlarıma, anestezi teknikeri arkadaşlarıma, reanimasyon ünitesi çalışanlarına ve ameliyathane çalışanlarına teşekkür ederim.

Tezimin istatistiksel verilerinin oluşturulması aşamasında her türlü destek ve kolaylığı sağlayan Biyoistatistik Anabilim Dalı Öğretim Görevlisi Gülhan Örekici Temel'e teşekkür ederim.

Yaşamım boyunca her türlü kararımda ve zor zamanlarımda benden desteğini esirgemeyen aileme, sonsuz sabır ve hoşgörü gösteren eşim Nurgül'e ve daha fazla zaman ayırabilsem dediğim oğullarım Yiğit ve Mert'e teşekkürü bir borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖZET	5
İNGİLİZCE ÖZET	6
GİRİŞ VE AMAÇ	7
GENEL BİLGİLER	9
Anestezi	9
Anestezi Tarihsel Gelişimi	9
Modern Anestezi Doğuşu	10
Rejyonel Anestezi	11
Genel Anestezi	11
Genel Anestezi Endikasyonları	12
Genel Anestezi Verme Yolları	12
Anestezi Derinliği	13
Uygulama Yönünden Anestezi Safhaları	13
Hastanın Preoperatif Psikolojik Durumunun Değerlendirilmesi	14
Bilgilendirme	15
Anksiyete ve Anestezi	18
Preoperatif Anksiyete	18
Yaşam Kalitesi	22
Yaşam Kalitesi ile İlgili Kavramlar	25
Kısa Form-36 (Sf-36)	27
GEREÇ VE YÖNTEMLER	33
BULGULAR	36
TARTIŞMA	57
SONUÇ VE ÖNERİLER	64
KAYNAKLAR	66
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	74
ŞEKİLLER VE RESİMLER DİZİNİ	76
TABLolar DİZİNİ	77

EKLER	78
EK-1. Demografik Form	78
EK-2. SF-36	79

ÖZET

Hastaların anestezi konusundaki kaygılarına dönük birçok çalışma olsa da anestezi alacak olmanın yaşam kalitesine etkileri daha önce çalışılmamıştır. Bu çalışmada anestezi almadan önce ve aldıktan sonra yaşam kalitelerindeki değişikliklerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca demografik özelliklerinde yaşam kalitesine etkileri değerlendirilmiştir.

Çalışmaya 01.05.2011 ile 01.12.2011 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon polikliniğine elektif cerrahi için anestezi onayı almak üzere başvuran yaşları 18 ile 75 arasında değişen 1050 hasta alınmıştır.

Hastalara ameliyat öncesi anestezi polikliniğinde demografik bilgi formu ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği anketi uygulandı. Ameliyat sonrası taburcu olmadan SF-36 yaşam kalitesi ölçeği anketi tekrar uygulandı.

Çalışma kapsamındaki hastaların preoperatif ve postoperatif fiziksel özet skor ortalamalarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamasına karşın mental özet skor ortalamalarının karşılaştırılmasında fark anlamlı bulundu. Postoperatif puan ortalaması daha yüksektir ve bu hastaların postoperatif mental olarak yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu anlamına gelmektedir.

Yaş gruplarına göre değerlendirmede de yaş arttıkça hem preoperatif hem postoperatif fiziksel ve mental özet skorları puan ortalamalarına göre yaşam kalitesinin negatif olarak etkilendiği görülmüştür. Cinsiyet, anestezi deneyimi, ve uygulanacak anestezi tipinin mental özet skorları ortalamalarına göre yaşam kalitesini etkilemediği görülmüştür. Mental özet skorları ortalaması ile ilgili yaşam kalitesi değerlendirilmesinde eğitim düzeyi yüksek olanlarda düşük olanlara göre, fiziksel kısıtlılığı olmayanlarda olanlara göre, ASA skoru düşük olanlarda yüksek olanlara göre yaşam kalitesinin daha iyi olduğu bulundu.

Anahtar Kelimeler: Anestezi, SF-36, Yaşam Kalitesi

ABSTRACT

The Effect of the Mind That ‘ Being Anesthetized’ in Quality of Life, in Planned Elective Surgery Patients

Although there are some studies on anxiety of patients about anesthesia there is no study about the effect of mind that will be anesthetized, in quality of life. In this study it is aimed to assess the changes in quality of life before and after anesthesia. Also it is aimed to assess the effect of demographic characteristics in quality of life.

1050 patients who consulted to Mersin University Medical Faculty Hospital Anesthesia and Reanimation Department Policlinic for assessment before elective surgery, between 01.04.2011 and 01.12.2011 were included in this study.

The SF-36 and Demographic Questionnaire Forms were administered to patients in anesthesia policlinic before the operation. The SF-36 Questionnaire Form was again administered to patients before discharge from hospital.

In comparison of patients assessed in the study, although Physical Summary Score means difference were not statistically significant, Mental Summary Scores were significantly different. Postoperative score means were higher and this means that mentally this patients have better quality of life.

For the age group consideration it is seen that, for Physical Summary Score and Mental Summary Score means both preoperatively and postoperatively were altered negatively. It is seen that gender, anesthesia experience, the type of anesthesia did not effect quality of life for Mental Summary Score means. In assessment of quality of life by Mental Summary Score means it is found that quality of life is better in higher levels of education than low levels of education, patients who have no physical deficit than having physical deficit and better in patients having lower ASA scores than having higher ASA scores.

Keywords: Anesthesia, Quality of Life, SF-36

GİRİŞ VE AMAÇ

Genel Anestezi; vital fonksiyonlarda bir değişiklik olmadan, geçici bilinç kaybı ve refleks aktivitede azalma ile karakterizedir. Genel anestezi ile operasyon süresince bilinçlerini kaybedecek olan hastaların bu ve bunun sonucu olabilecek diğer istenmeyen durumlardan kaynaklanan anksiyetesi oluşmaktadır. Sonuçta oluşan anksiyete hastanın yaşam kalitesini etkilemekte ve bunun sonucu olarakta hasta preoperatif, peroperatif veya postoperatif çeşitli problemlerle karşılaşabilmektedir¹.

Cerrahi girişim uygulanacak hastalarda genel olarak anestezi alma kaygısı, ölüm riskine ilişkin endişeler, özürlü olacağı endişesi, ameliyat sonrası oluşabilecek ağrıdan korkma, bedeni üzerinde denetimini kaybedeceği endişesi, cinsel yeterliliğin kaybı korkusu, çalışabilirliğini kaybedeceği endişeleri ortaya çıkar. Preoperatif dönemde hastaların % 60-80'inin anksiyöz olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmiştir^{2,3}.

Operasyon öncesi uygulanacak anestezi ve cerrahi açıdan bilgilendirme; hastaların stresli durumlara adaptasyonunu kolaylaştırır. Birçok çalışmada hastaların hastalıkları ve tedavisi hakkında detaylı bilgilendirildiklerinde kendilerini daha mutlu ve huzurlu hissettikleri gösterilmiştir. Detaylı bilgilendirmenin; daha az analjezik ihtiyacına, daha az hastanede kalış süresine ve daha hızlı rehabilitasyona neden olduğu kanıtlanmıştır⁴.

Diğer sebeplerle birlikte anestezi alma kaygısında anksiyeteyi arttırmakta ve hastaların yaşam kalitesini etkilemektedir. Anesteziyoloji araştırmalarında preoperatif anksiyete düzeyini ve sebeplerini ortaya koymak amacı ile anket araştırmalarını kullanmak uzun zamandır uygulansada anestezi kaygısının yaşam kalitesine etkisi araştırılmamıştır.

Yaşam kalitesi kişinin fiziksel, sosyal, psikolojik, emosyonel veya ruhsal durumunun bir bileşkesidir ve her kişinin yaşamında büyük önem taşır⁵. Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini; kişinin psikolojik ve sosyal fonksiyonlarının en az fiziksel fonksiyonlar kadar iyi olması durumu şeklinde tanımlamaktadır⁶. Günümüzde artık birçok hastalığın tedavi edilebiliyor olması yaşam süresini uzatmış ve kronik hastalıklarla daha uzun yaşama zorunluluğu doğurmuştur. Buda yaşam kalitesine olan ilgiyi arttırmıştır. Bu amaçla birçok genel yaşam kalitesi ölçeği geliştirilmiştir.

Genellikle yaşam kalitesi hastalara uygulanan anketlerle değerlendirilir. Maalesef çoğu çalışmada araştırmacılar tarafından kullanılan anketlerin güvenilirliği ve geçerliliği ispatlanmamış olarak kalmış ve önemli metodolojik problemler olduğu

saptanmıştır. Anestezi araştırmalarında hasta tatminini ve kalitesini değerlendirmek ve izlemek için kullanılacak anketlerin önemli sınırlılıkları vardır. Anketlerin ölçüm elemanları haline gelebilmeleri için dikkatlice yapılandırılmaları, arındırılmaları ve standardize edilmeleri gerekmektedir.

SF-36, sadece 36 sorudan oluşan çok amaçlı, kısa formlu bir sağlık anketidir. Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Rand Corporation tarafından geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur⁷. Türkçe'ye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır⁸.

Sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde sağlığın neredeyse her alanında anketler yapılırken cerrahi tekniklerdeki gelişmeler ve postoperatif bakımın iyileşmesi birçok cerrahi hastasında, sekel insidansı veya 5 yıllık sağ kalım oranı yanı sıra yaşam kalitesinin değerlendiriminide zorunlu kılmıştır. Şu ana dek hep cerrahi girişimlerin yaşam kalitesini nasıl etkilediği incelenmiştir. Bir çalışmada da yoğun bakıma yatışın hastaların yaşam kalitesi üzerine etkilerine bakılmıştır. Hastaların anestezi konusundaki kaygılarına dönük birçok çalışma olsa da anestezi alacak olmanın yaşam kalitelerine etkileri daha önce çalışılmamıştır. Bu çalışmada; elektif cerrahi planlanan hastalarda anestezi alma fikrinin hastaların yaşam kalitelerine etkilerini araştırmak amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

Anestezi

Anestezi henüz cerrahi prosedürler için tanınmamış ve tanımlanmamışken Hippocrates (460-377 M.Ö.) cerrahi üzerine yazdığı tezinde anestezinin sağladığı konforu hastanın bilinçli iken kendisinin yerine getirmesini öğütlemekte ve hastaya şu şekilde tavsiyede bulunmakta idi: "Operatöre yer sağla, opere kısmın şekil ve pozisyonunu sürdür, büzülmek, kaçmak ve dönmekten kaçın"⁹.

Anestezi sözcüğü bugünkü anlamda ise ilk kez Yunanlı filozof Dioscorides tarafından kullanılmıştır. Dioscorides (M.S. 1.Y.Y.) hacı otu(mandragora)nun özelliklerini tanımlarken, anestezi sözcüğünden farmakolojik bir tanımlama olarak yararlanmıştır¹⁰. Daha sonra ilk başarılı eter uygulamasından sonra Holmes tarafından Morton'a yazılan mektupta eterin oluşturduğu durumun tanımlanması için teklif edilmiştir. Anestezi, AN (olumsuzluk) eki ve ESTEZİ (duyu, his) sözcüğünden oluşur ve duyarsızlık, hissizlik anlamına gelir.

John Snow 19. yy'da genel anesteziyi, anestezi etkili maddelerle tüm vücutta ağrı hissini kaybı ile karakterli geri dönüşümlü bir bilinçsizlik durumunun meydana getirilmesi olarak tanımlamıştır¹¹. Genel anestezi vital fonksiyonlarda bir değişiklik olmadan geçici olarak; bilinç kaybı (mental blok), analjezi (sensoryel blok), arefleksi (refleks blok) ve motor blok oluşturulmasıdır. Bu durum, genel anestezi ilaçlarının santral sinir sisteminde (SSS) yaptığı, kortikal ve psikişik merkezlerden başlayıp bazal ganglionlar, serebellum, medulla spinalis ve medüller merkezler sırasını izleyen inici bir depresyonun sonucudur.

Anestezi Tarihsel Gelişimi

İnsanoğlunun ağrıya karşı ilk başarısı poppy (opium), mandragora (adam otu), hyoscyamus (banotu) ve alkolün kullanılması ile elde edilmiştir. Opium ve mandrake emdirilmiş "soporofik sünger" Hippocrates ve Galen tarafından kullanılmıştır. Homer Odyssey 'de yunanlıların uyku oluşturmak için birçok bitki ve ilacı kullandıklarını anlatır. Bunlardan biri lotus çiçeğidir.

Bunların yanı sıra ilginç anestezi uygulamaları gerçekleştirilmiştir. Cerrahi amacıyla uygulanan garip bir metod boğma (asfiksi) yöntemidir. Boğma sonucu oluşan asfiksini neden olduğu bilinç kaybının oluşturduğu anestezi İtalya'da on yedinci asrın sonlarına kadar uygulanmıştır. Diğer bir tuhaf metod ise kafaya vurulan darbedir (bir bademin kabuğunu kırarak ancak çekirdeğini kırmayacak şiddette). Bu şekilde

bayıltılan hastada bilinç geri dönene kadar cerrahi girişim yapılabilmektedir. Ağrının azaltılması amacıyla sinir köklerine bası ve soğuk tıbbi de Romalılar tarafından uygulanmıştır.

Modern Anestezinin Doğuşu

Tıp tarihçileri 19. yüzyılın ortalarında anestezinin başlangıcını belirleyen asıl etmenlerin, ağrı tedavisinin kutsal bir konu olmaktan çıkarılması ve hastalıkların yavaş da olsa anlaşılabilir olduğunu söylemektedir¹². Dolaşım ve solunum fizyolojisinin araştırılması, sonuçta gazların keşfine ve bunların deneysel inhalasyonlarına yol göstermiştir. Belçikalı J.B.van Helmont 17. asrın ortalarında atmosferdekilerden farklı bir grup gaz tanımlamış, bunları sınıflandırmış ve bu çalışması sırasında kanın akciğerlerden geçtiğinde siyahtan kırmızıya renk değiştirdiğini fark etmiştir. 1773'de Joseph Priestly bir tesadüf eseri olarak nitrikasitten azot protoksiti elde etmeyi başarmıştır¹³⁻¹⁵. Lavoisier oksijenin havanın küçük bir parçası olduğunu ve solunumla alındığını, büyük kısmın ise azottan oluştuğunu açıklamıştır. 1799'da Humphrey Davy kendi üzerinde bir dış çekimini azot protoksit inhalasyonu ile ağrısız gerçekleştirmiştir. 1540'da Valerius Cordus tarafından bulunan eterin 1844'de Crawford W. Long tarafından analjezi oluşturduğunun tesadüfen saptanmasına karşın (partilerde eterin koklanmasını takiben kişilerin ağrılı olması gereken çarpma ve düşmelere karşı kayıtsız kalmaları dikkatini çekmiştir) Long'un bu bulgusu ve bu konudaki tecrübeleri iki yıl sonra yayınlanana kadar gizli tutulmuştur.

Böylece azot protoksit ve eterin cerrahi anestezide bilimsel olarak yer alması 1844 ve 1846 yıllarını bulmuştur. 1844'de bir dış hekim olan Horace Wells bir dişini azot protoksit inhalasyonu ile ağrısız çektirdiğini açıklamıştır. Wells'in öğrencisi William Morton 1846 yılında medikal amaçlı anestezi alanında dahil olmak üzere dünyada genel anestezi olarak kabul edilen ilk uygulamayı eter kullanarak gerçekleştirmiştir¹⁴. Bu uygulamasını daha sonra bir hekim gurubu önünde demonstre ederek anestezi tarihine "eterin babası" olarak geçmiştir.

Morton'un demonstrasyonundan sadece 63 gün sonra bir dış hekim olan James Robinson 13 yaşındaki bir kız çocuğunun molar dişi çekimi sırasında eter anestezisini uyguladı. Ardından Robinson 1 Mart 1847'de Londra'da basılan ilk anestezi kitabını yazdı¹⁶. Anestezinin bundan sonraki gelişmesi vaporizasyon teknikleri ve araçlarının gelişmesi ve yeni bulunan ajanlara paralel olarak devam etmiştir.

İlk intravenöz anestezi uygulaması 1665 yılında Johann Sigismund Elsholtz tarafından duyusuzluk elde etmek amacıyla afyon solüsyonunu intravenöz vermesi ile

gerçekleştirilmiştir. Ancak İntravenöz anestezinin öncüsü Pierre Cyprien Ore olarak kabul edilir. 1872'de kloral hidrati intravenöz uygulayarak bu ajanın tüm anesteziğin en güçlüsü olduğunu iddia etmiştir. 1900'lerin başlarında intravenöz anestezinin majör bir komponent olduğu balans anestezi kavramının ortaya çıktığını ve geliştiğini görüyoruz. İntravenöz anestezinin bu günkü önemli yerini kısa etkili, suda eriyebilir barbitüratların bulunması ile aldığı söylenebilir. İlk kısa etkili ajanının 1927'de Pernoston tarafından uygulandığını, 1928'de ise John S. Lundy' nin inhalasyon anestesine amitali ilave ettiğini görmekteyiz. Bunu takip eden yıllarda diğer barbitürat derivelerinin sentezi ile intravenöz anestezi gelişimini sürdürmüş ve modern anestezi uygulamasındaki önemli yerini almıştır.

Rejyonel Anestezi

Asırlardır Güney Amerika yerlilerinin sempatik stimulan etkilerinin cazibesi ile bir keyif ve alışkanlıkla çiğnedikleri koka yaprağından 1860'da Albert Niemann 'nın kristalize formda alkaloidi izole etmesi rejyonel anestezinin ilk önemli aşamasıdır. Bundan yirmi yıl sonra kokainin tüm farmakolojik etkilerinin yayınlanması ile tıp dünyasının ilgisi bu ajan üzerine çevrilmiştir. Daha sonraki yıllarda Sigmund Freud kokain ile yaptığı çalışmalarını 1884 'de yayınlamış ve morfin alışkanlığı olan çok yakın bir arkadaşını (posttravmatik nöroma nedeniyle morfin kullanmakta olan) kurtarmak isterken tarihin ilk kokainmanını yaratmıştır. Kokainin lokal anestezi amacıyla ilk uygulaması ise Freud 'un yakın arkadaşı Karl Köller tarafından göz üzerinde denenmiş ve yayınlanmıştır (15 Eylül 1884). Bu sıralarda yaygın olan kloroformla inhalasyon anestesisinde ortaya çıkan toksikoloji vakaları, yüksek anestezi mortalitesi ve genel anestezi verebilecek yeterli sayıda deneyimli personel olmaması nedeniyle rejyonel anestezi cerrahlar arasında popüler olmuştur. İlk epidural anestezi 1885 'de ilk spinal anestezi ise 1898 'de August Bier tarafından uygulanmış ve akabinde Amerika ve Fransa'da geniş bir uygulama alanı bulmuştur. Kokainden sonra bulunan ilk lokal anestezi 1904 'de Einhorn tarafından sentez edilen prokaindir. 1946 'da lidokainin bulunuşu önemli bir aşama oluşturmuş ve bundan sonra birçok yeni ajanın klinik uygulamaya girmesi, tekniklerin geliştirilmesi ile rejyonel anestezi bugünkü yerine ulaşmıştır.

Genel Anestezi

Genel Anestezi; vital fonksiyonlarda bir değişiklik olmadan, geçici bilinç kaybı ve refleks aktivitede azalma ile karakterizedir. Bu durum, genel anestezi etkili ilaçların santral sinir sistemi (SSS)'nde yaptığı, kortikal ve psişik merkezlerden başlayıp, bazal

gangliyonlar, serebellum, medulla spinalis ve medüller merkezler sırasını izleyen inici bir depresyonun sonucudur. Bilinç kaybı ve reflekslerin baskılanması yanında, kas gevşemesi de genel anestezinin önemli bir parçası olup üçü birlikte genel anestezinin üçlüsünü oluşturmaktadır¹⁷.

İlaca bağlı bilinç kaybı vardır ve hasta ağrılı uyarılarla bile uyandırılmaz. Solunum fonksiyonlarını bağımsız olarak sürdürme bozulur. Hava yolunu korumaya yardım gerektirir. İlaca bağlı möromüsküler iletide ve spontan solunumda depresyon nedeniyle pozitif basınçlı ventilasyon gerektirir. Kardiyovasküler fonksiyonlar da bozulabilir¹⁸.

Genel anestezi beynin fonksiyonlarını nöronal membranlar, reseptörler, iyon kanalları, nörotransmitterler, beyin kan akımı ve metabolizması üzerinden her seviyede etkiler¹⁹.

Beynin bütünü anestezi ajanlardan aynı derecede etkilenmez, belirli bölümler anestezi veya sedasyona karşı daha hassastır. Örneğin, pariyetal ve prefrontal korteksler (multimodel korteks) uygulanan sedasyon sonucu etkilenerek amnezi ve dikkat eksikliğine neden olurken, unimodel korteks ve talamus, sedasyon uygulamasından etkilenmez.

Genel Anestezi Endikasyonları

Bir cerrahi girişim gerektiren hastaya genel veya bölgesel anestezi verilmesi kararlaştırılırken kesin kurallar olmamakla birlikte bazı ilkeler dikkate alınarak aşağıdaki durumlarda genel anestezi tercih edilir:

1. Hastanın yaşı: Bebek ve küçük çocuklarda kooperasyon sağlamak ve onları uzun süre belirli bir pozisyonda tutmak zordur. Bazen işlem ağrılı olmasa da örneğin radyolojik tanı girişimlerinde olduğu gibi sadece çocuğu hareketsiz tutmak için genel anestezi vermek gerekebilir.

2. Geniş kapsamlı cerrahi girişimler: Özellikle karın ve göğüs boşluklarında yapılan solunumun kontrolünü gerektiren girişimler ve intrakranyal girişimler.

3. Mental bozukluğu olan hastalar.

4. Bölgesel anestezi yöntemlerinin süresini aşan uzunluktaki cerrahi girişimler, bölgesel anestezinin uygun veya yeterli olmadığı cerrahi girişimler.

5. İsrarla genel anestezi isteyen hastalar.

Genel Anestezi Verme Yolları

Genel anestezi maddeleri hastaya sıklıkla gaz veya buhar halinde inhale ettirilerek ya da intravenöz (IV) enjeksiyonla verilir. Daha az olmak üzere de intramusküler (IM) oral veya rektal yol kullanılır.

