



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

**AMELİYAT SÜRECİNDE HASTA KAYGISI ÜZERİNE
ETKİ EDEN FAKTÖRLER**

**Dr. Türkan SÖYLER ALTUN
UZMANLIK TEZİ**

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

MERSİN 2010



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

**AMELİYAT SÜRECİNDE HASTA KAYGISI ÜZERİNE
ETKİ EDEN FAKTÖRLER**

**Dr. Türkan SÖYLER ALTUN
UZMANLIK TEZİ**

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

MERSİN 2010

TEŐEKKÜR

Tez konusunun seşilmesinde ve hazırlanmasında bana yol gösteren ve desteklerini esirgemeyen tez danıŐmanım Sayın Doç. Dr. Tuğsan Egemen Bilgin hocama,

Uzmanlık eğitimim süresince yetiŐmemde büyük emekleri geçen, bilgi, yetenek ve deneyimleri ile rehberlik eden değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Zeliha zer, Doç. Dr. Ali Altuncan, Doç. Dr. Őebnem Atıcı, Doç. Dr. Nurcan Doruk, Doç. Dr. Handan Birbiçer, Doç. Dr. Davut Yapıcı'ya,

Bana hayatın her aŐamasında olduğu gibi uzmanlık eğitimim sırasında da desteğini esirgemeyen canım anneme ve babama, her zaman yanımda olan sevgili eŐime, asistanlığım süresince birçok Őeyi paylaŐtıđımız asistan arkadaşlarıma teŐekkürlerimi sunarım.

Dr. Türkan SÖYLER ALTUN

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖZET	5
ABSTRACT	6
GİRİŞ VE AMAÇ	7
GENEL BİLGİLER	9
Anksiyete Kavramı	9
Anksiyetenin Tarihçesi	10
Anksiyetenin Etyolojisi	11
Psikolojik Yaklaşımlar	11
Psikoanalitik Kuram	11
Öğrenme Kuramı	12
Davranışçı ve Bilişsel Kuramalar	12
Varoluşçu Yaklaşımlar	12
Biyolojik Kuramlar	13
Genetik Çalışmalar	13
Hayvan modelleri	13
Nöroendokrin ve Otonom sinir sistemi	13
Nöroanatomik Görüşler	14
Preoperatif Anksiyete	14
Preoperatif Anksiyete Nedenleri	15
Preoperatif Anksiyetenin en sık Görüldüğü Cerrahi Türleri	17
Preoperatif Anksiyete ile Başetme Yöntemleri	21
Bilgilendirme	22
Hasta Memnuniyeti	25
Hasta Memnuniyeti Boyutları	27
STAI	28
GEREÇ VE YÖNTEM	30
BULGULAR	33
TARTIŞMA	50
SONUÇ VE ÖNERİLER	57
KAYNAKLAR	58
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	67
GRAFİKLER DİZİNİ	68

TABLolar DİZİNİ

69

EKLER DİZİNİ

- EK 1** : Sosyodemografik veri formu
- EK 2** : Anestezi ile ilgili endişe nedenleri formu
- EK 3** : STAI testi
- EK 4** : VAS
- EK 5** : Hasta memnuniyet skalası

ÖZET

Ameliyat olacak birey için preoperatif dönem en stresli süreçtir. Çünkü birey, ameliyatı beklerken olabilecek pek çok sorundan korkmakta ve şiddetli anksiyete gelişmektedir. Preoperatif dönemde detaylı bilgilendirilen hastaların preoperatif ve postoperatif anksiyete düzeylerinin ve postoperatif ağrının daha düşük olduğu, iyileşmenin daha hızlı olduğu gösterilmiştir.

Bu çalışmada; detaylı bilgilendirmenin anesteziist tarafından, cerrah tarafından veya hem anesteziist hem de cerrah tarafından yapılmasının preoperatif anksiyete düzeyine, hasta memnuniyetine ve postoperatif ağrı düzeylerine etkisinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Çalışma kapsamına elektif ürolojik cerrahi nedeniyle polikliniğimize başvuran, 18-80 yaş arası, ASA I-IV 150 hasta dahil edildi. Hasta bilgilendirilmesi ve preoperatif anket formlarının doldurulması; cerrah tarafından (Grup I), anesteziist tarafından (Grup II) ve hem cerrah hem de anesteziist tarafından (Grup III) yapıldı. Preoperatif anket formu; demografik veriler ve özgeçmiş, anestezi endişe sorgulaması, STAI durumsal anksiyete testi ve VAS içermekteydi. Postoperatif anket formu; VAS ve hasta memnuniyet skalası içermekteydi.

Çalışmanın sonucunda; anestezi ile ilgili endişeler, bilgilendirme yapan gruplarda sırasıyla anestezi sonrası uyanmamak, postoperatif ağrı ve yoğun bakımda kalmanın ilk üç sırayı aldığı tespit edildi. STAI anksiyete durum indeksi ile bilgilendirme yapan gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamadı. VAS değerleri açısından preoperatif dönem hariç, postoperatif dönemdeki tüm ölçüm zamanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edildi ($p=0.001$). Hasta memnuniyet düzeyi; bilgilendirmenin sadece anesteziist (Grup II) ya da hem anesteziist hem de cerrah tarafından yapıldığı (Grup III) gruplarda, sadece cerrah tarafından yapılan gruba (Grup I) göre daha yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bir saptanmıştır. ($p=0,049$).

Preoperatif dönemde özellikle anesteziyolojist tarafından bilgilendirilen hastaların, postoperatif ağrı düzeyleri azalır, memnuniyetlerinin arttığı bilindiğinden, hastaların preoperatif bilgilendirilmesinin önemi anesteziyoloji asistanlarına mutlaka öğretilmelidir.

Anahtar sözcükler: Anesteziyoloji, Memnuniyet, Preoperatif anksiyete, STAI, VAS

ABSTRACT

The Factors Affecting The Patient Anxiety During Perioperative Period

The preoperative period is the most stressful process for a person who is planned to go to surgery. During this period, the patient is in fear of possible problems so a serious anxiety becomes real. It has been proven that the patients who have been instructed detailed have lower preoperative and postoperative anxiety, postoperative pain, earlier recovery.

In this study, the information was given by surgeon, anesthetist and surgeon and the anesthetist together to patient groups, preoperative anxiety level, patient satisfaction and the postoperative pain level were compared later. In this study, 150 patient who are classified as between ASA I-IV, aged 18–80 years, planned to go to elective urologic surgery were involved. The preoperative information and questionnaire was obtained, by the surgeon for group I, the anesthetist for group II and the surgeon and the anesthetist together for group III. Demographic data and autobiography, fear of anesthesia, STAI state anxiety test and VAS were included in the preoperative questionnaire.

As a result of this study, the instructed group were worried about; not to recover after anaesthesia, postoperative pain and to be hospitalized in ICU. There was no significant difference in groups who were instructed with STAI state anxiety index, for VAS values, except the preoperative phase. In all measurement period, there was no statistical difference between the groups ($p=0.001$). The patient satisfaction level were higher in groups if the anesthetist or anesthetist and surgeon instructed together than the surgeon instructed alone ($p=0.045$).

It has been assumed that the patients who have been instructed by the anaesthetist have lower pain levels and more satisfaction, so the importance of the preoperative information needs of the patients must be taught to assistants.

Keywords: Anaesthesia, Satisfaction, Preoperative anxiety, STAI, VAS

GİRİŞ ve AMAÇ

Preoperatif değerlendirme, hastanın fizik ve psikolojik durumunun belirlenmesi, farmakolojik ve terapotik anamnezinin alınması, laboratuvar incelemeleri ve anestezi riskinin belirlenmesini içerir. Bunu hastanın bilgilendirilmesi ile farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerle preoperatif hazırlık takip eder. Preoperatif dönemde, hazırlığın pek çok amacı vardır fakat en önemlisi anksiyetenin giderilmesidir^{1,2}.

Ameliyat fizyolojik olduğu kadar psikolojik olarak da hastayı tehdit eden bir deneyimdir³. Ameliyatı planlanan birey için preoperatif dönem en stresli süreçlerden biridir. Çünkü birey ameliyat gibi yaşamı tehdit edebilen bir olayı beklerken olabilecek pek çok sorundan korkmakta ve şiddetli anksiyeteden rahatsızlık duymaktadır^{1,4}. Preoperatif anksiyete; cerrahi girişim, anestezi girişim ve postoperatif iyileşmeyi olumsuz yönde etkileyen bir faktördür⁵.

Preoperatif dönemde hastaların % 60-80'inin anksiyöz olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmiştir⁶. Preoperatif anksiyete düzeyini; yapılacak işlemler hakkında bilgi sahibi olmamak, yaş, hastanın kişisel özellikleri, daha önceki anestezi ve cerrahi deneyim, yapılacak operasyonun tipi etkilemektedir⁴.

Cerrahi girişim uygulanacak hastalarda genel olarak anestezi kaygısı, ölüm riskine ilişkin endişeler, özürülü olacağı endişesi, ağrıdan korkma, bedeni üzerinde denetimini kaybedeceği endişesi, cinsel yeterliliğin kaybı korkusu, çalışabilirliğini kaybedeceği endişeleri gelişir⁷.

Yaklaşık 4 dekattan daha uzun bir süre hastalar anestezi, operasyondan, ağrı ve bilinçsizlikten belirgin derecede korkmuşlardır. Tanımlanmasına rağmen benzer korkular klinik uygulamalarda belirgin değildir. Eğer bunun nedenleri saptanabilirse destekleyici müdahaleler geliştirilecektir^{8,9}.

Preoperatif dönemde pek çok hastanın korku ve anksiyete yaşaması, anesteziye veya cerrahiye bağlı başına gelebilecek olaylarla ilgili yeterince bilgi verilmemesinden kaynaklanmaktadır. Bilgisizliğin neden olduğu anksiyeteye bağlı olarak hastalar cerrahi stresle daha zor baş etmekte ve analjezik ihtiyacı da artmaktadır¹⁰.

Son 20 yıl içerisinde tıbbi girişimler artan bir hızla değişim göstermektedir. Major değişim psiko-eğitimsel alandadır. Psiko-eğitimsel durum her bir bireyin psikolojik durumu ile beraber eğitiminin sağlanmasıdır. Psiko-

eğitimsel gelişim hasta anksiyetesi açısından gelecekteki başarı için çok önemlidir¹¹.

Yapılan çalışmalarda, preoperatif dönemde detaylı bilgilendirilen hastaların preoperatif ve postoperatif anksiyete düzeylerinin ve postoperatif ağrının daha düşük olduğu, iyileşmenin daha hızlı olduğu gösterilmiştir^{8,12,13}. Hasta haklarının giderek önem kazandığı günümüzde bilgilendirme önemli bir hasta hakkı olarak da kabul edilmektedir¹⁴.

Bu çalışmada; yapılan preoperatif ankette operasyon planlanan hastaların endişe nedenlerini belirlemek, preoperatif bilgilendirmeyi sadece cerrah, sadece anesteziist ve cerrah ile anesteziistin birlikte yapmasının preoperatif anksiyete, postoperatif ağrı ve hasta memnuniyeti üzerine doktorların etkisini ve tüm hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, operasyon öyküsünün anketi etkileyip etkilemediğini araştırmak amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

Anksiyete Kavramı

Türkçede iç sıkıntısı, kaygı, bunaltı gibi sözcüklerle anlatılmaya çalışılan anksiyete, özetle yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan, rahatsız edici bir endişe ve korku duygusudur. İçrel (antipsişik) ya da dış dünyadan kaynaklanan bir tehlike, tehlike olasılığı ya da kişi tarafından tehlikeli olarak algılanıp yorumlanan herhangi bir durum karşısında yaşanan bir duygu durumudur¹⁵.

İnsanoğlunun varoluşundan bu yana varlığı kabul edilen anksiyetenin genel bir amacı vardır. Başlangıçta bu amaç insanı çevresinden gelecek tehlikelere karşı korumaya yönelik iken çağımızda anksiyete canlılığın, yaşamla mücadele etmenin, yeni şeyler keşfetme ve yaratabilmenin, rekabet ortamında daha olumlu işler yapabilmenin ve kendini kabul ettirebilmenin bir gereği olarak yaşanmaktadır. Anlaşılacağı üzere anksiyete; bireyin kendi varlığına yönelik çeşitli yıkıcı, bozucu durumlara karşı bir tepkisidir. Anksiyetenin bu olumlu özelliği yanında patolojik boyutlara varmasıyla zararlı tarafları da vardır¹⁶.

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

Anksiyetenin Tarihçesi

Anksiyeteye ilişkin en eski yazılı kanıt milattan önce 3000'lerde yazılan Gılgamış destanıdır. Bu destanda Gılgamış kendi ölümsüzlüğü ile ilgili endişelerini dile getirmektedir¹⁷.

Dilbilimciler tarafından 17. yüzyılda 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 kullanmışlardır¹⁸.

Anksiyete belirtileri, çok eski zamanlardan beri birçok hekimin ve yazarın dikkatini çekmiş ve değişik toplumsal ya da tıbbi bağlamlar içerisinde çeşitli yazılarda dile getirilmiştir. Mani, histeri ve paronoya gibi terimleri psikiyatriye kazandırmış olan Hipokrat'a göre, her türlü psikiyatrik belirtinin kaynağı beyindir. Hipokrat'ın ruhsal bozukluklarla ilgili metinlerinde korkudan ve amaçsız anksiyete olarak adlandırdığı durumdan söz ettiği bilinir¹⁹.

Ortaçağda anksiyete kavramı tanrı korkusu ile ilgili olarak yorumlanmış, hastalık boyutunda ele alınmamıştır. Teknolojinin gelişimiyle birlikte 17. yüzyıldan başlayarak 18. ve 19. yüzyıllarda doğaya üstünlük sağlamaya çalışan insanoğlu, psikolojide "neden/emosyon" ayrımı üzerinde durmaya başlamıştır. De la Mettrie'nin (1748) ve Descartes (1937) çalışmalarıyla birlikte anksiyete artık psikolojik bir sorun olarak ele alınmaya başlanmıştır¹⁵.

Anksiyeteye ilişkin ciddi tanımlamalara ve açıklamalara 18. yüzyıldan sonra rastlanmaktadır. Heinrich Neumann'ın 1800'lü yılların ortalarında anksiyetenin, cinsel dürtülerin (ve diğer dürtülerin) doyurulmaması durumunda ortaya çıktığına ilişkin görüşü psikanalitik dönem açıklamaları dikkate alındığında oldukça ilginçtir¹⁹. Karl Ideler doyurulmamış cinsel arzuların ruhsal rahatsızlıklara kaynak teşkil edeceğine olan inancı doğrultusunda bu görüşü tekrarlamıştır²⁰.

Otto Domrich 1800'lerin ortalarında tıbbi psikoloji alanında ilk kez "anksiyete ataklarından" söz etmiştir. Bu kavram sonradan, Fransız devriminin ardından ortaya çıkan nörosürkülatuvar nevrasteni, asker kalbi, hiperventilasyon sendromu gibi tanımların yerine geçmiştir²⁰.

Feuchtersleben, 1847'de ilk kez organik hastalıkların neden olduğu anksiyete belirtilerini gözlemiştir. Morel, 1866'da otonomik sinir sistemindeki

değişikliklerin emosyonel belirtilere yol açtığından söz etmiştir²⁰. Anksiyete belirtilerinin birçok hastalıkta görülmesiyle birlikte 1890'larda, fiziksel ve ruhsal belirtilerin adına anksiyete denilen, aynı klinik durumun unsurları olduğu düşüncesi gelişmeye başlamıştır¹⁸.

Freud 1894'te, anksiyetenin fiziksel ve ruhsal belirtilerini bir araya getirerek "anksiyete nevrozu"nu tanımlamıştır. Bu dönemde Freud, yazılarında histeri ve hipokondriasis gibi geleneksel nevrozların psikolojik kökenli olduğunu söylerken, buna karşı anksiyete nevrozunun organik kökenli olduğunu öne sürmüştür²⁰.

Anksiyete kavramının anlaşılabilmesinde en önemli katkılardan biri Karen Horney'dan gelmiştir. Horney, anksiyete ve korku kavramını sıkça birlikte kullanarak bu iki kavram arasındaki yakınlığı ifade etmiştir²¹.

Yalom ise varolmanın getirileriyle yüzleşmeden kaynaklanan çatışmanın kaygıya neden olduğunu bildirmiştir²².

Bu gelişmelere karşın yine de anksiyete kapsamına giren çeşitli klinik durumların birbirinden ayrılarak farklı klinik durumlar olarak tanımlanması 1960'lardan sonra elde edilen veriler sonucu 1980'de DSM-III ile gerçekleşebilmiştir.

Anksiyetenin Etyolojisi

Etiyolojiye göre değil, klinik özelliklere göre geliştirilmiş bir tanı ve sınıflandırma sistemine dayanması yüzünden anksiyete bozukluklarının ortak etiyolojik modellerini belirtmek zordur. Anksiyetenin psikolojik yönleri üzerinde yıllardır çalışılmaktadır. Anksiyete bozukluklarının biyolojik modelleri ise oldukça yeni ve çok kesin tanımlanmamış olmakla birlikte kuvvetli bulgular üretmektedir.

Merkezi sinir sisteminin fizyolojisi ve farmakolojisindeki yeni gelişmeler, anksiyetenin biyolojisini kavrama yönünde yeni bulgular ortaya çıkarmaktadır²³. Anksiyetenin etyolojisi şu şekilde sıralanabilir.

