



**T.C.**

**SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ**

**ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI**

**ANESTEZİ POLİKLİNİĞİNDE BATHE METHODU  
KULLANILMASININ ERİŞKİNLERDE PREOPERATİF  
ANKSİYETE, HASTA MEMNUNİYETİ VE BİREYSEL  
ANESTEZİ ENDİŞELERİ ÜZERİNE ETKİSİ**

**Araş. Gör. Dr. İsmail KARAKOYUN**

**UZMANLIK TEZİ**

**Olarak Hazırlanmıştır**

**Doç. Dr. Ahmet Cemil İSBİR**

**DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ**

**Sivas**

**2019**



Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 12/12/2017 tarih ve 2017/12-02 sayılı kararı ile kabul edilen "Tıpta Uzmanlık Tez Yazım Yönergesine göre hazırlanmıştır.

## ONAY SAYFASI

Bu tez, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı'nda uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir.

İmza

Üye

Üye

Üye

Bu tez, 12/12/2017 tarih ve 2017/12-02 sayılı Yönetim Kurulu Kararı ile belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Tıp Fakültesi Dekanı

## TEŞEKKÜR

Hekimlik öğretisinin en önemli basamaklarından biri olan, asistanlık eğitimim süresince her fırsatta bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım ve tezimin her aşamasında sabrı ve anlayışı ile bana sürekli destek olan tez danışmanım Doç. Dr. Ahmet Cemil İSBİR'e,

Uzmanlık eğitimime sayısız katkıları olan başta Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. İclal ÖZDEMİR KOL'a ve bölümümüzün değerli öğretim üyeleri olan Prof. Dr. Sinan GÜRSOY, Prof. Dr. Kenan KAYGUSUZ ve Dr. Öğr. Üyesi Onur AVCI'ya

Berber yıllarca pek çok şey paylaştığım tüm saygıdeğer hekim arkadaşlarıma,

Tezim ile ilgili istatistik çalışmalarında bana yardım eden Sayın Dr. Öğr. Üyesi Ziyet ÇINAR'a

Eğitimim süresince birlikte zevkle çalıştığım tüm anestezi teknisyeni, hemşire ve personel arkadaşlarıma,

Tanıştığım günden bu yana hayatıma yeni bir anlam katan, hedeflerim doğrultusunda desteğini, güvenini ve fedakarlığını esirgemeyen sevgili eşim Gizem ÜK KARAKOYUN'a; zor günlerimde neşe kaynağım olan canım oğullarım Ömer Arden KARAKOYUN ve Doruk KARAKOYUN'a

Dualarını hep arkamda hissettiğim, hayatımın her bölümünde desteklerini ve güvenlerini benden esirgemeyen sevgili annem, babam ve kardeşlerime sonsuz teşekkür ederim.

Dr. İsmail KARAKOYUN

## ÖZET

### **Anestezi Polikliniğinde BATHE Methodu Kullanılmasının Erişkinlerde Preoperatif Anksiyete, Hasta Memnuniyeti ve Bireysel Anestezi Endişeleri Üzerine Etkisi**

**Dr. İsmail KARAKOYUN, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Sivas, 2020**

*Giriş ve amaç:* Preoperatif değerlendirme, hastanın anamnezinin alınması, laboratuvar incelemeleri ve anestezi risk belirlemesini içerir. Preoperatif vizitin en önemli amaçlarından bir tanesi de anksiyetenin giderilmesidir. Preoperatif anksiyete bireydeki hastalığa, hastanede yatmaya, anesteziye ve cerrahiye veya bilinmeyen bir nedene karşı gelişen hoş olmayan huzursuzluk durumu veya gerilim olarak tanımlanır. Bu anksiyete; cerrahiye, anesteziyi ve postoperatif iyileşmeyi olumsuz etkiler.

Anksiyeteyi ölçen testlerden biri olan APAİS, bu alanda yaygın kullanıma sahiptir. BATHE görüşme tekniği ise, hastaların kendilerini daha rahat ifade edebildiği, hekimlerin hastalara karşı empati kurmalarına olanak sağlayan kısa terapötik görüşme tekniklerinden bir tanesidir. BATHE; Background (arka plan), Affect (etki), Trouble (sorun), Handling (kullanma) ve Empathy (empati) başlıklarını içeren soruların baş harflerinden oluşur.

Bu çalışmanın amacı; elektif cerrahi operasyon geçirecek ve genel anestezi alacak hastalarda anesteziye dair endişe nedenlerini belirlemek, bu hastaların preoperatif anksiyete düzeylerini ölçmek, preoperatif muayenede BATHE görüşme tekniği uygulanmasının preoperatif anksiyete ve hasta memnuniyeti üzerine etkilerini araştırmaktır.

*Gereç ve Yöntem:* Elektif şartlarda cerrahi planlanan ve anestezi yöntemi olarak genel anestezi uygulanacak ASA I-II grubu, 18-70 yaş arası 500 erişkin hasta çalışmaya dahil edildi.

Preoperatif muayene öncesi tüm hastalardan; *Demografik Bilgi* formunu, *Anestezi ile İlgili Endişe Nedenleri* formunu ve *APAİS* formunu doldurmaları istendi. Daha sonra hastalar kapalı zarf randomizasyon yöntemi ile 250 kişilik iki gruba ayrıldı. Buldukları gruplara göre BATHE anamnez veya standart anamnez yöntemleri uygulanarak hastaların preoperatif muayeneleri tamamlandı. Preoperatif muayene

sonrası hastalardan *APAİS-Çıkış* formunu ve *Hasta Memnuniyet Anketi* formunu doldurmaları istendi.

*Bulgular:* Tüm hastalarda anesteziye dair en çok korkulan üç neden sırasıyla; ameliyat sonrası uyanmamak, ameliyat sırasında uyanmak ve yoğun bakımda kalmak olarak sıralanmıştır. Kadınlarda, genç yaş grubunda, evli ve çocuk sahibi olanlarda, sigara ve alkol kullananlarda, daha önceden anestezi deneyimi olmayanlarda ve eğitim durumu yüksek olanlarda APAİS anksiyete skorları daha yüksek bulunmuştur. Cerrahi bölüm olarak ise kadın doğum, KBB ve beyin cerrahi hastalarında anksiyete değerleri daha yüksek görülmüştür ( $p<0,05$ ).

Preoperatif ziyaret sırasında BATHE metodu kullanılan grubun muayene öncesi ve sonrası APAİS skorları arasındaki fark standart anamnez uygulanan gruba göre daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Yine BATHE grubundaki hastaların hasta memnuniyet puan ortalaması standart anamnez grubuna göre daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

*Sonuç:* Preoperatif anksiyete cerrahiye, anesteziyi ve postoperatif iyileşmeyi olumsuz etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Bu yüzden preoperatif anksiyete konusu daha dikkatle ele alınmalı ve hastaların anksiyetelerini azaltmaya yönelik daha çok araştırmalar yapılmalıdır. Bu bağlamda biz preoperatif muayeneye BATHE görüşme tekniğinin dahil edilmesinin preoperatif anksiyeteyi azaltabileceğini kanaatine vardık.

**Anahtar Kelimeler:** preoperatif anksiyete, anestezi kaygısı, BATHE metodu, APAİS, hasta memnuniyeti

## ABSTRACT

### **The Effect of BATHE Method on Preoperative Anxiety, Patient Satisfaction and Individual Anesthesia Concerns in Anesthesia Clinic**

**İsmail KARAKOYUN M.D., Cumhuriyet University School of Medicine,  
Department of Anesthesiology and Reanimation, Sivas, 2020**

*Introduction and Objectives:* Preoperative evaluation includes taking the patient's history, laboratory researches and anesthesia risk determination. One of the most important aims of the preoperative visit is to relieve anxiety. Preoperative anxiety is defined as an unpleasant condition of disturbance or stress that develops against the patient's illness, hospitalization, anesthesia and surgery, or an unknown cause. This anxiety adversely affects surgery, anesthesia and postoperative recovery. APAIS, which is one of the tests that measure anxiety, has a common use in this issue. The BATHE interview technique is one of the short therapeutic interview techniques in which patients can express themselves more easily and allowing the physicians to empathize with patients. BATHE is an acronym for Background, Affect, Trouble, Handling and Empathy. The aims of this study are to determine the causes of the anxiety related to anesthesia, to measure their preoperative anxiety levels and to show the effects of preoperative BATHE interview technique on preoperative anxiety and patient's satisfaction in patients undergoing elective surgery with general anesthesia.

*Material and Method:* ASA (American Society of Anesthesiologists) I-II, five hundred adult patients that age of 18-70 years who undergo elective surgery with general anesthesia were included in the study.

Before the preoperative examination of all patients; They were asked to complete the Demographic Information form, the form of the Causes of Anesthesia Concern, and the APAIS form. Then, the patients were divided into two groups of 250 patients with closed envelope randomization method. Preoperative examinations of the patients were completed by applying BATHE anamnesis or standard anamnesis methods according to their groups. After the preoperative examination, the patients were asked to complete the APAIS-Exit form and the Patient Satisfaction Questionnaire.

*Results:* In all patients, the three most feared reasons about anesthesia were respectively; not waking up after surgery, waking up during surgery and staying in intensive care unit. APAIS anxiety scores were found to be higher in women, in young patients, in patients that have marriage and children, in smokers and alcohol users, in patients that had no previous anesthesia experience and in patients with high educational status. Anxiety values were found to be higher in gynecology, ENT and neurosurgery patients ( $p<0,05$ ).

The difference between APAIS scores before and after the examination was higher in the group using the BATHE method during the preoperative visit compared to the standard anamnesis group ( $p<0,05$ ). Also the patient satisfaction score of the BATHE group was higher than the standard anamnesis group. ( $p<0,05$ ).

*Conclusion:* Preoperative anxiety is an important health problem that adversely effects the surgery, anesthesia and postoperative recovery. Therefore, preoperative anxiety should be handled more carefully and more researches should be done to reduce the anxiety of patients. In this context, we concluded that the inclusion of BATHE interview technique in preoperative examination may reduce preoperative anxiety.

**Keywords:** preoperative anxiety, anxiety related to anesthesia, BATHE method, APAIS, patient satisfaction



## İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI.....	i
TEŞEKKÜR .....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT .....	v
İÇİNDEKİLER .....	vii
TABLolar DİZİNİ .....	ix
GRAFİKLER DİZİNİ .....	x
KISALTMALAR DİZİNİ .....	xi
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ .....</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>4</b>
2.1 Anestezi .....	4
2.2 Preoperatif Vizit: .....	5
2.3 Anksiyete.....	7
2.3.1 Anksiyete Tanımı: .....	7
2.3.2 Anksiyete Kavramının Tarihçesi:.....	8
2.3.3 Anksiyeteyi Açıklayan Kuramlar:.....	9
2.3.3.1 Psikoanalitik Kuram: .....	9
2.3.3.2 Öğrenme Kuramı: .....	10
2.3.3.3 Davranışçı ve Bilişsel Kuram: .....	10
2.3.3.4 Varoluşçu Kuram:.....	11
2.3.3.5 Spilberger'in Anksiyete Kuramı: .....	12
2.3.3.6 Anksiyeteyi Açıklayan Biyolojik Kuramlar .....	13
Otonom Sinir Sistemi.....	13
Nörotransmitterler .....	13
Limbik Sistem .....	15
Serebral Korteks.....	15
2.4 Preoperatif Anksiyete .....	16
2.4.1 Preoperatif Anksiyete Nedenleri .....	17
2.4.2 Anestezi ile İlgili Endişe Nedenleri: .....	18
2.4.3 Anksiyetenin Sık Görüldüğü Cerrahi Türleri .....	19
2.4.4 Preoperatif Anksiyete Tedavisi .....	24

2.4.4.1 Farmakolojik Hazırlama .....	24
2.4.4.2 Psikolojik Hazırlama.....	24
BATHE Görüşme Tekniği.....	25
2.4.5 Preoperatif Anksiyete Ölçme Yöntemleri: .....	26
2.4.5.1 APAIS (Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve Bilgi Ölçeği) ...	28
2.4.6 Preoperatif Anksiyete Ölçümlerinin Sonuçları .....	29
2.5 Hasta Memnuniyeti .....	29
2.5.1 Anestezi Memnuniyetinin (Tatmininin) ve Kalitesinin Ölçülmesi .....	30
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>31</b>
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>33</b>
4.1 Demografik Veriler .....	33
4.2 Anestezi ile İlgili Endişe Nedenlerine Dair Veriler .....	38
4.3 Preoperatif Anksiyete Düzeylerine Dair Veriler .....	40
4.4 BATHE Anamnez ve Standart Anamnez grubu Hastaların Muayene Sonrası APAİS Skorlarının Karşılaştırılmasına Dair Veriler.....	50
4.5 Hasta Memnuniyetine Dair Veriler .....	52
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>53</b>
<b>6. SONUÇ.....</b>	<b>64</b>
<b>7. KAYNAKLAR .....</b>	<b>66</b>
<b>8. EKLER.....</b>	<b>80</b>
EK-1 .....	80
EK-2 .....	81
EK-3 .....	82
EK-4 .....	83

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 2.1</b> BATHE Görüşme Tekniğinin Spesifik Soruları .....	25
<b>Tablo 2.2</b> Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve Bilgi Ölçeği (APAİS) .....	29
<b>Tablo 4.1</b> Hastaların Cinsiyete Göre Dağılımı .....	33
<b>Tablo 4.2</b> Hastaların Yaşa Göre Dağılımı .....	33
<b>Tablo 4.3</b> Hastaların Medeni Hale Göre Dağılımı .....	34
<b>Tablo 4.4</b> Hastaların Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre Dağılımları .....	34
<b>Tablo 4.5</b> Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı .....	35
<b>Tablo 4.6</b> Hastaların Gelir Durumuna Göre Dağılımı .....	35
<b>Tablo 4.7</b> Hastaların Sigara İçme Durumlarına Göre Dağılımları .....	36
<b>Tablo 4.8</b> Hastaların Alkol Kullanımına Göre Dağılımları .....	36
<b>Tablo 4.9</b> Hastaların Anestezi Deneyimine Göre Dağılımları .....	37
<b>Tablo 4.10</b> Hastaların Yattıkları Servislere Göre Dağılımları .....	37
<b>Tablo 4.11</b> Anesteziye Dair En Çok Korkulan 1. Endişe Nedeninin Dağılımı .....	38
<b>Tablo 4.12</b> Anesteziye Dair En Çok Korkulan 2. Endişe Nedeninin Dağılımı .....	38
<b>Tablo 4.13</b> Anesteziye Dair En Çok Korkulan 3. Endişe Nedeninin Dağılımı .....	39
<b>Tablo 4.14</b> Cinsiyete Göre APAİS-AA, CA, TA Ortalama Değerleri .....	40
<b>Tablo 4.15</b> Yaş Gruplarına Göre APAİS-AA, CA, TA Ortalama Değerleri .....	41
<b>Tablo 4.16</b> Medeni Durumuna Göre APAİS-AA, CA, TA Ortalama Değerleri .....	42
<b>Tablo 4.17</b> Çocuk Durumuna Göre APAİS-AA, CA, TA Ortalama Değerleri .....	43
<b>Tablo 4.18</b> Eğitim Durumuna Göre APAİS-AA, CA, TA Ortalama Değerleri .....	44
<b>Tablo 4.19</b> Gelir Durumuna Göre APAİS-AA, CA, TA Ortalama Değerleri .....	45
<b>Tablo 4.20</b> Sigara İçme Durumuna Göre APAİS-AA, CA, TA Ortalama Değerleri .....	46
<b>Tablo 4.21</b> Alkol Kullanma Durumuna Göre APAİS-AA, CA, TA Ortalama Değerleri .....	47
<b>Tablo 4.22</b> Anestezi Deneyimine Göre APAİS-AA, CA, TA Ortalama Değerleri .....	48
<b>Tablo 4.23</b> Yatarak Tedavi Görülen Servislere Göre APAİS-AA, CA, TA Ortalama Değerleri .....	49
<b>Tablo 4.24</b> BATHE ve Standart Anamnez Grupları Giriş ve Çıkış APAİS Ortalama Değerleri .....	51
<b>Tablo 4.25</b> BATHE ve Standart Anamnez Grupları Giriş ve Çıkış APAİS Değerlerinin Ortalama Farkları .....	52
<b>Tablo 4.26</b> BATHE ve Standart Anamnez Grubu Hastaların Memnuniyet Puanı Ortalamaları .....	52