Anestezi Derinliği

Vücudun ağrılı uyarılara duyarsız hale getirilmesini amaçlayan genel anestezinin yeterli derinlikte olması gerekir. John Snow, 1850'lerde kloroform veya eter anestezi verilen hastalarda anestezi derinliğinin belirlenmesine yardımcı olacak bazı belirtiler tanımlamıştır. 1920'de Guedel bunları daha da geliştirerek genel anestezi sırasında 4 safha ve 3. safhada 4 basamak tanımlamıştır:

1. Analjezi ve amnezi safhası,
2. Delirium veya eksitasyon safhası,
3. Cerrahi anestezi safhası,
4. Medüller depresyon safhası.

Bu safhalar, çok yavaş gelişen ve her değişikliğin sıra ile izlenebildiği eter anestezi için tanımlanmış olup günümüzde pratik önemini büyük ölçüde yitirmiştir. Anestezinin fazla yüzeysel veya derin olması sakıncalıdır. Derin anestezi; vital fonksiyonları deprese ederek hatta bulber merkezlerin depresyonu ile koma ve ölüme neden olabilirken, yüzeysel anestezi; ağrılı ve zararlı uyarıları, bunlara verilen nöroendokrin ve refleks yanıtları yeteri kadar önleyemediği için zararlı olabilmektedir.

Günümüzde daha çok kirpik, kornea ve konjunktiva refleksleri, pupilin büyüklüğü ve ışığa reaksiyonu, göz yaşarması, kan basıncı ve nabız değişiklikleri, terleme, iskelet tonusu, akciğer kompliansı gibi klinik belirtiler ile anestezi derinliğine karar verilmektedir.

Uygulama Yönünden Anestezi Safhaları

Uygulama açısından genel anesteziye indüksiyon, idame ve uyanma olmak üzere 3 safha bulunmaktadır.

Anestezi indüksiyonu: Anestezinin başlatılmasıdır.

Intravenöz indüksiyon: En yaygın uygulama, bir IV ajanla hızlı ve hoş bir şekilde indüksiyon sağlayıp daha sonra inhalasyon ajanına geçmektir. İntravenöz indüksiyonun özellikle yaşlı ve/veya genel durumu düşkün hastalarda solunum ve dolaşım depresyonu, eksitasyon, allerjik ve anafilaktik reaksiyonlar, enjeksiyon yerinde ağrı, damar dışı ve arter içi enjeksiyon gibi sakıncaları vardır.

İnhalasyon indüksiyonu: Küçük çocuklarda, şoktaki, çok yaşlı ya da damar bulmanın güç olduğu hastalarda doğrudan inhalasyon yolu ile indüksiyon yapılabilir. Bu yöntemin soluk tutma, laringeal spazm ve tükürük sekresyonlarında artma gibi sakıncaları vardır.

İntramusküler indüksiyon: Çocuklarda IV yol bulmanın zor olduğu durumlarda kullanılabilir. Bu amaçla en çok kullanılan ajan ketamindir.

Rektal indüksiyon: Çok az da olsa kullanılmaktadır. Daha çok çocuklarda anestezi öncesi veya bazı tanısal girişimlerde sedasyon/yüzeyel anestezi sağlamak amacıyla kullanılabilir.

Anestezinin devamı (idame): İndüksiyondan sonra, anestezinin cerrahi girişim boyunca ve bu girişimin gerektirdiği derinlikte belirli bir düzeyde sürdürüldüğü safhadır. Anestezinin devamı için günümüzde en yaygın uygulama oksijen/azot protoksit karışımına düşük yoğunlukta etkin bir inhalasyon anesteziği eklemektir. İnhalasyon anesteziği yerine kuvvetli analjezikler veya diğer IV anesteziikler de kullanılabilir. Bu safhada hava yolu açıklığı sıklıkla endotrakeal entübasyon ile sağlanır. Kısa sürecek girişimlerde maske ile idame tercih edilebilir.

Anestezinin sonlandırılması: Cerrahi girişim sonunda kullanılan anesteziğin etki hızına bağlı olarak anesteziik ajan kapatılır. Bu andan itibaren uyanma safhası başlar. Kullanılan ajana ve hastanın durumuna bağlı olmak üzere değişen sürelerde hastalar, hava yolu açıklığını koruyabilecek duruma gelirler. Uyanma hızı; izofluran > enfluran > halotan şeklindedir. İntravenöz anestezi uygulandığında ise uyanma süresi, doza bağlıdır. 500 mg'ı aşmayan dozda tiopental kullanıldığında uyanma hızlı iken yüksek dozlarda bu süre uzar. Propofol ve etomidat ile uyanma hızlı ve iyidir. Ketaminden sonra koruyucu refleksler çabuk döner ancak bilincin tam dönmesi 1 saat alabilir. Bu dönemde eğer nondepolarizan tipte kas gevşetici kullanılmışsa revers edilir.

Ekstübasyon: Solunum yeterli, kardiyovasküler bulgular stabil ise orofarengeal ve gerekiyorsa trakeobronşiyal aspirasyondan sonra ekstübasyon yapılır. Yeterli solunum, oksijenasyon ve kardiyovasküler stabilite sağlandıktan sonra hasta ameliyathaneden derlenme odasına alınır. Burada bazı hastalarda hava yolu obstüksiyonu, hipoksi, hiperkarbi ve aspirasyon başta olmak üzere hayatı tehdit eden sorunlar çıkabilir.

Hastanın Preoperatif Psikolojik Durumunun Değerlendirilmesi

Preoperatif değerlendirmede hastanın korku ve anksiyetesi açıkça sorgulanmalıdır. Hastanın daha önceki olumlu ya da olumsuz deneyimleri, hastanın

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

Çocuk hastaların anne ve babalarında da yüksek anksiyete düzeyleri görülebilir. Bu anksiyetenin çocuğa yansması özellikle çocuklarda negatif sonuçlar doğurmaktadır. Ailelerin sözlü iletişim yanında basılı broşürlerle bilgilendirilmesi ailelerin anksiyetelerini daha çok azaltabilmektedir^{20,21}.

Preoperatif değerlendirmede hastanın psikolojik durum değerlendirmesi ve viziti yapan hekimin önerileri ayrıntılı preoperatif değerlendirme formuna kaydedilmelidir²². Kayıt tutulması hem preoperatif değerlendirmeyi yapan hekim ile anestezi verecek hekimin farklı olduğu durumlarda hem de daha sonraki anesteziyelerinde yol gösterici olmaktadır.

Bilgilendirme

Hastaların ameliyat öncesi psikolojik hazırlanmasında hastalığın niteliği, cerrahi girişim ve ameliyat sonrası dönem konusunda yeterli bilgilendirilmeleri çok önemlidir. Hastaların ameliyat öncesi eğitimi ve bilgilendirme, psikolojik açıdan ameliyata hazırlamada ilk basamaktır²³.

Ameliyat öncesinde hastaya, kaygısını arttırmayacak şekilde, hastalığının ne olduğu, ameliyatta ne yapılacağı, olası komplikasyonları ve kendisinden ne beklendiği, kendi rolünün ve katkısının ne olacağını açıklanması çok yararlıdır. Hastanın kaygı ve endişelerinin empatik bir tutumla dinlenmesi, hastada gerçekçi bir umut oluşmasını sağlar ve başa çıkma mekanizmalarını güçlendirir²³.

Bilgilendirme, kaygı, korku ve depresyon gelişimini, ameliyat sonrası analjezik gereksinimini azaltmakta, deliryum ve depresyon gelişim riskini ve hastanede kalış süresini kısaltmaktadır²⁴. Bilgilendirme ve ameliyata psikolojik hazırlamanın, bulantı, kusma gibi ameliyat sonrası fiziksel komplikasyonları azalttığı, tedavi ve bakımın gerektirdiği davranışsal uyum ve işbirliğini arttırdığı bildirilmiştir. Bu bilgilendirme hastanın anlayabileceği terimlerle ve gereksiz kaygılar yaratmadan, umut, güven ve destek sağlayıcı tutumla yapılmalıdır²³.

Bilgilendirme; hastaların stresli durumlara adaptasyonunu kolaylaştırır. Birçok çalışmada hastaların hastalıkları ve tedavisi hakkında detaylı bilgilendirildiklerinde kendilerini daha mutlu ve huzurlu hissettikleri gösterilmiştir. Detaylı bilgilendirmenin; daha az analjezik ihtiyacına, daha az hastanede kalış süresine ve daha hızlı rehabilitasyona neden olduğu kanıtlanmıştır⁴.

Bilgilendirme ile hasta memnuniyetinin arttığı gösterilmiştir. Çünkü bilgilendirme ile sadece bilgileri artmamakta, beraberinde onlara daha fazla zaman ayrılmakta ve önemsendikleri hissettirilmektedir²⁵.

Hayat kurtarıcı olması nedeniyle, hasta hekim arasındaki etkileşim bağımlılık ve beklenti yaratır. Bu hastaların tedavisinde fiziksel ve psikiyatrik bakımın beraber sağlanmasında, doğrudan etkileşimin büyük rolü vardır. Ameliyatın amacı, yararları, olası riskleri, klinik amaçları açıklanmalı, ameliyatın süresi, tipi, ameliyat sonrası ilaç kullanımı, diyet gereksinimi anlatılmalıdır²³.

Hastaya ameliyattan sonra kendini nasıl hissedebileceği, uyandığında nasıl bir ortamda olacağı (hastaya uyanma odası önceden gösterilebilir), hangi fonksiyonlarını ne kadar süreyle kaybedebileceği, ameliyat sonrası dönemde vücudunda bulunabilecek tüp ve drenlerin anlamı, olası ameliyat sonrası ağrı ile nasıl baş edebileceği öğretilmelidir²⁶.

Ameliyatla ilgili iletişimde dürüstlük esastır; ancak dürüst olurken bilgiyi hastaya acı vermeden, nazikçe, özellikle kanser hastalarında hastanın geleceğe yönelik umutlarını yok etmeden vermek gerekir²⁷.

Hasta ile doktorun iletişimi çok önemlidir. Yapılan bir çalışmaya göre; doktorlar hastalarıyla ne kadar iyi iletişim kurarlarsa, hastaların da doktorlarına komplikasyon ya da mesleki hata nedeniyle dava açma ihtimali o kadar azalmaktadır. Bu çalışma da diğer uzmanlık alanlarına göre anestezi uzmanları daha az memnuniyet skoru almışlardır. Bunun nedeninin anestezi uzmanlarının hastayla iletişime daha az vakit ayırmaları olabileceği düşünülmüştür²⁸.

Yapılan çalışmalarda koroner by-pass cerrahisi öncesinde hem hastaneye kabulden önce daha erken bir dönemde, hem de yatış sonrası eğitici bilgi verilen hastalarda, yalnızca hastaneye yatış sonrası rutin ameliyat öncesi bilgi verilen hasta grubuna kıyasla:

1. Bilgi düzeylerinin daha yüksek
2. Yaklaşımlarının daha olumlu
3. Fiziksel iyileşmelerinin daha iyi olduğu görülmüştür²⁹.

Başka bir yayında, hastaların hastaneye yatış sırasında zaten anksiyeteli oldukları, o anda onlara verilecek bilgileri unutabilecekleri veya yanlış anlayabilecekleri belirtilmiştir. Hastaneye kabulden önce evlerinde bilgi verilen ve hastanedeki ilk günlerinde de görüşülen hastaların, yalnızca hastaneye kabulden sonra ameliyat öncesi bilgi verilen hastalara göre anlamlı derecede daha az anksiyeteli oldukları tespit edilmiştir³⁰.

Preoperatif bilgilendirmenin sınırları tartışılırken, açık olan bir gerçek vardır ki; bilgilendirme için anestezi doktoru uygun yer ve yeterli zamanı ayarlamalı ve hastayla onun anlayabileceği dilde konuşmalıdır³¹.

Son yıllarda hastaların bilgilendirilmesi ve onaylarının alınması büyük önem taşımaktadır. Çünkü sağlık bakımı hızla değişmekte, anestezi doktorlarının yasal sorumlulukları artmakta ve medikal kazalara karşı tolerans azalmaktadır. Üstelik hastalar anestezi hakkında bilgi sahibi olmayı, operasyondan sonra normal yaşamlarına ne zaman döneceklerini, yemeklerini ne zaman yiyip içebileceklerini ve ağrı kontrollerini öğrenmek istemektedirler³².

Bilgilendirmeden sonra hastalar psikolojik açıdan değerlendirilmeli ve şunlar dikkate alınmalıdır:

1. Hastanın öyküsünde başka cerrahi girişimler olup olmadığı, anestezi uygulamaları ve cerrahi girişime tepkileri.

2. Yakın akraba ve aile üyelerinde cerrahi girişim uygulanan kişilerin olup olmadığı, (benzer girişimler yakınlarında üzücü sonuçlanmış ise kendilerinin de aynı sonuçlarla karşılaşacaklarından endişe ederler).

3. Hastanın hastalığına, ameliyata ve ameliyat sonrası döneme ilişkin bilgi, beklenti, tutum ve algıları (gerçekçi beklentisi olmayan hastalarda ameliyat sonrası psikolojik sorunlar daha fazladır).

Bilgilendirme farklı yollarla yapılabilir. Karşılıklı konuşarak, yazılı broşür ya da video kullanılabilir. Birçok çalışmada video ile eğitimin preoperatif anestezi konsültasyonuna ek olarak bilgi artırmada etkinliği gösterilmiştir³³. Broşürle eğitim de hastanın bilgisini artırmaktadır. Burada en önemli nokta hastaya uygun eğitim modelini seçmektir. Başka bir deyişle bilgilendirme bireyselleştirilmelidir³⁴.

Bilgilendirmenin esasları; hastayla güzel iletişim, kişilere öğretme prensipleri, kişinin ihtiyacına göre öğretim yolunu ve miktarını seçme olarak özetlenmektedir³⁵.

Anksiyete ve Anestezi

Anksiyete sözcüğü, Hint- Germen kökenli “sıkıca bastırmak, boğazını sıkamak, sıkıntı ve tasa” anlamına gelen “angh” sözcüğünden türemiştir. Anksiyeteye ilişkin en eski yazılı kanıt milattan önce 3000’lerde yazılan Gilgamiş destanıdır³⁶.

Mani, histeri ve paronaya gibi terimleri psikiyatriye kazandırmış olan Hipokrat’a göre, her türlü psikiyatrik belirtinin kaynağı beyindir. 17. yüzyılda dilbilimciler tarafından paroksizmal olarak ortaya çıkan şiddetli huzursuzluk, yerinde duramama ve endişe durumları için farklı terimler kullanılmıştır.

Benzer durumlar için, aralarında bazı anlam farklılıkları olmakla birlikte Fransızlar angoisse, Almanlar angst ve İspanyollar ise angustia sözcüklerini kullanmışlardır.

Feuchtersleben, 1847’de ilk kez organik hastalıkların neden olduğu anksiyete belirtilerini gözlemiş ve Morel 1866’da ilk kez otonomik sinir sistemindeki değişikliklerin emosyonel belirtilere yol açtığından söz etmiştir³⁷.

Preoperatif Anksiyete

Ameliyat öncesi dönemde hastaların çoğunda anksiyete bulunmaktadır. Anestezi uygulamasına ve cerrahi girişime ait endişeler, operasyonu ve postoperatif iyileşmeyi olumsuz etkiler¹. Cerrahi girişimler ciddi psikiyatrik ve psikososyal sorunlara yol açma potansiyelindedir. Hastada, hastalıklarından kurtulma umut ve beklentisi yanında psikolojik açıdan kendi bedenini, yaşantısını denetleyemeyeceği endişesine, organ ve doku kaybı korkusuna neden olabilir²³. Genel olarak kalıcı komplikasyon riski az olan girişimlerde dahi, hastalar cerrahi dışı tedavi yöntemlerine kıyasla daha fazla psikososyal rahatsızlık tanımlar²³. Bu kaygı, alttaki hastalığın niteliğine, kaybedilecek organa, kişi için bu durumun anlam ve önemine göre değişik düzeyde olur. Cerrahi girişim uygulanacak hastalarda genel olarak anestezi kaygısı, ölüm riskine ilişkin endişeler, özür olacağı endişesi, ağrıdan korkma, bedeni üzerinde denetimini kaybedeceği endişesi, cinsel yeterliliğin kaybı korkusu, çalışabilirliğini kaybedeceği endişeleri gelişir.

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

kaynaklanmaktadır³⁸. Yapılan bir çalışmada aslında bir ilgi göstergesi olan ameliyat öncesi ziyaretin bile hasta tarafından “kontrol ediliyorum” şeklinde algılanabileceği vurgulanmaktadır³⁹.

Preoperatif dönemde hastanın eğitimi ve bilgilendirilmesi psikolojik açıdan ameliyata hazırlamada ilk basamaktır. Bilgilendirmenin kaygı, korku ve depresyon gelişimini, ameliyat sonrası analjezik gereksinimini azalttığı, hastanede yatış süresini kısalttığı birçok araştırmacı tarafından bildirilmiştir¹. Ayrıca bilgilendirme ve psikolojik olarak ameliyata hazırlama, bulantı-kusma gibi postoperatif komplikasyonları da azaltmaktadır^{1,40}. Psikolojik hazırlamada hastanın emosyonel yaşantısı, içsel endişe, korku ve çatışmalarını ifade edebilmesinin sağlanması, bilgilendirme ve gerçekçi güvence verilmesi önemlidir. Hasta için önemli olan kaygı kaynakları araştırılmalı ve endişeleri giderilmelidir. Preoperatif dönemde hastaların % 60- 80'inin anksiyöz olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmiştir^{2,41}.

Anksiyete düzeyi kadınlarda erkeklere, ailesi ve arkadaşları tarafından ameliyata getirilen hastalarda yalnız gelenlere, kardiyak ve vertebra cerrahisi uygulanacak hastalarda diğerlerine göre, gençlerde yaşlılara göre ve kötü anestezi deneyimi olanlarda olmayanlara göre daha fazla bulundu^{42,43}.

Arellano ve arkadaşları preoperatif vizitin zamanlamasını belirlemek amacı ile yaptıkları bir çalışmada, hastaların bir hafta önce, bir gün önce ve ameliyattan hemen önceki anksiyete düzeyleri arasında fark bulamamışlar, ancak ameliyattan hemen önce anestezi tarafından görülen hastanın anksiyete derecesinde anlamlı azalma olduğunu göstermişlerdir⁴⁴.

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 bildirilmiştir⁴⁵.

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

Anksiyöz hastalar anestezi indüksiyonu sırasında daha yüksek doz anestezi ilaca ihtiyaç duyarlar⁴⁶. Bazı çalışmalarda preoperatif dönemde detaylı bilgilendirilen hastaların preoperatif anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğu ve postoperatif

dönemde bu hastalarda ağrı ve anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğu, iyileşmenin daha hızlı olduğu gösterilmiştir⁴⁷.

Anksiyete çeşitli metabolik ve hormonal değişimlere neden olur. Pituitarhipotalamik ve adrenal-kortikal sistemi olduğu kadar, sempato-adrenal yolu da aktive eder. Bunun sonucu olarak da mukus ve tükürük gibi sekresyonlarda, gastrik asiditede, gastrointestinal tonus ve motilitede ve katekolamin salınımında artışlar görülür. Anestezi indüksiyonu öncesi adrenal miktarı % 40 artar ve bu anksiyetenin artışı ile orantılıdır. Preoperatif anksiyete laringoskopi ve entübasyon sırasında refleks sempatik aktivasyon artışı ile taşikardi, aritmi ve hipertansiyona neden olur⁴⁸.

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 bağlıdır. Litaretürde 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^{49,50}.

Zvara tarafından yapılan çalışmada 200 gününbirlik 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 bulundu⁵¹.

Ameliyat öncesi anksiyetenin anesteziye etkileri şöyle belirlendi: Anksiyeteli hastaların anesteziye cevapları farklıdır. Anksiyeteye bağlı vazokonstriksiyon intravenöz kateter takılmasını zorlaştırabilir. Anksiyeteli hastalarda daha yüksek doz anestezi maddeye ihtiyaç vardır ve anestezi, anksiyeteli hastalarda otonomik dalgalanmalara neden olabilir⁵².

Genel anestezi, kontrol kaybı ve çaresizlik korkularını maksimum düzeyde uyaran 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 edilmelidir²⁷.

Genç hastalarda anestezi korkusu, ameliyat korkusundan ayrı bir korkudur, özellikle erken uyanmaktan ve hiç uyanamamaktan korkulur⁵³.

Tüm bu korkular, anksiyete ve depresif duygu durumuna neden olur. Tanı, tedavi olasılıklarına ilişkin tereddütler ve prognoz belirsizliği kaygıyı artırır. Ölüm ve özürülük 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) gelişebilir²³.

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 olanların 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 vardır⁵⁴.

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 bulundu. 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 saptanamamıştır⁵⁴.

Diğer kaynaklarda da bu konuda yapılan çalışmaların sonuçları çelişkilidir. 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 belirtmiştir⁵⁵.

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 savunmaktadırlar⁵⁶.

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 civarındadır⁵⁷.

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.

Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi kişinin fiziksel, sosyal, psikolojik, emosyonel veya ruhsal durumunun bir bileşkesidir ve her kişinin yaşamında büyük önem taşır⁵. Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini; kişinin psikolojik ve sosyal fonksiyonlarının en az fiziksel fonksiyonlar kadar iyi olması durumu şeklinde tanımlamaktadır⁶.

Yaşam kalitesinin özel bir formu olan “Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi-SİYK” kavramı fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarda bireyin deneyimleri, inançları, beklentileri ve algılamalarından etkilenen sağlık algılarını içermektedir⁵⁸. Sağlıkta yaşam kalitesinin bir tanımını yapmak gerekirse; yaygın kabule dayanarak “Hastalığın ve tedavisinin hasta üzerindeki etkilerinin yine hasta açısından değerlendirilmesi” olarak tanımlayabiliriz⁵⁹.

Sağlıkta yaşam kalitesi kavramının içine nelerin girmesi gerektiği konusunda farklı görüşler olmakla birlikte, örneğin bedensel ve ruhsal becerilerin, kişinin kendine özgü beklenti ve algılarının bu tanımda yer almasının uygun olacağını aşağı yukarı bütün yazarlar benimsemektedir. Ancak, sağlıkta yaşam kalitesi için bütün otoritelerce üzerinde fikir birliğine varılmış bir tanım, henüz geliştirilmemiştir.