1. Psikolojik Yaklaşımlar

Psikoanalitik Kuram

Psikoanalitik kuramın gelişiminde anksiyetenin temel bir öneme sahip olduğu bilinir. Freud başlangıçta, 1894 ve 1895'teki yazılarında anksiyeteyi temelde fizyolojik bir tablo olarak ele aldı. Anksiyete Freud tarafından, bastırılmış düşünce ve dürtülerden kaynağını alan yaygın endişe ve dehşet

hissi olarak tanımlandığı gibi, kişiyi altüst eden paniğe benzer, bedensel belirtilerle kendini gösteren bir durum olarak da tanımlanmıştır.

Freud'a göre anksiyete, fiziksel ya da toplumsal çevreden gelen tehlikelere karşı bireyi uyarma, gerekli uyumu sağlama ve yaşamı sürdürebilme işlevlerine katkıda bulunur²⁴.

Adler, anksiyetenin sebebi olarak aşağılık duyguları üzerinde durur. Adler'e göre kişi toplumla bağlantılarını kaybetmiş hissettiği zaman anksiyete duyar²¹.

Öğrenme Kuramı

Anksiyete öğrenilmiş bir süreçtir ve açlık, cinsellik gibi biyolojik kökenli birincil dürtüler yanında, yine insanı güdüleyici bir güç olarak görev yapan ikincil bir dürtüdür. Pavlov'un koşullu (şartlı) refleks teorisine göre de anksiyete, tehlikeli dış uyaranlara karşı organizmanın koşulsuz (şartsız) yanıtı olarak açıklanmaya çalışılmıştır²⁵.

Watson ve Morgan (1917) ise, yine Pavlov'un klasik koşullanma kuramından yola çıkarak anksiyetenin koşullu bir tepki olduğunu ileri sürmüşlerdir (koşullu anksiyete)¹⁵.

Davranışçı ve Bilişsel Kuramlar

Davranışçı kuram öğrenme kuramları üzerine kurulmuş yaklaşımlardır. Davranışçı kurama göre, hem fobiler hem de obsesif kompulsif bozukluk bir koşullanma sonucu oluşmaktadır²⁶.

Anksiyete kişinin ilgisini tehlikeye yöneltmesini sağlar. Tehlike, kişide kaçınma ve güven arayışı davranışlarını geliştirirken, aynı anda kişide fizyolojik belirtilerde de artış olur. Fizyolojik değişiklikler, bilişsel alanda yeni tehlike ve bedensel hastalık düşünceleri (korkudan korku) geliştirir²⁷.

Varoluşçu Yaklaşımlar

Varoluşçu kuram farklı türde bir temel çatışmayı vurgulamaktadır: ne bastırılmış içgüdüsel çekişmelerle ne de içselleştirilmiş önemli yetişkinlerle olan çatışmayı önemsemektedir, onun yerine bireyin varolmanın getirileriyle yüzleşmesinden kaynaklanan çatışma üzerinde durmaktadır. Varoluşçu kuramda anksiyetenin en önemli nedenleri ölüm, özgürlük, yalıtım ve anlamsızlıktır. Böylelikle "varoluşçu dinamikler" bu dört getiriye, bu nihai kaygılara ve her birinin neden olduğu bilinçli ve bilinçdışı korku ve güdülere gönderme yapmaktadır²².

2. Biyolojik Kuramlar

Strese karşı bir "uyum yanıtı" olan anksiyete ve ona eşlik eden duygusal, bedensel ve bilişsel belirtilerin ortaya çıkmasında işitme, görme, koklama gibi dış uyaranlar yanında, çeşitli beyin yapıları, endokrin ve otonom sinir sistemlerinin de önemli rolleri vardır¹⁶.

Genetik Çalışmalar

Kalıtımın rolü giderek daha belirgin olmaktadır; birinci derece akrabalarda anksiyete bozukluğu olasılığı %15-18 arasındayken, ikinci derece akrabalarda %6'dır²⁸.

Hayvan Modelleri

Çok sayıda model vardır; daha çok ilaçlara cevabı önceden tahmin edebilmek için uygulanmaktadır. Kandel, kronik anksiyete ve beklenti anksiyetesi için bir hayvan modeli öne sürmüştür. Bu model, normal öğrenme, anksiyetenin öğrenilmesi ve psikoterapi aracılığı ile unutmanın öğrenilmesinin beyindeki uzun vadeli işlevsel ve yapısal değişikliklerle ilgili olabileceğini iddia eder²³.

Nöroendokrin ve Otonom Sinir Sistemi

Uyaranlara verilen uyanıklık artması, enerji depolarının boşalması, kardiyovasküler işlev artışı gibi adaptif yanıtlarda, hipotalamik-pitüiter-adrenal ekseninde, sempatik ve parasempatik otonom sinir sisteminin uyum işlevi rol oynar. Stres ve tehlike uyaranlarına karşı verilen biyolojik yanıtlar uygunsuz ya da kronik bir şekilde uzun süreli ise, bu uyum güclüğü anksiyete oluşumuna neden olmaktadır¹⁵.

Parasempatik sistem; anksiyetede izlenen gastrointestinal ve genitoüriner sistemle ilgili belirtilerin ortaya çıkmasında rol oynar.

Sempatik sistem; aktivasyonu ile anksiyetede izlenen kan basıncı ve kalp hızı artışı, terleme, piloereksiyon, pupiller dilatasyon vb. belirtilerin ortaya çıkmasında rol oynar.

Anksiyete bozukluğu olan kişilerde artmış bazal ACTH (Adrenokortikotropik Hormon) ve kortizol düzeyleri, TRH (Tirotropin Salgılatıcı Hormon)'dan bağımsız TSH (Tiroid Stimulan Hormon) ve prolaktin cevapları, CRF (Kortikotropin Salgılatıcı faktör)'den bağımsız ACTH salınımı, normal kortizol cevapları gibi nöroendokrin değişiklikler saptanmıştır¹³.

Nöroanatomik Görüşler

İnsan beyinde korku şartlandırılmasının değerlendirilmesi ve ifadesinden sorumlu merkez amigdaladır. Amigdala kortikal ve subkortikal girdiler aracılığıyla öğrenilmiş bilgiler ve duysal girdilerden gelen bilgileri integre ederek, refleks tehlike yanıtını koordine eder. Amigdala medial temporal lobda yer alır ve 13 çekirdekten oluşur. Bunlardan BA (bazal amigdala), LA (lateral amigdala) ve santral çekirdek korku yanıtından esas sorumlu yapılardır²⁹.

LA'dan kalkan uyarı beyin sapı ve hipotalamusda yerleşmiş efektör alanlara gider ve akut korku yanıtının otonomik ve davranışsal semptomlarını ortaya çıkartır. Çalışmalar lateral amigdalanın korku şartlanması ile ilgili hafızanın oluşturulması ve plastisiteden sorumlu bölge olduğuna işaret etmektedir³⁰⁻³¹.

Preoperatif Anksiyete

Ameliyat, fizyolojik olduğu kadar psikolojik olarak da hastayı tehdit eden bir deneyimdir³². Hasta ameliyat olacağını bildiği için ve sonrasında bilmediği için korkar ve anksiyete duyar³³. Bireye anksiyete ve korku yaşatan ameliyat öncesi dönem, bireyin yaşamında yer alan bir kriz dönemidir³⁴.

Ameliyat hastada hastalığından kurtulma beklentisi yanında psikolojik açıdan kendi bedenini denetleyemeyeceği endişesine, vücut organ ve doku kaybı kaygısına ve ölüm korkusuna neden olabilen bir girişimdir⁷.

Genel olarak kalıcı komplikasyon riski az olan girişimlerde dahi, hastalar cerrahi dışı tedavi yöntemlerine kıyasla daha fazla psikososyal rahatsızlık tanımlar⁷.

Ameliyat öncesinde hastanın anksiyete düzeyini, yapılacak işlemler hakkında bilgi sahibi olmamak, hastanın kişisel özellikleri, yaşı, daha önceki anestezi ve cerrahi deneyim, yapılacak operasyon tipi etkilemektedir⁴.

Çevreye yabancılık, kontrol ve otonomi kaybı, aileden ayrılma, bilgi eksikliği hastane ortamında anksiyete yaratan faktörlerdir. Hastanın adaptasyon yeteneği hastane stresine verdiği cevapta önemli rol oynar³⁵. Hastaneye kabul edilen bir hastaya verilen mesaj, onun pasif ve uysal bir role bürünmesinin gerekliliğidir. Hastadan her istenilenin yapılması beklenir. Bu otonomi ve özgürlük kaybı bazı hastalar tarafından iyi karşılanırken, pek çoğu için tehdit edici olarak algılanır³⁶. Yapılan bir çalışmada aslında bir ilgi göstergesi olan

ameliyat öncesi ziyaretin bile hasta tarafından “kontrol ediliyorum” şeklinde algılanabileceği vurgulanmaktadır³⁷.

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 bildirilmiştir³⁸.

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

Preoperatif Anksiyete Nedenleri

1. **Beden bütünlüğünün tehdidi endişesi:** Tüm operasyon ve tıbbi müdahalelerde yaşanabilen bu kaygı durumu, ani hastalanma ve hastaneye yatışlarda daha belirgin olmaktadır⁶.

2. **Yabancıdan korku:** Hastanede tanımadığı kişilere kendini teslim etme düşüncesi hastada belirgin bir endişeye sebep olur. Hastanın hekimi seçebilmesi, hekimle güven ilişkisi kurabilmesi bu endişesini azaltabilir⁶.

3. **Ayrılma endişesi:** Hastaneye yatış başlı başına bir anksiyete nedenidir. Üstelik hasta bireyin diğer insanlardan ve nesnelere uzak kalma zorunluluğu bu anksiyeteyi artırır⁶.

4. **Sevgi ve ilgi kaybı endişesi:** Özellikle mastektomi veya cinsel fonksiyon kaybıyla sonuçlanan operasyonlardan sonra hissedilen çekicilik ve partner ilgisi kaybı endişeleri bu başlıktadır.

5. **Fonksiyon kaybına bağlı endişeler:** Bağırsak, mide, mesane, kas denetimi gibi işlevlerin geçici ya da sürekli kaybindan duyulan endişeleri içermektedir⁶.

6. **Bedenini başkalarına teslim etme endişeleri:** Yatağa bağlı kalma ve kendi kontrolünü başkalarına teslim etme, mahremiyetinin korunamaması gibi endişeleri kapsamaktadır⁶.

7. **Suçluluk duyguları:** Başa gelen sağlık sorunları, bir suçun diyeti olarak algılanabilir ya da sağlıklı dönemdeki alışkanlıklardan (sigara, alkol) dolayı sağlığa iyi bakamamış olma suçluluğu yaşanır⁶.

8. Ağrı Korkusu: Bu durum, opere olmayı bekleyen tüm hastaları etkilemekle beraber, özellikle daha önce kendisi veya bir yakını opere olup ağrı tecrübesi yaşamış bireylerde daha belirgindir⁶.

9. Anesteziyle İlgili Endişe Nedenleri: Preoperatif dönemde hastada mevcut olan anksiyete nedenleri arasında anesteziye bağlı endişeler önemli yer tutar. Bu endişeler anestezi uzmanları ve anestezi uygulamalarından, personelin problem çıkarmasına, ölüm korkusundan, iğne korkusuna kadar pek çok nedene bağlıdır. Literatürde değişik oranlarda olmak üzere bu endişeler; ameliyat sonrası uyanamamak, ameliyat sonrası ağrı, ameliyat sırasında uyanmak, ameliyat sonrası bulantı-kusma, yoğun bakımda kalmak, anestezi uzmanının bilgi ve deneyim eksikliği, anestezi uzmanının ameliyat odasında bulunmaması, anestezi uzmanının tavırları, iğne korkusu, ölmek, anestezi sırasında anlamsız konuşmak, ameliyat sırasında ağrı duymak olarak bildirilmiştir^{39,40}.

Zvara tarafından yapılan çalışmada 200 günübürlük cerrahi hastasının anestezi konusundaki temel endişelerini belirtmesi için araştırılmış ve çoğunda kullanılacak olan anestezi ilaç ve indüksiyon metodu temel husus olarak ortaya çıkmıştır. İkinci husus olarak ise iyileşme döneminde olası yan etkiler olarak bulunmuştur⁴¹.

Ameliyat öncesi anksiyetenin anesteziye etkileri şöyle belirlenmiştir: 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 olabilir⁴².

Genel anestezi, kontrol kaybı ve çaresizlik korkularını maksimum düzeyde uyabilen 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 edilmelidir³⁶. Genç hastalarda anestezi korkusu, ameliyat korkusundan ayrı bir korkudur, özellikle erken uyanmaktan ve hiç uyanamamaktan korkulur⁴³.

Tüm bu korkular, anksiyete ve depresif duygu durumuna neden olur. Tanı, tedavi olasılıklarına ilişkin tereddütler ve prognoz belirsizliği kaygıyı artırır. Ölüm ve özürlülük ile ilgili çatışmalar benliği zorlar. Hastalığın tedavi

süreçlerinin gerekli kıldığı bağımlılık, davranışsal regresyon 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) gelişebilir⁷.

Cerrahi girişim doğrudan fiziksel tehdit altında hissetme ve bir yaşam krizine neden olur. Bu kriz kanser cerrahisi girişimlerinde en ileri düzeydedir. Alttaki hastalığın (malignite) yarattığı kaygı ve belirsizliklere organ kaybına bağlı endişeler eşlik eder. Kolesistektomi, apendektomi gibi rutin ameliyatlarda daha az olan kaygı hali, özellikle organ transplantasyonu, radikal kanser ameliyatları ve ileo-bypass ameliyatlarında ileri ölçüdedir. Bu kaygı alttaki hastalığın niteliğine, kaybedilecek organa, kişi için bu durumun anlam ve önemine ve o organın sembolik anlamına göre değişik düzeylerde olur⁷.

Anksiyetenin Sık Görüldüğü ya da Özellik Gösterdiği Cerrahi Türleri

1. Göğüs Kalp Damar Cerrahisi: Kalp ve akciğer hastalıklarında anksiyete belirtileri sık görülür⁴⁴. Cerrahi girişimler arasında, hem fizyopatolojik, hem de psikopatolojik süreçlerle ilgili, psikiyatrik morbiditenin en yüksek olduğu gruptan birisi kardiyak cerrahidir⁷.

Kardiyak cerrahi hastalarında cerrahi girişimin psikiyatrik komplikasyonları; psikotik reaksiyon, postoperatif deliryum, hem preoperatif hem postoperatif anksiyete, depresyon, cinsel işlev bozukluğu, cinsel etkinliklerden sakınma, iş ve evde rol ve üretkenlik sorunları olarak özetlenebilir⁷.

Ameliyat öncesi bu hastaların psikiyatrik yönden muayenesi, ameliyata psikik yönden hazırlanması, hem uyumu geliştirecek hem de postoperatif birçok komplikasyon gelişim riskini azaltacaktır⁷.

Deliryum, kalp cerrahisi ve beyin cerrahisi gibi major cerrahi girişimlerden sonra görülebilir. Genel olarak ameliyatlardan sonra %2-48 oranında hafif-orta şiddette deliryum geliştiği belirtilmiştir. Kalp cerrahisi öncesinde psikiyatristle görüşmüş olan hastalarda, ameliyat sonrası deliryum sıklığının anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır⁷.

2. Plastik Cerrahi: Plastik cerrahi olgularında görülen beden görünümü bozuklukları anksiyeteye neden olabilir. Estetik amaçlı olarak cerrahiye başvuranlarda beden imgesi bozuklukları olabileceği gibi operasyon sonrasında beklediklerini bulamadıklarında fobik tepkiler gelişebilir⁴⁴.

Kozmetik cerrahi girişimlerinden başarılı bir sonuç alabilmek için preoperatif aşamada psikiyatrik değerlendirmeye başvurulmalı ve kişi ruhsal yönden hazırlanmalıdır. Böyle bir girişime karar verirken ruhsal yönden uygun olmayanlar baştan belirlenmelidir⁷.

3. Beyin Cerrahisi: Merkezi sinir sistemi lezyonları anksiyeteye neden olabileceği gibi cerrahi komplikasyonu olarak da anksiyete görülebilir⁴⁵.

Beyine yapılan cerrahi girişimler, yüksek integratif zihinsel işlevleri bozar. Genel olarak hastanın kognitif ve entelektüel işlevleri bozulur. Bu da kaygı, depresyon ve yetersizlik duygularına neden olur⁷.

4. Baş-Boyun Cerrahisi: Sıklıkla şekil bozukluğuna yol açarak anksiyeteye neden olur. Anksiyete beden imgesini bozarak şekil bozukluğunun olduğundan daha kötü algılanmasına neden olabilir. Yanı sıra giderilemeyen ağrı da anksiyeteyi artırır⁴⁴.

5. Endokrinolojik Cerrahi: Tiroid, paratiroid ve adrenal hastalıklarında diğer psikiyatrik belirtilerin yanısıra anksiyete de sık görülür⁴⁵.

6. Gastrointestinal Cerrahi: Özefagus, mide, duodenum hastalıklarında ve özellikle irritabl kolon sendromunda anksiyete sık görülür. Kolostomi uygulanan hastalarda fobik tepkiler görülebilir⁴⁶. Bu hastaların, teknik aygıtla ilgili yeni beceri ve bilgiler yanında, psikososyal desteğe ihtiyaçları vardır. Hastalarda cinsel çekiciliklerini, işlerliklerini kaybedeceklerine ilişkin endişeler ve sosyal kabul görmeye ilişkin kaygılar yoğundur. Temel vücut işlevlerinden birinin denetimini kaybetmeleri yanında, vücut imajı endişeleri ve bedenlerine teknik bir aygıtın psikolojik kabulüne ilişkin sorunlar vardır⁷.