## GRAFİKLER DİZİNİ

<b>Grafik 4.1</b> Cinsiyete Göre APAİS Anksiyete Ortalama Değerleri .....	40
<b>Grafik 4.2</b> Yaşa Göre APAİS Anksiyete Ortalama Değerleri .....	41
<b>Grafik 4.3</b> Medeni Durumuna Göre APAİS Anksiyete Ortalama Değerleri .....	42
<b>Grafik 4.4</b> Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre APAİS Anksiyete Ortalama Değerleri.....	43
<b>Grafik 4.5</b> Eğitim Durumuna Göre APAİS Anksiyete Ortalama Değerleri .....	44
<b>Grafik 4.6</b> Gelir Durumuna Göre APAİS Anksiyete Ortalama Değerleri .....	45
<b>Grafik 4.7</b> Sigara İçme Durumuna Göre APAİS Anksiyete Ortalama Değerleri .....	46
<b>Grafik 4.8</b> Alkol Kullanma Durumuna Göre APAİS Anksiyete Ortalama Değerleri .....	47
<b>Grafik 4.9</b> Anestezi Deneyimine Göre APAİS Anksiyete Ortalama Değerleri.....	48
<b>Grafik 4.10</b> Yatarak Tedavi Görülen Servislere Göre APAİS Anksiyete Ortalama Değerleri.....	50
<b>Grafik 4.11</b> Görüşme Tekniğine Göre Giriş-Çıkış APAİS Skorlarının Değişimi ....	51
<b>Grafik 4.12</b> Gruplara Göre Hastaların Memnuniyet Puanı Ortalamaları.....	52

## KISALTMALAR DİZİNİ

<b>BATHE:</b>	Background, Affect, Trouble, Handling, Empathy
<b>APAİS:</b>	Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve Bilgi Ölçeği
<b>ASA:</b>	American Society of Anesthesiologists
<b>SSS:</b>	Santral sinir sistemi
<b>MSS:</b>	Merkezi sinir sistemi
<b>GABA:</b>	Gama aminobutyric asit
<b>5 HT:</b>	Seratonin
<b>NE:</b>	Noradrenalin
<b>STAI:</b>	State-Trait Anxiety Inventory
<b>HADS:</b>	Hospital Anxiety and Depression Scale
<b>VAS:</b>	Visual Analog Scale
<b>MAACL:</b>	Multiple Affect Adjective List
<b>AA:</b>	Anestezi anksiyetesi
<b>CA:</b>	Cerrahi anksiyete
<b>TA:</b>	Toplam anksiyete
<b>EUROPEP:</b>	European Patients Evaluate General/ Family Practice
<b>SA grubu:</b>	Standart anamnez grubu
<b>BA grubu:</b>	BATHE anamnez grubu
<b>KBB:</b>	Kulak Burun Boğaz
<b>SPSS:</b>	Statistical packace for social scienses
<b>%:</b>	Yüzde

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Anestezi ve cerrahi; hastalarda gerginlik, korku, endişe, kaygı, heyecan ve hüzün gibi insanoğlu tarafından yaşanabilecek tüm olumsuz duygu ve düşünceleri anımsatır. Kaygı tüm diğer duygular gibi tarif edilmesi zor bir duygu olup kaygıyı; üzüntü, sıkıntı, korku, başarısızlık duygusu, acizlik, sonucu bilememe ve yargılanma gibi heyecanların birini veya çoğunu içerdiğini ifade etmek mümkündür (1).

Opere olacak hastaların, ameliyat ve anesteziye bağlı riskler hakkında bilgi eksiklikleri ve birtakım yanlış düşünceleri olabilir. Ameliyata girecek birçok hasta “Anestezi” kelimesinin anlamını bilmemektedir. Hastaların birçoğu ameliyatın sadece cerrahlar tarafından yapıldığını ve bütün sorumluluğun ilgili cerraha ait olduğunu düşünür. Cerrahını seçmekte son derece titiz davranan hasta, çoğu kez anestezi doktorunu tanımamaktadır.

Preoperatif değerlendirme, hastanın fizik ve psikolojik durumunun belirlenmesi ile yandaş hastalıkları ve kullandığı ilaçların hikayesinin alınması, laboratuvar incelemeleri ve anestezi risk belirlemesini içerir. Bunu hastanın bilgilendirilmesi ile ameliyat öncesi hazırlık takip eder. Hastanın fiziksel ve psikolojik olarak cerrahi sırasındaki stresi kaldırıp kaldıramayacağı, cerrahinin hastanın daha rahat edeceği şekilde planlanması, sedasyon gerekip, gerekmeyeceği, ne tür anestezi gerekeceği ve uygulanacak ilaçlara bir kontrendikasyon olup olmayacağı preoperatif değerlendirmenin temelini oluşturur. Preoperatif hazırlığın en önemlisi amaçlarından biri de preoperatif anksiyetenin giderilmesidir.

Preoperatif anksiyete; cerrahiye, anesteziyi ve postoperatif iyileşmeyi olumsuz etkileyen bir faktördür (2). Anksiyete düzeyi kadınlarda erkeklere, ailesi ve arkadaşları tarafından ameliyata getirilen hastalarda yalnız gelenlere, kardiyak ve vertebra cerrahisi uygulanacak hastalarda diğerlerine göre, gençlerde yaşlılara göre ve kötü anestezi deneyimi olanlarda olmayanlara göre daha fazla bulunmuştur (3,4).

Ameliyat olacak hastalarda genel olarak anestezi kaygısı; ölüm riskine ilişkin endişeler, çalışabilirliğini kaybedeceği endişeleri, özürlü olacağı endişesi, cinsel yeterliliğin kaybı korkusu nedenleri ile gelişir. Preoperatif dönemde hastaların %60-80’inin anksiyeteye sahip oldukları yapılan çeşitli çalışmalarda bildirilmiştir (5,6).

Anesteziyoloji çalışmalarında preoperatif anksiyete düzeyini ölçmek, anestezinin kalitesini değerlendirmek ve hasta memnuniyetini belirlemek için anketuygulaması uzun yıllardır yapılmaktadır. 30 yıldan fazla süredir araştırmacılar hastalar için hazırladıkları anket formlarıyla hastaların anestezie dair endişelerini, anksiyete seviyelerini, anesteziden memnuniyet oranlarını araştırıp sonuçlarını yayınlamışlardır. Maalesef çoğu çalışmada araştırmacılar tarafından kullanılan anketlerin güvenilirliği ve geçerliliği ispatlanmamış ve önemli metodolojik problemler olduğu saptanmıştır.

1996'da Hollanda'daki Moermann grubu, Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve Bilgi Ölçeği APAIS'i geliştirdi (7). Preoperatif anksiyetenin değerlendirilmesinde kullanılan testlerden biridir. Endişe kaynağı bu testte cerrahiden duyulan ve anesteziden duyulan endişe olarak ikiye ayrılmıştır. Anksiyeteyi değerlendirmek üzere bu iki kaynağa yönelik 6 ifadeyi içermektedir. Her ifadeye şiddete göre 5'li Likert ölçeği'ne dayanan sayısal değer verilmektedir; 1-5 arası değişen bu değerler; 1=hiç, 2=hafif, 3=orta, 4=şiddetli, 5=aşırı şiddeti ifade etmektedir. Ülkemizde ilk defa Aykent ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye çevrilerek kullanılmıştır (8).

Hastaların anksiyete seviyelerini düşürmek amacıyla çok çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Preoperatif dönemde anestezi doktorları tarafından yapılan görüşme ve bu görüşmede verilen bilgiler, premedikasyon amacıyla uygulanan ilaçlar bunlardan bazılarıdır (9). Preoperatif dönemde hastaların bilgilendirilmesinin anksiyete ve analjezik gereksinimini azalttığı, memnuniyeti arttırdığı gösterilmiştir (10). Hastaya, her aşamada yapılan işlemin ne olduğu ve niçin yapıldığı konusunda bilgi verildiğinde hastaların anksiyete düzeylerinin azaldığı gözlenmiştir (11). Hastanın kaygılarının dinlenmesi kaygı ile başa çıkma yeteneğini güçlendirmektedir. Hasta psikolojik olarak değerlendirirken, anksiyete derecesinin ve nedenlerinin bilinmesi, hastalığın detayları, anestezi işlemi ve cerrahi işlem, postoperatif dönemle ilgili konularda hastaların endişesini arttırmayacak şekilde yeterli düzeyde bilgilendirme önemlidir.

BATHE metodu; hekimlerin hastalarla yapılan standart bir muayene görüşmesine dahil edebileceği spesifik soru veya yorumları içeren yaklaşık 15 dakika süren psikoterapi yöntemidir. BATHE metodu (BATHE; Background, Affect,

Trouble, Handling, Empathy) Geçmiş, Etki, Endişe, Başa ıkma ve Empati kelimelerinin baş harflerinin kısaltmasıdır. Stuart ve Lieberman tarafından geliştirilen BATHE (12,13,14), Hepner ve arkadaşları tarafından modellenmiş ve preoperatif muayenede kullanılmak için modifiye edilmiştir (15).

Bu alışmada Cumhuriyet niversitesi hastanesi anestezi polikliniğine başvuran elektif şartlarda cerrahi planlanan ve anestezi yöntemi olarak genel anestezi uygulanacak, American Society of Anesthesiologists (ASA) I-II grubu 18 yaş üstü 500 hastada anestezi ile ilgili endişe nedenlerini belirlemeyi, preoperatif anksiyete düzeylerini ölçmeyi, anestezistin preoperatif vizitte kullandığı görüşme tekniğinin anksiyete üzerine etkisini incelemeyi ve anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisini belirlemeyi amaçladık.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1 Anestezi

Anestezi kelimesi, bugünkü anlamıyla ilk defa Yunanlı filozof Dioscorides tarafından kullanılmıştır. AN (olumsuzluk) eki ve ESTEZİ (duyu, his) sözcüğünden oluşur ve duyarsızlık, hissizlik demektir. (16).

İnsanlık tarihi yıllar boyunca ağrıya ve ağrıyı gidermeye karşı savaş vermiştir. Bu hikâye oldukça dramatik olup şu anda gelinen nokta pek çok deneyimin ve ayrı ayrı kazanılmış zaferlerin tümüdür. (17). Çok eski zamanlardan beri ağrıyı gidermek için çok çeşitli yollar kullanılmıştır. Çeşitli otlar, alkol, haşhaş, opium deriveleri, bir ekstremitenin buz içine konması veya turnike ile iskemik hale getirilerek anestezi sağlanması bunlardan bazılarıdır. Yine de en sık başvurulan yol, kaba kuvvetle hastanın hareketinin önlenmesi olmuştur. Hastanelerde, ameliyat sırasında hastaları hareketsiz tutacak personelin çağırılması için zil çalınmıştır. Bu durumda cerrahi girişimler, hem hasta hem de cerrah için dehşet verici deneyim olmuştur. (16).

Gerçek anestezi ilk olarak 1774 yılında Joseph Priestley'in oksijeni tanımlaması ile başlamıştır. Cerrahi anestezi uygulaması ise Amerika'nın tıp dünyasına yaptığı en büyük katkılardan bir tanesidir. 1840 yıllardaki o dönemde pek çok araştırma, deney ve keşif yapılmıştır. 1842'de Crawford W, Long ilk kez eter anestezisi altında cerrahi girişim gerçekleştirmiştir. Yine 1844 yılında Horace Wells ilk kez diş çekimi sırasında nitroz oksidi kullanarak ağrısız diş çekimini sağlamıştır. Gerçek anlamda hekimlik hayatını anesteziye adanmış ilk hekim ise John Snow'dur. John Snow eteri hastaya solunum yoluyla vermek üzere bir inhaler geliştirmiştir. Ayrıca hastaya verilen inhalasyon anestezisinin ölçülmesi gerektiğini, oksijen yetersizliğinde sorunlar çıkabileceğini, karbondioksitin ortaya çıkarabileceğini vurgulamıştır. (17).

Gelecekte ameliyathanelerin teknolojik açıdan çok daha gelişeceği aşikardır. Robotik cerrahi aletler, gelişmiş ses kontrol sistemleri, gelişmiş internet olanakları, intraoperatif manyetik rezonans ve radyoterapi, ameliyatların içeride ve dışarıda izlenebilmesi ile tele-konsültasyon imkanlar, yeni ve gelişmiş simülörler bu gelişmelerden bazıları olacaktır. (16).

Genel anestezi, vücut fonksiyonlarda önemli bir değişiklik olmadan, geçici

bilinç kaybı ve refleks aktivitede azalma ile karakterizedir bir olaydır. Bu durum, genel anestezi ilaçlarının santral sinir sisteminde yaptığı, kortikal merkezlerden başlayıp, bazal ganglionlar, serebellum, medulla spinalis ve medüller merkezler sırasını izleyen inici bir depresyonun sonucudur.

Bilincin gitmesi ve reflekslerin baskılanmasının yanında, kas gevşemesi de genel anestezinin önemli bir komponentidir. Bu üç kavram birlikte genel anestezinin triadını oluşturmaktadır (16).

Anestezi uygulaması enjeksiyon bölgesinde hafif bir reaksiyondan, ölüme kadar giden birçok beklenmedik ve istenmeyen tepkimelere neden olabilir. Bunlar işlemin hemen başında olabileceği gibi, anesteziden aylarca sonra da ortaya çıkabilir. Sorunlar organ sistemlerine göre ayrılabilir gibi, görüldüğü dönemlere göre peroperatif veya postoperatif olarak da ayrılabilir.

Anestezi güvenliğinde anestezi ekibinin eğitim ve deneyimi, hastanın fiziksel durumu, cerrahinin tipi ve süresi, anestezi yöntemi, imkanlar ve izlem yöntemleri gibi pek çok etken söz konusudur.

Hastaların ameliyat öncesi yeterince değerlendirilmemiş ve hazırlanmamış olması mortalite ve morbidite arttırdığı çalışmalarda gösterilmiştir. Ama bu durum önlenbilir olması nedeniyle daha fazla önemsenmesi gereken konulardandır (18).

## **2.2 Preoperatif Vizit:**

Preoperatif değerlendirme, cerrahi olan veya olmayan girişimler için uygulanacak anestezi öncesinde anesteziyoloğun sorumluluğunda olan bir klinik incelemedir. (19). Anestezi uzmanları preoperatif değerlendirme ile hastanın tıbbi durumunu değerlendirmek, anestezi planını yapmak ve hastaları bu plan hakkında bilgilendirmekle sorumludur (20).

Yeterli preoperatif hazırlığın ve perioperatif düzenlemelerin yapılabilmesi için bütün hastaların ameliyat öncesi değerlendirilmesi gerekir. Preoperatif muayene sırasında hastaların ayrıntılı fizik muayenesi yapılır, yaşına, hastalığın ve cerrahinin özelliklerine göre laboratuvar tetkikleri istenir ve değerlendirilir (21). Ülkemizde hangi hasta grubunda hangi testlerin preoperatif vizitte rutin istenmesi gerektiği konusunda daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır (20).