Sağlıkta yaşam kalitesi;

- İki komponenti olan iyilik halidir; bunlardan birincisi fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halini temsil eden gündelik faaliyetleri yürütebilme yeteneğidir, ikincisi ise işlev görme ve hastalıkların kontrolünün düzeyi ile ortaya çıkan hasta doyumudur.
- Yaşamın iyi ve doyum sağlayan özelliklerinin bir bütün olarak, öznel biçimde algılanmasıdır.
- Hastanın beklentileri ile ulaşabildikleri arasındaki farkın olabildiğince az olmasıdır.
- Bir hastalığın ve ona bağlı tedavinin hastada yarattığı işlevsel etkilerin hasta tarafından öznel biçimde algılanışıdır.
- Bireyin yaşamdan ve kişisel iyilik hali denen genel durumdan sağladığı doyumun bir bütün olarak ifadesidir.
- Hastanın, hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında, hem de kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından, yaşamdaki durumu ile ilgili algısıdır⁶⁰.

“Yaşam Kalitesi” kavramının tarihi gerek sosyolojik ve gerek tıbbi alanda çok eski zamanlara kadar dayanmaktadır. İlk filozoflardan Aristoteles yazılarında mutluluğun doğasına ve ‘iyi bir yaşam’ için insanlara gerekli olan konulara değinmiştir⁶¹. Tıp alanında ise Hipokrat zamanında bile hekimlere, hastaların iyileştirilmesi ve yakınmalarının giderilmesi sırasında olabildiğince iyilik halinin en yükseğe çıkarılması konusunda sorumluluk almaları öğretilmekteydi. Tıp literatüründe yaşam kalitesi terimi ilk olarak Long’un 1960 yılında yayınladığı “On the Quantity and Quality of Life” isimli makalesinde geçmektedir⁶².

Yaşam kalitesi kavramı tüm dünyada yakın zamanlarda gündeme gelen ve her geçen gün daha da ilgi çekmeye başlayan bir konudur. Hastalık ve tedavinin etkinliğini standart bir şekilde değerlendirilmesi amacıyla kullanılan yaşam kalitesi ölçekleri son zamanlarda hızla gelişim göstermekte, daha fazla araştırmacı tarafından geliştirilmekte ve daha fazla çalışmada kullanılmaktadır⁶³.

“Yaşam Kalitesi”ne ilginin son yıllarda artmasının bir nedeni de, teknolojik gelişmeye paralel olarak sağlık alanında da önemli ilerlemeler kaydedilmesidir. Günümüzde artık çoğu hastalık tedavi edilebilmektedir. Buna bağlı olarak yaşam süresi uzamış ve kronik hastalıklar ile daha uzun süre birlikte yaşama zorunluluğu doğmuştur. Ayrıca hastalıklar için etkili ilaçlar piyasaya sürüldükçe, bu ilaçlar

arasındaki farkı da belirleyen hastanın tedavi sırasındaki konforu olmuştur. Böylece hastaların yaşam kalitesi giderek daha önemli hale gelmektedir.

İletişimin artması ve internetin yaygın kullanılması ile birlikte artık hastalar doktora başvurmadan önce hastalıkları ile ilgili pek çok bilgiye ulaşabilmektedir. Bu da doktorun sağlıkta tek karar verici olma özelliğini azaltmakta ve hastaların görüş ve isteklerini de göz önüne almasını gerektirmektedir. Doktorların sadece hastayı yaşatması değil, yaşamaya devam eden bireylerin yaşam kalitesine de önem vermesi gerektiği fikri kabul görmektedir. Günümüzde tıbbi tedavinin değerlendirilmesinde fiziksel ve fizyolojik parametrelerin ölçümü ile saptanabilen; yakınmaların azaltılması veya yaşam süresinin uzatılması gibi göstergeler yetersiz kalmaktadır. Hastanın bakış açısını da içeren yeni kriterlerin bu değerlendirmeye dahil edilmesi gerekmektedir⁶⁴.

Toplum sağlığının ölçümünde bugüne kadar kullanılan geleneksel morbidite/mortalite oranları ile beklenen yaşam süresi gibi değerlendirmelerin artık sağlığın değerlendirilmesinde yeterli olmadığı düşünülmektedir. Sağlık hizmeti ile ilgili girişimlerin değerlendirilmesinde sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçülmesinin zorunlu olduğu görüşü gündeme gelmektedir⁶⁵.

Yaşam kalitesini değerlendirmede kullanılacak olan soruların çok isabetli ve kalibre edilmiş olmaları, cevapların da çok dikkatlice, hassas araçlarla yakalanmasının önemi açıktır. Başlı başına bir bilim alanı olan bu ölçüm araçlarının tasarımı işini, neyse ki, bu araçları kullananların yapması gerekmemektedir. Araştırma ve uygulamalarda kullanılan çok sayıda hazır, güvenilir araçlar vardır ve sayıları giderek artmaktadır.

Edinilmesi hayli ekonomik ve kullanımı kolay olan bu ölçüm araçlarının kullanılabilmesinde aşılması gereken en ciddi zorluk, bunların ülkemize uyarlanması gibi görülmektedir. Bu problem soruların ve cevap araçlarının Türkçe'ye çevrilmesinden çok daha karmaşık ve titizlik gerektiren bir çabadır. Ölçüm araçlarının ülkemize uyarlanması dikkatli ve denetimli bir biçimde sürdürülmektedir.

Genel yaşam kalitesi ölçekleri konu ne olursa olsun hastanın genel durumunu değerlendirmeye yönelik ölçeklerdir. Burun ameliyatı, fitik ameliyatı, antialerjik tedavi veya ekstremitte fraktürleri gibi çok çeşitli etkenlere bağlı olarak olası yaşam kalitesi değişikliklerini test etmekte kullanılabilir. Bu grupta en çok kullanılan genel yaşam kalitesi ölçekleri, Healty Measurement Questionnaire (HMQ-2), Short Form 36 (SF-36), ve EuroQol (EQ-5D) dir⁶⁶.

Yaşam Kalitesi İle İlgili Kavramlar:

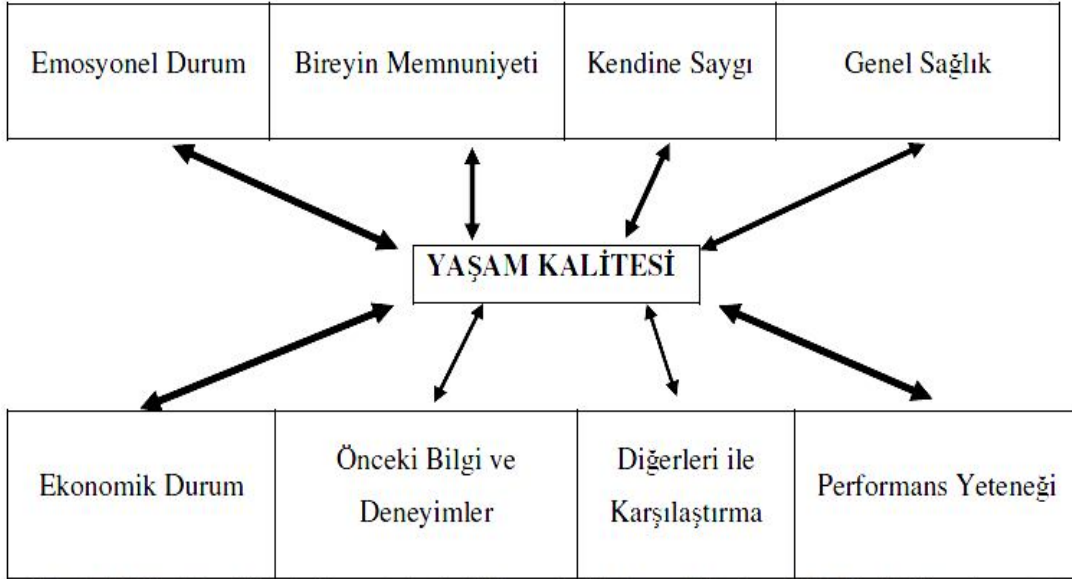
a. Sağlık durumu, sağlık algılaması: Sağlık durumu biyolojik, fizyolojik veya işlevsel bozuklukları ve belirtileri dikkate alarak bireyin göreceli iyilik veya hastalık halidir. Sağlık algılaması (veya algılanan sağlık) bireyin sağlık durumundan etkilenen öznel değerlendirmedir^{66,67}. Bazı insanlar bir veya daha çok kronik hastalık nedeniyle sıkıntı çekerken kendilerini sağlıklı saymakta, bazıları ise nesnel bir hastalık belirtisi yokken kendilerini hasta algılamaktadırlar.

b. İşlevsel durum: Bireyin temel gereksinimlerini karşılamak, her zamanki rolünü, sağlık ve iyilik halini sürdürmek için günlük işlevlerini yerine getirmedeki yeterliliğidir^{69,71}. İşlevsel kapasite, bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal alanlardaki günlük işlevleri yerine getirmedeki en yüksek kapasitesini yansıtırken, işlevsel performans günlük yaşam akışı içindeki işlevleri içermektedir⁶⁷. Herkes tarafından iyi olarak değerlendirilen ancak kendisini hasta olarak gören bir kişi kapasitesinden daha düşük işlevsel performansa sahip olabileceği üzerinde durulmaktadır⁶⁸.

c. Ruhsal durum: Ruhsal durum uzun ve kısa süreli streslere (örneğin sağlık durumundaki değişiklikler) verilen duygusal yanıttır. Bireyin dünyaya karşı gösterdiği yüzü olarak tanımlanabilir. Depresyon, anksiyete veya kızgınlık, fiziksel hastalıklar ile birlikte olabilen ve bireyin işlevsel performansını, belirtileri, sağlık algılarını ve yaşam kalitesini etkileyen duygusal durumlardır^{67,69-71}.

d. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (SİYK): SİYK bireyin sağlığını etkileyen veya sağlığından etkilenen yaşam alanlarındaki doyum ve mutluluğudur. SİYK sağlık hizmet durumunun alanına giren etkenlerle doğrudan ilişkisi nedeniyle yaşam kalitesinden ayrılmaktadır⁹. Genel olarak SİYK değerlendirilmesi, sağlıkla ilgili değişkenlerin (örneğin hastalık veya tedavi), genelde (genel SİYK) veya belli bir hastalığı olanlarda (duruma özel SİYK) önemli olan yaşam olaylarıyla ilişkisini yansıtmaya çalışmaktadır^{72,73}.

Glenda (1992) yaşam kalitesinin tüm yönlerini değerlendirmede gerekli olduğu varsayılan özellikleri saptayarak farklı bir yaklaşım geliştirmiştir. Bu yaklaşımdan yola çıkarak yaşam kalitesini etkileyen faktörler Sekil 1'de görülmektedir.



(Glenda, A."Quality of Life:A Concept Analysis" Journal of Advanced Nursing, 1993; Vol:18'den alınmıştır.)

Şekil 1. Yaşam kalitesini etkileyen faktörler.

Yaşam kalitesinin objektif ve subjektif göstergeleri vardır. Yaşam kalitesinin objektif göstergeleri; fiziksel aktivite yapabilme becerisi, çalışma durumu, fonksiyonel yetersizlik, hastalık semptomları, sağlık durumu ile ilgili algılarını içeren fizyolojik konuları kapsamaktadır. Subjektif göstergeler ise; emosyonel iyilik hali, yaşam doyumu, psikolojik etki ile ilgili konuları kapsamaktadır ⁷⁴⁻⁷⁶.

Anestezi uygulamaları için eskiden insanlar ölümden korkarken günümüzde ameliyat sonrası hızlı uyanma, konforlu derlenme ve erken taburculuk, fonksiyonları geri kazanma gibi beklentiler gündemdedir.

Cerrahi işlem uygulanacak hastaların ameliyat öncesi, sırası ve sonrasındaki konforları, cerrahinin başarısında da önemli bir faktördür. Anestezinin dönemlerine göre hasta konforu ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler şunlardır:

Preoperatif dönem:

Ameliyat öncesi dönemde hastaların anksiyete, ağrı ve primer hastalıklarına bağlı sorunlardır.

İntraoperatif dönem:

Ameliyat sırasında uyanıklık ve farkındalık, postoperatif dönemde de hastanın mental yaşantısını etkileyebilmektedir.

Postoperatif dönem:

Ameliyat sonrasında anestezi ya da cerrahiye bağlı olarak gelişen sorunlardır. Bunlar arasında olan ağrı, ileus, bulantı-kusma, deliryum ve idrar retansiyonu gibi erken dönem sorunları, hastanın mobilizasyon ve hastanede yatış sürelerini uzatarak normal yaşantısına dönmesini geciktirebilmektedirler. Bunların yanında özellikle erken dönemde uygun analjezik tedavinin verilmediği ameliyat ağrısı çeken hastalarda, uzun vadede kronik ağrı sendromlarının ortaya çıkması da ileride yaşam kalitesini azaltabilecek bir unsurdur.

Sonuç olarak anestezi alan hastalarda erken ve geç dönem yaşam kalitesi parametrelerinin değerlendirilerek daha optimum yaklaşımların seçilmesi perioperatif hasta bakımında temel prensip olmalıdır.

Kısa Form 36 (SF-36)

Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Rand Corporation tarafından geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur⁷. Türkçe'ye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır⁸.

SF-36, sadece 36 sorudan oluşan çok amaçlı, kısa formlu bir sağlık anketidir. SF-36 genel ve spesifik popülasyonları karşılaştırmada, hastalıkların rölatif ağırlıklarını karşılaştırmada, geniş bir yelpazedeki farklı tedavilerin sağlığa faydalarında ve bireysel hasta taramada kullanışlı bulundu⁷⁷.

Jenerik ölçüt özelliğine sahip bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Sekiz boyutun ölçümünü sağlayan 36 maddeden oluşmaktadır. Bunlar: Fiziksel Fonksiyon (FF), Sosyal Fonksiyon (SF), Fiziksel Rol Güçlüğü (FRG), Emosyonel Rol Güçlüğü (ERG), Mental Sağlık (MS), Enerji (vitalite), Ağrı ve Sağlığın Genel Algılanmasıdır (GS). Alt ölçekler sağlığı 0-100 arasında değerlendirir ve 0 kötü sağlık durumunu gösterir. Bedensel hastalığı olanlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılabileceği bildirilmektedir⁷⁸. SF-36, grup kıyaslamaları için gerekli olan minimum fizikometrik standartları tatmin etmek amacıyla oluşturulmuştur. Medikal Sonuç Çalışmasında (MOS-Medical Outcomes Study) bulunan 40 konseptten 8 sağlık konsepti seçilmiştir⁷⁹. Seçilenler, sağlık araştırmalarında en çok kullanılan ve hastalık ve tedaviden en çok etkilenen konseptlerdir^{80,81}.

Ölçek Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Sağlık Sigortası Çalışmaları Deneyi/Tıbbi Sonuçlar Çalışması (Health Insurance Study Experiment / Medical Outcomes Study; HIS/MOS)'nda kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Uluslararası Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi (International Quality of Life Assessment; IQOLA) Proje Çalışması ile

15 ülkede geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları başlatılmıştır. SF-36 Yaşam kalitesi ölçeği; yaş, hastalık veya tedaviye özel olmayan, genel olarak bakım sonuçlarını ölçmek ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini incelemek için uygun, genel bir ölçüm aracıdır⁷⁸.

Ölçek geliştirilirken kısa, kolay uygulanabilir olmasının yanı sıra çok geniş bir kullanım alanına sahip olması da amaçlanmıştır. SF- 36 Yaşam kalitesi ölçeği, klinik araştırmalarda, kronik hastalığa sahip kişilerde ve toplum sağlığı incelemelerinde kullanılmaktadır. Ölçek 14 yaş ve üstüne uygulanabilmektedir. SF- 36 geliştirildiğinden bu yana 500'ün üzerinde çalışmada, hemen her hasta grubunda kullanılmıştır. Bu avantajları yanında ölçeğin uyku, seksüel fonksiyon ve aile fonksiyonu ile ilgili başlıkları içermemesi dezavantajdır. Ölçeğin içerdiği soruların özelliklerine göre, bazı hastalık ya da hasta gruplarında üstün iken, bazılarında daha az yararlı olduğu bulundu. SF- 36'nın kullanımının önerildiği bir diğer alan kalp transplantasyonu ameliyatlarından sonra hasta izlenmesidir. Bu grupta duyarlı olduğu ve izleme mutlaka eklenmesi gerektiği belirtilmiştir⁷⁸.

SF- 36 yaşam kalitesi ölçeği; kendini değerlendirme ölçeğidir, 36 sorudan ve sekiz alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçeğin ikinci sorusu son 12 ayda sağlıktaki değişim algısını içermekte, diğer sorular son dört hafta göz önüne alınarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesi her bölüm için farklılık göstermektedir. Ölçeğin dördüncü ve beşinci sorusu evet/hayır, diğer sorular likert tipi (3, 5 ve 6'lı) derecelendirme ile değerlendirilmektedir. Ölçeğin 1, 6, 7, 8, 9a, 9d, 9e, 9h, 11b, 11d maddeleri ters çevrilerek puanı hesaplanmaktadır⁷⁸. SF- 36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt ölçeklerini içeren soruların skorları ağırlıklı toplanarak fiziksel (Fiziksel özet skor-FÖS) ve Mental (Mental özet skor-MÖS) Sağlık Özet Skoru elde edilir. Toplam puan hesaplanması söz konusu değildir. Elde edilen özet skorlar sıfır ile yüz arasında değişen sürekli değişken olarak ifade edilmiştir. Sıfır kötü sağlığı, 100 iyilik durumunu göstermektedir^{78,82}.

Özet skorların elde edilmesindeki amaç yorumlama ve karşılaştırmalarda kolaylık sağlamasıdır. Özet skorların elde edilmesi üç basamakta yapılmaktadır.

1. Alt bileşen skorların hesaplanması,
2. Alt bileşenlerin Z skor standardizasyonu,
3. Alt bileşenlerin ağırlıklı toplamları ile fiziksel ve mental sağlık özet skorların elde edilmesi.

Fiziksel sağlık 6zet skorun elde edilmesinde fiziksel işlev, fiziksel rol, ağrı ağırlıklı iken, mental sağlık 6zet skorun elde edilmesinde mental rol ve mental işlev ağırlıktadır. Genel sağlık algısı, yaşamsallık ve sosyal işlev her iki 6zet skora benzer katkı sağlamaktadır.

SF-36 yaşam kalitesi 6l6eğinin 8 alt 6l6eğinin birincisi olan fiziksel fonksiyon fiziksel kısıtlılıkları 6l6er ve değerlendirilmesinde yıkanma ve giyinme dahil t6m fiziksel etkinlikleri yerine getirmede kısıtlılık varsa d6ř6k puan alırken, en zor olanlar dahil t6m fiziksel etkinlikleri herhangi bir kısıtlılık olmaksızın yerine getirebiliyorsa y6ksek puan alır.

Fiziksel rol g66l6đ6 fiziksel zorlukların hastaların faaliyetlerini ne kadar kısıtladığı sorgulanır. Değerlendirilmesinde fiziksel sağlığın bozulmasının sonucu olarak işte ya da diğer g6nl6k etkinliklerde sorunlar olduğu ortaya 6ıkıyorsa d6ř6k puan alırken, fiziksel sağlık olarak işte ya da diğer g6nl6k etkinliklerde sorun olmaması y6ksek puan alır.

Emosyonel rol g66l6đ6 duygusal problemlerin hastaların faaliyetlerini ne kadar kısıtladığı sorgulanır. Değerlendirilmesinde duygu durumdan kaynaklanan sorunların sonucu işte ya da diğer g6nl6k etkinliklerde sorunlar ortaya 6ıkıyorsa d6ř6k puan alırken, duygu durumdan kaynaklanan sorunlara bağlı işte ya da diğer g6nl6k etkinliklerde sorun olmaması y6ksek puan alır.

Sosyal fonksiyon alt 6l6eği hastaların aile, arkadaş ve diğer gruplarla olan sosyal aktivitelerini fiziksel ve duygusal problemlerin ne kadar etkilediğini sorgular. Değerlendirilmesinde fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı olağan toplumsal etkinliklerde aşırı ve sık kesinti olması d6ř6k puan alırken, fiziksel ya da emosyonel sorunlara bağlı kesinti olmaksızın olağan toplumsal etkinlikleri y6r6tme y6ksek puan alır.

Ağrı skalası bedensel ağrıların derecesini ve ağrıların hastanın g6nl6k hayatını ne kadar etkilediğini değerlendirir. Ağrı alt 6l6eğinin değerlendirilmesinde hastalığına bağlı veya diğer sebeplerle aşırı şiddetli veya kısıtlayıcı ağrı olması d6ř6k puan alırken, hi6 ağrı olmaması veya ağrıya bağlı kısıtlama olmaması y6ksek puan alır.

Mental sağlık kaygı, depresyon, duygusal bozukluğu ve psikolojik iyilik hali gibi konularda ruh sağlığı durumunu 6l6er. Mental sağlık alt 6l6eğinin değerlendirilmesinde s6rekli sinirlilik veya depresyon duygularının hâkim olduğu bir psikolojik durumun

ortaya çıkması düşük puan alırken, kendisini sürekli sakin, mutlu ve rahat hissetmesi yüksek puan alır.

Vitalite skalası; enerji durumlarını ve yorgunluğu ölçer. Enerji alt ölçeğinin değerlendirilmesinde sürekli bitkin ve yorgun hissetme hali düşük puan alırken, sürekli canlı ve enerjik hissetme durumu yüksek puan alır.

Genel sağlık hastaların kendilerini nasıl hissettiklerini ve genel olarak sağlıklarının nasıl olacağına dair tahminleri ölçer. Sağlığın genel olarak algılanması alt ölçeğinin değerlendirilmesinde kişinin sağlığının kötü olduğuna inanması veya giderek kötüleşeceğine inanması düşük puan alırken, sağlığının mükemmel olduğuna inanması ve kötüye gideceği gibi sağlıkla ilgili endişeleri olmaması yüksek puan alır.