Kolon ve rektum cerrahisinde, özellikle kolostomi, ileostomi söz konusu ise, bu hastaların %30'unun ameliyat öncesine kıyasla kendilerini daha kötü hissettikleri belirlenmiştir. Utanma ve stoma ile ilgili takıntılar özel grup destekleriyle giderilebilir⁴⁷.

7. Ortopedi: Anksiyete daha çok giderilemeyen ağrı ile ilişkilidir⁴⁵.

Ampütasyonlarda kendi kendine yeterli olamama korkusu anksiyeteye neden olur⁷. Ampütasyonlardan sonra karakteristik ruhsal sorunlar ortaya çıkar;

%98 oranında fantom uzuv fenomeni gelişir. Bu fenomen idiyopatiktir, yıllarca sürebilir, ağrı eşlik edebilir ve tedavisi yoktur. Bazen spontan kaybolabilir⁴⁷.

8. Kanser Cerrahisi: Kanser, çaresizlik, ölüm, ağrı, bağımlılık gibi bir dizi özgül sorunları, duyguları gündeme getirir. Bu ameliyatlarda her şeyden önce kansere ilişkin kaygılar ve korku vardır. Yaşama şansı, yaşam biçimi endişelerine ameliyatla ilgili kaygılar eklenir⁷. Fiziksel durumun niteliği, hastalığın niteliği, hastalığın derecesi, hastanın yaşam boyu baş etme düzenekleri, hastalığa ilişkin psikososyal dinamikler, etkilenen organın anlamı, psikososyal destek sistemleri, ortaya çıkan ruhsal tabloda etkilidir.

Erkek hastalarda preoperatif dönemde empotans endişeleri gelişebilir. Yine erkek hastalarda postoperatif dönemde empotans, cinsel isteksizlik ve eşlik eden depresyon oldukça sık (prostatektomi sonrası %20-50) görülür⁷.

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

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

9.Transplantasyon: Transplantasyonun başarılı olup olamayacağına ilişkin endişeler ve postoperatif dönemde başlanan immünosupresif ilaçlar anksiyeteye neden olabilir⁴⁵.

Organ transplantasyonlarında hem alıcı hem de verici kişi ameliyat sonrası dönemde psikiyatrik yardıma ihtiyaç duyabilir³⁵. Alıcının yaşam şansı artmışken, vericinin azalmıştır ve alıcının yabancı bir iç organla ilgili iç çatışmaları olabilir⁴⁸. Bu hastaların büyük çoğunluğunun yineleyici ve anksiyete yaratan hırsızlık, yan kesicilik rüyaları gördükleri bildirilmiştir. Vericiler ise depresyona girmeye aday hastalardır⁴⁷.

10. Yanık: Yanık sonrasında travma sonrası stres bozukluğu sık görülür⁴⁹.

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 vardır⁵⁰.

Cohen ve Lazarus, ameliyat öncesi dönemde "meraklı" hasta grubu (ameliyat hakkında bilgi isteyen) ve "kaçan" hasta grubu (ameliyat hakkında bilgi istemeyen) olmak üzere iki farklı hasta yaklaşımını karşılaştırmışlardır. Beklenenin aksine; "meraklı" grupta hastanede kalış süresi ve minör komplikasyonlarla belirlenen ameliyat sonrası uyum daha kötü bulunmuştur. 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 saptanamamıştır⁵⁰.

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 belirtmiştir⁵¹.

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 savunmaktadırlar⁵².

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 geciktirebilir⁵¹. Operasyondan önceki gece rahat uyuyan hastalarda plazma kortizol düzeyi 16 µg/100 ml iken rahat uyumayan hastalarda 20 µg/100 ml civarındadır⁵³.

Sonuç olarak ameliyat öncesi anksiyete ile ameliyat sonrası iyileşme arasındaki ilişki hakkında birbirinden farklı görüşler vardır. Anestezi ve cerrahinin önceden tahmin edilebilen korkusunun hastalarda alışılmış tepkiler doğurduğu, ancak ameliyat sonrası ağrı ve fiziksel kısıtlamanın daha farklı mekanizmalarla anksiyete oluşturduğu düşünülmektedir. Bu konudaki çalışmalarda genellikle fiziksel etkenler dikkate alınmamıştır. Fiziksel organik komplikasyonların da, böyle bir emosyonel cevap geliştirmeye eğilimli bireylerde anksiyeteye yol açabileceği unutulmamalıdır⁵¹.

Preoperatif Anksiyete ile Başetme Yöntemleri

Hasta anksiyetesini sorulmadan söylemeyebilir. Mutlaka sorulmalıdır. Hatta endişeli olup olmadığı değil, endişelerinin ne olduğu sorulmalıdır. Bazı özgül fobiler bu şekilde ortaya çıkartılabilir. Endişenin beklenen bir duygu olduğunu söylemek, hastanın endişelerini dile getirmesini kolaylaştırır⁵⁴.

Anksiyeteli hastada en etkili yaklaşım güvence vermek ve psikolojik destek sağlamaktır. Önerilen yöntemler şunlardır:

1. Hastaya hastalık ve ameliyata ilişkin eğitim verilir. Hastanın hastalık ve ameliyat hakkındaki imgelemine bir şekil çizerek göstermesi ve bu şekil üzerinde düzeltmeler yapılmasının yararlı olduğu bildirilmektedir⁵⁴.

2. Hastanın operasyondan önce cerrah ve anesteziyle görüşmesi güven sağlar ve endişelerin giderilmesine yardımcı olur.

3. Aynı tür işlemin uygulandığı hastalardan oluşan "kendine yardım" grupları yararlı olur. Grubun oluşturulmadığı ortamlarda hastalar birbirleriyle tanıştırılmalı ve iletişime girerek deneyim ve duygularını paylaşmaları sağlanmalıdır. Aynı operasyonun daha önce uygulandığı bir hastayla aynı odada kalmanın bile yararlı olduğu gösterilmiştir.

4. Davranışçı Yöntemler: Operasyon öncesinde uygulanan gevşeme egzersizleri, desensitizasyon, self-hipnoz ve biofeedback'in yararlı olduğu bildirilmiştir⁴⁴.

5. Psikofarmakolojik Yöntemler: Güvence ve psikolojik desteğin yerini tutmamakla birlikte yararlı olur.

Preoperatif anksiyete tedavisinde etkileri geç başladığı için antidepresif ve non-benzodiyazepin anksiyolitik kullanımı önerilmez, benzodiyazepinler tercih edilir. Oral alımı kısıtlanan hastalara parenteral benzodiyazepin preparatlarının yanısıra dilaltı alprazolam verilebilir. Lokal anestezi ile yapılan

müdahalelerde çok kısa etkili benzodiyazepin preparatı midazolamın intravenöz uygulamasının yararlı olduğu bildirilmiştir. Ancak bu uygulama mutlaka bir anestezi uzmanının gözetiminde yapılmalıdır. Benzodiyazepinler dışında bir beta-blokör olan propranololün preoperatif dönemde profilaktik olarak uygulanmasının postoperatif anksiyeteyi azalttığı gösterilmiştir. Psikoz ve kognitif bozukluklarda görülen anksiyetede ve solunum ya da bilinç bozukluğu nedeniyle benzodiyazepin kullanımının sakıncalı olduğu durumlarda düşük dozda yüksek potanslı antipsikotik kullanımı önerilmektedir⁵⁵. Deliryum ve ortostatik hipotansiyon riskini arttıran fenotiazin grubu antipsikotiklerden kaçınılır. Bunları kullanan hastalarda preoperatif dönemde yüksek potanslı ajanlara geçilmesi önerilmektedir⁴⁴.

Bilgilendirme

Hastaların ameliyat öncesi psikolojik hazırlanmasında hastalığın niteliği, cerrahi girişim ve ameliyat sonrası gidiş konusunda yeterli bilgilendirmeleri çok önemlidir. Hastaların ameliyat öncesi eğitimi ve bilgilendirme, psikolojik açıdan ameliyata hazırlamada ilk basamaktır⁷.

Ameliyat öncesinde hastaya kaygısını arttırmayacak şekilde, hastalığının ne olduğunu, ameliyatta ne yapılacağını, olası komplikasyonların ne olduğu ve kendisinden ne beklendiğini, kendi rolünün ve katkısının ne olacağını açıklanmasının yararı büyüktür. Hastanın kaygı ve endişelerinin empatik bir tutumla dinlenmesi, hastada gerçekçi bir umut oluşmasını sağlar ve başa çıkma mekanizmalarını güçlendirir⁷.

Bilgilendirme, kaygı, korku ve depresyon gelişimini, ameliyat sonrası analjezik gereksinimini azaltmakta, deliryum ve depresyon gelişim riskini ve hastanede yatış süresini kısaltmaktadır⁵⁶. Bilgilendirme ve ameliyata psikolojik hazırlama, bulantı, kusma gibi ameliyat sonrasındaki 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 yapılmalıdır⁷.

Bilgilendirme; hastaların stresli durumlara adaptasyonunu kolaylaştırır. Birçok çalışmada hastalar hastalıkları ve tedavisi hakkında detaylı bilgilendirildiklerinde kendilerini daha mutlu huzurlu hissettikleri gösterilmiştir. Detaylı bilgilendirmenin; daha az analjezik ihtiyacına, daha az hastanede kalış süresine ve daha hızlı rehabilitasyona neden olduğu kanıtlanmıştır⁵⁷.

Bilgilendirme ile hasta memnuniyetinin de arttığı gösterilmiştir. Çünkü bilgilendirme ile sadece bilgileri artmamakta, beraberinde onlara daha fazla zaman ayrılmakta ve önemsendikleri hissettirilmektedir⁵⁸.

Bilgilendirme, cerrah ile hasta arasındaki iletişim ve etkileşimin ilk basamağıdır. 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, yaraları, olası riskleri, klinik amaçları açıklanmalı, ameliyatın süresi, tipi, ameliyat sonrası ilaç kullanımı, diyet gereksinimi anlatılmalıdır⁷. Hastaya ameliyattan sonra kendini nasıl hissedebileceğinin, uyandığında nasıl bir ortamda olacağına (hastaya uyanma odası önceden gösterilebilir), hangi fonksiyonlarını ne kadar süreyle kaybedebileceğinin, ameliyat sonrası dönemde vücudunda bulunabilecek tüp ve drenlerin anlamının, olası ameliyat sonrası ağrı ile nasıl baş edebileceğinin öğretilmesidir⁴⁷.

Ameliyatla ilgili iletişimde dürüstlük esastır; ancak dürüst olurken bilgiyi hastaya acı vermeden, nazikçe özellikle kanser hastalarında hastanın geleceğe yönelik umutlarını yok etmeden vermek gerekir³⁶.

Hasta ile doktorun iletişimi çok önemlidir. Yapılan bir çalışmaya göre; doktorlar hastalarıyla ne kadar iyi iletişim kurarlarsa, hastalarında 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 düşünülmüştür⁵⁹.

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 görülmüştür⁶⁴.

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 edilmiştir⁶¹.

Birçok çalışmada bilgilendirme ile hastaların preoperatif anksiyetelerinin azaldığı⁶² gösterilmişken, bir grup araştırmada etkilenmediği^{63,64}, bir grup araştırma da ise bilgilendirmenin anksiyeteyi artırdığı⁶⁵ gösterilmiştir. Bu noktada bilgilendirmenin niteliğini sorgulamak gerekmektedir. Bazı çalışmalarda; öncelikli olarak hastaların neyi öğrenmek istediklerini saptayıp bulgulara göre bilgilendirmenin gerektiğini savunulurken⁶⁶, bazılarında anesteziye bağlı olası tüm komplikasyon ve risklerden bahsedilmesi gerektiği savunulmuştur⁶⁷. 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 konuşmalıdır⁶⁸.

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 istemektedirler⁶⁹.

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 gösterilmiştir⁷¹. Broşürle eğitim de hastanın bilgisini artırmaktadır. Burada en önemli nokta hastaya uygun eğitim modelini seçmektir. Başka bir deyişle bilgilendirme bireyselleştirilmelidir⁷¹.

Bilgilendirmenin esasları; hastayla güzel iletişim, kişilere öğretme prensipleri, kişinin ihtiyacına göre öğretim yolunu ve miktarını seçme olarak özetlenmiştir⁷².

Hasta Memnuniyeti

Burada “beklenti” ve “algı” anahtar sözcüklerdir. Memnuniyet “algılanan kalite ile beklenen kalitenin bir fonksiyonu” olarak ifade edilmektedir. Bir hastanın hizmeti almadan önce bazı beklentileri bulunmaktadır. Hizmeti kullandıktan sonra ise geçirdiği tecrübeye dayalı olarak birtakım algılara sahip olmaktadır. Hasta algıladığı kalite ile beklediği kalite arasında yaptığı karşılaştırma sonucunda memnun olup olmadığına karar vermektedir⁷³.

Hasta memnuniyeti, sağlık bakım sürecinin bir ürünüdür. Hastanın memnun olmaması durumunda, hizmetin kalitesi de tam olmamaktadır. Literatür hasta memnuniyetini sağlık tanımının bir parçası olarak ele almaktadır. Üstelik memnuniyete ilişkin bilginin, kalite değerlendirmesinde olduğu kadar sağlık bakım sistemlerinin şekillenmesinde ve yönetiminde de çok değerli olduğu kaydedilmektedir⁷⁴.

Hasta memnuniyeti hakkındaki kaynaklar, birtakım nedenlerden dolayı sınırlıdır. İlk olarak, hasta memnuniyetinin tanımlanmasında, ikinci olarak da hasta memnuniyeti hakkında toplanan bilgi, kullanılan yöntem ve irdelemelerin uyumunda birtakım sorunlar vardır. Çalışma yöntemlerindeki farklılıklar, hasta memnuniyetinin etkenleri ve etkileri hakkında yanlış yorumlamalara neden olabilir.

Genel olarak hastalık nedeniyle hastaneye yatan birey yabancı bir ortamda bulunmaya bağlı korku, endişe, yalnızlık, terk edilmişlik, çaresizlik, öfke ve güçsüzlük gibi duygular yaşar. Her kişinin saygılı ve onuruna yakışır bir tedavi görme hakkı vardır. Ruhsal ve sosyo-kültürel özellikler hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerdir. Hall ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada, hasta memnuniyetinin teknik ve kişisel özelliklerden etkilendiği, hastaya daha fazla bilgi verilmesinin ve hekimin hasta ile daha uzun süre ilgilenmesinin memnuniyeti arttırdığı bulunmuştur⁷⁵. Genç hekimlerin, yaşlı hekimlere göre daha çok beğenildiği ve memnun olan hastaların tedavilerine daha iyi uyum gösterdikleri saptanmıştır.

Hasta memnuniyetini arttıran etmenler; hastanın karar verme sürecine katılımı, hastanın tedavi ve durumu hakkında bilgilendirilmesi, aile fertlerinin

desteğinin sağlanması, hasta ve çalışanlar arasındaki iletişim, duygusal destek, fiziki ihtiyaçlara cevap verme, ağrıyı çabuk dindirme, yeterli parasal bilgilendirme ve önerilerdir.

Hasta memnuniyetini azaltan etmenler; sağlık bakım niteliğinin düşük olması, kaba davranan çalışanlar, temizlik ve düzenin olmayışı, ilgili çalışanlar tarafından bilgi verilmemesi, ödeme tutarındaki uygunsuzluk, hizmet sunanların sık sık değiştirilmesi, gizliliğe önem verilmemesi. Ayrıca hizmeti sunanlar ile hastaların farklı kültürden olmaları ve bunun iletişimde güçlük çıkarması, hekimlere ve diğer çalışanlara ulaşma zorluğu, doktorun hastaya yeterince zaman ayırmaması, doktorun hastayı dinlememesi veya öyle görünmesi, doktorun hastalığı hakkında hastaya bilgi vermemesidir.

Anestezi uygulamalarında hasta memnuniyetine; servislerin ulaşılabilirliği ve uygunluğu, yapısı, personeller arası ilişki, sağlık çalışanlarının kabiliyeti ve hastanın kendi beklentilerini ve tercihlerini içeren birçok faktör katkıda bulunur⁷⁶. Çoğu hasta problemsiz bir anestezi beklentisindedir. Yine de anestezi ve cerrahiden sonra derlenme bazen rezidüel sedasyon, ağrı, bulantı-kusma ve diğer majör ve minör şikayetlerle zorlaşır⁷⁷. Anestezide hasta memnuniyetini değerlendiren az sayıda çalışma vardır ve çoğu gününbirlik hasta ile sınırlandırılmıştır⁷⁸.

Myles ve ark. yaptıkları çalışmada memnuniyetle güçlü ilişkisi olan faktörleri; ileri hasta yaşı, erkek cinsiyet ve yüksek anestezi riski ASA III (American Society of Anesthesiologists: Amerikan Anesteziyoloji Derneği) olarak bildirilmiştir⁵⁴. Aynı çalışmada kısa süreli anestezi, gününbirlik cerrahi, uyanmanın gecikmesi, orta ya da ciddi ağrı, ciddi bulantı ve kusma varlığı hasta memnuniyetsizliği ile ilişkili bulunmuş ve postoperatif komplikasyonlar arttıkça memnuniyetsizlik riskinin arttığı bildirilmiştir.