Preop muayene sonuçlarına göre hastanın fiziksel ve psikolojik durumu tespit edilir. Hastanın hangi ilaçlara operasyon gününe kadar devam edeceğine, hangilerinin ne zaman kesilmesi gerektiğine karar verilir. Kısacası medikal durumu optimal hale getirilmeye çalışılır ve anestezi riski saptanır. Bütün bunların amacı hastanın hem anestezi hem de cerrahi açıdan güvenli bir şekilde ameliyat olmasını sağlamaktır (21). Preoperatif ziyaret hastanın anestezi doktoruyla tanışması ve hekimine olan güvenini sağlamak ve hasta-hekim ilişkisini güçlendirmek açısından da çok önemlidir (19). Preoperatif muayene sonucunda hastalar için başka bölümlerden konsültasyonlar istenebilir. Başka branş doktorlarınca yapılan konsültasyonlar anestezi için yol gösterici olabilmektedir. Hastanın anestezi alıp alamayacağına, alacaksa hangi anestezi tekniğinin uygulanacağına anestezi doktoru tarafından karar verilir. Ameliyatın ertelenmesini gerektiren sorunlara olguların aciliyetini de göz önüne alarak ayrıca karar verilir. Hastanın var olan risklerinin de operasyondan göreceği yararlarla karşılaştırılarak değerlendirilmesi gerekir. (21).

Günümüzde birçok hasta operasyon günü hastaneye yatırılmaktadır. Çünkü yatış süresinin azaltılarak maliyetlerin düşürülmesi, ev ortamından ayrı kalacakları sürenin kısaltılması gibi nedenler bu duruma sebep olmaktadır. Bu durum da ayrıca hastaların preoperatif değerlendirilmelerinde sorunlar çıkarmaktadır. Ameliyat sabahı görülen hastalarda ileri tetkik ihtiyacı olduğunda operasyonun ertelenmesi gerekebilmektedir. Bu da ameliyat masalarının boş kalmasına ve hasta psikolojisinin olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir. Bu nedenle birçok hastanede anestezi poliklinikleri görev yapmaya başlamıştır. Bu sayede hastaneye yatmadan önce anestezi polikliniğinde değerlendirilen hastadan, ihtiyaç halinde ileri tetkikler ve konsültasyonlar istenebilmekte, ve bunların tamamlanabilmesi için zaman kazanılmış olmaktadır. (21).

**Preoperatif değerlendirmenin amaçları şu şekilde sıralanabilir:**

1. Cerrahi ve anestezi ile ilgili riskleri azaltmak,
2. Perioperatif bakımın kalitesini arttırmak, masrafını azaltmak,
3. Hastayı istenen fonksiyon düzeyine döndürmek,
4. Hastanın anestezi için onamını almak,

5. Hastanın psikolojik ve fizik durumunu değerlendirmek,
  - a. Psikolojik değerlendirme ve hazırlık,
  - b. Fizik durumun değerlendirilmesi,
  - c. Laboratuvar incelemeleri.
6. Farmakolojik durumunun değerlendirilmesi,
  - a. Önemli ilaç etkileşimleri,
  - b. Alışkanlıklar.
7. Anestezi riskinin belirlenmesi,
8. Premedikasyon verilmesi.

Preoperatif değerlendirme, iyi planlanmalı ve organize olmalıdır. Hastaya preoperatif muayenenin nedeni açıklandıktan sonra, ihtiyaç duyulan gerekli bilgiler sırayla, düzenli bir şekilde alınmalı ve kaydedilmelidir (20).

Öncelikle her hastaya ayrıntılı bir özgeçmiş sorgulaması yapılmalıdır. Acil girişimlerde bile kısa da olsa hasta veya hasta yakınından kısaca bilgi alınmalıdır. Özgeçmişte öncelikle hastanın genel durumu değerlendirilmelidir. Hastanın o anki probleminin yanı sıra, geçmişteki bütün tanı ve tedavilerinin, aldığı ilaçların, alkol ve sigara kullanımının, önceki anestezi deneyimlerinin öğrenilmesi önem arz eder. Özellikle kardiyak ve solunum sistemi hastalıkları açısından egzersiz toleransı, efor dispnesi, paroksizmal nokturnal dispne, ortopne ve angina araştırılmalıdır. Ayrıca kladikasyo, artrit gibi aktiviteyi kısıtlayan diğer faktörler de sorgulanmalıdır. (21).

## **2.3 Anksiyete**

### **2.3.1 Anksiyete Tanımı:**

Türkçe’de iç sıkıntısı, kaygı, bunaltı gibi sözcüklerle anlatılmaya çalışılan anksiyete kavramı, kısaca yaşamı tehdit eden veya tehdit şeklinde algılanan, rahatsız edici bir endişe ve korku duygusudur. İç ya da dış dünyadan kaynaklanan bir tehlike veya tehlike olasılığı; kişi tarafından tehlikeli olarak algılanıp yorumlanan herhangi bir durum karşısında yaşanan bir duygu durumudur (22).

İnsanoğlunun varoluşundan bu yana varlığı kabul edilen anksiyetenin genel bir

amacı vardır. Geçmiş zamanlarda bu amaç insanı çevresinden gelecek tehlikelere karşı korumaya yönelik bir iç güdüydü. Ama artık yeni çağımızda anksiyete canlılığın, yaşama mücadele etmenin, yeni şeyler keşfetmenin, 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 vardır (22).

Anksiyete hem psikolojik hem de bir takım değişikliklere neden olabilir. Bu belirtilerin kişiliğin yapısında ve gelişmesinde önemli bir etken olan duygulanım ve coşku durumlarıyla birlikte ortaya çıkan fizyolojik belirtiler olduğu çeşitli çalışmalarda vurgulanmıştır (22). Kişi belli bir tehlike algıladığında ya da öngördüğünde beyin sinir sisteminin otonom sinir sistemi bölümüne mesaj gönderir. Otonom sinir sistemi parasempatik ve sempatik sinir sistemi olarak ikiye ayrılmaktadır. Sempatik sinir sistemi vücudun enerjisini arttıran ve harekete hazırlayan kaçma savaşma tepkisinden sorumlu iken; parasempatik sinir sistemi de vücudu tekrar normal haline geri döndüren ve dinlenme haline geçiren sinir sistemidir. Otonom sinir sisteminin uyarılması ile kan basıncı, kalp atışı, solunum sayısı artar. Mide ve bağırsak hareketleri hızlanır. Tükürük salgısı azalır, ağız kuruluğu gelişir. Kan şekeri yükselir. Göz bebekleri genişler. Çizgili kasların gerginliği artar. Titreme olur. Dişler ve yumruklar sıkılır. Terleme olur. Derinin direnci artar. Bütün bu değişimler, merkezi sinir sisteminde adrenalin ve ona benzer başka kimyasal ileticilerin kan düzeyinin arttığını göstermektedir. Bu yükselişin oluşturduğu değişmelerin kişi tarafından hissedilmesi kaygıyı yaratmaktadır (23).

### **2.3.2 Anksiyete Kavramının Tarihçesi:**

Anksiyete kavramı karşımıza ilk olarak milattan önce 3000' lerde yazılmış olan Gılgamış destanında çıkmıştır. Bu destanda Gılgamış, kendi ölümsüzlüğü ile ilgili endişelerini dile getirmektedir. 17. yüzyılda bilim insanları şiddetli huzursuzluk, yerinde duramama ve endişe durumları gibi aksiyöz durumlar için farklı terimler kullanılmıştır. Benzer durumlar için, Fransızlar “*angoisse*”, Almanlar “*Angst*” ve İspanyollar ise “*angustia*” sözcüklerini kullanmışlardır (24). Otto Domrich 17. yüzyılın ortalarında tıbbi psikoloji alanında ilk kez “anksiyete atakları”ndan söz eden

kişi olmuştur. Fransız devrimi sonrası bu kavram; nörosirkülatuvar nevrasteni, asker kalbi, hiperventilasyon sendromu olarak tanımlanmıştır.. 1847’de Feuchtersleben, ilk kez organik hastalıkların neden olduğu anksiyete belirtilerini gözlemlemiştir; 1866’da Morel, otonomik sinir sistemindeki değişikliklerin emosyonel belirtilere yol açtığından söz etmiştir (25).

1894’te anksiyetenin fiziksel ve ruhsal belirtilerini bir araya getirerek “anksiyete nevrozu”nu ilk kez Freud tanımlamıştır. Bu dönemde Freud, araştırmalarında histeri ve hipokondriasis gibi nevrozların psikolojik kökenli olduğunu söylerken, buna karşı anksiyete nevrozunun organik kökenlere dayandığını söylemiştir (26).

### **2.3.3 Anksiyeteyi Açıklayan Kuramlar:**

#### **2.3.3.1 Psikoanalitik Kuram:**

Zihinsel işleyiş ve bunun insanda gelişimi ile ilgili bir varsayımlar topluluğu denilince psikoanalitik kuram akla gelmelidir. Ego psikolojisi (Hartmann), nesne ilişkileri ve kendilik psikolojisi konusundaki derinleşmelerle psikoanalitik kuram bugün değişmelere uğramıştır. Freud’un insan sorunlarını psikolojik olarak açıklarken cinselliğe verdiği önem ve bu görüşlerin dinsel inançlarla çatışıyor olması, ayrıca gelişim kuramında kültür farklılıklarına yeterince önem vermemiş olması kendisiyle çalışan bazı düşünürlerin ondan ayrılmasına sebep olmuştur. Carl Gustav Jung, Alfred Adler, Otto Rank ve Karen Horney bunlardan bazılarıdır. Adler, insanlığın temel sorununu, doğuştan gelen bir aşağılık duygusuna karşı, bir kudret ile çekişme olarak görmüş. Ona göre nevrozun esası, kişilerin karakter yapısı ve ego dürtüleri ile ilgili sorunlardan meydana gelmektedir (27).

Psikoanalitik teorinin gelişiminde anksiyete temel bir öneme sahiptir. Anksiyete Freud tarafından, bastırılmış düşünce ve dürtülerden kaynaklanan endişe ve korku duygusu olarak tanımlanmıştır (27). Aynı zamanda kişiyi altüst eden panik gibidir, fiziksel belirtilerle kendini gösteren bir durum olarak da belirtilmiştir (26). Bedensel belirtilerle ortaya çıkan anksiyetenin birikmiş ve boşalamamış, gemlenmiş libidodan kaynaklandığı öne sürülmüş ve bu tür anksiyete “güncel (actual) nevroz” olarak adlandırılmıştır. Fizyolojik niteliğini vurgulamak için de, Freud bu dönemde patolojik anksiyeteyi güncel nevroz olarak belirtmiş ve psikonevrozlardan ayırmıştır

(26). Freud “Ketlenmeler, Belirtiler ve Anksiyete” başlıklı makalesinde anksiyeteyi, “sinyalanksiyete” terimiyle psikolojik temele oturtmuştur. Bu durumda anksiyete bir benlik (ego) duygulanımıdır; yani üstbenliğin (süper ego) ahlaki ve etik kurallarına aykırı olan cinsel ve saldırganca dürtülere benliğin bir yanıtı olarak kabul edilmiştir (27).

Adler, anksiyetenin nedeni olarak aşağılık duyguları üzerinde durmuştur. Aşağılık duygularından acı çeken kişi, bundan kurtulmak için emniyet ve üstünlük kurma amacını güder; bunu elde etmek için de anksiyeteyi başkalarını kontrol etme aracı olarak kullanır. Adler’e göre kişi toplumla bağlantılarını kaybetmiş hissettiği zaman anksiyete duymaya başlar (28).

### **2.3.3.2 Öğrenme Kuramı:**

Korku ve anksiyetenin koşullanma aracılığı ile öğrenilmesi sürecinin temelleri Pavlov’a kadar gider (29). Klasik uyarın-tepki kuramında, yansız uyarın başka bir değişle doğal olarak korkutucu olmayan uyarın (koşullu uyarın), doğal olarak korkutucu bir uyarınla (koşulsuz uyarın) eşleştirildiğinde; koşullu uyarın yansız olma özelliğini kaybederek itici-korkutucu bir uyarın (koşullu uyarın) özelliğini kazanmaktadır. Klasik koşullanma ilkelerine göre özünde korkutucu olmayan her türlü yansız uyarının (basit veya karmaşık) korkutucu bir uyarınla eşleştirilerek yansız olma özelliğini kaybedip, itici-anksiyete uyandırıcı bir özellik kazanabileceği belirtilmiştir (29). Koşullanma, koşullu uyarın ancak hemen ardından gelen koşulsuz uyarın hakkında bilgi verdiği müddetçe devam eder (29).

Korku ve anksiyetenin olumsuz sonuçlarını ortadan kaldırdığı varsayılan kaçma ve kaçınmalar böylelikle pekişmektedir. Bu kaçma ve kaçınmalar her türlü anksiyete/korku durumunda devreye girerek korku/anksiyetenin sönmesini engellemektedir. Korku ve anksiyetenin devamı ise bu yolla sağlanmaktadır (30).

### **2.3.3.3 Davranışçı ve Bilişsel Kuram:**

Davranışçı kuram öğrenme kuramları üzerine kurulmuş yaklaşımdır. Davranışçı kurama göre, obsesif-kompulsif bozukluk ve fobiler bir koşullanma sonucu oluşmaktadır. Fobilerde hastalığın devam etmesinde en önemli nedenin korkulan uyarından kaçma ve kaçınma davranışları olduğu düşünülmüş ve kaçınma davranışlarının söndürülmesine ve kişinin bu sürece alışmasına yönelik, alıştırmaya

tedavileri (*exposure*) olarak bilinen yaklaşım geliştirilmiştir (28). Bilişsel kavramların “anormal psikoloji” içine girmesi anksiyetenin daha iyi anlaşılmasını sağlamıştır. Olayların ne biçimde yorumlandığı ve algılandığı, duygularımızı belirler. Duygularımızı tetikleyen olayların kendisinden çok, onlara verilen anlam olmaktadır (28).

Watson, uyarılara karşı verilen öğrenilmemiş duygusal tepkilerin başlangıçta üç tipi olduğunu ifade etmiştir. Bu tepkiler korku, öfke ve sevgidir. Bu duygusal tepkiler koşullanmamış tepkiler olarak görülebilirler (31).

Watson ve Raynor 22 aylık Albert adlı bir çocukta bir dizi deney yapmışlardır (30). Birinci deneyde beyaz bir fareye karşı koşullanılmış duygusal tepkinin oluşumuyla ilgilenmişlerdir. Bu, Albert’in beyaz bir fareye dokunmasıyla, bir metal çubuğun çarpmasıyla elde edilen yüksek bir sesin birkaç kez eşleştirilmesiyle başarılmıştır. Daha sonra beyaz fare tek başına Albert’a gösterildiğinde; Albert ağlama, çökme ve sürünerek uzaklaşmaya çalışma gibi korku tepkileri göstermiştir. İkinci deneyde beş gün sonra tavşan, köpek gibi diğer kürklü hayvanlar ve kürk manto, yün gibi nesnelere gösterildiğinde daha zayıf olmakla birlikte koşullanmış korku tepkisinin transfer edildiği görülmüştür. Otuz bir gün sonra benzer tepkiler azalmakla birlikte devam ettiği görülmüştür. Psikopatolojideki birçok fobinin büyük olasılıkla koşullanmış tepkilerin doğrudan veya transfer edilen tipleri oldukları düşünülmektedir (31).