Güvenilirlik ve güven intervalleri sekiz skala ve iki özet ölçümünün güvenilirliği iç tutarlılık ve test-tekrar test metodu kullanılarak değerlendirilmiştir. Nadir istisnalarla beraber yayınlanmış güvenilirlik istatistikleri, 25'ten fazla çalışmada grup karşılaştırmalarında kullanılan ölçümler için önerilen 0.70'lik minimum standardı aşmıştır⁸³; çoğunluk 0.80'i geçmiştir^{84,85}. Güvenilirlik çoğunlukla 0.90'ı aşan fiziksel ve mental özet skorlarını değerlendirir⁸⁰. Sekiz skalanın her biri için medyan güvenilirlik katsayısını ortaya çıkaran yayınlanmış ilk on beş çalışmaya göre bu katsayı, çalışmalarda medyan güvenilirliği 0.76 olan Sosyal İşlerlik dışında 0.80'e eşit veya daha fazlaydı⁸⁵. Buna ek olarak alternatif metotlar kullanarak Mental Sağlık için 0.93'lük güvenilirlik rapor edilmiştir ki bu yaklaşık %3'lük skala güvenilirliğini görmezden gelen bir iç tutarlılığı öne sürmektedir⁸⁶.

SF-36 skalaları ve ölçüm özetleri için belirlenen güvenilirlik katsayıları eğilimleri farklı sosyodemografik özellikleri ve tanıları olan 24 hasta grubu arasında çoğalmıştır⁸⁸⁻⁹⁰. Her ne kadar subgrup çalışmaları daha dezavantajlı katılımcılar için güvenilirlikte hafif düşüş gösterse de, güvenilirlik katsayıları tutarlı bir şekilde grup seviye analiz için önerilen standardı aşmıştır. Güvenilirlik 200'den fazla çalışmada yayınlanan trendlerle ve 30'dan fazla test-tekrar test çalışmasıyla özetlenmiş sonuçlarla tutarlılık göstermektedir⁸⁷.

Yayınlanmış diğer ölçümlere göre, SF-36 skalası, bugüne kadar yayınlanmış testlerin çoğunda en iyi sonucu veren yöntemdir⁸⁸⁻⁹². SF-36 ile 225 ölçüm yöntemi karşılaştırılmıştır. Prediktif (öngörücü) çalışmalarda doğruluk ölçümünün sonuçları; SF-36 skalası ile sağlık sistemlerinin ölçümleri, depresyonun klinik özellikleri, son 1 yıl içinde işini kaybetmiş olma, 180-günlük survive ve 5-yıllık survive gibi ölçümlere bağlıdır.

Klinik çalışmalarda, hastalar için yapılan tedavi öncesi ve sonrası karşılaştırmaların sonuçları; psikometrik çalışmaların sonuçları temelinde SF-36 skalasının güvenilir olduğu yönündeki hipotezi geniş şekilde desteklemektedir. Örneğin klinik çalışmalarda; diz replasmanı, kalça replasmanı ve kalp kapağı cerrahisinin faydalarına yanıt vermeye en meyilli ve en çok fiziksel faktör içeren 3 tane skala kullanılmaktadır (Fiziksel Fonksiyon, Rol-Fiziksel ve Vücut ağrısı skalaları). Tam aksine, depresyondan iyileşmenin öncesini ve sonrasını, depresyonun şiddetindeki değişimi ve depresyon tedavisinde ilaç tedavisi ile kişilerarası tedavinin etkisini ölçen ve en çok mental faktör içeren 3 tane skala da kullanılmaktadır (Mental sağlık, Rol-Emosyonel ve Sosyal Fonksiyon skalaları).

Birçok çalışmada SF-36; sağlık durumunun esas ölçütü olarak kabul edilse de; en yararlı çalışmalar, SF-36'yı "jenerik öz" olarak kullanan çalışmalar olarak saptanmıştır. "Jenerik öz" ölçümleri, çalışmalar ve populasyonlar arasında sonuçların karşılaştırılmasına imkan tanımaktadır ve yorumların rehberlere eklenerek klinik, ekonomik ve sosyal boyutlarda sağlık durumu ve sonuçlarının değerlendirilmesine izin vermektedir. Kısa olduğu için SF-36; bir çok genel ve spesifik ölçüm için bir anket şeklinde tasarlanabilir. Birçok çalışmada bu strateji uygulanmış ve SF-36 desteğinin avantajları konu edilmiştir^{89,93,94}.

Günümüze kadar yapılan ve toplum-bazlı geniş-gruplu açıklayıcı çalışmalar ve klinik araştırmaların sonuçlarına göre; SF-36 hasta ve sağlıklı insanlar arasındaki farkların ortaya konması gibi açıklayıcı hedefler için ve farklı medikal durumların birbirlerine göre hastalık yüklerinin karşılaştırılması için oldukça yararlı bir ölçüm yöntemidir. Birkaç klinik çalışmada SF-36'nın faydasız olduğu söylenmişse de; bugüne kadar yapılan 250'den fazla kesitsel çalışmanın sonuçları; alternatif tedavilerin faydalarını değerlendirmede de SF-36'nın faydalı bir ölçüm aracı olduğunu ortaya koymaktadır⁸⁷.

Ölçeğin Türkçe formu için geçerlilik ve güvenilirliği Koçyiğit (1999) tarafından bedensel hastalığı olan örneklem grubunda yapılmıştır. Orijinal ölçeğin alt ölçeklerinin iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı (Cronbach alfa) 0.62-0.94 arasındadır⁸². Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında alt ölçeklerinin Cronbach alfa değerleri 0.73-0.76 arasında bulundu⁷⁸. SF-36'nın Türkçe için güvenilirlik çalışmalarında her bir alt ölçek için Cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır.

Madde-toplam puan korelasyon katsayıları da her bir alt ölçek için ilgili maddelerle ayrı ayrı hesaplanmıştır. Fiziksel fonksiyonda 0.47-0.73, sosyal

fonksiyonda 0.83-0.84, emosyonel rol kısıtlaması'nda 0.66-0.83, fiziksel rol kısıtlaması'nda 0.68-0.90, ağrı'da 0.78-0.88, mental sağlıkta 0.68-0.78, vitalite (enerji)'de 0.61- 0.79 ve sağlığın genel olarak algılanmasında 0.56-0.78 arasında bulundu. Maddelerin ait olmadıkları alt ölçeklerin toplam puanlarıyla korelasyonları, ait oldukları ölçeklerle bulunanlara göre daha düşük düzeyde elde edilmiştir. Bu veriler göz önünde bulundurulduğunda SF-36'nın Türkçe için güvenilir olduğu anlaşılmaktadır.

Kısa Form-36 ile ilgili uluslar arası geçerlilik çalışmalarında yöntem olarak daha çok ölçüt geçerliliği, yapı geçerliliği, test-tekrar test geçerliliği, birlikte geçerlilik ve ayırt edici geçerlilik kullanılmıştır. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Türkçe uyarlaması, psikolinguistik geçerlilik, kapsam geçerliliği ve Nottingham Sağlık Profili (NSP) ölçeği kullanılarak "birlikte (concurrent) geçerlilik" yöntemi ile değerlendirilmiştir. Her iki ölçeğin benzeşen alt ölçekleri arasındaki korelasyonlar benzeşmeyenlerden elde edilen korelasyonlara göre daha yüksektir. Bu sonuçlar da SF-36'nın Türkçe için geçerli olduğunu göstermektedir⁷⁸.

GEREÇ VE YÖNTEM

Hasta Seçimi

Çalışma için Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Etik Kurulu'ndan 22.04.2011 tarih ve 2011/85 karar sayılı onayı alındı. 01.05.2011 ile 01.12.2011 tarihleri arasında Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD polikliniğine elektif cerrahi nedeni ile anestezi onayı almak için başvuran, çalışma konusunda bilgilendirilip onayları alınan toplam 1050 hasta çalışmaya dahil edildi.

Çalışmaya Alınma Kriterleri;

- 18-75 yaş arasında olmak
- Ciddi psikiatrik bozukluğu olmaması
- Okuma-yazma biliyor olmak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek

Çalışmadan Dışlanma Kriterleri:

- <18 veya >75 yaşında olmak
- Beyin hasarı varlığı
- Ciddi psikiatrik hastalık varlığı
- Okur yazar olmamak
- Acil başvurular
- Gebe ve emziren kadınlar

Çalışmaya alınan tüm bireylere Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD polikliniğine başvurularında yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, daha önce anestezi alıp almadığı, psikiyatrik hastalığı olup olmadığı ve fiziksel kısıtlılığının var olup olmadığı gibi sosyo-demografik bilgilerin bulunduğu standart bir form dolduruldu (Bkz. EK 1). Bununla birlikte hastaların preoperatif genel yaşam kalitesini ölçmede "Kısa Form 36 (SF-36)" anketini doldurması istendi (Bkz EK 2).

Ameliyattan sonra hastalar taburcu edilmeden önce postoperatif genel yaşam kalitesini ölçmede "Kısa Form 36 (SF-36)" anketini tekrar doldurmaları istendi.

Genel yaşam kalitesi değerlendirmesi

Kısa Form-36 (SF-36):

Olguların genel yaşam kalitesini ölçmede SF-36 kullanıldı. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği 36 maddelik, hem klinik hem de sağlıklı popülasyonda kullanılabilen kısa bir ankettir.

Sağlıkla ilgili 8 alanı değerlendirir, bunlar; fizik fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, mental sağlık, emosyonel rol güçlüğü, vitalite, genel sağlık olarak sıralanabilir. Fizik fonksiyon fiziksel kısıtlılıkları ölçer. Emosyonel rol güçlüğü duygusal ve fiziksel rol güçlüğü fiziksel problemlerin hastaların faaliyetlerini ne kadar kısıtladığını sorgular. Ağrı skalası bedensel ağrılarının derecesini ve ağrılarının hastanın günlük hayatını ne kadar etkilediğini değerlendirir. Genel sağlık hastaların kendilerini nasıl hissettiklerini ve genel olarak sağlıklarının nasıl olacağına dair tahminleri ölçer. Vitalite skalası; enerji durumlarını ve yorgunluğu ölçer. Sosyal fonksiyon hastaların aile, arkadaş ve diğer gruplarla olan sosyal aktivitelerini fiziksel ve duygusal problemlerin ne kadar etkilediğini sorgular. Mental sağlık kaygı, depresyon, duygusal bozukluğu ve psikolojik iyilik hali gibi konularda ruh sağlığı durumunu ölçer.

SF-36, her bir alt ölçeğinde puan yükseldikçe sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi artacak şekilde pozitif olarak puanlanmıştır. Puanlar 0-100 arası olup, 100 puan iyi sağlık durumunu, 0 puan kötü sağlık durumunu gösterir. Sağlık durumunun olumlu ve olumsuz yönlerini değerlendirmede oldukça duyarlıdır. Yalnızca toplam puan vermek yerine her bir alt ölçek için ayrı ayrı toplam puan vermektedir. SF-36 bir kendini değerlendirme ölçeği olup, Türkiye için güvenilirliği ve geçerliliği kanıtlanmıştır⁸.

Ölçeğin çok sayıdaki bulguyla ilişkilendirilmesini kolaylaştırmak amacıyla, genel nüfusun normal verileri ile özel bir hesaplama yöntemi kullanılarak, ilk dört alt ölçeğin puanlarıyla fiziksel özet skor (FÖS), son dört alt ölçeğin puanlarıyla da mental özet skor (MÖS) hesaplandı. Bu şekilde fiziksel ve mental yaşam kalitesi puanlarına ulaşıldı.

İstatistiksel analiz:

Daha önce yapılmış benzeri çalışma olmadığından power analizi yapılamadı. Ancak; çalışma süresi kapsamında geçen yılın verilerine göre elektif cerrahi amacıyla en fazla 1800 hasta başvuracağı göz önünde bulundurularak, populasyonun 1800 hastadan oluştuğu varsayılmıştır. Bu hastaların %28'inin çalışma örneğine basit rastgele örnekleme ile alınması planlanmıştır⁹⁵. Böylece %20'lik kayıp da göz önünde bulundurularak en az 500 hastayla çalışılması uygun bulundu.

Üç farklı yaş grubundaki bireylerden elde edilen sürekli yapıdaki parametrelerin normal dağılıma uygunluk kontrolleri Shapiro Wilk testi ile test edilmiştir. Elde edilen ölçümlerin dağılımı normal dağılıma uygun bulundu.

Gruplarda parametrelerin tanımlayıcı istatistikleri olarak ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir. Ayrıca kategorik yapıdaki parametreler için tanımlayıcı istatistik olarak sayı ve yüzdeler hesaplanmıştır.

Kadın ve erkeklerin parametre ortalamaları arasında farklılık olup olmadığının kontrolüne student t testi ile bakılmıştır.

Parametrelerin önceki ve sonraki ölçümleri arasında fark olup olmadığının kontrolüne Paired Sample t testi ile bakılmıştır.

Üç farklı yaş grubundaki bireylerin parametre ortalamaları arasında farklılık olup olmadığının kontrolüne varyans analizi yapılarak bakılmıştır. Yaş grupların ortalamalarının ikişerli karşılaştırılmasında Tukey HSD testi tercih edilmiştir. Yaş ölçümü ile parametreler arasındaki doğrusal ilişkilere pearson korelasyon katsayısı ile bakılmıştır. İstatistik anlamlılıkta $p < 0.05$ alınmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 11.5 ve MedCalc®v11.0.1 paket programı kullanılmıştır.

BULGULAR

Çalışmamıza toplam 1050 elektif cerrahi planlanan hasta alındı. Hastalarımızın %54.7'si (n:575) kadın, %45.3'ü erkek (n:475) olarak saptandı. Hastalarımızın %40.1'i (n:421) 18-35 yaş grubunda, %44'ü (n:462) 36-55 yaş grubunda ve %15.9'u (n:167) 56-75 yaş grubunda olduğu saptandı. Hastalarımızın %3.6'sı (n:38) okur yazar (OY), %45.5'i (n:478) ilköğretim mezunu (İÖ), %27.4'ü (n:288) ortaöğretim mezunu (OÖ) iken %23.4'ü (n:246) yüksek öğretimde okumakta veya mezunu (YÖ) olarak saptandı. (Tablo 1).

Tablo 1. Cinsiyete göre sosyodemografik özelliklerin dağılımı.

		Kadın (%)	Erkek (%)	Toplam (%)
Yaş	18-35	218 (20.8)	203 (19.3)	421 (40.1)
	36-55	286 (27.2)	176 (16.8)	462 (44.0)
	56-75	70 (6.7)	97 (9.2)	167 (15.9)
Eğitim	OY	27 (2.6)	11 (1.0)	38 (3.6)
	İÖ	281 (26.8)	197 (18.8)	478 (45.6)
	OÖ	149 (14.1)	139 (13.2)	288 (27.4)
	YÖ	117 (11.1)	129 (12.2)	246 (23.4)
Anestezi Deneyimi	Var	351 (33.4)	248 (23.6)	599 (57.0)
	yok	223 (21.2)	228 (21.7)	451 (43.0)
Fiziksel problem	var	21 (2)	29 (2.8)	50 (4.8)
	yok	553 (52.7)	447 (42.5)	1000 (95.2)
ASA	1	320 (30.5)	274 (26.1)	594 (56.6)
	2	235 (22.4)	171 (16.3)	406 (38.7)
	3	19 (1.8)	30 (2.9)	49 (4.7)
	4	0	1 (0.1)	1 (0.1)
Anestezi yöntemi	Genel	562 (53.5)	429 (40.9)	991 (94.4)
	Rejyonel	12 (1.1)	47 (4.5)	59 (5.6)
Cerrahi klinik	GC	118 (11.2)	76 (7.2)	194 (18.5)
	ÜRO	41 (3.9)	127 (12.1)	168 (16.0)
	KVC	2 (0.2)	8 (0.8)	10 (1.0)
	KBB	75 (7.1)	119 (11.3)	194 (18.5)
	ORT	27 (2.6)	79 (7.5)	106 (10.1)
	PRC	64 (6.1)	35 (3.3)	99 (9.4)
	BC	15 (1.4)	10 (1.0)	25 (2.4)
	GZ	7 (0.6)	15 (1.4)	22 (2.1)
	KHD	223 (21.2)	0	223 (21.2)
	GöC	3 (0.3)	6 (0.6)	9 (0.9)
Toplam		575 (55.0)	475 (45.0)	1050(100)

GC: Genel Cerrahi, ÜRO: Üroloji, KVC: Kardiyovasküler Cerrahi, KBB: Kulak Burun Boğaz, ORT: Ortopedi, PRC: Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi, BC: Beyin Cerrahisi, GZ: Göz Hastalıkları, KHD: Kadın Hastalıkları ve Doğum, GöC: Göğüs Cerrahisi.

Toplam 1050 hastanın 594'ü ASA 1, 406'sı ASA 2, 49'u ASA 3 ve 1 tanesi ASA 4 olarak tespit edildi. ASA 1 hastaların sayısı (n:350) 18-35 yaş grubunda diğer yaş gruplarından fazla iken, ASA 2 hastaların sayısı (n:211) 36-55 yaş grubunda diğer yaş gruplarından fazla ve ASA 3 hastaların sayısı (n:33) 56-75 yaş grubunda diğer yaş gruplarından fazla olarak tespit edildi. Genel cerrahi tarafından ameliyat edilen hastaların çoğunluğu 36-55 yaş grubunda, Plastik ve Rekonstrüktif cerrahi tarafından ameliyat edilen hastaların çoğunluğu 18-35 yaş grubunda ve Kadın Hastalıkları cerrahisi tarafından ameliyat edilen hastaların çoğunluğu 36-55 yaş grubunda olduğu tespit edildi (Tablo 2).

Tablo 2. Yaş gruplarına göre verilerin dağılımları.

		18-35	36-55	56-75	Toplam
Cinsiyet	Kadın	218	286	70	574
	Erkek	203	176	97	476
Eğitim	OY	6	15	17	38
	İÖ	135	232	111	478
	OÖ	131	123	34	288
	YÖ	149	67	30	246
Anestezi Deneyimi	Var	191	279	129	599
	yok	230	158	63	451
Fiziksel problem	var	17	15	18	50
	yok	404	422	174	1000
ASA	1	350	216	28	594
	2	64	211	131	406
	3	7	9	33	49
	4	0	1	0	1
Anestezi yöntemi	Genel	387	421	183	991
	Rejyonel	34	16	9	59
Cerrahi klinik	GC	44	106	44	194
	ÜRO	52	68	48	168
	KVC	2	5	3	10
	KBB	95	72	27	194
	ORT	60	26	20	106
	PRC	71	18	10	99
	BC	8	11	6	25
	GZ	11	6	5	22
	KHD	76	119	28	223
GÖC	2	6	1	9	
Toplam		421	437	192	1050

Çalışma kapsamındaki hastaların SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt ölçeklerinin preoperatif ve postoperatif karşılaştırılması tablo 3'te yer almaktadır.

Tablo 3. SF-36 Ölçek skorlarının preoperatif ve postoperatif karşılaştırılması.

Alt Ölçekler	Preop (mean±SD)	Postop (mean±SD)	p
FF	70.5 ± 27.3	68.6 ± 28.5	0.111
FRG	56.2 ± 41.7	58.1 ± 40.4	0.289
Ağrı	36.7 ± 25.5	38.1 ± 28.2	0.212
GS	51.1 ± 12.1	51.6 ± 14.8	0.426
FÖS	53.6 ± 13.5	54.1 ± 13.5	0.125
Vitalite	50.6 ± 12.7	51.1 ± 13.6	0.381
SF	45.0 ± 18.4	43.9 ± 14.7	0.133
ERG	54.6 ± 42.0	57.9 ± 40.3	0.067
MS	52.1 ± 12.2	52.3 ± 12.1	0.721
MÖS	50.6 ± 12.7	51.3 ± 12.0	0.014

FF: Fiziksel fonksiyon, FRG: Fiziksel rol gücülüğü, GS: Genel sağlık, FÖS: Fiziksel özet skoru, SF: Sosyal fonksiyon, ERG: Emosyonel rol gücülüğü, MS: Mental sağlık, MÖS: Mental özet skoru

SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt ölçeklerinden fiziksel fonksiyon değerlendirildiğinde, preoperatif puan ortalaması 70.5±27.3, postoperatif puan ortalaması 68.6±28.5 olarak tespit edilmiş olup gruplar arasında istatistiksel değerlendirmede anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi (p=0.111).

Çalışma kapsamındaki hastaların fiziksel rol gücülüğü değerlendirildiğinde preoperatif puan ortalaması 56.2±41.7, postoperatif puan ortalaması 58.1±40.4 olarak tespit edilmiş olup gruplar arasında istatistiksel değerlendirmede anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi (p=0.289).

Ağrı alt ölçeğinin gruplar arası puan ortalaması incelendiğinde, preoperatif puan ortalaması 36.7±25.5, postoperatif puan ortalaması 38.1±28.2 olarak tespit edilmiş olup gruplar arasında istatistiksel değerlendirmede anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (p=0.212).

Çalışmayı oluşturan hastaların genel sağlık alt ölçeği puan ortalaması incelendiğinde, preoperatif puan ortalaması 51.1±12.1, postoperatif puan ortalaması

51.6±14.8 olarak tespit edilmiş olup gruplar arasında istatistiksel değerlendirmede anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi. (p=0.426).

Vitalite alt ölçeği puan ortalamaları değerlendirilmesinde, preoperatif puan ortalaması 50.6±12.7, postoperatif puan ortalaması 51.1±13.6 olarak tespit edilmiş olup gruplar arasında istatistiksel değerlendirmede anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (p=0.381).

Sosyal fonksiyonların gruplar arası puan ortalamaları değerlendirmesinde, preoperatif puan ortalaması 45.0±18.4, postoperatif puan ortalaması 43.9±14.7 olarak tespit edilmiş olup gruplar arasında istatistiksel değerlendirmede anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (p=0.133).

Çalışma kapsamındaki hastaların emosyonel rol gücüğü değerlendirildiğinde preoperatif puan ortalaması 54.6±42.0, postoperatif puan ortalaması 57.9±40.3 olarak tespit edilmiş olup gruplar arasında istatistiksel değerlendirmede anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi (p=0.067).

Gruplar arası mental sağlık alt ölçeğinin puan ortalamaları açısından yapılan değerlendirmede, preoperatif puan ortalaması 52.1±12.2, postoperatif puan ortalaması 52.3±12.1 olarak tespit edilmiş olup gruplar arasında istatistiksel değerlendirmede anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi (p=0.721).