Hasta memnuniyeti; postoperatif ağrı ve yan etkinin kontrolü ile de ilişkilidir⁷⁹. Yine postoperatif ağrının daha az olmasına rağmen memnuniyetin artmadığı çalışmalar da mevcuttur⁸⁰.

Hasta Memnuniyetinin Boyutları

Sadece genel memnuniyetinin değerlendirilmesi, hangi konularda ve ne şekilde iyileştirmeler yapılması gerektiği konusunda bilgi vermemesinden dolayı, yeterli görülmemektedir. Bu nedenle, hasta memnuniyeti farklı boyutlarda değerlendirilmektedir.

Hasta memnuniyeti birçok yönüyle araştırılmasına rağmen, hala çözülmemiş yönleri vardır ve karmaşık bir kavramdır. Memnuniyetin sosyodemografik, kognitif, affektif komponentleri vardır.

1. Hastaya bağlı faktör: Yaş arttıkça ve kadın cinsiyet ile artan memnuniyet arasında korelasyon vardır. Bunun sebebi de bilgiyi veren kişi daha çok bilgi aldığı, bilgiyi verenle daha pozitif bir etkileşime girdiklerinden dolayı olabilir. Hastaların bakım almadan önceki fiziksel ve ruhsal durumları memnuniyeti etkilemektedir. Daha sağlıklı ve daha memnun hastaların memnuniyet derecesi daha yüksek bulunmuştur. Genellikle sağlığın kötülüğü memnuniyetsizliği beraberinde getirmektedir. Daha önce de belirtildiği gibi hastanın beklentisi çok önemlidir. Hastanın beklentisine göre medikal bakım vermek onun memnuniyet derecesinin artmasına neden olmaktadır.

2. Bilgiyi veren kişiye bağlı faktör: Bilgi veren kişiyle hasta arasındaki iletişimin pozitif olması hasta memnuniyetini artırır. Bu ilişki kesinlikle karşılıklıdır. Bilgi veren kişinin algısı, empatisi, yeteneği, etkileşimin tipi, görüşmenin yapıldığı yer, görüşmenin süresi, bilgi veren kişinin vücut dili memnuniyeti etkilemektedir.

3. İşleme bağlı faktör: Erişilebilir olunması (kolay yatış ve taburculuk), uygunluk, bürokratik işlemlerin uzun olmaması, yardımcı birimlerin olması, fiyatın makul ve organizasyonun iyi olması hasta memnuniyetini artırmaktadır⁸¹.

Hasta memnuniyeti bilgilendirme ile artmaktadır. İntraoperatif olaylar hasta memnuniyetini etkilememektedir ve hasta doktor iletişimi memnuniyette ki en önemli noktadır. Memnuniyetsizliğinin en önemli nedenlerinden biri de gecikme olarak bulunmuştur⁸².

Yapılan çalışmalarda anestezi bakımının da memnuniyet boyutları incelenmiş ve ağrı tedavisi, anestezi doktoru tarafından kişisel bakımın sürekliliği, uyanma odasındaki hemşire bakımı, tedavilerin gecikmesi, hasta ile ilgili karar verirken danışma, saygı ve güven şeklinde sıralanmıştır⁸³.

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

Modern elektif cerrahide preoperatif anksiyetenin ölçümü giderek zorlaşmaktadır⁸⁴. Geçmiş dekadlarda psikolojik iyileşme üzerine çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Bunlar; hastanede yatış süresinin uzunluğu, tüketilen analjezikler ve postoperatif mobilitenin seviyesidir. Ancak modern elektif

cerrahide bu tip belirteçler yetersiz kalmakta ve yenilerine ihtiyaç duyulmaktadır⁸⁵.

Anestezi ve cerrahi öncesinde hastaların anksiyetesinin değerlendirilmesi ve kaydedilmesine yönelik skala soruları popülerdir. Bunlardan STAI preoperatif anksiyetenin değerlendirilmesi için altın standarttır⁸⁶.

STAI, bireyin kendi kendine yanıtlayabileceği, uygulanması kolay bir envanterdir. Envanterin, her biri 20 maddelik iki ayrı ölçeği vardır. Her iki ölçekte aynı zamanda uygulanabilir. 14 yaş ve üzerinde okuduğunu anlayıp yanıtlayabilecek kadar bilinci yerinde olan hastalara uygulanabilir.

Zaman sınırlaması yoktur, ancak ortaokul, okuma- yazma düzeyindeki bireyler her iki ölçeği 10 dakikada yanıtlayabilirler. Bu ölçekler:

1. Durumluk Kaygı Ölçeği: Bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler.

2. Sürekli Kaygı Ölçeği: Bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler.

Speilberger ve Gorsuch tarafından 1964 yılında geliştirilmeye başlanmış olan envanter ile normal ve normal olmayan bireylerdeki sürekli ve durumluk kaygı düzeylerinin ölçülmesi amaçlanmıştır⁸⁷. Türk toplumunda geçerliliği Necla Öner tarafından gösterilmiştir. Türkçeye durumluluk-sürekli kaygı envanteri olarak çevrilmiştir⁸⁸.

Durumluluk kaygı ölçeğinin yanıtlanmasında; maddelerin ifade ettiği duyuş, düşünce ya da davranışların şiddet derecesine göre hiç, biraz, çok, tamamıyla şıklarından birinin seçilmesi gerekir. Sürekli kaygı ölçeğinin yanıtlanmasında ise; maddelerin ifade ettiği duyuş, düşünce ya da davranışların sıklık derecesine göre, hemen hiçbir zaman, bazen, çok zaman ve hemen her zaman şıklarından birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istenir.

Ölçeklerde 'doğrudan (olumsuz)' ve 'tersine çevrilmiş (olumlu)' ifadeler vardır. Olumlu duyguları dile getiren 'ters' ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerinde olanlar 1'e dönüştürülür. Olumsuz duyguları dile getiren doğrudan ifadelerde 4 değerindeki yanıtlar kaygının yüksekliğini gösterir. Tersine çevrilmiş ifadelerde ise 4 değerindeki yanıtlar düşük, 1 değerindeki yanıtlar yüksek kaygıyı gösterir.

Durumluk Kaygı Ölçeği'nde 10 tane (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddeler), Sürekli Kaygı Ölçeği'nde ise 7 tane (21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddeler) tersine çevrilmiş ifade vardır.

Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan, ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır ve bu sayıya değişmeyen bir değer eklenir. Bu değer Durumluk Kaygı Ölçeği için 50, Sürekli Kaygı Ölçeği için ise 35'dir. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma için, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 04/12/2008 tarih ve 9/120 sayılı onay alınmıştır.

Araştırmanın çalışma kapsamına, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Anabilim Dalına elektif ürolojik cerrahi nedeniyle başvuran, cinsiyet farkı gözetmeksizin 18 – 80 yaş arası, ASA I-IV hastalar dâhil edildi. Çalışma kapsamına dâhil edilen hastaların, anketi anlayabilecek düzeyde Türkçe bilmeleri ve en az ilkokul mezunu olmaları hedeflendi.

Konuşma ve işitme problemi olan, daha önce tanı almış psikiyatrik problemi olan ve herhangi bir psikotrop ilaç kullanım veya öyküsü olan hastalar çalışma kapsamı dışında tutuldu.

Daha önce yapılmış STAI kaygı ölçeğinin preoperatif ve postoperatif değişimlerinin değerlendirildiği çalışmalar dikkate alındı. Postoperatif dönemde STAI kaygı puanında azalma olduğunu %90 güç (güvenirlilik) ve %5 hata payı ile söyleyebilmek için her grupta en az 20 hasta ile çalışmak gerektiği belirlendi. Bununla birlikte gruplar arası farklılığın tespiti için yapılmış benzeri bir çalışma olmadığından, öncelikle 20 hasta ile çalışıp gruplar arası fark değerlendirildikten sonra her gruptaki hasta sayısı 50 hastaya kadar attırılacak toplam 150 hasta çalışma kapsamına alındı. Hastalar rasgele üç gruba ayrıldı:

Grup I: Hasta bilgilendirilmesi ve preoperatif anket formu doldurulması cerrah tarafından yapılacaktır.

Grup II: Hasta bilgilendirilmesi ve preoperatif anket formu doldurulması anesteziist tarafından yapılacaktır.

Grup III: Hasta bilgilendirilmesi ve preoperatif anket formu doldurulması cerrah ve anesteziist tarafından ayrı ayrı yapılacaktır.

Preoperatif anket formu: Operasyondan 1-3 gün önce uygulanacaktır. Preoperatif anket formu 4 bölümden oluşmaktadır.

Birinci bölümde; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi demografik bilgiler ile daha önceki ameliyat öyküsü, planlanan operasyon türü ve tanı yer alacaktır (Ek 1).

İkinci bölümde; anestezi ile ilgili endişelerini içeren 12 soru yöneltilenektir (Ek 2).

Üçüncü bölümde; durumsal anksiyeteyi ölçen STAI (State-Trait Anxiety Inventory) testi yer alacaktır (Ek 3).

Durumsal STAI değerlendirilmesi

Durumsal anksiyeteyi ölçerken STAI formunda durumsal anksiyeteyi ölçen 20 ifade yer alır. Hastalar her ifadeye 1 ile 4 arasında değer verir. Olumsuz duyguları dile getiren ifadelere (3, 4, 6, 7, 9, 12, 13,14, 17 ve 18.) verilen değerlerin toplamından olumlu duyguları dile getiren ifadelere (1, 2, 5, 8,10, 11, 15, 16, 19 ve 20.) verilen değerlerin toplamı çıkartılıp, sabit 50 sayısı ile toplanarak STAI skoru belirlenir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan ise düşük kaygı seviyesini belirtir⁹¹.

Dördüncü bölümde; ağrı düzeyini belirlemek için VAS (Visüel analog skala) yer alacaktır (Ek 4).

Postoperatif anket formu: İki bölümden oluşmakta olup 3 grubunda postoperatif anket formları araştırmanın yürütücüsü olan Anesteziyoloji araştırma görevlisi tarafından doldurulacaktır.

Birinci bölümde; hasta ağrı düzeyini belirleyen VAS yer almakta ve postoperatif 0, 30. dakika ve 1, 6, 12, 24.'üncü saatte doldurulacaktır.

İkinci bölümde; hasta memnuniyetini ölçen hasta memnuniyet skalası (Ek 5) yer aldı ve postoperatif 24.'üncü saatte doldurulacaktır.

VAS: 10 cm uzunluğunda, yatay ya da dikey "ağrı yok" ile başlayıp "dayanılmaz ağrı" ile biten cetveldir. Genel olarak vertikal cetvel kullanılır. VAS cetvelini kullanmadan önce hastaya detaylı açıklama yapmak gerekir. Hastanın ağrısının şiddetini, bu hat üzerinde uygun gördüğü yerde işaret ile belirtir.

Memnuniyet skalası: 5 seçenekli skaladır. Hastanın memnuniyet düzeyine göre 5 seçenektan birini işaretlemesi istenir.

İstatistiksel analiz

Çalışmamızdaki tüm istatistiksel değerlendirmeler SPSS for Windows 11,5 paket programı yardımı ile yapıldı.

Demografik değişkenleri kaygı nedenleri ile karşılaştırmak için Ki-Kare analizi uygulandı.

Endişe nedenleri ve gruplar arasındaki ilişkinin belirlenmesinde Ki-Kare analizi kullanıldı.

Anestezist ve preoperatif cerrahların STAI puanlarını değerlendirmeleri arasındaki uyumun derecesini yorumlamak için Intra-Class Korelasyon Katsayısı hesaplandı.

Karşılaştırması yapılan gruplar arasında, STAI puanlarının normal dağılıma uyup uymadığını kontrol etmek için Shapiro-Wilk testi kullanıldı.

STAI puanlarının normal dağılım gösterdiği grup karşılaştırmalarında, iki grup için Student t testi, 2'den fazla grup karşılaştırması içinse one way ANOVA (Analysis of Variance; tek yönlü varyans analizi) ve arkasından Tukey HSD testi kullanıldı.

STAI puanlarının normal dağılım göstermediği grup karşılaştırmalarında ise iki grup için Mann Whitney U testi, 2'den fazla grup karşılaştırması içinse Kruskal Wallis testi ve arkasından Dunn testi kullanıldı.

VAS skorları ve STAI puanları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Spearman Rank korelasyonu kullanılarak, gözlem değerlerinin birlikteki değişimi analiz edildi.

Hasta memnuniyet skalasının gruplar arası karşılaştırılmasında Ki-Kare analizi kullanıldı. $p < 0,05$ altındaki değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

1)Demografik Özellikler

Çalışmaya katılan 150 hastanın 32'si (% 21,3) kadın, 118'i (%78,7) erkekti. Hastaların % 18'i 30 yaş altı, %40,7'si 31- 59 yaş arası, %41,3'ü 60 yaş üstü gruptaydı. Yaş ortalaması 51.39 ± 17.22 yılı. Hastaların % 64'ü ilkokul, %4'ü ortaokul, % 17,3'ü lise, %14,7'si üniversite mezunuydu. Hastaların %18,7'si ev hanımı, %20'si işçi, %53'ü çiftçi, %9,3'ü memur, %26,7'si emekli, %18,7'si serbest meslek, %1,3'ü işsizdir (Tablo 1).

Tablo 1: Hastaların sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	32	21.3
	Erkek	118	78.7
Eğitim	İlkokul	96	64
	Ortaokul	6	4
	Lise	26	17.3
	Üniversite	22	14.7
Meslek	Ev hanımı	28	18.7
	İşçi	30	20.0
	Çiftçi	8	5.3
	Memur	14	9.3
	Emekli	40	26.7
	Serbest meslek	28	18.7
	İşsiz	2	1.3

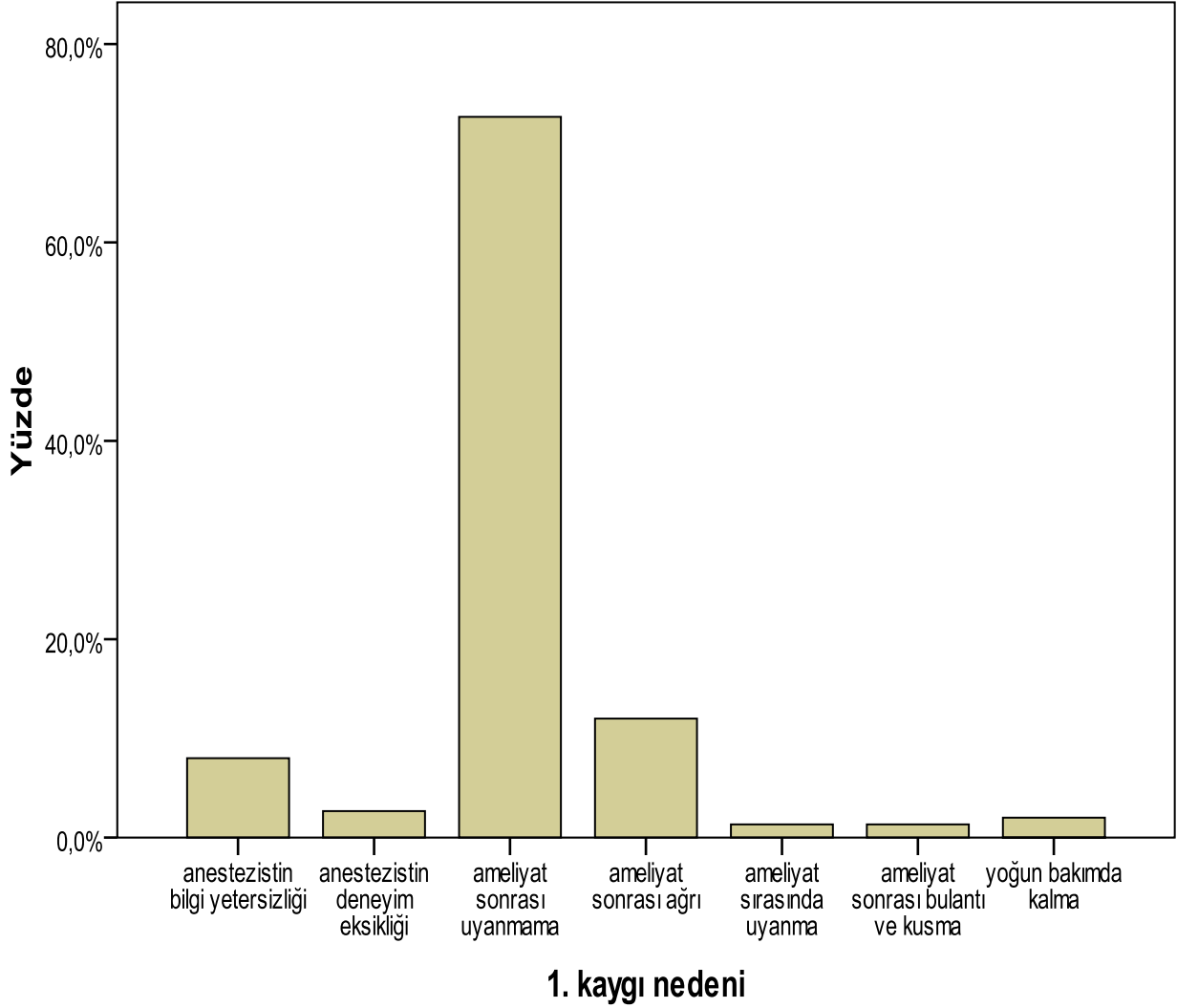
Hastaların 86'sında daha önceden geçirilmiş cerrahi öyküsü var, 64'ünde yoktu. Hastaların % 92,7'si genel, %7,3'ü rejyonel anestezi almıştı. Hastaların %32,7'si sistoskopi, %15,3'ü TUR-P-M (Transüretal Prostat-Mesane Rezeksiyonu), %15,3'ü varikosektomi, %10,7'si prostatektomi, %2'si sistektomi, %19,3'ü nefrektomi/nefrolitotomi , % 4,7'si URS (Üreteroreno Sistoskopi) operasyonu geçirmişti (Tablo 2).