Bilişsel kuramlar, korkunun kazanılmasında öğrenme kurumlarının ve koşullanmanın önemini kabul etmişlerdir. Fakat korkunun kazanılmasında en önemli vurguyu ister koşullu ister koşulsuz olsun bireyin olayla ilgili bakış açısına bağlamışlardır. Daha da önemlisi, bilişsel kurama göre anksiyete tepkisinin devam etmesi değiştirilmemiş ya da ortadan kaldırılmamış çeşitli bilişsel hataların halen devam ediyor olmasıyla alakalıdır. “Temel/kritik/anahtar ya da sorumlu biliş” olarak bilinen bu bilişsel hatalar pek çok anksiyete bozukluğunun devamından sorumlu tutulmaktadır (31).

#### **2.3.3.4 Varoluşçu Kuram:**

Varoluşçu teoriler daha çok yaygın anksiyete bozukluğunun etiyolojisini açıklamak üzere öne sürülmüşlerdir (32).



Varoluşçu kuram birbirinden farklı türde bir temel çatışmayı vurgulamaktadır. Ne bastırılmış içgüdüsel çekişmelerle ne de içselleştirilmiş önemli yetişkinlerle olan çatışmayı önemsemektedir. Bunun yerine bireyin var olmanın getirileriyle yüzleşmesinden kaynaklanan çatışma üzerinde durmaktadır (32). Bireyin aşağıda sıralanmış hayat gerçeklerinden biriyle karşı karşıya gelmesi varoluşçu dinamik çatışmanın içeriğini meydana getirmektedir. Buna göre, bireyler yaşamın anlamsızlığının farkına varmakta ve bu anlamsızlık gerçek ölüm korkusundan bile daha rahatsız edici olmaktadır. İşte kişide varoluşun anlamsızlığına bir tepki olarak anksiyete ortaya çıkmaktadır. Varoluşçu kuramda anksiyetenin en önemli nedenleri ölüm, özgürlük, yalıtım ve anlamsızlıktır. Böylelikle “varoluşçu psikodinamikler” bu dört getiriye, bu tür kaygılara ve her birinin neden olduğu bilinçli veya bilinçdışı korku ve güdülere gönderme yapmaktadır. Dinamik varoluşçu yaklaşım Freud tarafından temeli atılan dinamik yapıyı korumakta, fakat içeriğini temelden değiştirmektedir (32).

#### **2.3.3.5 Spilberger'in Anksiyete Kuramı:**

Anksiyete insanın temel duygularından biri olarak kabul edilebilir. Hepimiz tehlikeli gördüğümüz durumlarda endişe duyarız. Tehlikeli koşulların oluşturduğu bu kaygı türü genellikle her bireyin yaşadığı geçici, duruma bağlı bir kaygı oluşturmaktadır. Buna "Durumluk Kaygı" denir. Durumluk Kaygı (*State*), bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği subjektif korkudur. Otonom sinir sisteminin uyarılması sonucunda fizyolojik olarak terleme, sararma, kızarma, titreme gibi fiziksel değişiklikler bireyin gerilim ve huzursuzluk halinde gösterdiği tepkilerdir. Stresin yoğun olduğu zamanlar durumluk kaygı seviyesinde yükselme, stres ortadan kalkınca düşme görülür (33,34).

Bazı insanlar sürekli olarak huzursuzluk içinde yaşar. Doğrudan doğruya çevreden gelen tehlikelere bağlı olmayan bu kaygı türü kişinin iç dünyasından kaynaklanır. İç benliğinin tehdit edildiğini sanması ya da içinde bulunduğu durumları stresli olarak yorumlaması sonucu birey kaygı duyar. Buna da "Sürekli Kaygı" denir. Sürekli kaygı (*Trait*), bireyin kaygı yaşantısına olan yatkınlığıdır. Objektif kriterlere göre nötr olan durumların birey tarafından tehlikeli ve kendisini tehdit edici olarak algılanması sonucu oluşan hoşnutsuzluk ve mutsuzluk duygusudur. Bu tarz kaygılı olarak adlandırdığımız bireylerin kolaylıkla incindikleri ve karamsarlığa kapıldıkları görülür. Bu bireyler durumluk kaygıyı da daha sık ve yoğun yaşarlar (33,34).

### 2.3.3.6 Anksiyeteyi Açıklayan Biyolojik Kuramlar

Anksiyete hakkındaki biyolojik kuramlar, anksiyetenin hayvanlar üzerindeki çalışmaları, biyolojik faktörlerin araştırıldığı hasta çalışmaları, temel nörolojik bilimlerdeki büyüyen birikim ve psikotrop ilaçların etkileri ile gelişmiştir. Düşüncenin bir kutbu anksiyete bozukluğu olan hastanın ölçülebilir biyolojik değişikliklerinin psikolojik çatışmalarının sonucunu yansıttığını kabul eder. Aksi görüşler ise biyolojik olayların psikolojik çatışmalara öncülük ettiğini kabul ederler (35).

#### **Otonom Sinir Sistemi:**

Otonom sinir sisteminin uyarılması kardiyovasküler, kaslar, sindirim ve solunum sisteminde belli semptomlara neden olur. Anksiyetenin bu çevresel belirtileri anksiyete bozukluğuna özel olmamakla birlikte, anksiyete deneyimi ile birlikteliği gerekli değildir. Yirminci yüzyılın ilk üçte birlik diliminde, Walter Cannon havlayan köpeklere maruz kalan kedilerin, adrenalin salınımı ile birlikte olan korkunun davranışçı ve fizyolojik işaretlerini gösterdiklerini ortaya koymuştur (35). James-Lange kuramı öznel anksiyetenin çevresel uyarana yanıt olduğunu ifade eder. Merkezi Sinir Sistemi (MSS) anksiyetesinin, feokromasitoma gibi hastanın organik bir nedeni olması dışında, anksiyetenin çevresel belirtilerine öncüllük ettiği düşünülmektedir. Birçok anksiyete bozukluğu olan hastalarının, özellikle panik bozukluğu olanların, artmış sempatik deşarja sahip olan, tekrarlayan uyarana yavaş uyum sağlayan ve orta derecede uyarana aşırı yanıt veren otonomik sinir sistemleri bulunmaktadır (35).

#### **Nörotransmitterler:**

Nörotransmitterlerin anksiyete oluşumundaki rolü üzerine yapılan çalışmalarda, gama aminobutyric asit (GABA), norepinefrin, serotonin üzerinde en çok durulan nörotransmitterler olarak görülmektedirler (36). Noradrenerjik sistemin ana hücreleri ponsdaki locus ceruleus bölgesinde yer almaktadır. Hayvan deneylerinde bu bölgenin uyarılması ile korku semptomlarının oluştuğu, bu bölgenin çıkarıldığı hayvanlarda ise korku tepkisinin ortadan kalktığı görülmüştür. Anksiyete bozukluğu olan hastaların serebrospinal dolaşımında ve idrarlarında noradrenalin metabolit düzeyinin yüksek bulunması, noradrenalinin anksiyete bozukluklarında önemli rol oynadığını düşündürülen veriler olarak dikkat çekmektedir (36).

Buspiron (5-HT1A reseptör agonisti) ve bazı antidepresanlar gibi serotonin üzerinden etki gösteren ilaçların anksiyete bozukluklarının tedavisinde faydalı olması, anksiyete bozukluklarında serotoninin de rol oynadığını göstermektedir (36).

Benzodiazepinlerin anksiyeteyi azaltıcı etkilerinin olduğu tartışılmaz bir gerçektir. Benzodiazepinlerin GABA düzeyini artırarak etki etmesi (GABA-A reseptörleri), anksiyete bozukluklarında GABA'nın da rol oynadığını düşündürmektedir (36).

### **Norepinefrin (NE):**

Norepinefrin (kısaca NE), hormon ya da nörotransmitter olarak görev yapan bir katekolamindir (37). Norepinefrin, dopamin β-hidroksilaz enzimi tarafından dopaminden sentezlenir. Böbreküstü bezlerinin medulla kısmından kana hormon olarak salınır. Ayrıca noradrenerjik nöronlardan üretildiğinde merkezi sinir sistemi ve sempatik sinir sisteminde de bir nörotransmitter olarak görev yapar. Norepinefrin, adrenerjik reseptörlere bağlanarak etkilerini gösterir. Norepinefrin, beynin dikkat ve çevreye yanıt verme ile ilgili bölümleri üzerine etkilidir. Epinefrin ile birlikte norepinefrin, kalp hızını, besin depolarından glikoz salınımını ve iskelet kaslarına giden kan akımını artırarak “kaç ya da savaş” (fight or flight) yanıtının oluşmasını sağlar (37).

Anksiyetede NE üzerinden hastaların zaman zaman aktivite patlamaları ile seyreden, noradrenarjik sistem regülasyon sorunları olabilmektedir (37). Noradrenarjik sistemin hücre gövdeleri birincil olarak rostral ponsta locus seruleusta yerleşmişlerdir ve aksonları serebral korteks, limbik sistem, beyin sapı ve spinal korda yerleşmişlerdir. Maymunlarda yapılan çalışmalarda locus seruleusta uyarılmanın hayvanlarda korku yanıtına neden olduğu ve aynı alanın yakılmasının hayvanların korku yanıtı baskılaşımını veya tamamen bloke ettiği bildirilmiştir (37).

Yapılan insan çalışmalarında panik bozukluğu olan hastalarda β-adrenerjik agonistlerin ve alfa-2 adrenerjik antagonistlerin panik atakların sıklığını ve şiddetini proveke ettiği bildirilmiştir (37). Aksine, alfa-2 adrenerjik agonistlerin bazı deneysel çalışmalarda anksiyete semptomlarını azalttığı gösterilmiştir. Anksiyete bozukluğu olan hastaların beyin omurilik sıvısında (BOS) veya idrarında noradrenerjik metabolit olan 4-metoksi 4-hidroksifenil glikol (MHPG) miktarının yükseldiği saptanmıştır.

Fakat Bu bulgu tüm hastalardüşünüldüğünde daha az uyumlu bir bulgudur (37).

### **Serotonin (5HT):**

Çeşitli serotonin reseptör tiplerinin tanımlanması, anksiyete patogenezinde serotonin rolü konusunda araştırmaları hızlandırmıştır. Bu ilişki ilk olarak serotonerjik antidepresan ilaçların bazı anksiyete bozukluklarında terapatik etkilerinin gözlemlenmesinden sonra oluşmuştur. Bir serotonerjik tip 1a reseptör agonisti olan buspironun anksiyete bozukluklarındaki etkinliği de anksiyete ile serotonin arasında bir ilişki olduğunu düşündürür (37). Serotonerjik nöronların hücre gövdelerinin çoğu beyin sapında raphe çekirdeklerinden köken alırlar ve serebral korteks, limbik sistem ve hipotalamusa projekte olurlar. Hayvanlara serotonerjik ajan verilmesi durumunda anksiyete benzeri davranışlar gözlenirken, insanlarda benzer etki ile ilgili bilgi yeterli değildir (37).

### **GABA:**

Anksiyete bozukluklarında GABA'nın rolü olduğu tedavide kullanılan ve GABA-A reseptörleri üzerinden GABA etkisini arttıran benzodiazepinlerin kullanılmasıyla anlaşılmıştır. (37).

### **Limbik Sistem:**

Noradrenerjik ve serotonerjik uyarılma alanının yanı sıra, limbik sistem yüksek oranda GABA-A reseptörü içermektedir. Maymunlar üzerindeki ablasyon ve uyarma çalışmaları ile limbik sistemin anksiyete ve korku yanıtının oluşmasında rolü olduğu anlaşılmıştır. Özellikle sempatohipokampal yolaktaki artmış aktivitenin anksiyete oluşumunda daha önemli rol aldığı düşünülmektedir (37).

### **Serebral Korteks:**

Frontal serebral korteks parahipokampal bölge, singulat girus ve hipotalamus ile bağlantılıdır, o nedenle anksiyete oluşumunda rol aldığı düşünülebilir. Temporal kortekste anksiyetenin patofizyolojik alanı olarak görülmektedir. (37).

### **Genetik Çalışmalar:**

Panik bozukluğu olan hastaların neredeyse yarısının ailelerinde benzer psikolojik rahatsızlığı olanlara rastlanmıştır. Anksiyete bozuklukları ile ilgili evlat

edinme çalışmaları bildirilmemiş olmakla beraber, ikiz kayıtlarında edinilen bilgiler anksiyete bozukluklarının en azından kısmen genetik olabileceği bildirilmiştir (37).

#### **2.4 Preoperatif Anksiyete**

Ameliyat, fizyolojik olduğu kadar psikolojik olarak da hastayı tehdit eden bir deneyimdir (38). Hasta ameliyat olacağını bildiği için ve sonrasını bilmediği için korkar ve anksiyete duyar (39). Ameliyat öncesi dönem, bireyin yaşamında unutamayacağı bir anıya sebep olabilecek bir kriz dönemidir (40).

Ameliyat olma düşüncesi, hastada hastalığından kurtulma beklentisi yanında psikolojik açıdan kendi bedenini kontrol edemeyeceği endişesine, organ ve doku kaybı korkusuna ve ölüm korkusuna neden olabilen bir tecrübedir (41).

Genel olarak kalıcı komplikasyon riski az olan girişimlerde dahi, hastalar cerrahi dışı tedavi yöntemlerine kıyasla daha fazla psikososyal rahatsızlık belirtirler (41).

Yapılacak işlemler hakkında bilgi sahibi olmamak, hastanın kişisel özellikleri, yaşı, daha önceki anestezi ve cerrahi deneyimi, yapılacak operasyon tipi ameliyat öncesinde hastanın anksiyete düzeyini etkilemektedir (42). Yabancı çevre, kontrol kaybı, aileden uzaklaşma, bilgi eksikliği hastanede anksiyeteye neden olan bazı faktörlerdir. Hastanın adaptasyon yeteneği hastane stresine verdiği cevapta önemli rol oynar (43). Hastaneye kabul edilen bir hastaya verilen mesaj, onun pasif ve uysal bir role bürünmesinin gerekliliğidir. Hastadan her istenilenin yapılması beklenilmektedir. Bu otonomi ve özgürlük kaybı bazı hastalar tarafından iyi karşılanırken, pek çoğu için tehdit edici bir durum olarak görülür (44).

Yapılan bir çalışmada ameliyat öncesi hekim tarafından yapılan bir vizitin bile hasta tarafından “kontrol ediliyorum” şeklinde algılanabileceği vurgulanmaktadır (45).

Cerrahi kliniklerinde gözlenen anksiyete iki açıdan önem taşımaktadır:

**1.** Cerrahinin kendisi anksiyete kaynağı olabilir ve postoperatif morbiditeyi etkileyebilir. Ameliyat öncesinde anksiyete düzeyi yüksek olan hastalarda ameliyat sonrasında daha fazla tıbbi komplikasyon geliştiği ve yatış süresinin uzadığı yapılan çalışmalarda bildirilmiştir (46).

2. Anksiyeteyi azaltmak için kullanılan ilaçlar cerrahi işlem sırasında kullanılan anestezi maddelerle etkileşime girebilir. İlaçların kesilmesi de anksiyete belirtilerinde alevlenmeye neden olabilir (46).

#### **2.4.1 Preoperatif Anksiyete Nedenleri**

##### **Beden bütünlüğünün tehdidi endişesi:**

Tüm operasyon ve tıbbi müdahalelerde yaşanabilen bu kaygı durumu, ani hastalanma ve hastaneye yatışlarda daha belirgin olarak artmaktadır (5).