Gruplar arası fiziksel özet skoru puan ortalamaları açısından yapılan değerlendirmede, preoperatif puan ortalaması 53.6±13.5, postoperatif puan ortalaması 54.1±13.5 olarak tespit edilmiş olup gruplar arasında istatistiksel değerlendirmede anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi (p=0.125). Buna karşın mental özet skoru puan ortalamaları açısından yapılan değerlendirmede, preoperatif puan ortalaması 50.6±12.7, postoperatif puan ortalaması 51.3±12.0 olarak tespit edilmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.014).

Tablo 4'te SF-36 ölçek skorlarının yaş gruplarına göre puanlarının karşılaştırılması gösterilmiştir.

Tabloya göre çalışma kapsamındaki hastaların preoperatif fiziksel fonksiyon alt ölçeği puanlarının yaş grupları arasında karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p<0.001).

Hastaların preoperatif fiziksel rol gücüğü alt ölçeği puanlarının yaş grupları arasında karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p<0.05).

Çalışmayı oluşturan hastaların preoperatif ağrı alt ölçeği puanlarının yaş grupları arasında karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p<0.05).

Preoperatif genel sağlık alt ölçeği puanlarının yaş grupları arasında karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$).

Hastaların preoperatif vitalite alt ölçeği puanlarının yaş grupları arasında karşılaştırılmasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Hastaların preoperatif sosyal fonksiyon alt ölçeği puanlarının yaş grupları arasında karşılaştırılmasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Preoperatif emosyonel rol güçlüğü alt ölçeği puanlarının yaş grupları arasında karşılaştırılmasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak bulundu ($p<0.05$).

Çalışmayı oluşturan hastaların preoperatif mental sağlık alt ölçeği puanlarının yaş grupları arasında karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Çalışma kapsamındaki hastaların postoperatif fiziksel fonksiyon alt ölçeği puanlarının yaş grupları arasında karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.001$).

Hastaların postoperatif fiziksel rol güçlüğü alt ölçeği puanlarının yaş grupları arasında karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$).

Çalışmayı oluşturan hastaların postoperatif ağrı alt ölçeği puanlarının yaş grupları arasında karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.001$).

Postoperatif genel sağlık alt ölçeği puanlarının yaş grupları arasında karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Hastaların postoperatif vitalite alt ölçeği puanlarının yaş grupları arasında karşılaştırılmasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Hastaların postoperatif sosyal fonksiyon alt ölçeği puanlarının yaş grupları arasında karşılaştırılmasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Postoperatif emosyonel rol güçlüğü alt ölçeği puanlarının yaş grupları arasında karşılaştırılmasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak bulundu ($p<0.05$).

Çalışmayı oluşturan hastaların postoperatif mental sağlık alt ölçeği puanlarının yaş grupları arasında karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Üç farklı yaş grubu arasında Preoperatif fiziksel özet skor parametresi bakımından istatistik açıdan fark anlamlıdır ($p<0.001$). Grupları ikişerli olarak karşılaştırdığımızda 18-35 yaş grubu ile 36-55 yaş grubu arasındaki farklılık istatistik açıdan anlamlıdır ($p=0.006$). 18-35 yaş grubu ile 56-75 yaş grubu arasındaki farklılık istatistik açıdan anlamlıdır ($p<0.001$). 36-55 yaş grubu ile 56-75 yaş grubu arasındaki farklılık istatistik açıdan anlamlıdır ($p=0.022$).

Tablo 4. SF-36 ölçek skorlarının yaş gruplarına göre puanlarının karşılaştırılması.

Alt Ölçekler		18-35	36-55	56-75	p
Pre op	FF	77.6 ± 24.5	68.4 ± 27.2	59.9 ± 29.3	<0.001
	FRG	61.5 ± 40.4	54.0 ± 42.2	49.4 ± 42.4	0.001
	Ağrı	33.5 ± 25.5	39.1 ± 25.0	38.0 ± 25.9	0.005
	GS	50.3 ± 11.9	50.8 ± 12.4	53.4 ± 11.8	0.010
	FÖS	55.7 ± 11.2	53.1 ± 13.3	50.2 ± 13.6	<0.001
	Vitalite	49.7 ± 12.6	51.3 ± 14.2	51.0 ± 14.7	0.217
	SF	46.0 ± 14.4	44.0 ± 13.7	45.1 ± 31.1	0.325
	ERG	60.0 ± 39.9	51.1 ± 43.5	50.5 ± 42.1	0.002
	MS	51.9 ± 11.5	51.8 ± 12.9	53.1 ± 12.3	0.297
	MÖS	51.9 ± 11.8	49.6 ± 12.8	49.9 ± 14.3	0.019
Post op	FF	76.1 ± 26.4	66.2 ± 28.1	57.8 ± 29.4	<0.001
	FRG	63.3 ± 39.5	55.2 ± 39.7	53.3 ± 42.9	0.001
	Ağrı	33.9 ± 23.8	41.2 ± 29.9	40.4 ± 31.6	<0.001
	GS	50.9 ± 11.1	51.5 ± 18.7	53.2 ± 11.4	0.152
	FÖS	56.0 ± 11.9	53.5 ± 14.0	51.2 ± 14.8	<0.001
	Vitalite	50.8 ± 13.0	50.8 ± 13.8	52.5 ± 14.7	0.402
	SF	44.5 ± 13.9	43.9 ± 14.9	42.7 ± 15.9	0.223
	ERG	62.8 ± 39.3	54.8 ± 40.7	53.9 ± 40.8	0.002
	MS	52.3 ± 11.2	51.8 ± 12.8	53.1 ± 12.5	0.516
	MÖS	52.6 ± 11.6	50.3 ± 11.8	50.6 ± 12.8	0.016

Üç farklı yaş grubu arasında Preoperatif mental özet skor parametresi bakımından istatistik açıdan anlamlı bir farklılık vardır ($p=0.019$). Grupları ikişerli olarak karşılaştırdığımızda 18-35 yaş grubu ile 36-55 yaş grubu arasındaki farklılık istatistik açıdan anlamlıdır ($p=0.018$). 18-35 yaş grubu ile 56-75 yaş grubu arasındaki farklılık istatistik açıdan anlamlı değildir ($p=0.166$). 36-55 yaş grubu ile 56-75 yaş grubu arasındaki farklılık istatistik açıdan anlamlı değildir ($p=0.946$).

Üç farklı yaş grubu arasında Postoperatif fiziksel özet skor parametresi bakımından istatistik açıdan fark anlamlıdır ($p<0.001$). Grupları ikişerli olarak karşılaştırdığımızda 18-

35 yaş grubu ile 36-55 yaş grubu arasındaki farklılık istatistik açıdan anlamlıdır ($p=0.016$). 18-35 yaş grubu ile 56-75 yaş grubu arasındaki farklılık istatistik açıdan anlamlıdır ($p<0.001$). 36-55 yaş grubu ile 56-75 yaş grubu arasındaki farklılık istatistik açıdan anlamlı değildir ($p=0.114$).

Üç farklı yaş grubu arasında Postoperatif mental özet skor parametresi bakımından istatistik açıdan anlamlı bir farklılık vardır ($p<0.016$). Grupları ikişerli olarak karşılaştırdığımızda 18-35 yaş grubu ile 36-55 yaş grubu arasındaki farklılık istatistik açıdan anlamlıdır ($p=0.016$). 18-35 yaş grubu ile 56-75 yaş grubu arasındaki farklılık istatistik açıdan anlamlı değildir ($p=0.137$). 36-55 yaş grubu ile 56-75 yaş grubu arasındaki farklılık istatistik açıdan anlamlı değildir ($p=0.966$).

SF-36 alt ölçek skorlarının yaş grupları arasındaki korelasyonda tablo 5'te gösterilmiştir.

Buna göre preoperatif fiziksel fonksiyon puan ortalaması ile yaş arasında ters ilişki vardır ($r= -0.245$). Yaş artarken fiziksel fonksiyon puan ortalaması azalmaktadır. İlişki zayıf ama istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.001$).

Tablo 5. SF-36 ölçek skorlarının yaş gruplarına göre korelasyonu.

Alt Ölçekler		Yaş
Pre op	FF	$r= -0.245$ ($p<0.001$)
	FRG	$r= -0.114$ ($p<0.001$)
	Ağrı	$r= -0.094$ ($p=0.009$)
	GS	$r= 0.082$ ($p=0.008$)
	FÖS	$r= -0.165$ ($p<0.001$)
	Vitalite	$r= 0.036$ ($p=0.247$)
	SF	$r= -0.051$ ($p=0.097$)
	ERG	$r= -0.094$ ($p=0.002$)
	MS	$r= 0.042$ ($p=0.178$)
	MÖS	$r= -0.076$ ($p=0.013$)
Post op	FF	$r= -0.242$ ($p<0.001$)
	FRG	$r= -0.098$ ($p=0.001$)
	Ağrı	$r= 0.102$ ($p=0.001$)
	GS	$r= 0.053$ ($p=0.086$)
	FÖS	$r= -0.133$ ($p<0.001$)
	Vitalite	$r= 0.049$ ($p=0.111$)
	SF	$r= -0.043$ ($p=0.168$)
	ERG	$r= -0.089$ ($p=0.004$)
	MS	$r= 0.025$ ($p=0.412$)
	MÖS	$r= -0.065$ ($p=0.037$)

Preoperatif fiziksel rol güçlüğü puan ortalaması ile yaş arasındaki ilişki incelendiğinde ters ilişki olduğu bulundu ($r = -0.114$). İlişki zayıf ama istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.001$).

Preoperatif ağrı puan ortalaması ile yaş arasındaki ilişki incelendiğinde ters ilişki olduğu bulundu ($r = -0.094$). İlişki zayıf ama istatistiksel olarak anlamlıdır ($p = 0.009$).

Preoperatif genel sağlık puan ortalaması ile yaş arasındaki ilişki incelendiğinde doğru ilişki olduğu bulundu ($r = 0.082$). İlişki zayıf ama istatistiksel olarak anlamlıdır ($p = 0.008$).

Preoperatif vitalite puan ortalaması ile yaş arasında doğru ilişki olduğu bulundu ($r = 0.036$). İlişki zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p = 0.247$).

Preoperatif sosyal fonksiyon puan ortalaması ile yaş arasındaki ilişki incelendiğinde ters ilişki olduğu bulundu ($r = -0.051$). İlişki zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p = 0.097$).

Preoperatif emosyonel rol güçlüğü puan ortalaması ile yaş arasındaki ilişki incelendiğinde ters ilişki olduğu bulundu ($r = -0.094$). İlişki zayıf ama istatistiksel olarak anlamlıdır ($p = 0.002$).

Preoperatif mental sağlık puan ortalaması ile yaş arasındaki ilişki incelendiğinde doğru ilişki olduğu bulundu ($r = 0.042$). İlişki zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p = 0.178$).

Preoperatif fiziksel özet skorları puan ortalaması ile yaş arasındaki ilişki incelendiğinde ters ilişki olduğu bulundu ($r = -0.165$). İlişki zayıf ama istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.001$).

Preoperatif mental özet skorları puan ortalaması ile yaş arasındaki ilişki incelendiğinde ters ilişki olduğu bulundu ($r = -0.076$). İlişki zayıf ama istatistiksel olarak anlamlıdır ($p = 0.013$).

Postoperatif fiziksel fonksiyon puan ortalaması ile yaş arasında ters ilişki vardır ($r = -0.242$). Yaş artarken fiziksel fonksiyon puan ortalaması azalmaktadır. İlişki zayıf ama istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.001$).

Postoperatif fiziksel rol güçlüğü puan ortalaması ile yaş arasındaki ilişki incelendiğinde ters ilişki olduğu bulundu ($r = -0.098$). İlişki zayıf ama istatistiksel olarak anlamlıdır ($p = 0.001$).

Postoperatif ağrı puan ortalaması ile yaş arasındaki ilişki incelendiğinde doğru ilişki olduğu bulundu ($r = 0.102$). İlişki zayıf ama istatistiksel olarak anlamlıdır ($p = 0.001$).

Postoperatif genel sağlık puan ortalaması ile yaş arasındaki ilişki incelendiğinde

doğru ilişki olduğu bulundu ($r= 0.053$). İlişki zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.086$).

Postoperatif vitalite puan ortalaması ile yaş arasındaki ilişki incelendiğinde doğru ilişki olduğu bulundu ($r= 0.049$). İlişki zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.111$).

Postoperatif sosyal fonksiyon puan ortalaması ile yaş arasındaki ilişki incelendiğinde ters ilişki olduğu bulundu ($r= -0.043$). İlişki zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı değildir($p=0.168$).

Postoperatif emosyonel rol gúçlüđu puan ortalaması ile yaş arasındaki ilişki incelendiğinde ters ilişki olduğu bulundu ($r= -0.089$). İlişki zayıf ama istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.004$).

Postoperatif mental sağlık puan ortalaması ile yaş arasındaki ilişki incelendiğinde doğru ilişki olduğu bulundu ($r= 0.025$). İlişki zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.412$).

Postoperatif fiziksel özet skorları puan ortalaması ile yaş arasındaki ilişki incelendiğinde ters ilişki olduğu bulundu ($r= -0.133$). İlişki zayıf ama istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.001$).

Postoperatif mental özet skorları puan ortalaması ile yaş arasındaki ilişki incelendiğinde ters ilişki olduğu bulundu ($r= -0.065$). İlişki zayıf ama istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.037$).

Tablo 6'da SF-36 ölçek skorlarının cinsiyete göre puanlarının karşılaştırılması gösterilmiştir.

Tablo 6. SF-36 ölçek skorlarının cinsiyete göre puanlarının karşılaştırılması.

Alt Ölçekler		Kadın	Erkek	p
Pre op	FF	67,9 ± 27,1	73,7 ± 27,2	0.001
	FRG	55.9 ± 41.8	56,5 ± 41.7	0.804
	Ağrı	38.3 ± 25.3	34.6 ± 25.6	0.020
	GS	51.6 ± 11.9	50.4 ± 12.4	0.101
	FÖS	53.4 ± 12.7	53.8 ± 12.7	0.634
	Vitalite	50.5 ± 13.1	50.7 ± 14.3	0.839
	SF	46.2 ± 21.1	43.5 ± 14.4	0.020
	ERG	54.7 ± 41.6	54.4 ± 42.6	0.893
	MS	51.7 ± 12.2	52.5 ± 12.3	0.323
	MÖS	50.8 ± 12.9	50.3 ± 12.6	0.511
Post op	FF	65.6 ± 27.9	72.2 ± 28.8	<0.001
	FRG	57.6 ± 40.3	58.7 ± 40.6	0.662
	Ağrı	39.5 ± 23.7	36.5 ± 32.7	0.087
	GS	52.2 ± 16.9	50.8 ± 11.7	0.111
	FÖS	53.7 ± 13.0	54.5 ± 14.1	0.326
	Vitalite	51.4 ± 13.4	50.8 ± 14.0	0.455
	SF	44.0 ± 14.1	43.8 ± 15.3	0.764
	ERG	57.2 ± 40.7	58.7 ± 39.8	0.535
	MS	51.7 ± 12.4	53.0 ± 11.8	0.094
	MÖS	51.1 ± 12.0	51.6 ± 11.9	0.506

Buna göre çalışma kapsamındaki hastaların preoperatif fiziksel fonksiyon alt ölçeği puanlarının kadın erkek cinsiyetleri arası karşılaştırılmasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulundu (p=0.001).

Hastaların preoperatif fiziksel rol güclüğü alt ölçeği puanlarının cinsiyetler arası karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0.05).

Çalışmayı oluşturan hastaların preoperatif ağrı alt ölçeği puanlarının cinsiyetler arası karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0.05$).

Preoperatif genel sağlık alt ölçeği puanlarının cinsiyetler arası karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$).

Hastaların preoperatif vitalite alt ölçeği puanlarının cinsiyetler arası karşılaştırılmasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p > 0.05$).

Hastaların preoperatif sosyal fonksiyon alt ölçeği puanlarının cinsiyetler arası karşılaştırılmasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0.05$).

Preoperatif emosyonel rol güçlüğü alt ölçeği puanlarının cinsiyetler arası karşılaştırılmasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmadı ($p > 0.05$).

Çalışmayı oluşturan hastaların preoperatif mental sağlık alt ölçeği puanlarının cinsiyetler arası karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$).

Hastaların preoperatif fiziksel ve mental özet skorları ortalamalarının cinsiyetler arası karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p > 0.05$).

Çalışma kapsamındaki hastaların postoperatif fiziksel fonksiyon alt ölçeği puanlarının cinsiyetler arası karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0.001$).

Hastaların postoperatif fiziksel rol güçlüğü alt ölçeği puanlarının cinsiyetler arası karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$).

Çalışmayı oluşturan hastaların postoperatif ağrı alt ölçeği puanlarının cinsiyetler arası karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$).

Çalışmada kapsamındaki hastaların postoperatif genel sağlık alt ölçeği puanlarının cinsiyetler arası karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$).

Çalışma dahilindeki hastaların postoperatif vitalite alt ölçeği puanlarının cinsiyetler arası karşılaştırılmasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p > 0.05$).

Hastaların postoperatif sosyal fonksiyon alt ölçeği puanlarının cinsiyetler arası karşılaştırılmasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p > 0.05$).

Hastaların postoperatif emosyonel rol güçlüğü alt ölçeği puanlarının cinsiyetler arası karşılaştırılmasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmadı ($p > 0.05$).

Çalışmayı oluşturan hastaların postoperatif mental sağlık alt ölçeği puanlarının cinsiyetler arası karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$).

Çalışmadaki hastaların postoperatif fiziksel ve mental özet skorları ortalamalarının cinsiyetler arası karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p > 0.05$).

Tablo 7’de SF-36 ölçek skorlarının eğitim durumuna göre puanlarının karşılaştırılması gösterilmiştir.

Tabloya göre çalışma kapsamındaki hastaların preoperatif fiziksel fonksiyon alt ölçeği puanlarının eğitim durumları arası karşılaştırılmasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulundu ($p<0.001$).

Tablo 7. SF-36 ölçek skorlarının eğitim durumuna göre puanlarının karşılaştırılması.

Alt Ölçekler		OY	İÖ	OÖ	YÖ	p
Pre op	FF	55.5 ± 27.3	63.4 ± 29.3	75.1 ± 24.0	81.4 ± 21.5	<0.001
	FRG	31.5 ± 38.8	47.8 ± 42.0	60.5 ± 39.3	71.3 ± 38.6	<0.001
	Ağrı	48.1 ± 22.7	42.6 ± 25.7	34.5 ± 23.6	25.9 ± 23.7	<0.001
	GS	50.3 ± 12.9	51.1 ± 13.3	51.8 ± 11.7	50.3 ± 9.8	0.554
	FÖS	46.4 ± 11.5	51.2 ± 13.4	55.5 ± 12.0	57.2 ± 11.0	<0.001
	Vitalite	53.2 ± 9.6	49.7 ± 15.6	51.0 ± 12.5	51.4 ± 11.3	0.214
	SF	48.3 ± 21.3	45.6 ± 22.6	43.6 ± 14.6	45.0 ± 11.5	0.351
	ERG	28.9 ± 40.3	47.1 ± 41.1	57.8 ± 41.3	69.2 ± 40.0	<0.001
	MS	53.4 ± 11.0	51.7 ± 13.8	51.1 ± 11.1	53.7 ± 10.2	0.084
	MÖS	46.0 ± 10.5	48.5 ± 13.4	50.9 ± 11.9	54.8 ± 11.6	<0.001
Post op	FF	50.5 ± 31.1	62.1 ± 29.4	71.8 ± 25.9	80.3 ± 24.0	<0.001
	FRG	34.2 ± 38.3	50.9 ± 40.3	60.5 ± 38.7	72.8 ± 38.2	<0.001
	Ağrı	48.1 ± 19.9	43.6 ± 32.5	37.3 ± 22.1	27.0 ± 22.6	<0.001
	GS	51.1 ± 14.2	52.0 ± 18.4	51.8 ± 11.2	50.5 ± 10.0	0.600
	FÖS	46.0 ± 12.5	52.2 ± 14.8	55.3 ± 12.1	57.7 ± 11.2	<0.001
	Vitalite	52.7 ± 11.9	50.5 ± 15.3	52.1 ± 12.1	51.0 ± 12.0	0.416
	SF	43.4 ± 21.3	44.3 ± 16.2	43.3 ± 13.8	43.9 ± 10.9	0.805
	ERG	28.0 ± 38.3	51.2 ± 40.4	60.6 ± 38.6	72.2 ± 37.1	<0.001
	MS	50.7 ± 13.4	52.1 ± 13.8	51.7 ± 10.4	53.5 ± 10.1	0.288
	MÖS	43.7 ± 13.0	49.5 ± 12.1	51.9 ± 11.3	55.1 ± 11.1	<0.001

Hastaların preoperatif fiziksel rol güçlüğü alt ölçeği puanlarının eğitim durumları arası karşılaştırılmasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulundu ($p<0.001$).

Çalışmayı oluşturan hastaların preoperatif ağrı alt ölçeği puanlarının eğitim durumları arası karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.001$).

Preoperatif emosyonel rol güçlüğü alt ölçeği puanlarının eğitim durumları arası karşılaştırılmasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak bulundu ($p<0.001$).

Çalışma kapsamındaki hastaların postoperatif fiziksel fonksiyon alt ölçeği puanlarının eğitim durumları arası karşılaştırılmasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulundu ($p<0.001$).

Hastaların postoperatif fiziksel rol güçlüğü alt ölçeği puanlarının eğitim durumları arası karşılaştırılmasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulundu($p<0.001$).

Çalışmayı oluşturan hastaların postoperatif ağrı alt ölçeği puanlarının eğitim durumları arası karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.001$).

Postoperatif emosyonel rol güçlüğü alt ölçeği puanlarının eğitim durumları arası karşılaştırılmasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak bulundu ($p<0.001$).

Hastaların preoperatif fiziksel özet skor ($p<0.001$) ve mental özet skorları ($p<0.001$) ortalamalarının eğitim durumları ile karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu.

Hastaların postoperatif fiziksel özet skor ($p<0.001$) ve mental özet skorları ($p<0.001$) ortalamalarının eğitim durumları ile karşılaştırılmasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulundu.

Tablo 8'de SF-36 ölçek skorlarının anestezi deneyimlerine göre puanlarının karşılaştırılması gösterilmiştir.