Tablo 2: Hastaların ameliyat öyküsü, anestezi türü ve operasyon tipine göre dağılımı

		n	%
Ameliyat Öyküsü	Var	86	57.3
	Yok	64	42.7
Anestezi Türü	Genel	139	92.7
	Rejyonel	11	7.3
Operasyon Tipi	Sistoskopi	49	32.7
	TUR-P-M	23	15.3
	Varikosektomi	23	15.3
	Prostatektomi	16	10.7
	Sistektomi	3	2.0
	Nefrektomi/Nefrolitotomi	29	19.3
	URS	7	4.7

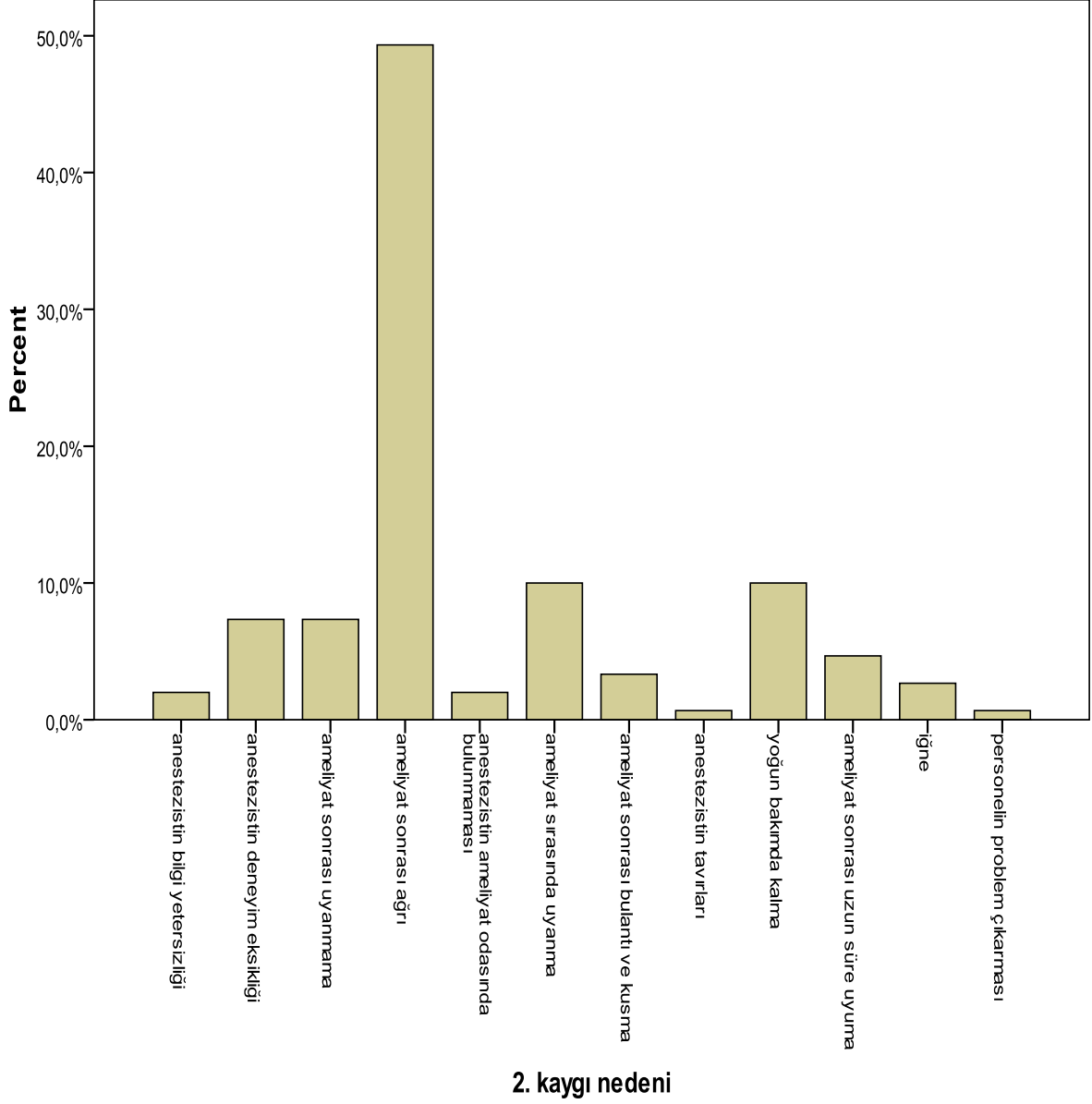
2) Kaygı Nedenlerine Ait Bulgular

Hastalarda ameliyat öncesinde en fazla endişeye neden olan düşünce ameliyat sonrası uyanmamak (%72,7), ameliyat sonrası ağrı (%12) ve anesteziğin bilgi yetersizliği (%8) olduğu görülmektedir (Grafik 1).



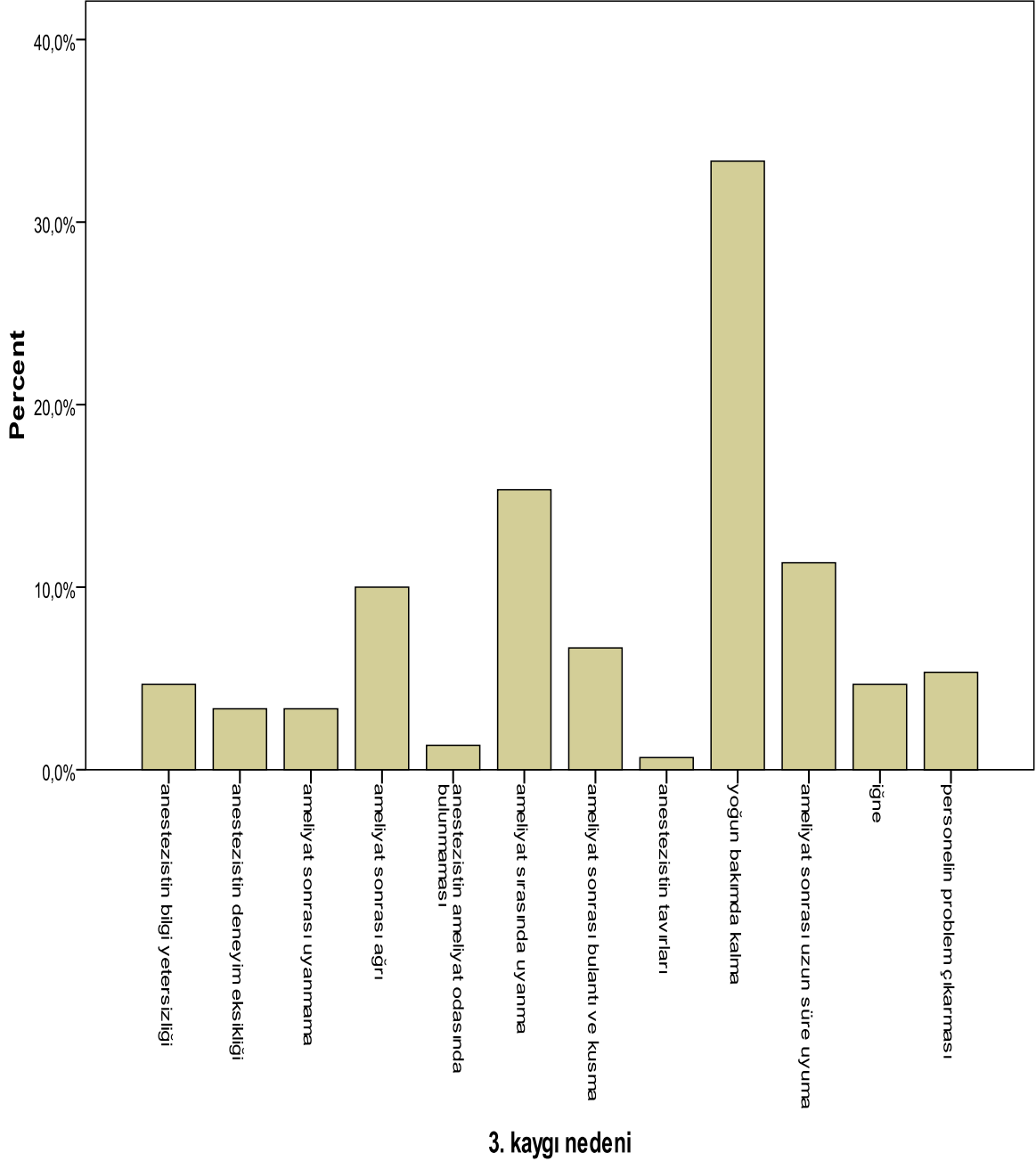
Grafik 1: Endişe 1 skorları

Hastaların en fazla endişe duydukları ikinci düşünceler gösterilmiştir. Bunların sıklık sırasına göre; ameliyat sonrası ağrı (%49,3), ameliyat sonrası yoğun bakımda kalmak (%10) ve ameliyat sırasında uyanmak (%10) olduğu görülmektedir (Grafik 2).



Grafik 2: Endişe 2 skorları

Ameliyat öncesinde hastaların üçüncü olarak en fazla kaygılandıkları durumları göstermektedir. Bunlar sıklık sırasına göre, yoğun bakımda kalmak (%33,3), ameliyat sırasında uyanmak (%15,3) ve ameliyat sonrası uzun süre uyumaktır (%11,3) (Grafik 3).



Grafik 3: Endişe 3 skorları

Anestezi ile ilgili en sık endişe nedenleri, bütün gruplarda ameliyat sonrası uyanmamak olarak saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 3: Anestezi ile ilgili Endişe 1 skorlarının bilgilendiren gruplara göre dağılımı

Endişe nedenleri	Cerrah		Anestezist		Anestezist +Cerrah		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Anestezistin bilgi yetersizliği	2	4	3	6	7	14	12	8
Anestezistin deneyim eksikliği	3	6	1	2	-	-	4	2.7
Ameliyat sonrası uyanmamak	32	64	40	80	37	74	109	72.7
Ameliyat sonrası ağrı	7	14	6	12	5	10	18	12
Anestezistin ameliyat odasında bulunmaması	-	-	-	-	-	-	-	-
Ameliyat sırasında uyanmak	1	2	-	-	1	2	2	1.3
Bulantı- kusma	2	4	-	-	-	-	2	1.3
Anestezistin tavırları	-	-	-	-	-	-	-	-
Yoğun bakımda kalmak	3	6	-	-	-	-	3	2
Ameliyat sonrası uzun süre uyumak	-	-	-	-	-	-	-	-
İğne	-	-	-	-	-	-	-	-
Personelin problem çıkarması	-	-	-	-	-	-	-	-
Toplam	50	100	50	100	50	100	150	100

Anestezi ile ilgili 2. en sık endişe nedenleri bütün gruplarda ameliyat sonrası ağrı olarak saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 4: Anestezi ile ilgili Endişe 2 skorlarının bilgilendiren gruplara göre dağılımı

Endişe nedenleri	Cerrah		Anestezist		Anestezist +Cerrah		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Anestezistin bilgi yetersizliği	1	2	2	4	-	-	3	2
Anestezistin deneyim eksikliği	3	6	2	4	6	12	11	7.3
Ameliyat sonrası uyanmamak	7	14	3	6	1	2	11	7.3
Ameliyat sonrası ağrı	20	40	22	44	32	64	74	43.3
Anestezistin ameliyat odasında bulunmaması	1	2	2	4	-	-	3	2
Ameliyat sırasında uyanmak	5	10	5	10	5	10	15	10
Bulantı- kusma	2	4	2	4	1	2	5	3.3
Anestezistin tavırları	-	-	1	2	-	-	1	0.6
Yoğun bakımda kalmak	6	12	8	16	1	2	15	10
Ameliyat sonrası uzun süre uyumak	3	6	3	6	1	2	7	4.6
İğne	2	4	-	-	2	4	4	2.6
Personelin problem çıkarması	-	-	-	-	1	2	1	0.6
Toplam	50	100	50	100	50	100	150	100

Anestezi ile ilgili 3. en sık endişe nedenleri bütün gruplarda postoperatif yoğun bakımda kalmak olarak saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 5: Anestezi ile ilgili Endişe 3 skorlarının bilgilendiren gruplara göre dağılımı

Endişe nedenleri	Cerrah		Anestezist		Anestezist +Cerrah		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Anestezistin bilgi yetersizliği	5	10	2	4	-	-	7	4.6
Anestezistin deneyim eksikliği	3	6	1	2	1	2	5	3.3
Ameliyat sonrası uyanmamak	3	6	-	-	2	4	5	3.3
Ameliyat sonrası ağrı	8	16	4	8	3	6	15	10
Anestezistin ameliyat odasında bulunmaması	1	2	1	2	-	-	2	1.3
Ameliyat sırasında uyanmak	6	12	6	12	11	22	23	15.3
Bulantı- kusma	2	4	4	8	4	8	10	6.6
Anestezistin tavırları	1	2	-	-	-	-	1	0.6
Yoğun bakımda kalmak	11	22	21	42	18	36	50	33.3
Ameliyat sonrası uzun süre uyumak	7	14	6	12	4	8	17	11.3
İğne	1	2	3	6	3	6	7	4.6
Personelin problem çıkarması	2	4	2	4	4	8	8	5.3
Toplam	50	100	50	100	50	100	150	100

3)Durumluk Kaygı Ölçeğine Ait Bulgular

Hastaları bilgilendiren bölüme göre preoperatif anksiyete düzeyleri tablo 6'da gösterilmiştir. Sadece cerrahların bilgilendirdiği hasta grubunda STAI puan ortalaması 37.62, sadece anestezi uzmanlarının bilgilendirdiği hasta grubunda STAI puan ortalaması 38.88, anestezi ve cerrahların birlikte bilgilendirdiği hastalar grubunda anestezi uzmanlarının STAI puan ortalaması 40.30, cerrahların STAI puan ortalaması 41.50'dir. İstatistiksel olarak fark bulunamadı (Tablo 6).

Tablo 6: Bilgilendirme yapan bölümlere göre STAI puan karşılaştırması

Bölümler	STAI	P
	Ortalama ± SD	
Cerrah	37.62±10.44	0,244
Anestezi uzmanı	38.88±7.62	
Anestezi uzmanı+Cerrah (preop. Anestezi uzmanı)	40.30±10.88	
Anestezi uzmanı+Cerrah (preop. Cerrah)	41.50±10.98	

Araştırmaya katılan hastaların demografik özelliklerinden cinsiyete göre STAI puan ortalamaları tablo 7'de gösterilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi kadınlarda preoperatif anksiyete düzeyini belirten STAI puan ortalaması 45.71 iken, erkeklerde STAI puan ortalaması 37.09'dur (Tablo 7).

Tablo 7: Cinsiyete göre STAI puan ortalaması

Demografik özellikler		STAI	P
		Ortalama \pm SD	
Cinsiyet	Kadın	45.71 \pm 10.74	0.001
	Erkek	37.09 \pm 8.64	

Hastaların eğitim düzeylerine göre preoperatif anksiyete düzeyleri tablo 8'de gösterilmiştir. İlkokul mezunlarında STAI puan ortalaması 39.24, ortaokul mezunlarında STAI puan ortalaması 34.83, lise mezunlarında STAI puan ortalaması 40.29, üniversite mezunlarında STAI puan ortalaması 40.91'dir (Tablo 8).

Tablo 8: Eğitim düzeyine göre STAI puan ortalaması

Demografik özellikler		STAI	P
		Ortalama ± SD	
Eğitim	İlkokul (n=96)	38.60±9.76	0.571
	Ortaokul (n=6)	34.83±12.78	
	Lise (n=26)	39.57±8.23	
	Üniversite (n=22)	40.72±10.74	

Hastaların mesleğine göre preoperatif anksiyete düzeyleri tablo 9'da gösterilmiştir. Ev hanımlarında STAI puan ortalaması 45.82, işçilerde STAI puan ortalaması 34.33, çiftçilerde STAI puan ortalaması 38.75, memurlarda STAI puan ortalaması 38.92, emeklilerde STAI puan ortalaması 36.92, serbest meslek grubunda STAI puan ortalaması 39.50, işsizlerde STAI puan ortalaması 44.50'dir. Meslek gruplarında, ev hanımı grubu işçi ve emekli grubuyla anlamlı fark vardır (Tablo 9).

Tablo 9: Mesleğe göre STAI puan ortalaması

Demografik özellikler		STAI	P
		Ortalama \pm SD	
Meslek	Ev hanımı (n=28)	45.82 \pm 11.31	0.001
	İşçi (n=30)	34.33 \pm 7.93	
	Çiftçi (n=8)	38.75 \pm 8.89	
	Memur (n=14)	38.92 \pm 9.53	
	Emekli (n=40)	36.92 \pm 8.09	
	Serbest meslek (n=28)	39.50 \pm 9.45	
	İşsiz (n=2)	44.50 \pm 2.12	

Hastaların ameliyat öyküsüne göre preoperatif anksiyete düzeyleri tablo 10'de gösterilmiştir. Daha önce operasyon olan hastalarda STAI puan ortalaması 38.12 iken daha önce operasyon öyküsü olmayanlarda 40.01'dir (Tablo 10).