##### **Yabancıdan korku:**

Hastanede tanımadığı kişilere kendini teslim etme düşüncesi hastada belirgin bir endişeye sebep olmaktadır. Hastanın hekimi seçebilmesi, hekimle güven ilişkisi kurulabilmesi bu endişesini azaltabilir (5).

##### **Ayrılma endişesi:**

Hastaneye yatış başlı başına bir anksiyete nedenidir. Üstelik hasta bireyin diğer insanlardan ve nesnelere uzak kalma zorunluluğu bu anksiyeteyi artırır (5).

##### **Sevgi ve ilgi kaybı endişesi:**

Özellikle mastektomi veya cinsel fonksiyon kaybıyla sonuçlanan operasyonlardan sonra hissedilen çekicilik ve partner ilgisi kaybı endişeleri sevgi ve ilgi kaybı endişesine neden olabilir (5).

##### **Fonksiyon kaybına bağlı endişeler:**

Bağırsak, mide, mesane, kas denetimi gibi işlevlerin geçici ya da sürekli kaybından duyulan endişeleri içermektedir (5).

##### **Bedenini başkalarına teslim etme endişeleri:**

Yatağa bağlı kalma ve kendi kontrolünü başkalarına teslim etme, mahremiyetinin korunamaması gibi endişeleri kapsamaktadır (5).

##### **Suçluluk duyguları:**

Başa gelen sağlık sorunları, bir suçun diyeti olarak algılanabilir ya da sağlıklı dönemdeki alışkanlıklardan (sigara, alkol, uyuşturucu) dolayı sağlığa iyi bakamamış olma suçluluğu yaşanabilir (5).

### **Ağrı Korkusu:**

Bu durum, opere olmayı bekleyen tüm hastaları etkilemekle beraber, özellikle daha önce kendisi veya bir yakını opere olup ağrı tecrübesi yaşamış bireylerde daha belirgindir (5).

### **2.4.2 Anestezi ile İlgili Endişe Nedenleri:**

Ameliyat öncesi dönemde hastada var olan anksiyete nedenleri arasında anesteziye bağlı endişeler önemli yer tutar. Bu endişeler anestezi doktorlarının bilgi ve becerisinden, personelin problem çıkarmasına, ölüm korkusundan, iğne korkusuna kadar pek çok nedene bağlı olabilir. Literatürde farklı sonuçlar olmakla beraber bu endişeler; ameliyat sonrası uyanmamak, ameliyat sonrası ağrı, ameliyat sırasında uyanmak, ameliyat sonrası bulantı-kusma, yoğun bakımda kalmak, anesteziistin bilgi ve deneyim eksikliği, anesteziistin ameliyat odasında bulunmaması, anesteziistin tavırları, iğne korkusu, ölmek, anestezi sırasında anlamsız konuşmak, ameliyat sırasında ağrı duymak olarak bildirilmiştir (47,48).

Zvara tarafından yapılan çalışmada 200 günübirlik cerrahi hastasının anestezi konusundaki temel endişelerini belirtmesi için araştırılmış ve çoğunda kullanılacak olan anestezi ilaç ve indüksiyon metodu temel husus olarak ortaya çıkmıştır. İkinci husus olarak ise iyileşme döneminde olası yan etkiler olarak bulunmuştur (49).

Ameliyat öncesi anksiyetenin anesteziye etkileri şöyle belirlenmiştir: Anksiyeteli hastaların anesteziye cevapları farklıdır. Anksiyeteye bağlı vazokonstriksiyon intravenöz katater takılmasını zorlaştırabilir. Anksiyeteli hastalarda daha yüksek doz anestezi maddeye ihtiyaç vardır ve anestezi, anksiyeteli hastalarda otonomik dalgalanmalara neden olabilir (50).

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. Ameliyathanenin kasvetli ortamı ve ameliyat öncesi hazırlık sürecinde bu korkuların artmasına neden olur. Bu ortamda uyuyor görünen hastanın bile, başlangıçta etrafta söylenenleri anlayabileceği unutulmamalı, konuşulanlara dikkat edilmelidir (43). Genç hastalarda anestezi korkusu, ameliyat korkusundan ayrı bir korkudur, özellikle erken uyanmaktan ve hiç uyanmamaktan korkulur (50). Tüm bu korkular, anksiyete ve depresif duygu

durumuna neden olabilir. Tanı, tedavi olasılıklarına ilişkin tereddütler ve prognoz belirsizliği kaygıyı arttıran faktörler arasındadır. Ölüm ve özürülük ile ilgili çatışmalar benliği zorlar. Hastalığın tedavi süreçlerinin gerekli kıldığı bağımlılık, davranışsal regresyon ve bağımlılıkla ilgili bir dizi çatışmayı gündeme getirir. Anestezinin ortaya çıkardığı bilinç altı çatışmalar normal çocukluk korkularını andırır; hastalarda uykuya dalıp uyanamama (ölüm), yalnız kalma korkusu (terk edilme), karanlık korkusu (ölüm), ameliyat korkusu (mutilasyon-kastrasyon endişesi) gelişebilir. Aynı zamanda anne baba tarafından reddedilme korkusu (cerrahın onay ve desteğini alamama), kendi kendine yeterli olamama korkusu, küçük düşürülme korkusu (sfinkter kontrolü kalkınca), empotans endişeleri (erkek hastalarda) gelişebilir (41).

Cerrahi işlem doğrudan fiziksel olarak tehdit altında hissetme ve bir yaşam krizine neden olur. Bu kriz kanser cerrahisi girişimlerinde en ileri düzeydedir. Altta yatan hastalığın (malignite) yarattığı kaygı ve belirsizliklere organ kaybına bağlı endişeler de eklenir. Kolesistektomi, apendektomi gibi rutin ameliyatlarda daha az olan kaygı hali, özellikle organ transplantasyonu, radikal kanser ameliyatları ve kardiyak bypass ameliyatlarında ileri derecededir. Bu kaygı alttaki hastalığın niteliğine, kaybedilecek organa, kişi için bu durumun anlam ve önemine ve o organın sembolik anlamına göre değişik düzeylerde olur (41).

### **2.4.3 Anksiyetenin Sık Görüldüğü Cerrahi Türleri**

#### **Obstetri (sezeryan):**

Gebelikte kadında fizyolojik değişimlerin yanı sıra psikolojik ve sosyal değişimler de olmakta ve bu nedenle gebelik sürecine, kadın ve ailesi için gelişimsel bir kriz dönemi olarak bakılmaktadır. Gebelik bir kadın için başlı başına bir anksiyete nedenidir. Özellikle doğum ve yenidoğan ile ilgili endişeler son trimesterde iyice artmaktadır. Örneğin doğumun sezaryen ile yapılacak olmasının anksiyete düzeyini etkilediği düşünülmektedir. Son yıllarda dünyada ve ülkemizde sezaryen ile doğum en sık yapılan majör cerrahi girişimlerden biridir (51).

Kadınların çoğunun sezaryen ameliyatı öncesi yüksek anksiyete yaşadığı, doğum öncesi sağlık kurumunun ve çalışanlarının, sezaryen ameliyatı hakkında bilgilendirilme yapmasının kaygı düzeyi azaltmada etkili olduğu belirlenmiştir (39). Sonuç olarak; doğum öncesi bakımın daha etkin yapılması, özellikle ebe/hemşirelerin



normal doğuma teşvik etme rollerinin olması, doğumhanelerde çalışan ebe/hemşirelerin ise kadınlara ameliyat öncesi kaygıların azaltılması için destek sağlamaları önerilebilir (51).

### **Göğüs Kalp Damar Cerrahisi:**

Kalp ve akciğer hastalıklarında anksiyete belirtileri sık görülmektedir (40). Cerrahi girişimler arasında, hem fizyopatolojik, hem de psikopatolojik süreçlerle ilgili, psikiyatrik açıdan morbiditenin en yüksek olduğu gruplardan birisi kardiyak cerrahidir. Kardiyak cerrahi hastalarında cerrahi girişimin psikiyatrik komplikasyonları; psikotik reaksiyon, postoperatif deliryum, hem preoperatif hem postoperatif anksiyete, depresyon, cinsel işlev bozukluğu, cinsel etkinliklerden sakınma, iş ve evde rol ve üretkenlik sorunları olarak söylenebilir (41).

Ameliyat öncesi bu hastaların psikiyatrik açıdan yönden muayenesi, ameliyata psişik yönden hazırlanması son derece önemlidir. Böylelikle hastaların hem uyumu geliştirilecek hem de postoperatif birçok komplikasyon gelişim riskini azaltılabilecektir. (41). Deliryum, kalp cerrahisi ve beyin cerrahisi gibi büyük cerrahi işlemlerden sonra sıkça görülebilir. Genel olarak ameliyat sonrası %2-48 oranında hafif-orta şiddette deliryum geliştiği bildirilmiştir. Kalp cerrahisi öncesinde psikiyatristle görüşmüş olan hastalarda, ameliyat sonrası deliryum sıklığının anlamlı olarak azaldığı rapor edilmiştir (41).

### **Plastik Cerrahi:**

Plastik cerrahi olgularında görülen beden görünümü bozuklukları anksiyeteye neden olabilmektedir. Estetik amaçlı olarak cerrahiye başvuranlarda beden imgesi bozuklukları olabileceği unutulmamalıdır. Ayrıca hastalarda operasyon sonrasında beklediklerini bulamadıklarında da fobik tepkiler gelişebilir (52). Kozmetik cerrahi girişimlerinden başarılı bir sonuç alabilmek için preoperatif dönemde psikiyatrik değerlendirmeye başvurulmalı ve kişi psikolojik yönden hazırlanmalıdır. Böyle bir girişime karar verirken ruhsal yönden uygun olmayan hastalar baştan belirlenmelidirler (41).

### **Beyin Cerrahisi:**

Merkezi sinir sistemi lezyonları anksiyeteye neden olabileceği gibi cerrahi komplikasyonu olarak da anksiyete görülebilir (53). Beyine yapılan cerrahi girişimler,

zihinsel işlevleri bozabilir. Genel olarak hastanın kognitif ve entelektüel işlevleri bozulur. Bu da kaygı, depresyon ve yetersizlik duygularına neden olabilmektedir (41).

### **Baş-Boyun Cerrahisi:**

Sıklıkla şekil bozukluğuna yol açarak anksiyeteye neden olur. Anksiyete vücut imgesini bozarak şekil bozukluğunun olduğundan daha kötü algılanmasına neden olabilir. Yanı sıra giderilemeyen ağrı da anksiyeteyi arttırmaktadır (52).

### **Endokrinolojik Cerrahi:**

Tiroid, paratiroid ve adrenal hastalıklarında diğer psikiyatrik belirtilerin yanı sıra anksiyetenin de sık görülebildiği bildirilmiştir (53).

### **Gastrointestinal Cerrahi:**

Özefagus, mide, duodenum hastalıklarında ve özellikle irritabl kolon sendromunda anksiyete sık görülür. Kolostomi uygulanan hastalarda fobik tepkiler görülebilir (54). Bu hastaların, herşeyden önce psikososyal desteğe ihtiyaçları vardır. Hastalarda cinsel çekiciliklerini, işlerliklerini kaybedeceklerine ilişkin endişeler ve sosyal kabul görmeye ilişkin endişeleri yoğundur. Temel vücut işlevlerinden birinin kontrolünü kaybetmelerinin yanında, vücut bütünlüğünün kaybolması endişeleri ve bedenlerine teknik bir aygıtın psikolojik kabulüne ilişkin sorunlar vardır (41). Kolon ve rektum cerrahisinde, özellikle kolostomi, ileostomi söz konusu ise, bu hastaların çok büyük bir oranının ameliyat öncesine kıyasla kendilerini daha kötü hissettikleri belirtilmiştir. Utanma ve ostomi ile ilgili takıntılar özel grup destekleriyle giderilebilir (55).

### **Ortopedi:**

Anksiyete daha çok giderilemeyen ağrı ile ilişkili olabilir (53). Ampütasyonlarda kendi kendine yeterli olamama korkusu anksiyeteye neden olur (41). Ampütasyonlardan sonra karakteristik ruhsal sorunlar ortaya çıkar; %98 oranında fantom uzuv fenomeni geliştiği bildirilmiştir. Bu fenomen idiyopattir, yıllarca sürebilir, ağrı eşlik edebilir ve tedavisi oldukça zordur. Bazen spontan kaybolabilir (55).

### **Kanser Cerrahisi:**

Kanser, çaresizlik, ölüm, ağrı, bağımlılık gibi baş etmesi zor, yıkıcı bir takım

duyguları gündeme getirir. Bu ameliyatlarda her şeyden önce kansere ilişkin kaygılar ve korku vardır. Hastalarda var olan hayatlarıyla ilgili yaşam endişelerine ameliyatla ilgili kaygılar eklenir.

Fiziksel durumun ve hastalığın niteliği, hastalığın derecesi, hastanın yaşam boyu sorunlarla baş etme mekanizmaları, hastalığa ilişkin psikososyal gerçekler, etkilenen organın anlamı, psikosoyal destek sistemleri, ortaya çıkan psikolojik tabloda son derece etkilidir. Erkek hastalarda preoperatif dönemde empotans endişeleri gelişebilir. Yine erkek hastalarda postoperatif dönemde empotans, cinsel isteksizlik ve eşlik eden depresyon oldukça sık (prostatektomi sonrası %20-50) görülmektedir (41).

Jinekolojik kanser ameliyatları; kadın hastalar üzerinde derin psikolojik sorunlara neden olurlar. Alttaki hastalığın yarattığı endişe, ölümlü yüzleşme ihtimali, terk edileceği, özürle kalacağı gibi korku ve kaygılar, genel kayıp reaksiyonu yanında, fiziksel çekicilik ve cinsel işlerlikle ilgili kaygılar ve korkular da gelişebilir. Bu hastalardaki kaygı kaynakları bu üç alanla ilgilidir (41):

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

#### **Transplantasyon:**

Transplantasyon cerrahisi geçirecek hastalarda anksiyetenin iki temel sebebi vardır. Bunlardan birincisi transplantın başarılı olup olamayacağına ilişkin endişeler; ikincisi ise postoperatif dönemde başlanan immünosupresif ilaçların yarattığı anksiyeteyedir (53). Organ transplantasyonlarında hem alıcı hem de verici kişi ameliyat sonrası dönemde psikolojik açıdan yardıma ihtiyaç duyabilir. Alıcının yaşam şansı artmışken, vericinininki azalmıştır ve alıcının yabancı bir iç organla ilgili iç çatışmaları olabilir (53).

Bu hastaların büyük çoğunluğunun yineleyici ve anksiyete yaratan hırsızlık, yan kesicilik rüyaları gördükleri bildirilmiştir. Vericiler ise depresyona girmeye aday hastalardır (53).

#### **Yanık:**

Yanık sonrasında travma sonrası stres bozukluğu sık görülür (56).

Janis cerrahi öncesi yoğun anksiyetesi olan hastaların ameliyat sonrası dönemde de aşırı anksiyeteli olacağını, öte yandan düşük anksiyeteli olanların ise ameliyat sonrası dönemde uygunsuz bir kızgınlık ve takiben küskünlük göstereceğini, ameliyat öncesi anksiyetesi orta derecede olan hastaların ameliyat sonrası dönemde en iyi uyumu göstereceğini ortaya koymuştur. Bu konuda, ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete arasında lineer bir ilişkinin varlığından söz eden ve böylece Janis'in bulgularından daha farklı sonuçlar ortaya koyan çalışmalar da bildirilmiştir (56).

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 (57).