Tabloya göre Preoperatif genel sağlık alt ölçeği puanlarının anestezi deneyimleri arası karşılaştırılmasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulundu ($p<0.05$).

Çalışmayı oluşturan hastaların postoperatif fiziksel fonksiyon ve fiziksel özet skorları alt ölçeği puanlarının anestezi deneyimleri arası karşılaştırılmasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulundu ($p<0.05$).

Hastaların preoperatif ve postoperatif mental özet skorları ortalamaları ile anestezi deneyimleri arası karşılaştırmada fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 8. SF-36 ölçek skorlarının anestezi deneyimlerine göre puanlarının karşılaştırılması.

Alt Ölçekler		var	yok	p
Pre op	FF	69.5 ± 27.7	72.0 ± 26.8	0.143
	FRG	55.6 ± 41.8	56.9 ± 41.6	0.604
	Ağrı	36.0 ± 25.6	37.5 ± 25.4	0.346
	GS	51.9 ± 11.6	50.0 ± 12.7	0.016
	FÖS	53.2 ± 13.0	54.1 ± 12.3	0.267
	Vitalite	50.8 ± 12.7	50.4 ± 14.9	0.646
	SF	44.6 ± 20.9	45.5 ± 14.5	0.406
	ERG	54.4 ± 42.4	54.8 ± 41.6	0.874
	MS	52.1 ± 12.0	52.1 ± 12.5	0.973
	MÖS	50.5 ± 13.1	50.7 ± 12.3	0.755
Post op	FF	67.0 ± 28.1	70.7 ± 28.8	0.037
	FRG	56.5 ± 40.9	60.1 ± 39.7	0.160
	Ağrı	37.1 ± 24.1	39.5 ± 32.8	0.182
	GS	52.3 ± 16.5	50.5 ± 12.1	0.050
	FÖS	53.3 ± 13.2	55.2 ± 13.8	0.021
	Vitalite	51.2 ± 13.0	51.0 ± 14.4	0.819
	SF	43.6 ± 14.7	44.3 ± 14.6	0.453
	ERG	56.5 ± 40.8	59.6 ± 39.6	0.225
	MS	52.2 ± 12.0	52.3 ± 12.3	0.882
	MÖS	50.9 ± 12.0	51.8 ± 12.0	0.250

Tablo 9'da SF-36 ölçek skorlarının fiziksel kısıtlılığa göre puanlarının karşılaştırılması gösterilmiştir.

Tabloya göre çalışma kapsamındaki hastaların preoperatif fiziksel fonksiyon alt ölçeği puanlarının fiziksel kısıtlılık var olup olmamasına göre karşılaştırılmasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulundu ($p<0.001$).

Hastaların preoperatif fiziksel rol güclüğü alt ölçeği puanlarının fiziksel kısıtlılık var olup olmamasına göre karşılaştırılmasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulundu ($p<0.001$).

Çalışmadaki hastaların preoperatif ağrı alt ölçeği puanlarının fiziksel kısıtlılık var olup olmamasına göre karşılaştırılmasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulundu ($p<0.001$).

Hastaların preoperatif emosyonel rol gücü alt ölçeği puanlarının fiziksel kısıtlılık var olup olmamasına göre karşılaştırılmasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulundu ($p<0.001$).

Tablo 9. SF-36 ölçek skorlarının fiziksel kısıtlılığa göre puanlarının karşılaştırılması.

Alt Ölçekler		var	yok	p
Pre op	FF	48.0 ± 28.4	71.7 ± 26.8	<0.001
	FRG	30.5 ± 35.0	57.5 ± 41.6	<0.001
	Ağrı	52.6 ± 22.9	35.9 ± 25.4	<0.001
	GS	53.9 ± 11.1	51.0 ± 12.2	0.100
	FÖS	46.2 ± 11.6	54.0 ± 12.7	<0.001
	Vitalite	51.6 ± 11.5	50.6 ± 13.8	0.621
	SF	47.5 ± 12.8	44.9 ± 18.6	0.336
	ERG	30.6 ± 38.5	55.8 ± 41.9	<0.001
	MS	50.8 ± 10.1	52.1 ± 12.3	0.437
	MÖS	45.1 ± 10.4	50.8 ± 12.8	<0.001
Post op	FF	48.6 ± 27.8	69.6 ± 28.1	<0.001
	FRG	28.5 ± 36.4	59.6 ± 40.1	<0.001
	Ağrı	52.2 ± 21.1	37.4 ± 28.3	<0.001
	GS	55.8 ± 10.2	51.4 ± 15.0	0.041
	FÖS	46.2 ± 12.7	54.5 ± 13.4	<0.001
	Vitalite	52.3 ± 14.3	51.1 ± 13.6	0.556
	SF	47.0 ± 14.6	43.8 ± 14.7	0.134
	ERG	36.6 ± 40.5	58.9 ± 40.0	<0.001
	MS	49.6 ± 11.6	52.4 ± 12.2	0.107
	MÖS	46.3 ± 12.0	51.5 ± 11.9	0.003

Hastaların preoperatif fiziksel ve mental özet skor alt ölçeği puanlarının fiziksel kısıtlılık var olup olmamasına göre karşılaştırılmasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulundu ($p<0.001$).

Çalışma kapsamındaki hastaların postoperatif fiziksel fonksiyon alt ölçeği puanlarının fiziksel kısıtlılık var olup olmamasına göre karşılaştırılmasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulundu ($p<0.001$).

Hastaların postoperatif fiziksel rol güclüğü alt ölçeği puanlarının fiziksel kısıtlılık var olup olmamasına göre karşılaştırılmasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulundu ($p<0.001$).

Çalışmadaki hastaların postoperatif ağrı alt ölçeği puanlarının fiziksel kısıtlılık var olup olmamasına göre karşılaştırılmasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulundu ($p<0.001$).

Hastaların postoperatif genel sağlık alt ölçeği puanlarının fiziksel kısıtlılık var olup olmamasına göre karşılaştırılmasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulundu ($p<0.05$).

Hastaların postoperatif emosyonel rol güclüğü alt ölçeği puanlarının fiziksel kısıtlılık var olup olmamasına göre karşılaştırılmasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulundu ($p<0.001$).

Hastaların postoperatif fiziksel özet skor alt ölçeği puanlarının fiziksel kısıtlılık var olup olmamasına göre karşılaştırılmasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulundu ($p<0.001$).

Hastaların postoperatif mental özet skor alt ölçeği puanlarının fiziksel kısıtlılık var olup olmamasına göre karşılaştırılmasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulundu ($p<0.05$).

Tablo 10'da SF-36 ölçek skorlarının ASA skorlarına göre puanlarının karşılaştırılması gösterilmiştir.

Tabloya göre çalışma kapsamındaki hastaların preoperatif fiziksel fonksiyon alt ölçeği puanlarının ASA skorlarına göre 3 grup arası karşılaştırılmasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulundu ($p<0.001$).

Hastaların preoperatif fiziksel rol güclüğü alt ölçeği puanlarının ASA skorlarına göre 3 grup arası karşılaştırılmasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulundu ($p<0.001$).

Çalışmadaki hastaların preoperatif ağrı alt ölçeği puanlarının ASA skorlarına göre 3 grup arası karşılaştırılmasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulundu ($p<0.001$).

Tablo 10. SF-36 ölçek skorlarının ASA skorlarına göre puanlarının karşılaştırılması.

Alt Ölçekler		ASA I	ASA II	ASA III	p
Pre op	FF	76.8 ± 24.9	64.5 ± 26.8	44.5 ± 33.2	<0.001
	FRG	62.2 ± 40.7	50.0 ± 41.7	33.6 ± 40.3	<0.001
	Ağrı	34.4 ± 25.0	38.3 ± 25.1	51.0 ± 28.9	<0.001
	GS	50.7 ± 12.1	51.3 ± 12.2	54.6 ± 11.0	0.127
	FÖS	56.0 ± 12.1	51.0 ± 12.6	45.9 ± 14.1	<0.001
	Vitalite	50.2 ± 13.3	51.1 ± 14.4	51.5 ± 12.1	0.583
	SF	45.6 ± 14.3	44.0 ± 23.5	45.6 ± 14.7	0.411
	ERG	61.1 ± 40.7	47.2 ± 42.1	34.6 ± 41.9	<0.001
	MS	52.2 ± 12.0	51.8 ± 12.3	52.4 ± 14.1	0.914
	MÖS	52.3 ± 11.8	48.6 ± 13.5	46.0 ± 13.2	<0.001
Post op	FF	75.3 ± 26.9	61.7 ± 27.2	44.6 ± 31.9	<0.001
	FRG	64.1 ± 38.7	51.6 ± 41.1	37.7 ± 41.4	<0.001
	Ağrı	34.8 ± 23.3	41.7 ± 33.7	50.0 ± 25.4	<0.001
	GS	50.8 ± 11.7	52.3 ± 18.7	53.9 ± 11.2	0.176
	FÖS	56.3 ± 12.2	51.8 ± 14.6	46.6 ± 13.7	<0.001
	Vitalite	50.9 ± 13.0	51.3 ± 14.7	53.0 ± 11.6	0.581
	SF	44.6 ± 14.6	43.0 ± 14.7	43.3 ± 15.7	0.222
	ERG	63.0 ± 39.3	52.4 ± 40.6	40.1 ± 39.0	<0.001
	MS	52.9 ± 11.3	51.6 ± 13.1	49.8 ± 13.1	0.086
	MÖS	52.8 ± 11.4	49.6 ± 12.4	46.6 ± 12.1	<0.001

Hastaların preoperatif emosyonel rol güçlüğü alt ölçeği puanlarının ASA skorlarına göre 3 grup arası karşılaştırılmasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulundu ($p<0.001$).

Hastaların preoperatif fiziksel ve mental özet skorlarının ASA skorlarına göre 3 grup arası karşılaştırılmasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulundu ($p<0.001$).

Çalışma kapsamındaki hastaların postoperatif fiziksel fonksiyon alt ölçeği puanlarının ASA skorlarına göre 3 grup arası karşılaştırılmasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulundu ($p<0.001$).

Hastaların postoperatif fiziksel rol güçlüğü alt ölçeği puanlarının ASA skorlarına göre 3 grup arası karşılaştırılmasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulundu ($p<0.001$).

Çalışmadaki hastaların postoperatif ağrı alt ölçeği puanlarının ASA skorlarına göre 3 grup arası karşılaştırılmasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulundu ($p<0.001$).

Hastaların postoperatif emosyonel rol güçlüğü alt ölçeği puanlarının ASA skorlarına göre 3 grup arası karşılaştırılmasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulundu ($p<0.001$).

Hastaların postoperatif fiziksel ve mental özet skorlarının ASA skorlarına göre 3 grup arası karşılaştırılmasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulundu ($p<0.001$).

Tablo 11'de SF-36 ölçek skorlarının uygulanacak anestezi tipine göre puanlarının karşılaştırılması gösterilmiştir.

Tabloya göre hem preoperatif hem de postoperatif SF-36 yaşam kalitesi anketinin sekiz alt ölçeği ile genel ya da rejyonel anestezi alma fikrinin karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Hastaların preoperatif fiziksel ve mental özet skorları ortalamaları ile genel ya da rejyonel anestezi alma fikrinin karşılaştırılmasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Hastaların postoperatif fiziksel ve mental özet skorları ortalamaları ile genel ya da rejyonel anestezi alma fikrinin karşılaştırılmasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 11. SF-36 ölçek skorlarının uygulanacak anestezi tipine göre puanlarının karşılaştırılması.

Alt Ölçekler		Genel	Rejyonel	p
Pre op	FF	70.6 ± 27.4	69.8 ± 26.9	0.826
	FRG	56.6 ± 41.8	48.7 ± 40.8	0.157
	Ağrı	36.4 ± 25.6	40.5 ± 23.5	0.239
	GS	51.1 ± 12.1	50.6 ± 13.4	0.765
	FÖS	53.7 ± 12.8	52.4 ± 11.4	0.448
	Vitalite	50.6 ± 13.5	50.3 ± 16.4	0.853
	SF	45.1 ± 18.6	43.0 ± 14.7	0.383
	ERG	54.3 ± 42.0	59.3 ± 42.9	0.376
	MS	52.0 ± 12.2	52.8 ± 12.6	0.654
	MÖS	50.5 ± 12.7	51.3 ± 13.5	0.637
Post op	FF	68.7 ± 28.5	67.3 ± 28.3	0.724
	FRG	58.4 ± 40.3	52.1 ± 42.1	0.241
	Ağrı	38.0 ± 28.5	39.6 ± 21.9	0.677
	GS	51.6 ± 14.9	50.7 ± 12.2	0.652
	FÖS	54.2 ± 13.5	52.4 ± 13.0	0.333
	Vitalite	51.2 ± 13.6	50.5 ± 15.1	0.695
	SF	44.0 ± 14.7	42.1 ± 14.8	0.337
	ERG	57.7 ± 40.1	59.8 ± 43.2	0.698
	MS	52.2 ± 12.1	53.9 ± 11.9	0.283
	MÖS	51.3 ± 11.9	51.6 ± 12.8	0.842

Tablo 12’de Sf-F6 ölçek skorlarının cerrahi branşlara göre puanlarının karşılaştırılması gösterilmiştir.

Tabloya göre çalışma kapsamındaki hastaların preoperatif fiziksel fonksiyon alt ölçeği puanlarının cerrahi branşlara göre karşılaştırılmasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulundu ($p<0.001$).

Çalışma kapsamındaki hastaların preoperatif fiziksel rol güclüğü alt ölçeği puanlarının cerrahi branşlara göre karşılaştırılmasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulundu ($p<0.001$).

Çalışmayı oluşturan hastaların preoperatif ağrı alt ölçeği puanlarının cerrahi branşlar arası karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.001$).

Preoperatif genel sağlık alt ölçeği puanlarının yaş cerrahi branşlar arasında karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$).

Hastaların preoperatif sosyal fonksiyon alt ölçeği puanlarının cerrahi branşlara göre karşılaştırılmasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$).

Çalışma kapsamındaki hastaların preoperatif emosyonel rol güçlüğü alt ölçeği puanlarının cerrahi branşlara göre karşılaştırılmasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulundu ($p<0.001$).

Hastaların preoperatif fiziksel özet skor ortalamalarının cerrahi branşlara göre karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.001$).

Hastaların preoperatif mental özet skor ortalamalarının cerrahi branşlara göre karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.001$).

Çalışmayı oluşturan hastaların postoperatif fiziksel fonksiyon alt ölçeği puanlarının cerrahi branşlara göre karşılaştırılmasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulundu ($p<0.001$).

Çalışma kapsamındaki hastaların postoperatif fiziksel rol güçlüğü alt ölçeği puanlarının cerrahi branşlara göre karşılaştırılmasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulundu ($p<0.001$).

Çalışmayı oluşturan hastaların postoperatif ağrı alt ölçeği puanlarının cerrahi branşlar arası karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.001$).

Çalışma kapsamındaki hastaların postoperatif emosyonel rol güçlüğü alt ölçeği puanlarının cerrahi branşlara göre karşılaştırılmasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulundu ($p<0.001$).

Hastaların postoperatif fiziksel özet skor ortalamalarının cerrahi branşlara göre karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.001$).

Hastaların postoperatif mental özet skor ortalamalarının cerrahi branşlara göre karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$).

Tablo 12. SF-36 ölçek skorlarının uygulanacak cerrahi branşlara göre puanlarının karşılaştırılması.

		GC	ÜRO	KVC	KBB	ORT	PRC	BC	GZ	KHD	GöC	P
Pre op	FF	67.7± 26.1	73.4 ± 26.7	47.5 ± 22.7	79.3 ± 23.4	56.0 ± 29.6	81.6 ± 25.7	46.2 ± 32.6	71.1 ± 29.7	69.2 ± 25.0	62.7 ± 35.7	<0.001
	FRG	52.3 ± 42.5	55.9 ± 42.1	35.0 ± 31.6	68.4 ± 37.5	36.5 ± 40.1	73.2 ± 36.1	32.0 ± 37.8	56.8 ± 43.0	55.1 ± 41.8	41.6 ± 50.0	<0.001
	Ağrı	39.5 ± 24.9	36.2 ± 25.8	48.0 ± 32.5	28.3 ± 23.3	47.2 ± 24.2	22.1 ± 22.3	60.4 ± 26.6	35.0 ± 25.2	39.9 ± 23.6	45.5 ± 28.7	<0.001
	GS	51.2 ± 11.3	52.0 ± 13.2	51.0 ± 9.9	50.1 ± 11.0	51.6 ± 12.2	49.1 ± 11.5	59.6 ± 14.5	47.5 ± 13.3	51.4 ± 12.4	46.6 ± 15.6	0.016
	FÖS	52.7 ± 12.9	54.4 ± 12.7	45.3 ± 15.3	56.5 ± 10.8	47.8 ± 12.8	56.5 ± 11.4	49.5 ± 14.5	52.6 ± 13.9	53.9 ± 12.9	49.1 ± 15.2	<0.001
	Vitalite	50.4 ± 11.4	49.2 ± 15.4	57.0 ± 13.1	52.3 ± 12.4	51.6 ± 13.5	48.8 ± 12.1	52.4 ± 16.1	48.6 ± 15.9	50.6 ± 15.3	47.2 ± 15.0	0.281
	SF	43.1 ± 13.8	41.0 ± 15.3	47.5 ± 25.5	46.0 ± 13.9	46.3 ± 13.1	45.7 ± 12.1	46.5 ± 17.8	43.7 ± 15.3	47.8 ± 28.8	43.0 ± 12.6	0.049
	ERG	52.7 ± 42.1	56.1 ± 43.3	40.0 ± 46.6	61.3 ± 40.2	43.0 ± 43.3	65.9 ± 39.5	24.0 ± 35.3	51.5 ± 42.0	54.2 ± 40.8	48.1 ± 44.4	<0.001
	MS	51.7 ± 11.1	52.6 ± 13.7	58.8 ± 15.6	53.0 ± 12.4	51.8 ± 12.6	52.1 ± 9.4	51.6 ± 11.0	50.9 ± 14.0	51.3 ± 12.7	48.8 ± 10.5	0.690
	MÖS	49.5 ± 12.0	49.7 ± 13.1	50.8 ± 12.7	53.2 ± 11.4	48.2 ± 12.4	53.8 ± 12.1	43.6 ± 10.4	48.7 ± 14.2	51.0 ± 14.2	46.8 ± 12.2	0.001
Post op	FF	64.6 ± 26.6	71.3 ± 27.0	44.0 ± 26.5	78.3 ± 27.3	57.1 ± 29.4	75.6 ± 29.8	48.6 ± 30.1	67.5 ± 33.0	67.6 ± 26.3	63.3 ± 32.0	<0.001
	FRG	55.6 ± 41.0	59.5 ± 41.6	47.5 ± 36.2	69.5 ± 35.7	34.9 ± 37.5	72.2 ± 38.9	46.0 ± 38.6	61.3 ± 40.6	55.8 ± 39.7	50.0 ± 45.0	<0.001
	Ağrı	43.4 ± 37.2	38.6 ± 32.1	49.0 ± 31.4	29.3 ± 22.0	46.4 ± 21.3	26.4 ± 21.7	55.2 ± 28.3	37.7 ± 22.0	39.6 ± 22.5	43.3 ± 23.4	<0.001
	GS	50.7 ± 11.9	53.8 ± 26.1	53.5 ± 10.0	51.0 ± 9.5	52.9 ± 10.7	50.0 ± 12.4	53.8 ± 9.3	48.6 ± 14.0	51.3 ± 11.8	48.3 ± 20.7	0.448
	FÖS	53.6 ± 14.2	55.8 ± 15.0	48.5 ± 14.8	57.0 ± 11.4	47.8 ± 13.0	56.0 ± 13.4	50.9 ± 13.1	53.8 ± 14.2	53.6 ± 12.4	51.2 ± 15.2	<0.001
	Vitalite	50.6 ± 12.2	50.1 ± 15.4	55.0 ± 11.5	52.3 ± 12.3	51.1 ± 13.5	50.4 ± 11.8	53.4 ± 14.7	49.0 ± 14.0	51.7 ± 15.1	47.7 ± 15.6	0.760
	SF	44.5 ± 13.0	42.7 ± 18.1	46.2 ± 23.6	44.5 ± 13.5	45.1 ± 14.2	43.0 ± 13.5	48.0 ± 15.5	42.6 ± 15.7	43.2 ± 14.4	43.0 ± 14.1	0.766
	ERG	58.7 ± 39.0	58.5 ± 42.1	56.6 ± 38.6	65.9 ± 38.0	42.4 ± 41.5	65.6 ± 37.3	38.6 ± 39.2	66.6 ± 35.6	55.1 ± 40.7	51.8 ± 44.4	<0.001
	MS	51.7 ± 11.2	52.4 ± 12.9	56.4 ± 13.7	53.4 ± 12.3	52.6 ± 12.5	52.4 ± 10.6	52.6 ± 15.2	51.4 ± 12.1	51.2 ± 12.3	52.8 ± 13.3	0.822
	MÖS	51.4 ± 11.4	51.0 ± 12.6	53.5 ± 11.6	54.0 ± 11.3	47.8 ± 11.6	52.8 ± 11.8	48.1 ± 12.7	52.4 ± 11.7	50.2 ± 12.2	48.8 ± 10.8	0.003

TARTIŞMA

Hastaların anestezi konusundaki kaygılarına dönük preoperatif dönemde yapılan birçok çalışma olsa da anestezi alacak olmanın yaşam kalitelerine etkilerini preoperatif ve postoperatif dönemde, yani tüm cerrahi süreç boyunca inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır.

Çalışmanın çıkış noktası; doğru kabul ettiğimiz düşünceleri test etmektir. Meslektaşlarımız arasında genel olarak; ileri yaşın anksiyeteyi azalttığına, eğitim düzeyindeki artmanın endişe düzeyini arttırdığına, kadınların erkekler göre daha endişeli olduklarına, genç erkeklerin ileri yaştaki hemcinslerine göre çok daha endişeli olduklarına, bazı cerrahi branşlardaki hastaların diğer branşlardakilere göre daha endişeli olduğuna ve bunun gibi doğruluğu ya da yanlışlığı kişisel tecrübe ile test edilmiş düşünceler mevcuttur. Bunu; bilimsel bir çerçevede araştırması açısından bu çalışma ilktir.