Tablo 10: Ameliyat öyküsüne göre STAI puan ortalaması

Demografik özellikler		STAI	P
		Ortalama ± SD	
Ameliyat öyküsü	Var (n=86)	38.12±9.47	0.243
	Yok (n=64)	40.01±10.09	

Hastaların operasyon tipine göre preoperatif anksiyete düzeyleri tablo 11'de gösterilmiştir. Sistoskopi yapılacak olanlarda STAI puan ortalaması 39.18, TUR-P-M yapılacak olanlarda STAI puan ortalaması 35.91, varikozel operasyonu yapılacak olanlarda STAI puan ortalaması 40.95, prostatektomi yapılacak olanlarda STAI puan ortalaması 36.87, sistektomi yapılacak olanlarda STAI puan ortalaması 42.00, nefrektomi/nefrolitotomi yapılacak olanlarda STAI puan ortalaması 39.93, URS yapılacak olanlarda STAI puan ortalaması 39.71 'dir. (Tablo 11).

Tablo 11: Operasyon tipine göre STAI puan ortalaması

Demografik özellikler		STAI	p
		Ortalama±SD	
Operasyon Tipi	Sistoskopi	39.18±10.24	0.606
	TUR-P-M	35.91±6.67	
	Varikoselektomi	40.95±10.45	
	Prostatektomi	36.87±8.17	
	Sistektomi	42.00±7.54	
	Nefrektomi /Nefrolitotomi	39.93±11.72	
	URS	39.71±7.76	

Hastaların yaş gruplarına göre preoperatif anksiyete düzeyleri tablo 12’de gösterilmiştir. 30 yaş altı hasta grubunda STAI ortalaması 38.37, 31-59 yaş arası hasta grubunda STAI puan ortalaması 42.06, 60 yaş üstü hasta grubunda STAI puan ortalaması 36.09’dur. 31 – 59 yaş arası olan grupla 60 yaş ve üzeri grup arasında anlamlı farklılık vardır. (Tablo 12).

Tablo 12: Yaş gruplarına göre STAI puan karşılaştırma

Yaş grupları	STAI puan	p
	Ortalama ± SD	
≤ 30 yaş	38.37±11.51	0.003
31–59 yaş arası	42.06±9.95	
≥ 60 yaş	36.09±7.78	

4) VAS ve Memnuniyet Skalasına Ait Bulgular

Preoperatif dönemde gruplar arasında VAS değerleri açısından anlamlı farklılık tespit edilemedi. Postoperatif dönemde ise VAS değerleri; Anesteziyoloji tarafından bilgilendirilen hasta grubunda diğer iki gruba göre anlamlı olarak düşüktü (Tablo 13).

Tablo 13: Gruplara göre VAS değerleri

VAS değerleri	GRUPLAR			p
	Cerrah (a)*	Anestezist (b)	Anestezist +Cerrahi (c)	
Preop.	0 (0 – 0)	0 (0 – 0,5)	0 (0 – 0)	0,223
Postop. 0 dakika	1 (0 – 2) ^{b, c}	0 (0 – 0) ^a	0 (0 – 0) ^a	0,001
Postop. 30 dakika	2 (1,75 – 4) ^b	0 (0 – 2) ^a	1 (0 – 4)	0,001
Postop. 1.saat	4 (2 – 5) ^b	2 (0 – 4) ^a	4 (0 – 5)	0,001
Postop. 6.saat	4 (2 – 5) ^b	2 (1 – 4) ^{a, c}	4 (3 – 5) ^b	0,001
Postop. 12.saat	3,5 (2 – 4) ^b	2 (0 – 3,25) ^{a, c}	3 (2 – 4) ^b	0,003
Postop. 24.saat	2 (1 – 2) ^b	0 (0 – 2) ^{a, c}	2 (0 – 2) ^b	0,001

*IQR= Interquartil Range (Kartiller arası genişlik) ölçüm değerlerinin %25 ve %75'lik çeyrek değerler arasında kalan kısmı, medyan değerinin değişim aralığını ifade eder)

(a) = Cerrahi Grubu ile anlamlı farklılık göstermektedir; (b)= anesteziyoloji grubu ile anlamlı farklılık göstermektedir; (c) =anestezi + cerrahi grubuna göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Gruplara göre yapılan memnuniyet skalası karşılaştırması için çapraz tablo oluşturulmuştur. Elde edilen sonuçlara göre gruplar arasında, hasta memnuniyet skalasında yer alan değerlendirme oranları açısından anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0.049). Memnuniyet düzeyi anestezi ve anestezi ile cerrahın birlikte değerlendirdiği gruplarda, cerrahın değerlendirdiği gruptan daha yüksektir (Tablo 14).

Tablo 14: Gruplara göre memnuniyet derecesi

Grup	Memnuniyet skalası										Total	
	Çok kötü		Kötü		İyi		Çok iyi		Mükemmel			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cerrah	-	-	1	2	26	52	23	46	-	-	50	100
Anestezist	-	-	-	-	14	28	35	70	1	2	50	100
Anestezist+cerrah	-	-	-	-	14	28	36	72	-	-	50	100
Total	-	-	1	0.7	54	36	94	62.7	1	0.7	150	100

STAI puanı ile memnuniyet skalası arasında negatif ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Hesaplanan katsayıya göre STAI puanlarının düştükçe memnuniyet skala puanlarının arttığı tespit edilmiştir. Operasyon sonrası saatlere ait VAS skorları ve STAI puanları arasında hesaplanan korelasyon katsayısı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Aralarında negatif ya da pozitif herhangi bir doğrusal ilişki yoktur (Tablo 15).

Tablo 15: STAI puanları ile VAS skorları ve memnuniyet skalası puanları arasındaki korelasyon tablosu

	STAI puanı	P
Memnuniyet skalası	$r = - 0.175$	0.032 *
Preop. VAS	$r = 0.165$	0.044 **
Postop. 0 dk VAS	$r = - 0.097$	0.239
Postop. 30 dk VAS	$r = 0.076$	0.354
Postop. 1. saat VAS	$r = 0.012$	0.887
Postop. 6. saat VAS	$r = - 0.012$	0.881
Postop. 12. saat VAS	$r = - 0.002$	0.985
Postop. 24. saat VAS	$r = 0.027$	0.744

* STAI puanları ile memnuniyet skalası puanları arasında negatif ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Hesaplanan katsayıya göre skala puanları arttıkça STAI puanlarının düştüğü söylenebilir.

** STAI puanları ile preop VAS skorları arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Hesaplanan katsayıya göre preop VAS skorları arttıkça STAI puanlarının da arttığı söylenebilir.

TARTIŞMA

Preoperatif anksiyetenin ölçütlenmesinde hasta karakteristikleri ve demografik özellikleri genelde araştırılırken⁵³ preoperatif anksiyete üzerine doktorların etkisi ile ilgili çalışmaya rastlanılmamıştır. Hekim hasta bağlamında birkaç çalışma olsa da değerlendirmenin yetersiz ve hastaların ameliyathanelerde değil de acil servis veya kliniklerde değerlendirilmesi nedeni ile pek değer kazanmamıştır⁸⁹.

Bizim çalışmamız preoperatif bilgilendirmeyi sadece cerrah, sadece anesteziist ve cerrah ile anesteziistin birlikte yapmasının preoperatif anksiyete, postoperatif ağrı ve hasta memnuniyeti üzerine doktorların etkisini araştırmak için planlandı.

Çalışmaya katılan hastaların sosyo-demografik özellikleri değerlendirildiğinde, hastaların 32'si (%21,3) kadın, 118'i (%78,7) erkekti. Yaş ortalaması 51.39±17.22 idi. Mesleki olarak emekliler (%26,7) çoğunlukta olup ve hastaların %68'i ilköğretim mezunuydu. Bu bulgularla çalışmanın, eğitim düzeyi yüksek hasta sayısı az olan, orta yaş ve üstü erişkin hasta grubundan oluştuğu söylenebilir. Hastaların 86'sında daha önceden geçirilmiş cerrahi öyküsü var, 64'ünde yoktu. Hastaların %92,7'si genel, %7,3'ü rejyonel anestezi almıştı. Hastaların %32,7'si sistoskopi, %15,3'ü TUR-P-M, %15,3'ü varikosel, %10,7'si prostatektomi, %2'si sistektomi, %19,3'ü nefrektomi/nefrolitotomi, %4,7'si URS operasyonu geçirmişti.

Anesteziye bağlı endişenin en sık nedeni olarak Ramsay⁹⁰ uyanamama, Shevde⁵⁸ anesteziistin bilgi yetersizliği, Hume⁹¹ ameliyat sırasında uyanmayı rapor etmişlerdir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise Ceyhan⁹² ölüm korkusu (%30,6), ameliyat sırasında ağrı (%22,6), Şekerci⁴⁰ ameliyat sonrası uyanamamak (%51,9), herhangi bir aksilik olması (%22,1) olarak belirlemişlerdir. Bizim çalışmamızda en çok endişe duyulan ameliyat sonrası uyanamamaktı (%72,7). Bunu postoperatif dönemde ağrı (%49,3), yoğun bakımda kalmaktan duyulan endişeler (%33,3) ve ameliyat sırasında uyanmak (%15,3) izledi. Yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi gibi demografik özelliklerde ve bilgilendirme yapılan gruplarda da benzer şekilde birinci endişe nedeni ameliyat sonrası uyanamamak iken, ikinci endişe nedeni ameliyat sonrası ağrı duymak olarak saptandı.

Preoperatif vizitin zamanlamasının, anksiyete ve hasta memnuniyeti gibi faktörler üzerinde etkili olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur. 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 bulamamış, ancak ameliyattan hemen önce anesteziist tarafından görülen hastanın anksiyete derecesinde anlamlı azalma olduğunu göstermiştir⁹³. Başka bir çalışma hastaların hastaneye yatış sırasında zaten anksiyeteli olduklarını, o anda onlara verilecek bilgileri unutabileceklerini veya yanlış anlayabileceklerini belirtilmiştir. Hastaneye kabulden önce evlerinde bilgi verilen hastaların, yalnızca hastaneye kabulden sonra ameliyat öncesi bilgi verilen hastalara göre anlamlı derecede daha az anksiyeteli oldukları tespit edilmiştir⁹⁴. Operasyondan önceki günün öğleden sonrasında ölçülen anksiyete düzeyinin, operasyondan hemen önceki anksiyete düzeyini yansıtmadığını belirlemek amacı ile Lichtor ve arkadaşları yaptıkları çalışmada; her iki dönemde ölçülen anksiyete düzeyleri arasında %70 gibi yüksek bir korelasyon olduğunu bildirmiştir⁹⁵. Badner ve arkadaşları operasyondan önceki öğleden sonra ile operasyondan hemen önce ölçülen anksiyete dereceleri arasında %73 korelasyon göstermiştir⁶. Gönüllü ve arkadaşları 83 hastada preoperatif anksiyete düzeyini araştırmak amacı ile yaptıkları çalışmada cerrahiden iki gün önce ve bilgilendirme yapılmadan ölçülen anksiyete değerini 40,76 olarak tespit etmiştir¹⁰. Biz çalışmamızda önceden yapılmış çalışmaların sonuçlarını baz alarak preoperatif sorgulamamızı operasyondan bir ile üç gün öncesinde yaptık.

Ameliyat öncesi dönemde anestezi ve cerrahiye ait endişeler anksiyeteye yol açmaktadır. Hastaların korkularını önlemek ve endişelerini gidermek için en iyi yol bilgilendirmedir¹⁰, fakat hastaların çok detaylı bilgilendirmelerinin anksiyete üzerine etkileri tartışmalıdır⁹⁶. Hastaların preoperatif dönemde anesteziistler ve anestezi uygulamasına yönelik bilgi edinme istekleri ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda değişik sonuçlar elde edilmiştir^{42,92,95,97}. Amerika'da yapılan bir çalışmada⁴ hastaların bilgi edinme isteklerinin İskoçya, Kanada ve Avustralya'da yapılmış benzer çalışmaların^{97,98} sonuçlarına göre daha fazla olduğu bildirilmiştir. Türkiye'de Ceyhan ve arkadaşlarının çalışmasında anestezi konusunda bilgi edinmek isteyenlerin oranı %83 olarak bildirilmiştir⁹². Kindler'in yaptığı

çalışmada ise hastalarda cerrahi işlemle ilgili bilgisi olan hastaların anksiyete düzeyi anestezi hakkında bilgi alan gruptan daha yüksek bulundu⁹⁹. Kıyohara ve arkadaşları cerrahi müdahale hakkında bilgisi olan hastaların daha düşük durum anksiyeteye sahip olduğunu göstermiştir, ancak anestezi hakkında bilgi durum anksiyetesini etkilememiştir, fakat bu çalışmada cerrahi işlem hakkında bilgilendirilen hastaların sayısı %73,2 iken anestezi hakkında bilgilendirilen hasta sayısı %37,5'tir¹⁰⁰. Cerrahi ile ilgili daha önce bilgi verilen ve verilmeyen hastalar arasında preoperatif eğitim açısından yapılan çalışmalarda her zaman farklılık görülmemiştir. Shuldham'a göre bu tip bulguların farklılığı çalışma dizaynında fark olmasıdır. Shuldham'ın çalışmasında hastanın hastane kuralları, cerrahi işlemler veya anestezi konusunda bilgilendirilmesi anksiyete düzeyini etkilememiştir¹⁰¹. Bizim çalışmamızda da bilgilendirme yapan grupların STAI üzerine anlamlı bir etkisi tespit edilemedi. Hastaların; anestezi ya da cerrah olsun, ameliyatını gerçekleştirecek ekip tarafından bilgilendirilmesinin, ameliyat öncesi ayrıntılı bilgi almaya alışık olmayan ülkemiz hastaları için yeterli olarak kabul edilmesi bu sonucu doğurmuş olabilir düşüncesindeyiz.

Çalışmamızda; hastaların preoperatif STAI puan ortalamasını kadınlarda 45.71, erkeklerde 37.09 olarak saptadık ve çalışmamızdaki anksiyete değerlerinin daha önce yapılan çalışmalarda bildirilen anksiyete düzeyleri ile paralellik gösterdiğini gördük. Birçok çalışmada kadınlarda anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir^{40,42,53}. Badner bu farklılığı, kadınlarda ailelerinden ayrılmaya bağlı anksiyetenin daha yüksek olmasına bağlarken, bazı araştırmacılar Shevde ve Panagopoulos ile Domar ise kadınların korkularını, daha açık ve çekinmeden ifade edebilmelerini gerekçe olarak göstermiştir^{6,53,58}. Çalışmamızda da kadınlarda, erkeklere göre anksiyete düzeyi istatistiksel olarak daha yüksek saptandı. Bu farkın nedeni, kadın hastaların endişelerini ve sorunlarını aktarmada daha rahat olması ile açıklanabilir. Toplumumuzda erkeklerin endişelerini ve duygusal yakınmalarını ifade etmekte çekingen olduğu bilinmektedir.

Bazı araştırmacılar yaşın anksiyete derecesini etkilemediğini bildirirken^{6,10,42}. Shevde ve Panagopoulos yaşlı hastalarda endişe düzeyinin daha düşük olduğunu belirtmiştir⁵⁸. Genç yaş grubu ileri yaş grubuna göre ameliyat öncesi stresi daha yüksek derecede yaşarken, aynı zamanda anestezi ve ameliyattan daha sık oranda endişe duymaktadır. 734 hastanın katıldığı

yüksek derecede preoperatif anksiyeteye eğilimi olan hastaların karakteristiğini saptamak amacıyla yapılan bir çalışmada; genç yaş grubunun anksiyete düzeyleri ileri yaş grubuna göre daha yüksek bulunmuştur⁹⁹. Ramsey orta yaş grubunda anksiyete oranının yüksek olduğunu saptamış ve bu durumu orta yaşlardaki hastaların ailelerine karşı sorumluluklarının fazla oluşuna bağlamıştır⁹⁰. Çalışmamızda hastaların yaş gruplarına göre preoperatif anksiyete düzeyleri 31-59 yaş arası hasta grubunda en yüksek bulundu. 60 yaş üstü hasta grubu ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak farklılık anlamlı bulundu ($p < 0.05$). Yaşlılarda gençlerden farklı olarak daha kaderci bakış açısının hakim oluşuna bağlı olarak preoperatif anksiyete düzeyleri düşerken, orta yaş grubunda ise insanın mesleki ve ailevi sorumluluklarının en üst düzeyde olduğu bu yaşlarda, bu sorumlulukları aksatan bir cerrahi girişimin varlığı, yoğun bir anksiyete sebebi olarak düşünülebilir.

Caumo ve ark. tarafından 12 yıldan uzun eğitim almış kişilerde preoperatif anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Çoğu yayınlar bu bulguyu desteklemektedir^{6,53}. Bazı çalışmalar ise eğitim durumunun anksiyete derecesini etkilemediğini bildirmektedir⁵⁸. Bizim çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç çıkmasa da, üniversite mezunlarında anksiyete sıklığı diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak eğitim düzeyi yüksek hasta sayımız az olduğundan, bu konuda bir sonuca varmak yanlış olur. Diğer yandan bazı konularda detaylı bilgi sahibi olmanın anksiyeteyi artırabileceği de unutulmamalıdır.