Cohen, Lazarus, Mathews ve Ridgeway'e göre kişilik özellikleri ile cerrahi prognoz veya emosyonel stresi azaltmaya yönelik girişimler ile cerrahi prognoz arasında kesin ve güvenilir bir ilişki saptanamamıştır (57).

Taenzer ve arkadaşları, durumluk anksiyete ve ameliyat korkusunun ameliyat sonrası emosyonel durum hakkında ön fikir verebileceğini, ancak ameliyat sonrası ağrı derecesiyle ilgisi olmadığını, bunun ayrı değerlendirilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir (58). Yakın zamanlarda yapılan bir çalışma, ameliyat öncesi sürekli anksiyetenin ameliyat sonrası ağrıyla ilişkisi olmadığını, ancak analjezik isteğiyle ilgisi olduğunu saptamıştır. Ayrıca, bir önceki çalışmanın aksine, ameliyat öncesi durumluk anksiyetenin, ameliyat sonrası ağrı ve hastanede kalış süresiyle ilgisi olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmayı yapanlar, psikolojik faktörlerin ameliyat sonrası iyileşmeyi etkilediğini savunmaktadırlar (59). Tüm bu çelişkili bulgulara rağmen, anksiyetenin ameliyat sonrası uyum sağlamaya şu etkisi olabilir: Anksiyete, subjektif ağrı duyumunu artırabilir; böylece daha fazla analjezik kullanılır ve hastanede kalış süresi uzar. Medikal komplikasyonlar oluşabilir. Yani ağrı korkusuyla hasta derin nefes almayı ve bazı hareketleri uygulamayı reddedebilir. Ayrıca yüksek anksiyetede artan katekolaminler iyileşmeyi geciktirebilir (60).

Sonuç olarak ameliyat öncesi anksiyete ile ameliyat sonrası iyileşme arasındaki ilişki hakkında birbirinden farklı görüşler vardır. Anestezi ve cerrahinin önceden

tahmin edilebilen korkusunun hastalarda alışılmış tepkiler doğurduğu, ancak ameliyat sonrası ağrı ve fiziksel kısıtlamanın daha farklı mekanizmalarla anksiyete oluşturduğu düşünülmektedir. Bu konudaki çalışmalarda genellikle fiziksel etkenler dikkate alınmamıştır. Fiziksel organik komplikasyonların da, böyle bir emosyonel cevap geliştirmeye eğilimli bireylerde anksiyeteye yol açabileceği unutulmamalıdır (58).

#### **2.4.4 Preoperatif Anksiyete Tedavisi**

Hastanın biyopsikososyal bütünlüğü göz önüne alındığında, anksiyete tedavisinin cerrahi tedavinin ayrılmaz bir parçası olması gerektiği söylenebilir (61). Hastanın kaygı ve endişelerinin empatik bir tutumla dinlenmesi, hastada gerçekçi bir umut oluşmasını sağlar ve başa çıkma mekanizmalarını güçlendirir (62). Ameliyat öncesinde hastalara yeterli destek ve doğru bilgi verilmesi anksiyetenin azaltılması ve hasta sonuçlarının iyileştirilmesi için gereklidir (10,63).

##### **2.4.4.1 Farmakolojik Hazırlama**

Farmakolojik hazırlıkta premedikasyon ilaçlarının bilinçli kullanımı; hastanın korkusu azalmış, sedatize, huzurlu bir şekilde ameliyat odasına girmesine olanak verir. Amnezi ve anksiyolizis preoperatif medikasyon etkilerinin ilk belirtileridir. Sedasyon ve amnezinin sağlanması da anksiyeteyi azaltır (64,65).

Premedikasyonda kullanılan ilaçlar, ağrıyı en aza indirmek, amnezi ve sedasyon sağlamak, tükürük ve gastrik sekresyonları azaltmak, bulantı ve kusmayı önlemek, alerjik reaksiyonlara karşı profilaksi sağlamak, cerrahi işlem için gerekli olan anestezi ilaç miktarını azaltmak ve cerrahi uyarana karşı refleks tepkileri bastırmak için kullanılır (64).

Sedatif hipnotik ilaç grubuna ait premedikanlar, en popüler ajanlardır ki bunlar benzodiazepinleri ve barbitüratları içerir (64,65). Benzodiazepin grubu olan midazolam doza bağlı olarak anksiyolizis, sedasyon ve amnezi oluşturur (64,65). Oral premedikasyon ilaçlarının büyük çoğunluğu, etkilerini tam olarak gösterebilmeleri için, hastanın ameliyathaneye gelişinden 60-90 dakika önce verilmelidir (66).

##### **2.4.4.2 Psikolojik Hazırlama**

Anestezinin ilgisi, ilaç bile kullanmadan bu kaygıları büyük ölçüde azaltabilir (67). Preoperatif dönemde hastaların bilgilendirilmesinin, hastaya uygulanması beklenen anestezi yönetim planları ve olayların kısa bir açıklamasının, anksiyete ve

analjezik gereksinimini azalttığı, memnuniyeti artırdığı (68), komplikasyon riskini azalttığı, ameliyat sonrası elde edilen sonuçları iyileştirdiği gösterilmiştir (10). Eğer hasta bilgilendirilirse hem bilgisi hem de memnuniyeti artacaktır. Hastanın kaygı ve endişelerinin dinlenmesi, hastada gerçekçi bir umut oluşmasını sağlar ve başa çıkma mekanizmalarını güçlendirir (68). Eğitim; hastaya ameliyattan sonra kendini nasıl hissedebileceğinin, uyandığında nasıl bir ortamda olacağını (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 öğretilmesi şeklinde yapılabilir (69).

### **BATHE Görüşme Tekniği**

Bu bilgiler ışığında geliştirilmiş olan BATHE görüşme tekniği; hekimlerin hastalarla yapılan standart bir muayene görüşmesine dahil edebileceği spesifik soru veya yorumları içeren yaklaşık 15 dakika süren, hastanın kendi kelimelerini kullanarak kendi gerçeklik görüşlerini içeren bir psikoterapi yöntemidir. Bu terapi hastaların kendilerine ve başkalarına güvenme, kendileri hakkındaki olumlu duyguları onaylama ve hayatlarındaki durumları kontrol etme yeteneğini güçlendirmeyi hedefler.

BATHE görüşme tekniğinde kullanılan spesifik sorular Tablo 2.1’de görülmektedir;

**Tablo 2.1** BATHE Görüşme Tekniğinin Spesifik Soruları

		<b>ORJİNAL ANAHTAR SORULAR</b>	<b>PREOPERATİF MUAYENE İÇİN ANAHTAR SORULAR</b>
<b>B</b>	BACKGRAUND (Geçmiş)	Hayatımız nasıl gidiyor?	Sizi bugün buraya getiren sebep nedir?
<b>A</b>	AFFECT (Etki)	Hayatınızın gidişatı ile ilgili nasıl hissediyorsunuz?	Ameliyat olacağımız söylendiğinde ne hissettiniz?
<b>T</b>	TROUBLE (Endişe)	Bu gidişatla ilgili sizi endişelendiren bir şey var mı?	Ameliyat hakkında sizi en çok endişelendiren şey nedir?
<b>H</b>	HANDLING (Başa Çıkma)	Bununla nasıl başa çıkıyorsunuz?	Bu endişeyle başa çıkmak için ne yaptınız?
<b>E</b>	EMPATİ	Bu sizin için çok zor olmalı	Endişe duymakta haklısınız, bu çok normal bir şey. Şimdi size ameliyat ve anestezi ile ilgili biraz bilgi vereceğim.

BATHE görüşme tekniği (BATHE; Background, Affect, Trouble, Handling, Empathy) Geçmiş, Etki, Endişe, Başa çıkma ve Empati kelimelerinin baş harflerinin kısaltmasıdır. Stuart ve Lieberman tarafından geliştirilen BATHE (13,14), Hepner ve arkadaşları tarafından modellenmiş ve preoperatif dönemde kullanılmak için modifiye edilmiştir (15). BATHE metoduyla anamnez alınırken yine standart anamnez yöntemiyle alınan tıbbi bilgiler alınmakta ve rutin sistem muayeneleri yapılmaktadır. Fark olarak; görüşmeyi yapan doktorun BATHE tekniği kapsamındaki açık uçlu anahtar soruları sormasıyla hastanın sorunlarını tanımlamasına, duygularını ifade etmesine ve desteklendiğini hissetmesine imkân verilir. Ayrıca bu yöntem doktorun hastayla irtibat kurmasına, hastanın psikolojik problemleri gözlemlemesine ve hastaya psikolojik destek vermesine yardımcı olur. Doktorlar hastanın öykülerini dinleyip onları empati ile karşıladıkları için, hastalar kendilerini daha iyi hissetmektedir.

#### **2.4.5 Preoperatif Anksiyete Ölçme Yöntemleri:**

Hasta memnuniyetini arttırmak amacıyla, anestezi ile ilgili sorunları, istenmeyen etkileri, preoperatif anksiyeteyi, hasta memnuniyetini sorgulayan anketlerin kullanımı oldukça eskiye dayanmaktadır. Bu anketlere dayanan çalışmalar, hastaların ortaya çıkabilecek ihtiyaçları, beklentileri ve algılamaları ile ilgili bilgi sağlamaları açısından önemlidir. Maalesef çoğu çalışmada araştırmacılar tarafından kullanılan anketlerin güvenilirliği ve geçerliliği kanıtlanmamış ve önemli metodolojik problemler olduğu saptanmıştır. Anestezi araştırmalarında hasta tatmini ve kalitesini değerlendirmek ve izlemek için kullanılacak anketlerin önemli sınırlamaları vardır. Anketlerin ölçüm elemanları haline gelebilmeleri için dikkatlice yapılandırılmaları, arındırılmaları ve standardize edilmeleri gerekmektedir. Kullanılan anketin yaygın kabul edilen bir anket olması yukarıda sözü edilen sorunları azaltabilir (70).

Preoperatif anksiyete ölçümü için de literatürde çeşitli anket yöntemleri mevcuttur. Bu yöntemlerden bazıları şunlardır:

- Sürekli Durum Anksiyete Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) (71)
- Hastane Anksiyete ve Depresyon Skalası (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) (72)
- Görsel Analog Skala (Visual Analog Scale) (73)

- Çoklu Etki Belirleme Listesi (Multiple Affect Adjective List) (74)
- **Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve Bilformasyon Skalası** (Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale, APAIS) olarak sıralanabilir (7).

STAI 1970 yılında Amerika’da Spielberg ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. STAI, hastaların durum anksiyete düzeyini ölçmeyi hedefleyen 20 soru ve sürekli anksiyete düzeyini ölçmeyi hedefleyen 20 soru olmak üzere iki ayrı bölümden oluşmuştur. Toplam anksiyete puanını arttıran olumsuz ifadelere verilen puanın toplamından toplam anksiyete puanını azaltan olumlu ifadelere verilen puanın toplamı çıkartılmakta ve sabit 50 sayısı ile toplanarak toplam anksiyete puanı hesaplanmaktadır. Soru sayısının çok olması, fazla zaman alması ve hastaların uygulama sırasında sıkılması STAI’ nin dezavantajlarından (71).

HADS kısa, hastaların kendi başına cevaplayabileceği anksiyete ve depresyon durumunu değerlendiren iki alt ölçekten oluşur. Anket toplam 14 soru içermektedir. Her soru 0-3 arası puanlanmakta olup en az 0 en fazla 21 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Hastalar tarafından kısa sürede tamamlanabilmesi ve sonucun kısa sürede değerlendirilmesi anketin avantajlarından (72).

Görsel analog skala (VAS) sayısal olarak ölçülemeyen bazı değerleri sayısal hale çevirmek için kullanılan bir anket yöntemidir (73). 100 mm’ lik bir çizginin iki ucuna değerlendirilecek parametrenin iki uç tanımını yazılmakta ve hastadan bu çizgi üzerinde kendi durumunu ifade eden değeri işaretlemesi istenmektedir. Diğer anket yöntemleriyle kıyaslandığında kolay uygulanabilir olması, zaman almaması, hasta tarafından çabuk anlaşılabilir olması ve hastanın konuşmasını gerektirmemesi gibi avantajları vardır. Smiley Görsel Analog Skala ise 100 mm’ lik bir ölçekle birlikte 6 adet seçenekli yüz ifadesi içermektedir. Okuryazar olmayan ya da çocuk hastaların bu yüz ifadeleri ile durumlarını işaret etmeleri kolaylaşmaktadır (73).

MAACL ilk kez 1960 yılında Zuckermann tarafından tanımlanmış sözel anksiyete değerlendirme anketidir. Tanımlayıcı 21 kelime bulunmaktadır ve hastanın içinde bulunduğu durumu en iyi şekilde ifade eden kelimeleri işaretlemesi esasına dayanır. 0 ile 21 puan arasında skorlanan ankette 22 ve üzeri puan alan hastalar anksiyetesi olan hasta olarak değerlendirilirler (74).



#### 2.4.5.1 APAIS (Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve Bilgi Ölçeği)

1996'da Hollanda'daki Moermann grubu, Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve Bilgi Ölçeği APAIS'i geliştirdi. APAIS preoperatif anksiyetenin değerlendirilmesinde kullanılan testlerden biridir (75). Bu skala basit ve hızlı şekilde hastanın endişe kaynağı ve endişenin şiddetini kantitatif olarak değerlendirmeye olanak verdiğinden, preoperatif anksiyeteyle ilgili çeşitli çalışmalarda kullanılmıştır (76). Endişe kaynağı bu testte cerrahiden duyulan endişe ve anesteziye duyulan endişe olarak ikiye ayrılmıştır. Anksiyeteyi değerlendirmek üzere bu iki kaynağa yönelik 6 ifadeyi içermektedir. Anketi objektifleştirmek üzere her ifadeye şiddete göre 5'li Likert ölçeği'ne dayanan sayısal değer verilmektedir; 1-5 arası değişen bu değerler 1=hiç, 2=hafif, 3=orta, 4=şiddetli, 5=aşırı şiddetli olarak ifade edilmektedir. Anestezi anksiyetesi (AA) 1., 2. ve 3. ifadelerle, cerrahi anksiyete (CA) 4., 5. ve 6. ifadelerle verilen puanlar ile, toplam anksiyete (TA) skoru ise her ikisi toplanarak hesaplanır (7).

AA ve CA hesaplanırken en düşük puan 3 ve en yüksek puan 15'dir. TA hesaplanırken de en düşük puan 6 en yüksek puan 30'dur. AA ve CA skoru  $\geq 8$ , TA skoru  $\geq 16$  ise hastalar anksiyöz kabul edilmektedir. APAIS anketi Tablo 2.2'de görülmektedir.

APAIS'in farklı çalışmalarda farklı hesaplama yöntemleri de vardır. APAIS'in 3. ve 6. ifadeleri anestezi ve cerrahi hakkındaki bilgi edinme durumunu sorgulamaktadır. Bilgi eksikliğini bir anksiyete nedeni olarak değerlendirmeyen bazı çalışmalarda APAIS'in 1., 2., 4. ve 5. ifadeleri toplanarak toplam anksiyete puanı hesaplanırken, 3. ve 6. ifadeler de ayrıca toplanarak toplam bilgi edinme (BE) skoru hesaplanabilmektedir. Biz çalışmamızda anestezi ve cerrahi hakkında hastaların bilgi eksikliği olmasının da bir anksiyete sebebi olacağını düşündüğümüz için ilk hesaplama yöntemini seçtik.