Yaş gruplarının cerrahi branşlara göre dağılımına göz atarsak; Plastik ve Rekonstrüktif cerrahi tarafından ameliyat edilen hastaların çoğunluğu 18-35 yaş grubunda iken Kadın Hastalıkları cerrahisi tarafından ameliyat edilen hastaların çoğunluğu 36-55 yaş grubunda olduğu tespit edildi.

Gençlerin yüz ve beden güzelliklerine ileri yaştaki kişilere göre daha fazla önem verdikleri ve bunun için estetik operasyonlara ihtiyaç duydukları düşünülebilir. Bizim çalışmamızda Plastik ve Rekonstrüktif cerrahi tarafından ameliyat edilen hastaların çoğunluğu 18-35 yaş grubunda olması bu fikri desteklemektedir. Klassen ve arkadaşlarının Plastik ve Rekonstrüktif cerrahi tarafından ameliyat edilen hastalarla yapmış oldukları bir çalışmada yaş ortalaması 32,6 olarak bulundu⁹⁶. Eskişehir Osmangazi Üniversitesinde septorinoplasti operasyonu yapılan hastalarla yapılan bir tez çalışmasında da yaş ortalaması 29.9 olarak tespit edilmiştir.

Kadınların genellikle 45-55 yaş civarında menapoza girdikleri ve bu dönemde çeşitli patolojik nedenlerle daha çok doktora başvurdukları göz önüne alınırsa çalışmamızda Kadın Hastalıkları cerrahisi tarafından ameliyat edilen hastaların çoğunluğunun 36-55 yaş grubunda olması bu düşünce ile paralellik gösterir.

Çalışmamızda hastaların preoperatif ve postoperatif fiziksel özet skoru puan ortalamaları açısından karşılaştırılmasında postoperatif puan ortalamalarının preoperatif puan ortalamalarına göre yüksek olduğu bulunmuş olup istatistiksel olarak fark anlamlı değildir. Fakat preoperatif ve postoperatif mental özet skoru puan

ortalamaları karşılaştırıldığında postoperatif puan ortalamaları preoperatif puan ortalamalarına göre yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlıdır.

Ameliyat öncesi dönemde cerrahi girişim ve anestezi alma fikri ile ortaya çıkan anksiyete yaşamsal fonksiyonları ve aktiviteleri değiştirerek hastaların yaşam kalitesini etkileyebilmektedir. Hastaların anesteziye bağlı anksiyete sebepleri ile ilgili araştırmalarda; Shevde ve Panagopoulos'un çalışmasında anesteziye bağlı endişe nedenleri %45 ile anesteziğin bilgi yetersizliği, %43 ile anesteziğin deneyim eksikliği, %37 ile uyanamamak ve %34 ile postoperatif ağrı olarak rapor edilmiştir²⁵.

Chew ve arkadaşları en çok endişe duyulan nedenleri, ağrı (%39,4) ve ameliyat sonrası uyanamamak(%18,9) olarak bildirirken, başka bir çalışmada, en çok endişe duyulan nedenler, ameliyat sırasında uyanmak (%51,8), ameliyat sonrasında uyanamamak (%43,4) ve ağrı (%38) olarak bildirilmiştir^{51,97}. Ülkemizde yapılan çalışmalarda anesteziye bağlı endişe nedenlerini, Ceyhan ve arkadaşları ölüm korkusu (%30,6), ameliyat sırasında ağrı (%22,6) ve uyuyamamak (%2) olarak, Şekerci ve arkadaşları da, ameliyat sonrası uyanamamak (%51,9), herhangi bir aksilik olması (%22,1), ameliyat sırasında ağrı duymak (%3,8) ve anesteziğin tecrübesizliği (%7,8) olarak bildirmişlerdir⁵⁰.

Postoperatif olarak bu endişelerden kurtulan hastanın mental olarak rahatlaması ve yaşam kalitesinin yükselmesi doğaldır. Ayrıca ameliyat sonrası hastanın sosyo-ekonomik durumu, aile içinde ve dışında rol ve statü değişikliği, sosyal destek sistemlerinin etkinleştirilmesi gibi faktörler mental rolünü etkilemekte ve kendisini daha huzurlu, anksiyeteden kurtulmuş hissetmektedir. Dünya Sağlık Organizasyonu sağlığı fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik hali olarak tanımlamıştır. Bu tanımlamanın ışığında güçlü bir psikolojik ve sosyal statü en az fiziksel komponent kadar önemlidir^{96,98}. Bu bağlamda psikolojik ve sosyal statü olarak kendini güçlü hisseden bir hastanın daha sağlıklı ve yaşam kalitesinin daha yüksek olmasından bahsedilebilir.

Alsarraf ve ark. prospektif, 3 kozmetik cerrahi merkezinde toplam 100 hasta ile ameliyattan önce iki kere ve ameliyattan yaklaşık 5 ay sonra olmak üzere toplam 3 kez yaşam kalitesi ölçümü araştırmıştır. Çalışma sonucunda ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası yaşam kalitesi ölçümleri karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir düzelme olduğu saptanmıştır.

Akarçay ve arkadaşları da endoskopik sinüs cerrahisinin yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırmışlar ve ameliyat öncesi döneme göre ameliyat sonrası dönemde

fiziksel ve mental bileşeninde istatistiksel olarak anlamlı bir düzelme saptamışlardır. Bu çalışmalar bizim çalışmamızla paraleldir⁹⁹.

Çalışmamızda fiziksel ve mental özet skorları ortalamalarının yaş grupları ile karşılaştırılmasında hem preoperatif hem de postoperatif olarak istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu.

Ayrıca SF-36 ölçek skorlarının yaş gruplarına göre korelasyonu incelendiğinde fiziksel ve mental özet skorları ortalamaları ile yaş arasında hem preoperatif hem de postoperatif ters ilişki olduğu tespit edilmiştir. Yaş artarken SF-36 ölçek skorları düşmekte yani yaşam kalitesi azalmaktadır.

Yaşlılar için Dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi modülü WHOQOL-OLD: Türkiye alan çalışması Türkçe sürüm güven ve geçerlilik sonuçlarına göre yaşlanan bireylerin duyuşal fonksiyonlarını kaybetmeleri ve yaşlandıkça ölüme daha yakın olmaları ile ilgili olarak yaşam kalitelerinin daha düşük olması beklenen bir sonuç olarak düşünölebilir. Diğer ölkelerde yapılmış analizlerin sonuçlarında da duyuşal fonksiyonların daha ileri yaşta daha düşük olması şeklinde benzer bulgulara ulaşılmıştır¹⁰⁰.

Erişkin nüfus gruplarında, geleneksel olarak yaşam kalitesi puanları yaş arttıkça azalır. Sağlam ve kronik hastalarda yapılan yaşam kalitesi incelemelerinde yaş arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü belirtilmektedir¹⁰¹.

Geniş yaş grubunda yaşlı bireylerle birlikte yaş sınıflamasına göre sağlıkla ilgili yaşam kalitesini değerlendiren çok fazla çalışma bulunmamakla birlikte anestezi ile alakalı hiç çalışma yoktur. Yaşlılarda yaşam kalitesini değerlendiren ve yaşam kalitelerini arttıracak daha çok çalışmaya ihtiyaç olduğunu düşünöyoruz.

SF-36 ölçek skorlarının cinsiyete göre hem preoperatif hem de postoperatif fiziksel ve mental özet skorları puan ortalamalarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Yalnız hem preoperatif hem de postoperatif erkeklerin fiziksel fonksiyon puan ortalamaları daha yüksekti.

Finlandiya, Tayvan, Polonya, Hırvatistan, Japonya, Tahran'da yapılan farklı çalışmalarda, erkeklerle karşılaştırıldığında, sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde kadınların daha dezavantajlı olduğu belirlendi¹⁰²⁻¹⁰⁶.

Younossi ve arkadaşları ve Van Der Plus ve arkadaşları karaciğer transplantasyonu uygulanan hastalarda yaşam kalitesi puan ortalamalarının cinsiyete göre farklılık göstermediğini belirtmiştir.

Eskişehir Osman Gazi Üniversitesinde septorinoplasti cerrahisi geçiren hastalarla yapılan yaşam kalitesi araştırmasında hastaların cinsiyet ile yaşam kalitesi

arasındaki ilişki incelendiğinde ameliyat sonrası dönemde erkeklerde kadınlara göre enerjide daha fazla artış olduğu tespit edilmiş olup diğer ölççeklerle cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

Epidemiyolojik açıdan bakıldığında depresyon ve anksiyete bozukluklarının genel olarak kadınlarda erkeklere göre daha sık olması yaşam kalitesinin kadınlarda daha düşük olması ile sonuçlanabilir. Cerrahi planlanacak olan hastalarda bu farklılığı Badner ve arkadaşları kadınlarda ailelerinden ayrılmaya bağlı anksiyetenin daha yüksek olmasına bağlarken, Shevde ve Panagopoulos ile Domar ve arkadaşları kadınların endişelerini erkeklerden daha rahat ifade edebilmelerini etken olarak göstermişlerdir⁵⁷.

Yapılan başka bir çalışmada erkek hastaların emosyonel olarak kendilerini daha iyi hissettiklerini ifade etmelerine rağmen, spinal anestezi sırasında vazovagal senkop olayı erkeklerde daha fazla saptanmıştır. Bunun nedeni erkelerin daha iyi olduklarını göstermek amacıyla duygularını tam olarak ifade etmemeleri olabilir. Adana Çukurova Üniversitesinde yapılan elektif cerrahi planlanan hastalarda anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkili bir çalışmada preoperatif dönemde kadınların erkeklere göre anksiyete düzeylerinin istatistiksel olarak daha fazla olduğu saptanmış, bu farkın toplumda erkeklerin duygu dışı vurumunun daha kısıtlı olması ve duygusal yakınmalarını daha az ifade etmeleri ile ilişkili olabileceği düşünülmüş.

Çalışmamızda sadece fiziksel fonksiyon puan ortalamalarının erkeklerde istatistiksel olarak yüksek bulunmasını ataerkil toplum yapısına sahip olan ülkemizde, kırsal kesimlerde daha çok olmak üzere, gelenek ve görenekler doğrultusunda cinsiyete göre yapılan rol paylaşımları ve bu rol paylaşımlarında kadınlara getirilen kısıtlılıkların daha fazla olmasına ve erkeklerin fiziksel fonksiyonlarında azalma olsa dahi bunu yansıtmama duygu durumuna bağladık.

SF-36 ölççek skorlarının eğitim durumlarına göre hem preoperatif hem de postoperatif fiziksel ve mental özet skorları puan ortalamalarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Eğitim düzeyi arttıkça hastaların puan ortalamaları dolayısı ile yaşam kaliteleri artmakta idi.

Öğrenim düzeyi arttıkça sağlık anlayışının olumlu yönde değişeceği, gelişeceği, bireylerin kendi sağlık sorumluluğunu daha fazla üstlenecekleri, bu bağlamda hastalıklarını ve hastalık semptomlarını yönetme stratejilerini daha fazla öğrenecekleri ve kullanacakları, tüm bunların sonucunda yaşam kalitesinin artacağı düşünülmektedir¹⁰⁷⁻¹⁰⁹.

Muehrer ve Becker ile Matas ve arkadaşları renal transplantasyon amaçlı cerrahi geçiren hastalarla yapılan çalışmalarda eğitim seviyesinin yükselmesiyle yaşam kalitesinin önemli oranda arttığını bildirmelerine karşın, eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$)^{110,111}.

Yıldırım, eğitim seviyesi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki olduğunu belirlemiştir¹¹².

Öğütmen ve arkadaşları ise çalışmalarında anlamlı ilişki bulamamışlardır. Çalışmalarda farklı sonuçların çıkması, eğitim seviyesi ile birlikte bireyin kişisel özelliklerinin de yaşam kalitesini etkilediğini düşündürmüştü.

Bizim çalışmamızda da fiziksel ve mental özet skorlarına göre yaşam kalitesinin eğitim düzeyi artışı ile istatistiksel olarak önemli oranda arttığı görülmüştür.

Hastaların postoperatif fiziksel fonksiyon ve fiziksel özet skorları alt ölçeği puanlarının anestezi deneyimleri arası karşılaştırılmasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulundu. Daha önce herhangi bir nedenle anestezi almış hastaların postoperatif fiziksel fonksiyon ve fiziksel özet skora göre yaşam kaliteleri daha yüksektir.

Biz bu farklılığı anestezi deneyimi olan hastaların postoperatif ne türlü fiziksel kısıtlılıkları olabileceklerini tecrübeleri doğrultusunda kestirebildikleri ve oluşan tabloyu normal olarak algıladıkları şeklinde yorumladık.

Çalışmamızda SF-36 ölçek skorlarının fiziksel kısıtlılığa göre hem preoperatif hem de postoperatif fiziksel ve mental özet skorları puan ortalamalarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulundu.

Kronik fiziksel özürü bireylerde ambulasyon güçlükleri, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık ve kronik ağrı nedeniyle aktivite kısıtlılığı ve sosyal izolasyon meydana gelmekte, bu da yaşam memnuniyeti ve yaşam kalitesinde düşüşe neden olmaktadır^{113,114}.

Beklenildiği gibi bizim çalışmamızda da hem fiziksel hem de mental özet skorlarına göre preoperatif ve postoperatif fiziksel kısıtlılığı olmayan hasta grubunda yaşam kalitesi daha yüksek bulundu.

Çalışmamızda SF-36 ölçek skorlarının ASA skorlarına göre preoperatif ve postoperatif hem fiziksel hem de mental özet skorları puan ortalamalarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu.

ASA (American Society Anesthesiologist) Amerikan anesteziyoloji cemiyetinin geliştirdiği ve anestezi riskinin belirlenmesinde en sık kullanılan sınıflamadır. Yaşla

birlikte artan ASA skoru literatürle uyumludur. Yaşlandıkça kişilerde ortaya çıkan sistemik hastalıklar ve fiziksel kısıtlılıklar kişinin genel sağlık performansını düşürmekte ve ASA skoruda buna paralel olarak artmaktadır.

ASA skoru yüksek, dolayısı ile fiziksel ve mental problemleri fazla olan hastaların daha düşük ASA skorlu hastalara göre yaşam kalitesinin düşük olması beklenen bir sonuçtur. Yüksek ASA skorlu hastalarda anestezi kaygısı ölüm riskine ilişkin endişeler, özürlü olacağı endişesi, sağlığının daha kötüye gideceği endişesi, bedeni üzerinde denetimini kaybedeceği endişesi ve çalışılabilirliğini kaybedeceği endişesi ile daha da belirgindir. Yüksek ASA skorlu hastaların mevcut hastalıkları ve ek hastalıklarının bilinci ile anestezi anksiyetelerinin daha fazla oluşması bununda yaşam kalitelerini etkilemesi literatürle uyumludur.

Çalışmamızda hem preoperatif hem de postoperatif SF-36 yaşam kalitesi anketinin tüm alt ölçeklerine göre genel ya da rejyonel anestezi alma fikrinin karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı.

Bu durumun anestezinin bir bütün olarak algılanması, genel anestezi kadar rejyonel anestezinin de hastalarda aynı oranda anksiyete oluşturup yaşam kalitelerini etkilemesi sonucunda ortaya çıkabileceği düşünülebilir. Ayrıca hastaların genel ve rejyonel anestezi hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları sonucunda da ortaya çıkabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda yaşam kalitesi ölçeklerinin cerrahi branşlar ile karşılaştırılmasında preoperatif ve postoperatif fiziksel özet skor ortalamaları en düşük branşlar ortopedi, kalp damar cerrahisi, göğüs cerrahisi ve beyin cerrahisi olarak tespit edilmiştir. Preoperatif ve postoperatif mental özet skor ortalamaları en düşük branşlar ortopedi, beyin cerrahisi ve göğüs cerrahisi olarak bulundu.

Genel olarak tümör cerrahisi veya organ kaybıyla sonuçlanacak operasyonlarda hastaların anksiyetelerinin daha yüksek olduğu kabul edilmektedir¹¹⁵. Norris ve Baird Plastik Cerrahi ve Jinekoloji hastalarında anksiyete görülme oranının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Başka bir çalışmada da majör cerrahi planlanan hastalarda anksiyete düzeyinin, minör cerrahi uygulananlardan yüksek olduğu gösterilmiş ve operasyon türünün preoperatif emosyonel durum üzerinde etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Bazı çalışmalarda ise operasyon türünün anksiyete düzeyini etkilemediği bildirilmiştir^{41,57}.

Vital fonksiyonları daha fazla etkileyen ve uzun sürebilen büyük ameliyatları olan branşlarda ölüm korkusu, uzuv ve organ kaybı, anesteziden uyanamama korkusunun

yarattığı anksiyete ile fiziksel ve mental skorlar ile yaşam kalitesinin daha düşük olması beklenen bir sonuç olabilir. Buna paralel olarak bizim çalışmamızda da ortopedi, beyin cerrahisi ve göğüs cerrahisi gibi branşlarda opere olan hastaların fiziksel ve mental özet skorlara göre yaşam kaliteleri düşük bulundu.

Her ne kadar çalışmamızda çıkan sonuçlar şaşırtıcı olmasada bu konuyla ilgili olarak cerrahi tipi (minör cerrahi, major cerrahi, tümör cerrahisi, organ- doku kaybıyla sonuçlanacak cerrahi vb.) ile yaşam kalitesi arasında daha doğru ve geçerli bulgular saptanabileceği söylenebilir.

SONUÇ

Anestezi alma fikri üzerine daha çok klinik tecrübelerine dayanan bir çok bilgi mevcuttur. Bu noktadan yola çıkarak anestezi alma fikrinin, tüm cerrahi süreç boyunca hastaların yaşam kalitelerini etkilerini araştırdık. Hastaların; gerek mevcut hastalıkları gerekse anestezi anksiyetesi nedeni ile yaşam kaliteleri etkilenmekte, sonuç olarak hastaların mortalite ve morbiditelerini de etkilenmektedir.

Fiziksel ve mental özet skorları ortalamalarının yaş grupları ile karşılaştırılmasında hem preoperatif hem de postoperatif olarak istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Yapılan korelasyon çalışmasına göre de yaş arttıkça fiziksel ve mental olarak yaşam kalitesinin azaldığı tespit edildi.

Cinsiyete göre hem preoperatif hem de postoperatif fiziksel ve mental özet skorları puan ortalamalarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Cinsiyete göre yapılan anksiyete değerlendirmesinin klinik alt yapısının olmadığı tespit edildi.

Eğitim durumlarına göre hem preoperatif hem de postoperatif fiziksel ve mental özet skorları puan ortalamalarının karşılaştırılmasında görüldü ki eğitim düzeyi arttıkça anksiyete azalmakta ve yaşam kalitesi artmaktadır.

Önceden herhangi bir nedenle anestezi almış hastaların postoperatif mental özet skora göre anlamlı fark yokken fiziksel özet skora göre yaşam kaliteleri daha yüksek bulundu.

Çalışmamızda da hem fiziksel hem de mental özet skorlarına göre preoperatif ve postoperatif fiziksel kısıtlılığı olmayan hasta grubunda fiziksel kısıtlılığı olan hasta grubuna göre yaşam kalitesi daha yüksek bulundu.

ASA skorlarına göre preoperatif ve postoperatif hem fiziksel hem de mental özet skorları puan ortalamalarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak fark anlamlıydı ve ASA skoru arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü görüldü.

Genel yada reyonel anestezi alma fikrinin hastaların yaşam kalitesinde anlamlı bir değişiklik yapmadığı da gözlemlendi.

Opere olduğu cerrahi branşa göre hastaların hem preoperatif hem de postoperatif fiziksel ve mental özet skorları puan ortalamalarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Kalp Damar Cerrahisi, Göğüs cerrahisi,

Ortopedi ve Beyin Cerrahisinde opere edilecek ve anestezi hazırlığı yapılan hastaların diğer cerrahi branşlara göre çok daha endişeli oldukları ve yaşam kalitelerinin düştüğü gösterildi. İmmobilizasyon, tümör mevcudiyeti, kalp ya da akciğer hastalığının mevcudiyeti gibi durumlarda anksiyetenin artmış olması genel inanın doğruluğunu göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Boeke S, Jelacic M, Bonke B. Pre-operative anxiety variables as possible predictors of postoperative stay in hospital. *Br J Clin Psychol* 1992; 31:366.
2. Badner NH, Nielson WR, Munk Sj, et. al. Preoperative anxiety detection and contributing factors. *Can Anaesth* 1990; 37:444- 447.
3. 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.
4. Johnston JE. Psychological interventions and coping with surgery. *Handbook of Psychology and Health* 1984; 4:167-188.
5. Ching S, Thoma A, McCabe RE, Antony MM. Measuring Outcomes in Aesthetic Surgery. *A Comprehensive Review of the Literature Plast. Reconstr Surg* 2003; 111(1):469-482.
6. Srouji IA, Andrews P, Edwards C, Lund VJ. General and rinosinuzitis related QOL in patients with Wegener's granulomatosis. *Laryngoscope* 2006; 116(9):1621-5.
7. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30:473-83.
8. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G ve ark. Kısa Form-36'nın (KF-36) Türkçe için güvenilirliği ve geçerliliği. Romatizmal hastalığı olan bir grup hasta ile çalışma. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; 12:102-106.
9. Adams F. *The Genuine Works of Hippocrates on the Surgery*. Baltimore, Williams & Wilkins 1939; 231-242.
10. Öncel Ö, Erdemir AD. Cerrahide İki Harika Devrim, Anestezi, Asepsi ve Antisepsi (Geçmişten Günümüze). Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti, Tayt Ofset 1998; 10-11
11. Snow J. *Anestezi el kitabı*, İzmir: İzmir Güven Kitabevi 1986; 443-448.
12. Caton D. The Secularization of Pain. *Anesthesiology* 1985; 62:493-501.
13. Alen DG. Dental anesthesia and analgesia. *The William And Wilkins Company* 1972; 1-29, 97-99, 123-124, 202-220.
14. Kayhan Z. *Klinik Anestezi*, 3. baskı, Ankara, Logos Yayıncılık 2004: 1-2.