Çalışmamızda, meslek gruplarında en yüksek anksiyete ev hanımlarında, en düşük anksiyete ise işçi ve emekli grubunda tespit edildi. Ev hanımlarındaki yüksek anksiyete sıklığı kadınlardaki yüksek anksiyete sıklığı ile ilişkili olabilir. Emekli hasta grubunda anksiyete sıklığının düşük olması ise aktif olarak çalışmayan hastalar için mesleki bir kayıp söz konusu değildir. Ayrıca yaşlandıkça anksiyete sıklığı ve şiddeti düşmektedir. Ameliyat, önemli bir iş gücü kaybı sebebidir. Küçük ameliyatlarda bile kişinin normal iş temposuna dönmesi haftaları bulabilir. Günlük para kazanılan meslekler için ameliyat, kazanç kapısının bir süre kapanması anlamına gelmesine rağmen çalışmamızda işçi grubunda anksiyete düşük saptanmıştır.

Anestezi deneyiminin preoperatif anksiyete düzeyine etkileriyle ilgili Bardner ve arkadaşları yaptıkları çalışmada ilk defa cerrahi girişim yapılan

hastalarda anksiyeteyi daha yüksek oranda bulmuştur. Operasyon öyküsü olmayan hastalar ortamı ve yapılacak uygulamaları bilmediklerinden, belirsizlik ve bilgisizliğin daha yüksek oranda korku duymalarına neden olabileceği düşünülmüştür⁶. Kindler ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da genç, kadın, anestezi deneyimi olmayan ya da kötü anestezi deneyimi olan hastaların preoperatif anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmiştir⁹⁹. Moerman anestezi deneyiminin erkeklerde anksiyeteyi azaltırken kadınlarda etkilemediğini ileri sürerken⁴², anestezi deneyiminin preoperatif anksiyeteyi değiştirmedini bildiren çalışmalarda mevcuttur⁵³. Çalışmamızda da anestezi deneyiminin anksiyete düzeyini etkilemediği saptanmıştır.

Geçirilecek ameliyatın küçük veya büyük olması ameliyat öncesi anksiyeteyi etkileyebilir. Büyük ameliyatlarda mortalite ve morbidite riski daha yüksektir. Literatürde, büyük bir cerrahi girişim geçirecek hastaların en yüksek anksiyeteli gruba dahil oldukları belirtilmektedir^{102,103}. Operasyon türünün preoperatif emosyonel durum üzerinde etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Büyük cerrahi girişimlerde, cerrahi sonrası sakat kalma ihtimali en çok anksiyete yaratan faktördür, bu korku özellikle ileri yaşlarda belirgindir. Küçük cerrahi girişimlerde ise anesteziye bağlı kaygılar ön plandadır¹⁰³. Bazı çalışmalarda ise operasyon türünün anksiyete düzeyini etkilemediği bildirilmiştir^{6,53}. Bizim çalışmamızda operasyon türü ile anksiyete arasında istatistiksel anlamlılığı olan bir ilişki saptanmamıştır.

Cerrahi işlemlerde anksiyetenin rolü ilk olarak 1958'de Janes tarafından ortaya atılmıştır. Janes'in modeline göre ılımlı preoperatif anksiyete hastaların postoperatif ağrıya hazırlanmasında yardımcı olmakta ve postoperatif ağrı yanıtını azaltmaktadır¹⁰⁴. Kain ve ark. literatür verilerini ortaya koymak için preoperatif anksiyete ile postoperatif ağrının ilişkisini ortaya çıkarmak adına çok merkezli çalışma dizayn etmişlerdir. Bu çalışmalarda araştırmacılar preoperatif anksiyetenin kontrol altına alınması halinde postoperatif ağrının daha iyi yönetilebileceğini savunmuştur. Bu çalışmalarda ağrının emosyonel boyutunun yanı sıra fizyolojik, sosyokültürel ve davranışsal boyutlarının da olduğu kabul edilmiştir¹⁰⁵. Operasyon öncesi cerrahi ve anestezi prosedürü ile ilgili detaylı bilgilendirilen hastaların anksiyeteleri de azaldığından analjezik ihtiyacında azalma olduğu gösterilmiştir¹⁰⁴. Yine detaylı bilgilendirilen, eğitim alan grupta ağrı skoru ve analjezik ihtiyacında farkın olmadığı çalışmalarda mevcuttur¹¹⁰.

Bizim çalışmamızda ise bütün gruptaki medyan kartiller arası genişliklerine göre postoperatif VAS değerleri 5'in altında bulunmuştur. Ayrıca sadece anesteziistlerin bilgilendirdiği grupta postoperatif 1, 6, 12 ve 24. saat VAS değerleri sadece cerrahların bilgilendirdiği gruba göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Bu sonuç; anesteziistlerin postoperatif ağrıya daha konsantre olmaları ve preoperatif dönemde hastaya olası ağrı tedavileri konusunda daha ayrıntılı bilgi vermesi ile açıklanabilir. Cerrahlar işlerinin doğası gereği cerrahi yan etki ve komplikasyonlara konsantre olmakta, postoperatif ağrıyı göz ardı edebilmektedirler.

Bazı çalışmalarda preoperatif anksiyetesi düşük olan hastalarda iyileşmenin daha çabuk olduğu gösterilmiştir¹⁰⁶. Yüksek anksiyete kötü cerrahi sonuçlar doğurur. İyileşmenin daha hızlı olması da hasta memnuniyetini arttıran bir faktör olarak değerlendirilebilir. Hasta eğitimi ile hastanın bilgisi artarken, hasta memnuniyeti de artmakta ve daha iyi klinik sonuçlar elde edilmektedir¹⁰⁷. Bizim çalışmamızda da STAI puan ile memnuniyet skalası arasında negatif ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Hesaplanan katsayıya göre STAI puanlarının düştükçe memnuniyet skala puanlarının arttığı söylenebilir. Bu sonuca göre preoperatif anksiyete düzeyi düşük olan hastaların memnuniyet düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bilgilendirme ile hastanın preoperatif anksiyete, postoperatif ağrı, hastanede kalış süresinin kısaldığı ve memnuniyetinin arttığı gösterilmiştir¹⁰⁶. Ayrıca memnuniyet; postoperatif minör komplikasyonlardan etkilenmektedir¹⁰⁹. Hastaların memnuniyetini ölçerken major komplikasyonlar değil de ağrı ya da bulantı-kusma gibi minör komplikasyonların kullanılması gerektiği savunulmaktadır¹¹⁰ çünkü, hastalar postoperatif majör bir komplikasyonla karşılaşmasalar bile daha çok minör komplikasyonlara bağlı memnuniyetsizlik yaşamaktadırlar. 10811 vakayı kapsayan bir çalışmada şiddetli bulantı-kusma, orta ve şiddetli postoperatif ağrı, intraoperatif uyanıklık ve diğer postoperatif komplikasyonların memnuniyetsizliğe yol açtığı bulunmuştur¹¹¹. Bilgilendirilen hastalarda postoperatif komplikasyon görülme sıklığı azaldığı ve bilgi alan hastaların ağrı tedavisi ve anestezi bakım kalitesiyle ilgili olarak daha memnun olduğu bulunmuştur¹¹². Hall ve Donran 221 tane memnuniyetle ilgili çalışmayı incelemişler ve her çalışmanın hangi memnuniyet boyutuyla ilgilendiğini göstermişlerdir. Mevcut meta-analizlerin en geniş kapsamlısı olan bu çalışmada

belirlenen 12 boyut ve her bir boyutun ele alındığı araştırmada insancılık ve bilgilendirme en yüksek beklentiler iken (sırasıyla; %65 ve %50), süreklilik ve psikososyal destek en düşük beklentiler olarak (sırasıyla; %4 ve %3) tespit edilmiştir⁷⁵. Bizim çalışmamızda da her üç grupta da hastaların memnuniyetinin anlamlı olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ancak, anesteziistlerin bilgilendirdiği hasta grubundaki memnuniyet değeri cerrahların bilgilendirdiği hasta grubundan istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Preoperatif dönemde anesteziistle karşılaşmak önemli bir ayrıcalık olarak kabul edilmektedir ve bu karşılaşma ile hastanın anksiyetesinin azaldığı ve memnuniyetinin arttığı gösterilmiştir¹¹³.

Preoperatif anksiyetenin değerlendirilmesi ve anksiyetenin azaltılmasına yönelik istatistiksel olarak geçerli ve kullanışlı bir ölçüm yöntemine ihtiyaç vardır. STAI; anksiyete değerlendirmesi için altın standart olarak kabul edilmektedir. Daha önceki çalışmalar VAS ile STAI arasında önemli korelasyon bulmuşlardır. Bu çalışmalarda VAS ile STAI arasında 0.62 ile 0.84'e denk gelen korelasyon katsayısı bildirmişlerdir. Fakat bu çalışmalar 40-60 hastalık küçük gruplardan oluşup, ASA 1-2, sadece kadın hastaları, meme cerrahisi, terapötik düşük ve ambulator cerrahilerde incelemişlerdir. Bu çalışmalara göre kadınlar erkeklere göre daha çok preoperatif anksiyeteyi hisseder ve diğer ameliyatlara göre meme cerrahisi, ambulator cerrahi veya abortusla ilişkili anksiyete daha farklıdır^{97,114}. Kindler'in yaptığı, 734 hastadan oluşan, kadın ve erkek, ASA 1-4, çeşitli operasyonlara katılan üniversite hastanesine kabul edilmiş hastalardan oluşan çalışmada ise; anesteziiden korkuyu ölçen VAS ile STAI arasında ($r = 0.55$ $p < 0.01$) ve cerrahiden korkuyu ölçen VAS ile STAI arasında ($r = 0.66$ $p < 0.01$) ikisinde de önemli korelasyon vardı⁹⁹. Bizim çalışmamızda ise, preop VAS skorları ile STAI puanları arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon katsayı hesaplanmıştır. Hesaplanan katsayıya göre preoperatif VAS skorları arttıkça STAI puanlarının da arttığı söylenebilir ($r = 0.165$, $p < 0.01$).

SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Anestezi ile ilgili endişeler, bilgilendirme yapan gruplarda sırasıyla anestezi sonrası uyanamamak, postoperatif ağrı ve yoğun bakımda kalmanın ilk üç sırayı aldığı tespit edildi.
2. STAI anksiyete durum indeksi ile bilgilendirme yapan gruplar arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı.
3. VAS değerleri açısından preoperatif dönemde her üç grupta da farklılık yoktu. Postoperatif dönemdeki tüm ölçüm zamanlarında ise özellikle anestezi uzmanları (Grup II) tarafından bilgilendirilen hasta grubunda ağrı skorları anlamlı olarak daha düşük tespit edildi.
4. Hasta memnuniyet düzeyi; bilgilendirmenin sadece anestezi uzmanı (Grup II) ya da hem anestezi uzmanı hem de cerrah tarafından yapıldığı (Grup III) gruplarda, sadece cerrah tarafından yapılan gruba (Grup I) göre daha yüksek olarak tespit edildi.

Preoperatif dönemdeki bilgilendirmenin önemi bu çalışma öncesinde de zaten bilinen bir gerçektir. Preoperatif bilgilendirmenin özellikle hangi ekip tarafından yapılması gerekliliği ise ilk olarak bu çalışmada ortaya konmuştur. Özellikle anestezi uzmanları tarafından yapılan bilgilendirmenin; hastanın postoperatif ağrısını önemli ölçüde azalttığı, memnuniyetini arttırdığı göz önüne alınmalı ve “preoperatif dönemdeki hasta bilgilendirilmesinin gerekliliği ve yasal zorunluluğu” konusunda anesteziyoloji araştırma görevlilerinin eğitimi sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Boeke S, Jeletic M, Bonke B. Preoperative anxiety variables as possible predictors of postoperative stay in hospital. *Br J Clin Psychol* 1992;31:366-368.
2. Goldman L, Ogg TW, Levey AB. Hypnosis and day case anaesthesia: a study to reduce preoperative anaesthetic requirement. *Anaesthesia* 1988;43(6):466-469.
3. Rothrock JC. Perioperative nursing research part I: preoperative psychoeducational interventions. *AORN Journal* 1989;49(2):597-618.
4. Joseph-Kinzelman A, Taynor J, Ossa J, Rubin W, Risner PB. Client's perceptions of involuntary hospitalization. *Journal of Psychosocial Nursing* 1994;32(6):28-32.
5. Weis OF, Sriwatanakul K, Weintraub M, et al. Reduction of anxiety and postoperative analgesic requirements by audiovisual instruction. *Lancet* 1983; 1:43.
6. Badner NH, Nielson WR, Munk S, et al. Preoperative anxiety detection and contributing factors. *Canadian Journal of Anaesthesia* 1990;37:444-47.
7. Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon- Liyezon Psikiyatrisi. İstanbul: 1993:175-183.
8. Egbert LD, Battit GE, Welch CE. & Bartlett MK. Reduction of post-operative pain by encouragement and instruction of patients. *New England Journal of Medicine* 1994;270:825-827.
9. Mitchell MJ. Psychological preparation for patients undergoing day surgery. *International Journal of Ambulatory Surgery* 2000;8:19-29.
10. Gönüllü M, Turan ED, Erdem LK, ve ark. Anestezi uygulanacak hastalarda anksiyete düzeyinin araştırılması. *Türk Anest ve Rean Cem* 1986;14:10-3.
11. Hazelgrove JF, Robins DW. Caring for the carer: an audit of the day surgery services for carers within the Wessex region of England. *International Journal of Ambulatory Surgery* 2002;8:13-18.
12. Markland D, Hardy L. Anxiety, relaxation and anesthesia for day-case surgery. *British Journal of Clinical Psychology* 1993;32:493-504.
13. Whitty PM, Shaw LH, Goodwin DR. Patient satisfaction with general anaesthesia. *Anaesthesia* 1996;51:327-332.

14. Heneghan C. Consent to medical treatment: what should the patient be told? *British Journal of Anaesthesia* 1994;73:25-28.
15. Işık E. Anksiyete Bozuklukları. İstanbul: Golden Print, 2006:4-26.
16. Çevik A. Yaygın anksiyete bozukluğunun kliniği. 2. Anksiyete Bozuklukları Sempozyumu, Doğan O. (eds). Sivas Cumhuriyet Üniv. Tıp Fak. Basımevi 1993:25-33.
17. Noyes R, Hoehn Saric R. The Anxiety Disorders. In: Şar V (Ed). Anksiyete Bozuklukları. İstanbul: Csa Medikal & Paramedikal Yayıncılık, 1998:4-25.
18. Berrios GE. The History of Mental Symptoms. Cambridge; Cambridge University Press, 1996:504-505.
19. Stone MH. Healing the Mind: A history of psychiatry from antiquity to the present. New York; W.W Norton & Company, 1997:1-10.
20. Nutt D, Argyropoulos S, Forshall S. Generalized Anxiety Disorder: Diagnosis, treatment and its relationship to other anxiety disorders. London; Martin Dunitz, 1998:1-4.
21. Geçtan E. Psikanaliz ve Sonrası. 10. Baskı, İstanbul: Metis Yayıncılık, 2004:3-15.
22. Yalom I. Varoluşçu psikoterapi. İstanbul: Kabalcı Yayınevi, 2001:3-15.
23. Kırpınar İ. Anksiyete bozukluklarının etyolojisi, Anksiyete Monografı Serisi-2, Ankara: Medikomat, 1995:54-89.
24. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 8. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 2001:6-24.
25. Gökalp G. Psikodinamik açıdan anksiyete kavramı ve anksiyete bozuklukları. In: Anksiyete Bozuklukları. Tükel R, Alkın T. (Eds). 1. Baskı. Ankara: Pozitif Matbaa, 2006:15-27.
26. Marks IM. Fears, Phobias and Rituals. New York: Oxford University Press, 1987.
27. Şahin AR. Anksiyete bozukluklarının epidemiyolojisi, 2. Anksiyete Bozukluklar Sempozyumu, Doğan O. (Eds). Sivas Cumhuriyet Üniv. Tıp Fak. Basımevi, 1993:7-9.
28. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Ankara, Hekimler Yay. Birliği, 1994: 263-276.

29. Sotres-bayon F, Cain CK, Ledoux JE. Brain mechanisms of fear extinction. Historical perspectives on the contribution of prefrontal cortex. *Biol psychiatry* 2006; 60(4):329-336.
30. Rauch SL, Savage CR, Alpert NM, Fichman AJ, Jenike MA. The functional neuroanatomy of anxiety: A study of three disorders using positron emission tomography and symptom provocation. *Biol Psychiatry* 1997;42:446-452.
31. Alkın T, Alptekin K: Yaygın anksiyete bozukluğu, *Anksiyete Monograflan Serisi-4*, Ankara: Medikomat, 1995:149-180.
32. Rothrock JC. Perioperative nursing research part1: preoperative psychoeducational interventions: *AORN Journal* 1989;49(2):597-618.
33. Varcarolis EM. *Foundation of Psychiatric Mental Health Nursing*: Philadelphia: WB. Saunders Company. 1990:171-173.
34. Buldukoğlu K. Ameliyat öncesi hastaların ameliyata ilişkin tepkileri: *Türk Hemşireler Dergisi* 1988;38 (3-4):31-32.
35. Kaplan HI, Sadock B. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. London: Williams & Wilkins, 1989;2:1316-1330.
36. Kaplan HI, Sadock B. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. London: Williams & Wilkins, 1985;2:1294-1297.
37. Burrige L. Challenging the traditional view of preoperative visiting. *Br J Theatre Nurs* 1993;3(4):5-12.
38. Bekaroğlu ve ark. Ameliyat öncesi kaygı ve depresyon durumunun ameliyat komplikasyonlarına ve yatış süresine etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991; 2(4):285-288.
39. Hume MA, Kennedy B, Asbury AJ. Patient knowledge of anaesthesia and perioperative care. *Anaesthesia* 1994;49:715- 718.
40. 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.
41. 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.
42. Moerman N, Van Dam FS, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale. *Anesth Analg* 1996; 82:445-51.