**Tablo 2.2** Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve Bilgi Ölçeği (APAİS)

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

#### 2.4.6 Preoperatif Anksiyete Ölçümlerinin Sonuçları

Bildirilen preoperatif anksiyete insidansı, değerlendirilen yonteme bağılı olarak %11-80 arasında değişir (63,77). Çeşitli çalışmalarda ameliyat öncesi anksiyete görölme oranının %60-80 olduğu bildirilmiştir (62).

Preoperatif anksiyetenin görölme sıklığı hasta grubuna bağılıdır. Çalışmalara göre; kadınlarda, nispeten genç hastalarda, ameliyat hakkında çok soru soran hastalarda ve daha önceden bir cerrahi deneyimi olmayanlar arasında daha yüksek sıklıkta görölür. Özellikle cinsiyet ve yaşın ameliyat öncesi yaşanan anksiyete ile bir korelasyonu vardır (78).

#### 2.5 Hasta Memnuniyeti

Hasta memnuniyeti hastaların aldıkları hizmetten bekledikleri faydalara, hastanın katlanmakta olduğu külfete, hizmetten beklediğı verime, hizmetin sunuluşunun sosyo-kültürel değerlerine uygunluğuna bağılı bir işlevdir. Hasta memnuniyeti hastaların istek ve beklentilerinin karşılanması sonucunda oluşur. Bazı araştırmacılar “hasta memnuniyeti” tanımını hastaların beklediğı bakım ile aldıkları bakım arasındaki uyumun derecesi olarak tanımlamışlardır (79).

Sağlık hizmetlerinde genel olarak hasta memnuniyetini arttıran etmenler; hastanın karar verme sürecine katılımı, hastanın tedavi ve durumu hakkında bilgilendirilmesi, aile fertlerinin desteğinin sağlanması, hasta ve çalışanlar arasındaki iletişim, duygusal destek, fiziki ihtiyaçlara cevap verme, ağrıyı çabuk dindirme, yeterli parasal bilgilendirme ve önerilerdir. Hasta memnuniyetini azaltan etmenler ise; sağlık

bakım niteliğinin düşük olması, kaba davranan çalışanlar, temizlik ve düzenin olmayışı, ilgili çalışanlar tarafından bilgi verilmemesi, ödeme tutarındaki uygunsuzluk, hizmet sunanların sık sık değiştirilmesi, gizliliğe önem verilmemesi, hizmeti sunanlar ile hastaların farklı kültürden olmaları ve bunun iletişimde güçlük çıkarması, hekimlere ve diğer çalışanlara ulaşma zorluğu, doktorun hastaya yeterince zaman ayırmaması, doktorun hastayı dinlememesi veya öyle görünmesi, doktorun hastalığı hakkında hastaya yeterli bilgi vermemesidir (80).

Anestezi uygulamalarında hasta memnuniyetine; servislerin ulaşılabilirliği ve uygunluğu, yapısı, personeller arası ilişki, sağlık çalışanlarının kabiliyeti ve hastanın kendi beklentilerini ve tercihlerini içeren birçok faktör katkıda bulunur (80,81). Çoğu hasta problemsiz bir anestezi beklentisindedir (82). Yine de anestezi ve cerrahiden sonra derlenme bazen rezidüel sedasyon, ağrı, bulantı-kusma ve diğer major-minör şikayetlerle zorlaşır (83,84).

### **2.5.1 Anestezi Memnuniyetinin (Tatmininin) ve Kalitesinin Ölçülmesi**

Anesteziyoloji araştırmalarında anestezinin kalitesini doğrulamak için anket araştırmalarını kullanmak yeni değildir. Üç dekattan fazla süredir araştırmacılar hastalara bir veya iki soru kullanarak memnuniyet oranlarını ve yan etkilerin (ağrı, mide bulantısı, kusma) oluş, sıklık ve ciddiyetini sorguladıkları anket araştırma sonuçlarını yayınlamışlardır (85). Sanal olarak tüm çalışmalarda anestezi tatmini yüksek olarak bildirilmiştir. Bu çalışmalar, hastaların ortaya çıkabilecek ihtiyaçları, beklentileri ve algılamaları ile ilgili bilgi sağlamaları açısından önemlidir.

Anestezi hastaya memnuniyet anketi olarak kullanılan birçok form vardır. Aile hekimliğinde en yaygın olarak kullanılan *EUROPEP (Patients Evaluate General/Family Practice)* ölçeğinin Türkçe formundan oluşan ve preoperatif anestezi polikliniğine uyarlanan anket formu anestezi polikliniğinde de çoğu çalışmada kullanılmaktadır. 12 ifadeden oluşan bu ankete katılımcılar tarafından 5'li Likert ölçeği'ne 1-5 arası sayısal değer vermeleri istenir. En düşük puan 12, en yüksek puan 60'tır. Puanın yüksek olması hekimden olan memnuniyeti göstermektedir (86).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma için, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'nun 12/12/2017 tarih ve 2017/12-02 numaralı kararı ile onay alındı.

Bu çalışma elektif şartlarda cerrahi planlanan ve anestezi yöntemi olarak genel anestezi uygulanacak, American Society of Anesthesiologists (ASA) sınıflamasına göre ASA I-II grubu, 18-70 yaş arası 500 erişkin hastada yapılması planlanan bir anket çalışmasıdır.

ASA III-IV hastalar, okuma yazma bilmeyen hastalar, Türkçe bilmeyen hastalar, bilinen psikiyatrik rahatsızlığı olan hastalar, kronik sedatif, antipsikotik ilaç kullanımı olan hastalar, son 1 yılda psikiyatriye gitme öyküsü olan hastalar, herhangi bir kanser tanısı olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

Hastalar öncelikle iki yüz elliler kişilik standart anamnez (SA) ve BATHE anamnez (BA) grubu olarak randomize kapalı zarf yöntemi ile iki gruba ayrıldı. Her iki gruptaki hastalar preoperatif anestezi polikliniğinde muayene öncesi araştırma hakkında bilgilendirildi ve hastaların çalışmaya katılacaklarına dair onamları alındı.

Hastalardan muayene öncesi; *Demografik Bilgi* ve *Anestezi ile İlgili Endişe Nedenleri* formu (Ek 1) ve *Giriş Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve İnfomasyon Skalası (APAIS-Giriş)* (Ek 2) formlarını doldurmaları istendi. Doldurulan bu APAIS-Giriş formu ile hastaların muayene öncesi giriş anksiyete skoru belirlendi.

Daha sonra hastalara buldukları gruplara göre BATHE anamnez veya standart anamnez yöntemleri uygulanarak hastaların preoperatif muayeneleri tamamlandı.

Hastalardan muayeneleri tamamlandıktan sonra *Çıkış Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve İnfomasyon Skalası (APAIS-Çıkış)* (Ek 3) ile birlikte *Hasta Memnuniyet Anketi* (Ek 4) formu doldurmaları istendi. Doldurulan bu APAIS-Çıkış formu ile de hastaların muayene sonrası çıkış anksiyete skoru belirlendi.

Çalışma Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı anestezi polikliniğinde yapılmış olup, her iki gruptaki tüm hasta görüşmeleri tez sahibi Dr.İsmail KARAKOYUN tarafından gerçekleştirilmiştir.

Çalışmamızdan elde edilen veriler SPSS (ver:22.0) programına yüklenerek

verilerin değerlendirilmesinde parametrik test varsayımlar yerine getirildiğinden (Kolmogorov-Smirnov) bağımsız iki gruptan elde edilen ölçümler karşılaştırılırken bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (independent sample T-test); aynı bireylerden değişik zaman ve durumlarda elde edilmiş iki ölçüm değeri karşılaştırılırken paired samples T-test; ölçümle elde edilmiş bir değişken yönünden bağımsız ikiden fazla gruptan elde edilen veriler karşılaştırılırken varyans analizi (one way ANOVA); analiz sonucunda önemlilik kararı verildiğinde farklılık yapan grup yada grupları bulurken Tukey testi; sayımla elde edilmiş verilerin değerlendirilmesinde Ki-kare testi kullanılmış, verilerimiz tablolarda aritmetik ortalama, standart sapma, birey sayısı ve yüzdesi şeklinde belirtilip yanılma düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

## 4. BULGULAR

### 4.1 Demografik Veriler

Çalışmaya katılan SA grubu 250 hastanın 130'u erkek (% 52), 120'si (% 48) kadındı. BA grubu 250 hastanın ise 134'ü erkek (% 53.6), 116'sı (% 46.4) kadındı (Tablo 4.1).

**Tablo 4.1** Hastaların Cinsiyete Göre Dağılımı

	<b>SA GRUBU</b>	<b>BA GRUBU</b>	<b>P</b>
<b>ERKEK</b>	130 (% 52)	134 (% 53.6)	0.720
<b>KADIN</b>	120 (% 48)	116 (% 46.4)	
<b>TOPLAM</b>	250 (% 100)	250 (% 100)	

Çalışmaya katılan SA grubu 250 hastanın 85'i (% 34) 18-29 yaş arası, 78'i (% 31.2) 30-44 yaş arası, 65'i (% 26) 45-59 yaş arası, 22'si (% 8.8) 60 yaş üstüydü. BA grubu 250 hastanın ise 73'ü (% 29.2) 18-29 yaş arası, 86'sı (% 34.4) 30-44 yaş arası, 67'si (% 26.8) 45-59 yaş arası, 24'ü (% 9.6) 60 yaş üstüydü (Tablo 4.2).

**Tablo 4.2** Hastaların Yaşa Göre Dağılımı

	<b>SA GRUBU</b>	<b>BA GRUBU</b>	<b>P</b>
<b>18-29 YAŞ</b>	85 (% 34)	73 (% 29.2)	0.701
<b>30-44 YAŞ</b>	78 (% 31.2)	86 (% 34.4)	
<b>45-59 YAŞ</b>	65 (% 26)	67 (% 26.8)	
<b>60 YAŞ ÜZERİ</b>	22 (% 8.8)	24 (% 9.6)	
<b>TOPLAM</b>	250 (% 100)	250 (% 100)	

Çalışmaya katılan SA grubu 250 hastanın 173'ü (% 69.2) evli, 77'si (% 30.8) bekarı. BA grubu 250 hastanın ise 192'si (% 76.8) evli, 58'si (% 23.2) bekarı (Tablo 4.3).

**Tablo 4.3** Hastaların Medeni Hale Göre Dağılımı

	<b>SA GRUBU</b>	<b>BA GRUBU</b>	<b>P</b>
<b>EVLİ</b>	173 (% 69.2)	192 (% 76.8)	0.056
<b>BEKAR</b>	77 (% 30.8)	58 (% 23.2)	
<b>TOPLAM</b>	250 (% 100)	250 (% 100)	

Çalışmaya katılan SA grubu 250 hastanın 140'ı (% 56) çocuk sahibiyken, 110'u (% 44) çocuk sahibi değildi. BA grubu 250 hastanın ise 152'si (% 60.8) çocuk sahibiyken, 98'i (% 39.2) çocuk sahibi değildi (Tablo 4.4).

**Tablo 4.4** Hastaların Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre Dağılımları

	<b>SA GRUBU</b>	<b>BA GRUBU</b>	<b>P</b>
<b>ÇOCUĞU VAR</b>	140 (% 56)	152 (% 60.8)	0.276
<b>ÇOCUĞU YOK</b>	110 (% 44)	98 (% 39.2)	
<b>TOPLAM</b>	250 (% 100)	250 (% 100)	

Çalışmaya katılan SA grubu 250 hastanın 24'ü (% 9.6) ilkokul mezunu, 34'ü (% 13.6) ortaokul mezunu, 115'i (% 46) lise mezunu, 62'si (% 24.8) üniversite mezunu, 15'i (% 6) lisans üstü mezunuydu. BA grubu 250 hastanın ise 17'si (% 6.8) ilkokul mezunu, 44'ü (% 17.6) ortaokul mezunu, 108'si (% 43.2) lise mezunu, 58'i (% 23.2) üniversite mezunu, 23'ü (% 9.2) lisans üstü mezunuydu (Tablo 4.5).

**Tablo 4.5** Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

	<b>SA GRUBU</b>	<b>BA GRUBU</b>	<b>P</b>
<b>İLKOKUL</b>	24 (% 9.6)	17 (% 6.8)	0.341
<b>ORTAOKUL</b>	34 (% 13.6)	44 (% 17.6)	
<b>LİSE</b>	115 (% 46)	108 (% 43.2)	
<b>ÜNİVERSİTE</b>	62 (%24.8)	58 (% 23.2)	
<b>LİSANS ÜSTÜ</b>	15 (% 6)	23 (% 9.2)	
<b>TOPLAM</b>	250 (%100)	250 (% 100)	

Çalışmaya katılan SA grubu 250 hastanın 98'sinin (% 39.2) geliri yok iken, 76'sı (% 30.4) asgari ücret ile çalışıyordu, 76'sının ise (% 30.4) asgari ücret üzerinde geliri vardı. BA grubu 250 hastanın ise 82'sinin (% 32.8) geliri yok iken, 71'i (% 28.4) asgari ücret ile çalışıyordu, 97'sinin ise (% 38.8) asgari ücret üzerinde geliri vardı. Çalışmaya katılan 500 hastanın hiç birisi asgari ücret altı seçeneğini işaretlememiştir (Tablo 4.6).

**Tablo 4.6** Hastaların Gelir Durumuna Göre Dağılımı

	<b>SA GRUBU</b>	<b>BA GRUBU</b>	<b>P</b>
<b>GELİRİ YOK</b>	98 (% 39.2)	82 (% 32.8)	0.149
<b>ASGARİ ÜCRET ALTI</b>	0 (% 0)	0 (% 0)	
<b>ASGARİ ÜCRET</b>	76 (% 30.4)	71 (% 28.4)	
<b>ASGARİ ÜCRET ÜSTÜ</b>	76 (% 30.4)	97 (% 38.8)	
<b>TOPLAM</b>	250 (%100)	250 (% 100)	



Çalışmaya katılan SA grubu 250 hastanın 132'si (% 52.8) sigara içerken, 118'si (% 47.2) sigara içmiyordu. BA grubu 250 hastanın ise 120'si (% 48) sigara içerken, 130'u (% 52) sigara içmiyordu (Tablo 4.7).

**Tablo 4.7** Hastaların Sigara İçme Durumlarına Göre Dağılımları

	<b>SA GRUBU</b>	<b>BA GRUBU</b>	<b>P</b>
<b>SİGARA İÇEN</b>	132 (% 52.8)	120 (% 48)	0.283
<b>SİGARA İÇMEYEN</b>	118 (% 47.2)	130 (% 52)	
<b>TOPLAM</b>	250 (%100)	250 (% 100)	

Çalışmaya katılan SA grubu 250 hastanın 60'ı (% 24) alkol kullanırken, 190'ı (% 76) alkol kullanmıyordu. BA grubu 250 hastanın ise 61'i (% 24.4) alkol kullanırken, 189'u (% 75.6) alkol kullanmıyordu (Tablo 4.8).

**Tablo 4.8** Hastaların Alkol Kullanımına Göre Dağılımları

	<b>SA GRUBU</b>	<b>BA GRUBU</b>	<b>P</b>
<b>ALKOL KULLANAN</b>	60 (% 24)	61 (% 24.4)	0.917
<b>ALKOL KULLANMAYAN</b>	190 (% 76)	189 (% 75.6)	
<b>TOPLAM</b>	250 (%100)	250 (% 100)	

Çalışmaya katılan SA grubu 250 hastanın 115'inin (% 46) daha önceden anestezi deneyimi var iken, 135'inin (% 54) daha önceden anestezi deneyimi yoktu. BA grubu 250 hastanın ise 138'inin (%55.2) daha önceden anestezi deneyimi var iken, 112'sinin (% 44.8) daha önceden anestezi deneyimi yoktu. Gruplar arasında anestezi deneyimi açısından anlamlı fark yoktu (Tablo 4.9).