15. Spence AA, Young C. Denistry and Anaesthesia, British Dental Journal 1993 Aug 21; 175(4):135-8
16. Miller RD. Miller's Anesthesia 6th ed. San Francisco 2010; 1-1:124-125
17. Stanski DR, Shafer SL. Measuring Depth of Anesthesia In: Miller RD (ed). Miller's Anaesthesia. 6th ed. Elsevier Churchill Livingstone 2008: 1227-1264.
18. <http://www.asahq.org/> Guidelines for continuum of depth of sedation: definition of general anesthesia and levels of sedation/analgesia. Erişim tarihi: 15.03.2012.
19. Işık B. Relation of the anaesthesia and cognitive functions. T.Klin. Anest. Reanim. 2004; 2:94-102.
20. Chan CSM, Molassiotis A. The effects of an educational programme on the anxiety and satisfaction level of parents having parent present induction and visitation in a postanaesthesia care unit. Paediatric Anaesthesia 2002; 12:131-9.
21. Bellew M, Atkinson KR, Dixon K, Yates A. The introduction of a paediatric anesthesia information laflet. An audit of its impacton parental anxiety and satisfaction. Paediatric Anesthesia 2002; 12:124-30.
22. Garcia MFJ, Serrano APG, Lopez BJ. Preoperative assessment. Lancet 2003; 362:1749-57.
23. Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon- Liyezon Psikiyatrisi. İstanbul 1993:175-183.
24. Stoudemire A, Fogel BS. Principles of Medical Psychiatry. 1th ed. Kentucky: Grunne and Stuatton 1987; 463-474.
25. Shevde K, Panagopoulos GA. Survey of 800 patients' knowledge, attitudes, and concern regarding anesthesia. Anesth Analg 1991; 73:190-198.
26. Fidaner H. Anestezi ve yoğun bakım stresi. Depresyon Dergisi 1997; 2(3):81-4.
27. Kaplan HI, Sadock B. Comprehensive Textbook of Psychiatry. London 1985; 2:1294-1297.
28. Adamson TE, Tschann JM, Gullion DS, et al. Physician communication skills and malpractice claims: a complex relationship. West J Med 1989; 150:356-360.
29. Cupples SA. Effects of timing and reinforcement of preoperative education. Heart Lung 1991; 20:654-60.
30. Beddows J. Alleviating preoperative anxiety in patients. Nurs Stand 1997; 11:35-8.
31. Garden LA, Merry AF, Holland RL, Petries KJ. Anaesthesia information what patient want to know. Anaesth Intens Care 1996; 24:594-598.

32. Body DIB. Civil and criminal actions against anaesthesist. *British Journal of Anaesthesia* 1994; 73:83-92.
33. Lee A, Chui PT, Gin T. Education patient about anaesthesia: A systematic review of randomize controlled trials of media-based on interventions. *Anesth Analg* 2003; 96:1424-1431.
34. Besler MP, Yalman A, Çelik M. SSK hastalarının anestezi bilgisi ve yazılı bilgilendirmenin önemi. *Göztepe Tıp Dergisi* 2004; 19:132-136.
35. Philips LD. Patient education understanding the process to maximize time and outcomes. *J Intraven Nurs* 1999; 22:19-35.
36. Tükel R, Aklın T. Anksiyete Bozuklukları. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları 2006; 299-388.
37. Nutt D, Argyropoulos S, Forshall S. Generalized Anxiety Disorder: Diagnosis, treatment and its relationship to other anxiety disorders. London: Martin Dunitz, 1998; 94:102-105.
38. Kubzansky LD, Kawachi I, Spiro A, et al. Is Worry Bad For Your Heart? *Circulation*. 1997; 95(4):818-814.
39. Burrige L. Challenging the traditional view of preoperative visiting. *Br J Theatre Nurs* 1993; 3(4):5-12.
40. Goldman L, Ogg TW, Levey AB. Hypnosis and day case anaesthesia: a study to reduce preoperative anaesthetic requirement. *Anaesthesia* 1988; 43:466- 469
41. Badner NH, Nielson WR, Munk S, et al. Preoperative anxiety detection and contributing factors. *Can J Anaesth* 1990; 37:444- 447.
42. Gönüllü M, Turan ED, Erdem LK ve ark. Anestezi uygulanacak hastalarda anksiyete düzeyinin araştırılması. *Türk Anest ve Rean Cem* 1986; 14:110-113.
43. Mackenzie JW. Daycase anaesthesia and anxiety: A study of anxiety profiles amongst patients attending a day bed unit. *Anaesthesia* 1991; 44:437.
44. Arellano R, Cruise C, Chung F. Timing of the anesthetist's preoperative outpatient interview. *Anesth Analg* 1989; 68:645-648.
45. Bekaroğlu ve ark. Ameliyat öncesi kaygı ve depresyon durumunun ameliyat komplikasyonlarına ve yatış süresine etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991; 2(4):285-288.
46. Goldman L, Ogg TW, Levey AB. Hypnosis and day case anaesthesia: a study to reduce preoperative anaesthetic requirement. *Anaesthesia* 1988; 43:466- 469.

47. Weis OF, Sriwatanakul K, Weintraub M et al. Reduction of anxiety and postoperative analgesic requirements by audiovisual instruction. *Lancet* 1983; 1:43.
48. Carabine UA, Milligan KR, Moore JA. Adrenergic modulation of preoperative anxiety. *Anesth Analg* 1991; 73: 633-640.
49. Hume MA, Kennedy B, Asbury AJ. Patient knowledge of anaesthesia and perioperative care. *Anaesthesia* 1994; 49:715- 718.
50. 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.
51. 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.
52. Moerman N, Van Dam FS, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale. *Anesth Analg* 1996; 82:445-451.
53. Klafta JM, Roizen MF. Current understanding of patients attitudes toward and preparation for anesthesia, *Anesth Analg* 1996; 83:1314-21.
54. Gelden M, Gath D, Mayou R. *Oxford Textbook of Psychiatry*. 2th ed. Oxford: Oxford Medical Publications 1987:394-396
55. Noyes R, Roth M, Burrows GD. *Handbook of Anxiety*. 1th ed. New York: Elsevier, 1988; 2:239-242
56. Perry F, Parker RK, White PF, Clifford PA. Role of psychological factors in postoperative pain control and recovery. *Clin J Pain* 1994; 10:57-63
57. Domar AD, Everett LL, Keller SD. Preoperative anxiety: Is predictable entity?. *Anesth Analg* 1989; 69:763-770.
58. Öksüz E, Malhan S. *Sağlığa bağlı yaşam kalitesi kalitemetri*. Ankara: Başkent Üniversitesi Yayınları 2005;10-40.
59. Fitzpatrick R, Davey C, Buxton MJ, Jones DR. Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials. *Health Technol Assess* 1998; 2(14):1-74.
60. Fidaner C, *Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kavramı: Bir Giriş Denemesi, Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Özet Kitabı*, Ege Üniversitesi İzmir, 2004; 1-3
61. Osterfeld E. Aristotle on the good life and quality of life. In: Nordenfelt L (ed.), *Concepts and Measurement of Quality of Life in Health Care*. Amsterdam, Kluwer, 1994; 19-34.

62. Long PH. On the Quantity and Quality of Life. *Med Times* 1960; 88:613- 9.
63. Derekoylu L, Canakcioglu S, Mamak A, Guvenc MG, Banitahmaseb A. Nazal poipozisli hastalarda yaşam kalitesinin SF-36 ile ölçülmesi, klinik ve laboratuvar verilerle değerlendirilmesi. *Kulak Burun Bogaz İhtis Derg* 2003; 11(3):72-9.
64. Müezzinoğlu T. Yaşam Kalitesi Üroonkoloji Derneği 2004 güz dönemi konuşması *Üroonkoloji Bülteni* 2005; 1- 25.
65. Sahin H. Eski bir kavram, yeni bir ölçüt; Yaşam Kalitesi. *Toplum ve Hekim, İstanbul* 1997; 12:77:40-46.
66. Muldoon MF, Barger SD, Flory JD et al. What are Quality of Life measurements measuring. *BMJ* 1998; 316:542.
67. Wilson IB, Cleraly PD. Linking clinical variables with health related quality of life. *JAMA* 1995; 59-74.
68. Leidy NK. Functional status and the forward progress of merry go-rounds. Toward a coherent analytical framework. *Nurse Res* 1994; 43:196.
69. Fries JF, Singh G. The hierarchy of patient outcomes. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. Second Edition, Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1996:33.
70. Anderson KL. The Effects of Cronic Obstructive Pulmonary Disease on Quality of Life. *Nurse Res Health* 1995; 18:547.
71. Moody L, McCormick K, Williams A. Disease and symptom severity, functional status and quality of life in chronic bronchitis and emphysem. *J Behav Med* 1990; 13:297.
72. Ware JE. The Status of Health Assesment 1994. *An Rev Pub Health* 1995; 16:327.
73. Tesla MA, Nackley JF. Methods for Quality of Life Studies. *Annual Reviews Public Health* 1994; 15:535.
74. Akyol, A. "Yasam Kalitesinin Hemşirelik Yönünden Önemi" *Ege Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi* 1993; 9:71-75
75. Glenda, A.M. "Quality of Life: a concept Analysis" *Journal of Advanced Nursing* 1993; 18:32-38.
76. Testa, M.A. Simonson D.C. "Assesment of Quality Life Outcomes" *The New England Journal of Medicine* 1996; 334(13):835-840.

77. Shiely JC, Bayliss MS, Keller SD, et al. SF-36 Health Survey Annotated Bibliography: 1th ed. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center 1996:24-27.
78. Aydemir Ö. Konsültasyon-liyezon psikiyatrisinde yaşam kalitesi ölçümü: Kısa Form-36 (SF-36). Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi 1999; 7:14-22
79. Stewart AL, Ware JE. Measuring Functioning and Well-Being: The Medical Outcomes Study Approach. Durham, NC: Duke University Press, 1992; 30(6):5-14
80. Ware JE, Kosinski M, Keller SK. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual. Boston, MA: The Health Institute 1994:57-61.
81. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): 1. Conceptual framework and item selection. Med Care 1992; 30:473-83.
82. Ware, JE. The Most 36-Item Short Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual Framework and Item Selection. Medical Care 1992; 30(6):328-334.
83. Tsai C, Bayliss MS, Ware JE. SF-36 Health Survey Annotated Bibliography. 2th ed. Boston, New England Medical Center 1997:101-105.
84. McHorney CA, Ware JE, Lu JFR, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short- Form Health Survey (SF-36): III. tests of data quality, scaling assumptions and reliability across diverse patient groups. Med Care 1994; 32:40-66.
85. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, et al. SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. Boston, MA: New England Medical Center, The Health Institute 1993:44-52.
86. McHorney CA, Ware JE. Construction and validation of an alternate form general mental health scale for the Medical Outcomes Study Short Form 36-Item Health Survey. Med Care 1995; 33:15-28.
87. Shiely JC, Bayliss MS, Keller SD, et al. SF-36 Health Survey Annotated Bibliography. 1th ed. Boston, New England Medical Center 1996:41-42.
88. Brazier JE, Harper R, Jones NMB, et al. Validating the SF-36 Health Survey Questionnaire: new outcome measure for primary care. BMJ 1992; 305:160-4.
89. Kantz ME, Harris WJ, Levitsky K, et al. Methods for assessing conditionspecific and generic functional status outcomes after total knee replacement. Med Care 1992;30:240-52.
90. Krousel-Wood MA, Re RN. Health status assessment in a hypertension section of an internal medicine clinic. Am J Med Sci 1994; 308:211-7.

91. Krousel-Wood MA, McCune TW, Abdoh A, et al. Predicting work status for patients in an occupational medicine setting who report back pain. *Arch Fam Med* 1994; 3:349–55.
92. Weinberger M, Samsa GP, Hanlon JT, et al. An evaluation of a brief health status measure in elderly veterans. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39:691–4.
93. Nerenz DR, Repasky DP, Whitehouse FW, et al. Ongoing assessment of health status in patients with diabetes mellitus. *Med Care* 1992; 30:112–24.
94. Wagner AK, Keller SD, Kosinski M, et al. Advances in methods for assessing the impact of epilepsy and antiepileptic drug therapy on patients' health-related quality of life. *Qual Life Res* 1995; 4:115–34.
95. Blanche M, Durrheim K, Painter D. *Research in Practice Applied Methods for the Social Sciences*, 2nd Ed., South Africa: Pearl Print 2006:134.
96. Klassen A, Jenkinson C, Fitzpatrick R, Goodacre T. Patients health related quality of life before and after aesthetic surgery. *Br J Plast Surg* 1996; 49(7):433-8.
97. Chew ST, Tan T, Tan TT. A survey of patients knowledge of anaesthesia and perioperative care. *Singapore Med J* 1998; 39(9):399-402.
98. Van Oene CM, Van Reij EJJ, Sprangers MAG, Fokkens WJ, Quality-assessment of disease-specific QOL questionnaires for rhinitis and rhinosinusitis: a systematic review. *Allergy* 2007; 62:1359-71.
99. Akarcay M, Kızılay A, Miman MC, Cokkeser Y, Ozturan O. Turkish Endoskopik Sinüs Cerrahisinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, *Kulak Burun Boğaz İhtis Derg* 2003; 11(3):65-71.
100. Power M, Quinn K, Schmidt S et al. Development of the WHOQOL-Old module. *Quality of Life Research* 2005; 14:2197–2214.
101. Gelling L. "Quality of life Following Liver Transplantation: Physical and Functional Recovery", *Journal of Advanced Nursing* 1998; 28:779-785.
102. Noro A, Aro S. Comparison of health and functional ability between noninstitutionalized and least dependent institutionalized elderly in Finland. *Gerontologist* 1997; 37:374-383.
103. Tajvar M, Arab M, Montazeri A. Determinants of healthrelated quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC Public Health* 2008; 8:323-331.
104. Tsai SY, Chi L, Lee LS, Chou P. Health-related quality of life among urban, rural and Island community elderly in Taiwan. *J Formos Med Assoc* 2004; 103:196-204.

105. Knurowski T, Lazic D, Van Dijk JP, et al. Survey of health status and quality of life of the elderly in Poland and Croatia. *J Med* 2004; 45:750-756.
106. Lee Y, Shinkai SA. A comparison of correlates of self-reported health and function disability of older person in the far east: Japan and Korea. *Arch Gerontol Geriatr* 2003; 37
107. Mingardi G, Cornalba L, Cortinovis E et al. Health related quality of life in dialysis patients. A report from an Italian study using the SF-36 health survey, *Nephrol Dial Transplant* 1996; 14(6):1503-1510
108. Moreno F, Lopez Gomez JM, Sanz Guajardo D et al. Quality of life in dialysis patients: a Spanish multicentre study, *Nephrol Dial Transplant* 1996; 11(Suppl. 2): 125-129
109. Neto JF, Ferraz MB, Cendoroglo M et al. Quality of life at the initiation of maintenance dialysis treatment: a comparison between the SF-36 and KDQ questionnaires, *Qual Life Res* 2000; 9(1):101-107
110. Muehrer, RM, Becker BN. "Life After Transplantation: New Transitions in Quality of Life and Psychological Distress", *Seminars in Dialysis* 2005; 18(2):124-131
111. Matas AJ, Halbert RJ, Barr ML, et al. Life Satisfaction and Adverse Effects in Renal Transplant Recipients: A Longitudinal Analysis. *Clinical Transplantation* 2005; 16: 113-121.
112. Yildirim A. The Importance of Patient Satisfaction and Health-Related Quality of Life After Renal Transplantation. *Transplantation Proceedings* 2006; 38:2831-2834.
113. Budh CN, Osteråker AL. Life satisfaction in individuals with a spinal cord injury and pain. *Clin Rehabil* 2007; 21(1):89-96
114. Ravenscroft A, Ahmed YS, Burnside IG. Chronic pain after SCI. A patient survey. *Spinal Cord* 2000; 38(10):611-4.
115. Mackenzie JW. Daycase anaesthesia and anxiety: A study of anxiety profiles amongst patients attending a day bed unit. *Anaesthesia* 1991; 44:437.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ASA	: American Society of Anesthesiology (Amerikan Anestezistler Derneği)
BC	: Beyin cerrahisi
ERG	: Emosyonel rol güçlüğü
EuroQol	: European Quality of Life (Avrupa Yaşam Kalitesi Ölçeği)
FF	: Fiziksel fonksiyon
FÖS	: Fiziksel özet skor
FRG	: Fiziksel rol güçlüğü
GC	: Genel cerrahi
GÖC	: Göğüs cerrahisi
GS	: Genel sağlık
GZ	: Göz hastalıkları
HIS	: Health Insurance Study Experiment (Sağlık Sigortası Çalışmaları Deneyi)
HMQ-2	: Healty Measurement Questionnaire (Sağlık Ölçüm Anketi)
IM	: İntramuskuler
IQOLA	: International Quality of Life Assessment (Uluslararası Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi)
IV	: İntravenöz
İÖ	: İlköğretim
KBB	: Kulak burun boğaz
KHD	: Kadın hastalıkları ve doğum
KVC	: Kardiyovasküler cerrahi
MOS	: Medical outcomes study (Tıbbi Sonuç Çalışması)
MÖS	: Mental özet skor
M.Ö.	: Milattan önce
MS	: Mental sağlık
M.S.	: Milattan sonra
NSP	: Nottingham Sağlık Profili
OÖ	: Ortaöğretim

ORT : Ortopedi
OY : Okur-yazar
POSTOP : Postoperatif
PRC : Plastik ve rekonstrüktif cerrahi
PREOP : Preoperatif
SF : Sosyal fonksiyon
SF-36 : Short Form-36 (Kısa Form-36)
SİYK : Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi
SSS : Santral sinir sistemi
ÜRO : Üroloji
YÖ : Yükseköğretim
Y.Y. : Yüz yıl

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No:

Şekil 1 (Yaşam kalitesini etkileyen faktörler)

26

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No:
Tablo 1 (Cinsiyete göre sosyodemografik özelliklerin dağılımı)	36
Tablo 2 (Yaş gruplarına göre verilerin dağılımı)	37
Tablo 3 (SF-36 Ölçek skorlarının preop ve postop karşılaştırılması)	38
Tablo 4 (SF-36 ölçek skorlarının yaş gruplarına göre puanlarının Karşılaştırılması)	41
Tablo 5 (SF-36 ölçek skorlarının yaş gruplarına göre korelasyonu)	42
Tablo 6 (SF-36 ölçek skorlarının cinsiyete göre puanlarının karşılaştırılması)	45
Tablo 7 (SF-36 ölçek skorlarının eğitim durumuna göre puanlarının Karşılaştırılması)	47
Tablo 8. (SF-36 ölçek skorlarının anestezi deneyimlerine göre puanlarının Karşılaştırılması)	49
Tablo 9. (SF-36 ölçek skorlarının fiziksel kısıtlılığa göre puanlarının Karşılaştırılması)	50
Tablo 10 (SF-36 ölçek skorlarının ASA skorlarına göre puanlarının Karşılaştırılması)	52
Tablo 11 (SF-36 ölçek skorlarının uygulanacak anestezi tipine göre puanlarının karşılaştırılması)	54
Tablo 12 (SF-36 ölçek skorlarının uygulanacak cerrahi branşlara göre puanlarının karşılaştırılması)	56

DEMOGRAFİK FORM

YAŞ:

CİNSİYET:

EĞİTİM DURUMU:

MESLEK:

DAHA ÖNCE ANESTEZİ ALDI MI:

FİZİKSEL KISITLILIĞIN VARLIĞI:

RUHSAL HASTALIK VARLIĞI:

ASA:

CERRAHİ KLİNİK:

PLANLANAN CERRAHİ:

PLANLANAN ANESTEZİ YÖNTEMİ:

EK-2

ANESTEZİ ALMA FİKRİNİN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ İLGİLİ BİLGİ VE GÖRÜŞ ANKETİ

'Elektif cerrahi planlanan hastalarda anestezi alma fikrinin yaşam kalitesi üzerine etkisi' adlı çalışma Doç.Dr.Tuğsan Egemen Bilgin ve Arş.Gör.Dr. Muhammet Korkusuz tarafından yapılmaktadır. Bu çalışmaya katılmak isteğe bağlıdır. Çalışmaya katılmamaya karar verirseniz normal bakımınız bu karardan etkilenmeyecek ve normalde aldığınız hak ve yararları kaybetmeyeceksiniz. Bu anket anestezi alma fikrinin sizin yaşam kaliteniz üzerine etkilerini değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır. Bu çalışmaya yaklaşık 500 hasta dahil edilecektir. Anket formunda 5 -10 dakika sürecek 11 ana soru başlığı altında toplam 36 soru vardır. Tüm formlar bilimsel bir çalışmada kullanılmak üzere muhafaza edilecektir. Bu çalışmada amaç; toplumu yansıtması adına anestezi polikliniğine başvuran planlanmış cerrahi operasyona alınacak hastaların anestezi alma düşüncesinin yaşam kalitesine etkilerini değerlendirmektir. Çalışmamızın herhangi bir riski bulunmamaktadır. Anket formunda kişisel bilgi ile ilgili herhangi bir bölüm bulunmamaktadır. Bu çalışma sonucunda hazırlanacak olan herhangi bir rapor, dergi ya da yayında adınız geçmeyecektir.

Arş.Gör.Dr.Muhammet Korkusuz
ME.Ü.T.F. Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.
0324 3374300-1205

Tarih:

SF-36

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

a) Mükemmel b) Çok iyi c) İyi d) Orta e) Kötü

2. Bir yıl öncesine karşılaştığınızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi
b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi
c) Bir yıl öncesine hemen hemen aynı
d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü

3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler			
Bir masayı çekmek, elektrik süpürgesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler			
Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma			
Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
Merdivenle bir kat çıkma			
Eğilme veya diz çökme			
Bir iki kilometre yürüme			
Birkaç sokak öteye yürüme			
Bir sokak öteye yürüme			
Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İç veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İç veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?		
İç veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük ectiniz mi? (rneğin daha fazla çaba gerektirmesi)		

5. Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (rneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İç veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İşinizi veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi

7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

- a) Hiç
- b) ok hafif
- c) Hafif
- d) Orta
- e) Şiddetli
- f) ok Şiddetli.

8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem eviştirinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını gözönüne alarak, seçiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
Çok sinirli bir insan oldunuz mu?						
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

- a) Her zaman
- b) oğu zaman
- c) Bazen
- d) Nadiren
- e) Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?

Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

	Kesinlikle doğru	çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.					
Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.					
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.					
Sağlığım mükemmel.					