43. Klapka JM, Roizen MF. Current understanding of patients attitudes toward and preparation for anesthesia, *Anesth Analg* 1996; 83:1314-21.
44. Pasnau RO, Fawzy FI, Skotzko CE, et al. Surgery and surgical subspecialties, In: *The American Psychiatric Press Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*. Rundell JR, Wise MG. (Eds). Washington DC: American Psychiatric Press Inc, 1996:608-639.
45. Mamelok AE. Psychiatry and surgery, In: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Kaplan HI, Sadock BJ. (Eds), 6. th, Baltimore: Williams and Wilkins, 1995:1680-1693.
46. Gülseren Ş. Psikiyatri ve cerrahi, In: *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi-II*. A Çelikkol (Ed). İzmir: Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 1997;2:245-270.
47. Kaplan HI, Sadock B, Grebb JA. *Synopsis of Psychiatry*. London: Williams & Wilkins, 1994:777-778.
48. Fidaner H. Anestezi ve yoğun bakım stresi. *Depresyon Dergisi*, 1997;2(3):81-4
49. Perry SW, Difede J, Musngi G, et al. Predictors of post traumatic stress disorder after burn injury. *Am J Psychiatry* 1992;149:931-935.
50. Gelden M, Gath D, Mayou R. *Oxford Textbook of Psychiatry*. 2th ed. Oxford: Oxford Medical Publications. 1987:394-396.
51. Noyes R, Roth M, Burrows GD. *Handbook of Anxiety*. 1th ed. New York: Elsevier, 1988;2:239-242.
52. Perry F, Parker RK, VWhite PF, Clifford PA. Role of psychological factors in postoperative pain control and recovery. *Clin J Pain* 1994; 10:57-63.
53. Domar AD, Everett LL, Keller. Preoperative anxiety: Is predictable entity?. *Anesth Analg* 1989; 69:763-770.
54. Surman OS. The surgical patient Massachusetts. In: *General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*. Hackett TP, Cassem NH. (Eds). 2. th, Littleton: PSG Publishing, 1987:69-83.
55. Colon EA, Popkin MK. Anxiety and panic, In: *The American Psychiatric Press Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*. JR Rundell, MG Wise (Eds). Washington DC: American Psychiatric Press Inc, 1996:402-425.
56. Stoudemire A, Fogel BS. *Principles of Medical Psychiatry*. 1th ed. Kentucky: Grunne and Stuatton, 1987.

57. Johnston JE. Psychological interventions and coping with surgery. *Handbook of Psychology and Health*. 1984;4:167-188.
58. Shevde K, Panagopoulos GA. Survey of 800 patients' knowledge, attitudes, and concern regarding anesthesia. *Anesth Analg* 1991;73:190-198.
59. Adamson TE, Tschann JM, Gullion DS, et al. Physician communication skills and malpractice claims: a complex relationship. *West J Med* 1989;150:356-360.
60. Cupples SA. Effects of timing and reinforcement of preoperative education. *Heart Lung* 1991;20:654-60.
61. Beddows J. Alleviating preoperative anxiety in patients. *Nurs Stand* 1997; 11:35-8.
62. Chan CSM, Molassiotis A. The effect of an educational programme on the anxiety and satisfaction level of parents having parent present induction and visitation in a postanaesthesia care unit. *Paediatric Anaesthesia* 2002; 12:131-139.
63. Gillies MAM, Baldwin FJ. Do patient information booklets increase perioperative anxiety? *European Journal of Anaesthesiology* 2001;18:620-622.
64. Bergmann P, Huber S, Machler H, et al. The influence of medical information on the perioperative course of stress in cardiac surgery patients. *Anesth Analg* 2001; 93:1093-1099.
65. Cohen F, Lazarus RS. Coping with the stress of illness. In: *Health psychology handbook*. Stone GC, Cohen F, Adler NE. (Eds). San Francisco: Jessey-Bass Publisher, 1982.
66. Moores A, Pace NA. The information requested by patients prior to giving consent to anaesthesia. *Anaesthesia* 2003;58:703-706.
67. Litmann RS, Perkins FM, Dawson SC. Parental knowledge and attitudes toward discussing the risk of death from anaesthesia. *Anaesth Analg* 1993;77:256-260.
68. Garden LA, Merry AF, Holland RL, Petries KJ. Anaesthesia information what patient want to know. *Anaesth Intens Care* 1996;24:594-598.
69. Body DIB. Civil and criminal actions against anaesthesist. *British Journal of Anaesthesia* 1994;73:83-92.

70. Lee A, Chui PT, Gin T. Education patient about anaesthesia: A systematic review of randomized controlled trials of media-based interventions. *Anesth Analg* 2003;96:1424-1431.
71. Besler MP, Yalman A, Çelik M. SSK hastalarının anestezi bilgisi ve yazılı bilgilendirmenin önemi. *Göztepe Tıp Dergisi* 2004;19:132-136.
72. Philips LD. Patient education understanding the process to maximize time and outcomes. *J Intraven Nurs* 1999;22:19-35.
73. Engiz O. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini. 1. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 1997;61-87.
74. Hepner LD, Bader AM, Hurtwitz S, Gustafson M. Patient satisfaction with preoperative assessment in a preoperative assessment testing clinic. *Anesth Analg* 2004;98:1099-1105.
75. Hall JA, Dornan MC. What patients like about their medical care and how often they are asked: A meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med* 1988;27:935-939.
76. Ward SE, Gordon D. Application of the American Pain Society quality assurance standards. *Pain* 1994;56:299-306.
77. Myles PS, Hunt JO, Moloney JT. Postoperative 'minor' complications. Comparison between men and women. *Anaesthesia* 1997;52:300-406.
78. Tong D, Chung F, Wong D. Predictive factors in global and anesthesia satisfaction in ambulatory surgical patients. *Anesthesiology* 1997;87:85-89.
79. Le May S, Hardy JF, Taillefer MC, et al. Patient satisfaction with anaesthesia services. *Can J Anaesth* 2001;48:153-161.
80. Kannan S, Jamison RN, Datta S. Maternal satisfaction and pain control in women electing natural childbirth. *Regional Anesthesia and Pain Medicine* 2001;26:468-472.
81. Wu CL, Naqibuddin M, Fleisher LA. Measurement of patient satisfaction as an outcome of regional anaesthesia and analgesia: A systematic review. *Regional Anaesthesia and Pain Medicine* 2001;26:196-208.
82. Hering K, Harvan J, D'Angelo M, Jansinski D. The use of a computer website prior to scheduled surgery (A pilot study): Impact on patient information, acquisition, anxiety level, and overall satisfaction with anesthesia care. *AANA Journal* 2005;73:29-33.

83. Heidegger T, Husemann Y, Nuebling M, et al. Patient satisfaction with anaesthesia care: development of a psychometric questionnaire and benchmarking among six hospitals in Switzerland and Austria. *British Journal of Anaesthesia* 2002;89:863-872.
84. Mitchell MJ. Methodological challenges in the study of psychological recovery from modern surgery. *Nurse Researcher* 2003 (in press).
85. Mitchell M, Lecturer S. Patient anxiety and modern elective surgery: a literature review, *Journal of Clinical Nursing* 2003;12:806–815.
86. Hicks JA, Jenkins JG. The measurement of preoperative anxiety. *J Royal Soc Med* 1988;81:517–9.
87. Spielberger CD. Anxiety: state- trait- process. In: *Stres and anxiety*. Spielberger CD, Saraon IG (Eds). Washington DC: 1975;1:168-178.
88. Aydemir Ö, Köroğlu E. *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2006:153-161.
89. Wartman SA, Morlock LL, Malitz FE, Palm E. Impact of divergent evaluations by physicians and patients of patients' complaints. *Public Health Rep* 1983;98:141-5.
90. Ramsay MA. A survey of pre-operative fear. *Anaesthesia* 1972;27:396-402.
91. Hume MA, Kennedy B, Asbury AJ. Patient knowledge of anaesthesia and peri-operative care. *Anaesthesia* 1994;49:715-8.
92. Ceyhan A, Basar H, İnan N, ve ark. Türk toplumu anestezi hakkında neler biliyor, neler bilmiyor?. *Sendrom* 2000;12:75-9.
93. Arellano R, Cruise C, Chung F. Timing of the anesthetist's preoperative outpatient interview. *Anesth Analg* 1989;68:645-648.
94. Beddows J. Alleviating preoperative anxiety in patients, *Nurs Stand* 1997;11:35-8.
95. 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.
96. Egbert LD, Battit GE, Turndorf H, Beecher HK. The value of the preoperative visit by anesthetist. *JAMA* 1963;185:553-5.
97. Kain ZN, Kosarussavadi B, Hernandez-Conte A, Hofstadter MB, Mayes LC. Desire for perioperative information in adult patients: A cross-sectional study. *J Clin Anesth* 1997;9:467-72.

98. Farnill D, Inglis S. Patients desire for information about anaesthesia: Australian attitudes. *Anaesthesia* 1994;49:162-4.
99. Kindler CH, Harms C, Amsler F, et al. The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. *Anesth Analg* 2000;90:706-712.
100. Kiyohara LY, Kayano LK, Oliveira LM, et al. Surgery information reduces anxiety in the preoperative period. *rev. Hosp Clin Fac Med* 2004;59(2):51-56.
101. Shuldham CM, Fleming S, Goodman H. The impact of preoperative education on recovery following coronary artery bypass surgery. A randomized controlled clinical trial. *Eur Heart J* 2002;23:666-674.
102. Hashimoto Y, Baba S, Koh H, Takagi H, Ishihara H, Matsuki A. Anxiolytic effect of preoperative showing of anesthesia video for surgical patients, *Masui*, 1993;42(4):611-6.
103. Grabow L, Buse R. Preoperative anxiety, *Psychoter. Psychosom Med Psychol* 1990; 40(7):255-63.
104. Kain ZN, Sevarino FB, Rinder C, et al. Preoperative anxiolysis and postoperative recovery in women undergoing abdominal hysterectomy. *Anesthesiology* 2001; 94:415-422.
105. Kain ZN, Sevarino F, Alexander GM, Pincus S, Mayes LC. Preoperative anxiety and postoperative pain in women undergoing hysterectomy. A repeated-measures design. *J Psychosom Res* 2000; 49:417-422.
106. Lam KK, Chan MTV, Chen PP, Kee WDN. Structured preoperative patient education for patient - controlled analgesia. *Journal of Clinical Anesthesia* 2001; 13:465-469.
107. Weis OF, Sriwatanakul K, Weintraub M, et al. Reduction of anxiety and postoperative analgesic requirements by audiovisual instruction. *Lancet* 1983;1:43.
108. Anderson EA. Preoperative preparation for cardiac surgery facilitates recovery, reduce psychological distress, and reduces the incidence of acute postoperative hypertension. *J Consult Clin Psychol* 1987;55:515-520.
109. Tong D, Chung F, Wong D. Predictive factors in global and anesthesia satisfaction ambulatory surgical patient. *Anesthesiology* 1997;87:856-864.

110. Fung D, Cohen MM. Measuring patient satisfaction with anaesthesia care: A review of current methodology. *Anesth Analg* 1999; 87:1089-1098.
111. Myles PS, Williams DL, Hendrata M, et al. Patient satisfaction after anaesthesia and surgery: result of a prospective survey of 10811 patients. *British Journal of Anaesthesia* 2000;84:6-10.
112. Fleisher LA, Lam J, Pearlman A, et al. Disseminating information using an Anesthesiology Consultan Report: Impact on patient perceptions of quality of care. *Journal of Clinical Anesthesia* 1999;11:380-385.
113. Leigh JM, Walker J, Janaganathan P. Effect of preoperative anaesthetic visit on anxiety. *British Medical Journal* 1977;2:987-989.
114. Vogelsang J. The visual analog scale: an accurate and sensitive method for self-reporting preoperative anxiety. *J Post Anesth Nursing* 1988; 3:235-9.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACTH	: Adrenokortikotropik Hormon
ANOVA	: Analysis of Variance (Tek yönlü varyans analizi)
ASA	: American Society of Anesthesiologists (Amerikan Anesteziyoloji Derneği)
BA	: Bazal Amigdala
CRF	: Kortikotropik Releasing faktör
IQR	: Interquartil Range (Kartiller arası genişlik)
LA	: Lateral Amigdala
STAI	: State-Trait Anxiety Inventory (Durumluluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği)
TRH	: Tirotropin Salgılatıcı Hormon
TUR-P-M	: Transüretal Prostat-Mesane Rezeksiyonu
URS	: Üreteroreno Sistoskopi
VAS	: Visuel Analog Scale (Görsel Analog Skala)

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafikler		Sayfa No
Grafik 1	(Endiŕe 1 skorları)	35
Grafik 2	(Endiŕe 2 skorları)	36
Grafik 3	(Endiŕe 3 skorları)	37

TABLolar DİZİNİ

Tablolar	Sayfa No
Tablo 1 (Hastaların sosyodemografik özellikleri)	33
Tablo 2 (Hastaların ameliyat öyküsü, anestezi türü ve operasyon tipine göre dağılımı)	34
Tablo 3 (Anestezi ile ilgili endişe 1 skorlarının bilgilendiren gruplara göre dağılımı)	38
Tablo 4 (Anestezi ile ilgili endişe 2 skorlarının bilgilendiren gruplara göre dağılımı)	39
Tablo 5 (Anestezi ile ilgili endişe 3 skorlarının bilgilendiren gruplara göre dağılımı)	40
Tablo 6 (Bilgilendirme yapan bölümlere göre STAI puan karşılaştırması)	41
Tablo 7 (Cinsiyete göre STAI puan ortalaması)	42
Tablo 8 (Eğitim düzeyine göre STAI puan ortalaması)	43
Tablo 9 (Mesleğe göre STAI puan ortalaması)	44
Tablo 10 (Ameliyat öyküsüne göre STAI puan ortalaması)	45
Tablo 11 (Operasyon tipine göre STAI puan ortalaması)	45
Tablo 12 (Yaş gruplarına göre STAI puan karşılaştırma)	46
Tablo 13 (Gruplara göre VAS değerleri)	47
Tablo 14 (Gruplara göre memnuniyet derecesi)	48
Tablo 15 (STAI puanları ile VAS skorları ve memnuniyet skalası puanları arasındaki korelasyon tablosu)	49

EK 1

DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Adı-Soyadı :

Tarih :

Doğum tarihi :

Dosya no :

Cinsiyeti :

Eğitim durumu :

Meslek :

Adres :

Tel no :

Yattığı klinik :

Tanı :

Planlanan ameliyat tarihi :

EK 2

ANESTEZİ İLE İLGİLİ ENDİŞE NEDENLERİ

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

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

1-).....

2-).....

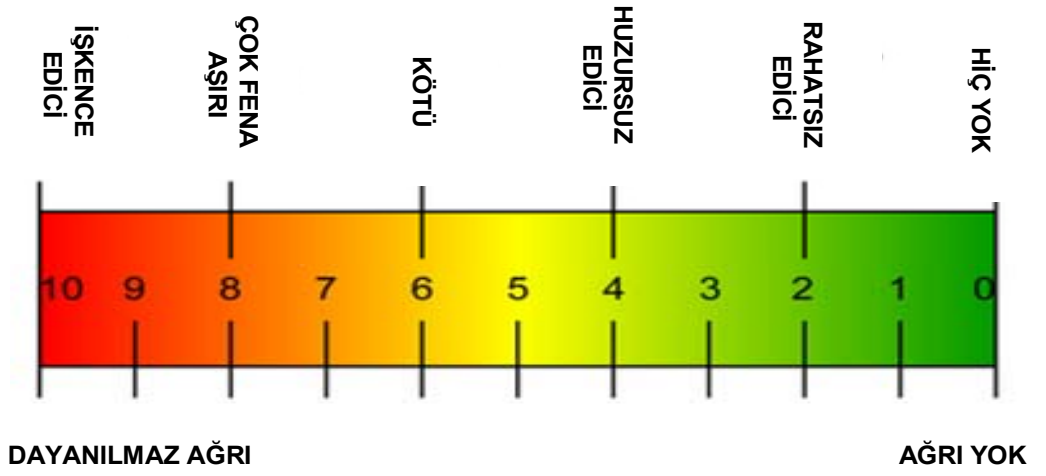
3-).....

EK 3

STAI (Durumluluk) Maddeleri

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamiyle
1. Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Şu anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Şu anda keyfim yerinde	(1)	(2)	(3)	(4)

EK 4



HASTANIN ADI:

AĞRI NEDENİ : Akut Kronik

TARİH..... BAŞLANGIÇ (SAAT)..... SON.....

PREOPERATİF DÖNEM:

POSTOPERATİF DÖNEM:

0. DAKİKA:

30. DAKİKA:

1. SAAT:

6. SAAT:

12. SAAT:

24. SAAT:

EK 5

HASTA MEMNUNİYET SKALASI:

0: ÇOK KÖTÜ

1:KÖTÜ

2:İYİ

3:ÇOK İYİ

4:MÜKEMMEL