**Tablo 4.9** Hastaların Anestezi Deneyimine Göre Dağılımları

	<b>SA GRUBU</b>	<b>BA GRUBU</b>	<b>P</b>
<b>ANESTEZİ DENEYİMİ VAR</b>	115 (% 46)	138 (% 55.2)	0.400
<b>ANESTEZİ DENEYİMİ YOK</b>	135 (% 54)	112 (% 44.8)	
<b>TOPLAM</b>	250 (%100)	250 (% 100)	

Çalışmaya katılan SA grubu 250 hastanın 27'si (% 10.8) üroloji, 44'ü (% 17.6) ortopedi, 10'u (% 4) plastik cerrahi, 22'si (% 8.8) beyin cerrahi, 62'si (% 24.8) genel cerrahi, 23'ü (% 9.2) kadın doğum, 62'si (% 24.8) kulak burun boğaz (KBB) hastasıydı. BA grubu 250 hastanın ise 21'i (% 8.4) üroloji, 42'si (% 16.8) ortopedi, 10'u (% 4) plastik cerrahi, 26'sı (% 10.4) beyin cerrahi, 62'si (% 24.8) genel cerrahi, 23'ü (% 9.2) kadın doğum, 66'sı (% 26.4) kulak burun boğaz (KBB) hastasıydı (Tablo 4.10).

**Tablo 4.10** Hastaların Yattıkları Servislere Göre Dağılımları

	<b>SA GRUBU</b>	<b>BA GRUBU</b>	<b>P</b>
<b>ÜROLOJİ</b>	27 (% 10.8)	21 (% 8.4)	0.974
<b>ORTOPEDİ</b>	44 (% 17.6)	42 (% 16.8)	
<b>PLASTİK CERRAHİ</b>	10 (% 4)	10 (% 4)	
<b>BEYİN CERRAHİSİ</b>	22 (% 8.8)	26 (% 10.4)	
<b>GENEL CERRAHİ</b>	62 (% 24.8)	62 (% 24.8)	
<b>KADIN DOĞUM</b>	23 (% 9.2)	23 (% 9.2)	
<b>KBB</b>	62 (% 24.8)	66 (% 26.4)	
<b>TOPLAM</b>	250 (%100)	250 (% 100)	

## 4.2 Anestezi ile İlgili Endişe Nedenlerine Dair Veriler

Araştırmaya katılan 500 katılımcıya yöneltilen anesteziye dair endişelerden ‘‘Sizi en çok korkutan 1. endişe nedeni nedir?’’ sorusuna en sık cevap olarak ‘‘Ameliyat sonrası uyanamamak’’ cevabı alınmıştır (Tablo 4.11).

**Tablo 4.11** Anesteziye Dair En Çok Korkulan 1. Endişe Nedeninin Dağılımı

<b>SİZİ EN ÇOK KORKUTAN 1. ENDİŞE NEDENİ NEDİR?</b>	(n)	(%)
Ameliyat sonrası uyanamamak	220	44,0
Ameliyat sonrası ağrı duymak	135	27,0
Ameliyat esnasında uyanmak	107	21,4
Ameliyat sonrası bulantı-kusma	22	4,4
Yoğun bakımda kalmak	2	0,4
Ameliyat sonrası uzun süre uyumak	4	0,8
İğne korkusu	2	0,4
Anestezi ilaçlarının gereğinden fazla yapılması	8	1,6
<b>TOPLAM</b>	<b>500</b>	<b>100,0</b>

Araştırmaya katılan 500 katılımcıya yöneltilen anesteziye dair endişelerden ‘‘Sizi en çok korkutan 2. endişe nedeni nedir?’’ sorusuna en sık cevap olarak ‘‘Ameliyat esnasında uyanmak’’ cevabı alınmıştır (Tablo 4.12).

**Tablo 4.12** Anesteziye Dair En Çok Korkulan 2. Endişe Nedeninin Dağılımı

<b>SİZİ EN ÇOK KORKUTAN 2. ENDİŞE NEDENİ NEDİR?</b>	(n)	(%)
Ameliyat sonrası uyanamamak	69	13,8
Ameliyat sonrası ağrı duymak	93	18,6
Anestezistin odada bulunmaması	3	0,6
Ameliyat esnasında uyanmak	143	28,6
Ameliyat sonrası bulantı-kusma	107	21,4
Yoğun bakımda kalmak	22	4,4
Ameliyat sonrası uzun süre uyumak	43	8,6
İğne korkusu	4	0,8
Anestezi ilaçlarının gereğinden fazla yapılması	16	3,2
<b>TOPLAM</b>	<b>500</b>	<b>100,0</b>

Araştırmaya katılan 500 katılımcıya yöneltilen anesteziye dair endişelerden ‘‘Sizi en çok korkutan 3. endişe nedeni nedir?’’ sorusuna en sık cevap olarak ‘‘Yoğun bakımda kalmak’’ cevabı alınmıştır (Tablo 4.13).

**Tablo 4.13** Anesteziye Dair En ok Korkulan 3. Endişe Nedeninin Dağılımı

<b>SİZİ EN ÇOK KORKUTAN 3. ENDİŞE NEDENİ NEDİR?</b>	(n)	(%)
Anestezistin bilgi yetersizliği	1	0,2
Anestezistin deneyim eksikliği	2	0,4
Ameliyat sonrası uyanamamak	10	2,0
Ameliyat sonrası ağrı duymak	80	16,0
Anestezistin odada bulunmaması	5	1,0
Ameliyat esnasında uyanmak	27	5,4
Yakın çevrenin anestezi hakkındaki negatif görüşleri	3	0,6
Ameliyat sonrası bulantı-kusma	102	20,4
Yoğun bakımda kalmak	130	26,0
Ameliyat sonrası uzun süre uyumak	50	10,0
İğne korkusu	61	12,2
Anestezi ilaçlarının gereğinden fazla yapılması	29	5,8
<b>TOPLAM</b>	<b>500</b>	<b>100,0</b>

### 4.3 Preoperatif Anksiyete Düzeylerine Dair Veriler

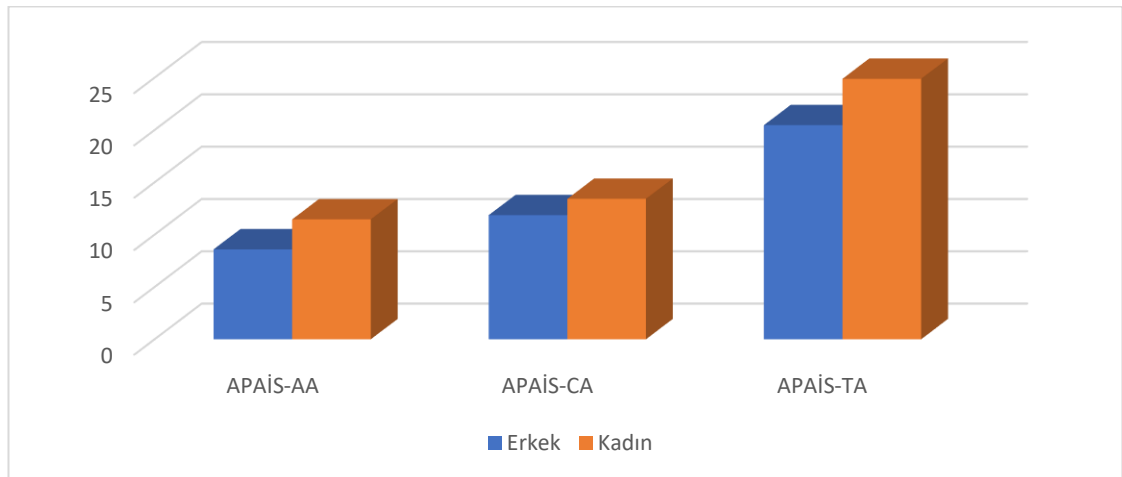
Çalışmaya katılan 500 hastanın anksiyete düzeylerine genel olarak bakıldığında APAİS AA ortalaması 9.95, APAİS CA ortalaması 12.6, APAİS TA ortalaması 22.55 olarak görülmüştür.

Cinsiyete göre tüm bireylerin (500 hasta) APAİS-AA, APAİS-CA ve APAİS-TA ortalama değerleri karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Kadın cinsiyetin APAİS-AA, APAİS-CA ve APAİS-TA ortalama değerleri erkek cinsiyete göre yüksek bulunmuştur (Tablo 4.29, Grafik 4.1).

**Tablo 4.14** Cinsiyete Göre APAİS-AA, CA, TA Ortalama Değerleri

Skor	Cinsiyet	N	Mean	Std. Deviation	p
APAİS-AA	erkek	264	8,5947	2,00155	0,001*
	kadın	236	11,4661	1,83897	
APAİS-CA	erkek	264	11,8674	1,71591	0,001*
	kadın	236	13,4280	1,50711	
APAİS-TA	erkek	264	20,4621	3,31354	0,001*
	kadın	236	24,8941	2,98247	

**Grafik 4.1** Cinsiyete Göre APAİS Anksiyete Ortalama Değerleri



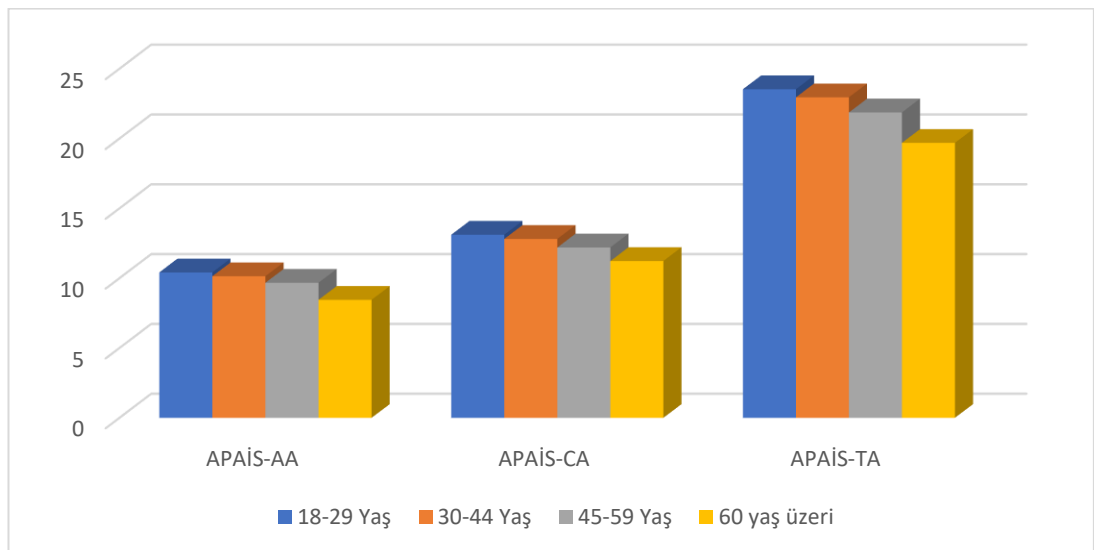
Yaş gruplarına göre bireylerin APAİS-AA, APAİS-CA ve APAİS-TA ortalama değerleri karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Yaş

arttıkça APAİS-AA, APAİS-CA, APAİS-TA ortalama değerlerinin azaldığı gözlenmiştir (Tablo 4.30, Grafik 4.2).

**Tablo 4.15** Yaş Gruplarına Göre APAİS-AA, CA, TA Ortalama Değerleri

Skor	Yaş	N	Mean	Std. Deviation	p
APAİS-AA	18-29 yaş	158	10,4177	2,65468	0,001*
	30-44 yaş	164	10,1402	2,41896	
	45-59 yaş	132	9,6742	1,97888	
	60 yaş ve üzeri	46	8,4565	1,82217	
	Total	500	9,9500	2,40063	
APAİS-CA	18-29 yaş	158	13,1139	1,77015	0,001*
	30-44 yaş	164	12,8171	1,72052	
	45-59 yaş	132	12,2045	1,67030	
	60 yaş ve üzeri	46	11,2391	1,60810	
	Total	500	12,6040	1,79712	
APAİS-TA	18-29 yaş	158	23,5316	4,10324	0,001*
	30-44 yaş	164	22,9573	3,76511	
	45-59 yaş	132	21,8787	3,27617	
	60 yaş ve üzeri	46	19,6956	3,16838	
	Total	500	22,5540	3,85757	

**Grafik 4.2** Yaşa Göre APAİS Anksiyete Ortalama Değerleri

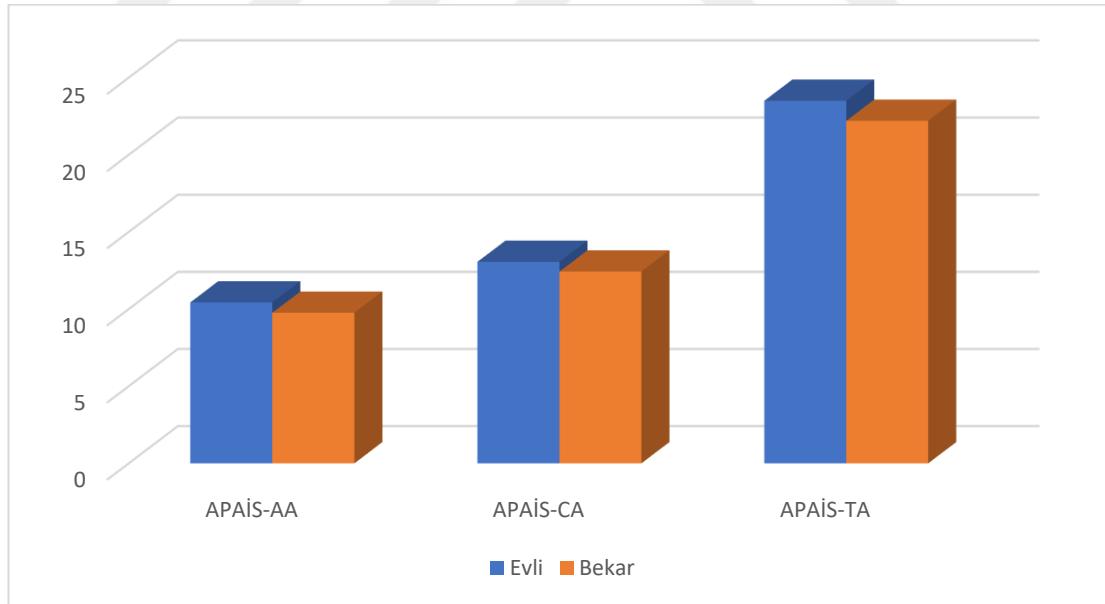


Medeni hale göre bireylerin APAİS-AA, APAİS-CA ve APAİS-TA ortalama değerleri karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Evli olanların APAİS-AA, APAİS-CA ve APAİS-TA ortalama değerleri bekar olanlara göre yüksek bulunmuştur (Tablo 4.31, Grafik 4.3).

**Tablo 4.16** Medeni Durumuna Göre APAİS-AA, CA, TA Ortalama Değerleri

Skor	Medeni durum	N	Mean	Std. Deviation	p
APAİS-AA	evli	365	10,4370	2,76871	0,013*
	bekar	135	9,7699	2,22663	
APAİS-CA	evli	365	13,0667	1,84148	0,001*
	bekar	135	12,4329	1,75224	
APAİS-TA	evli	365	23,5037	4,33293	0,002*
	bekar	135	22,2027	3,60974	

**Grafik 4.3** Medeni Durumuna Göre APAİS Anksiyete Ortalama Değerleri

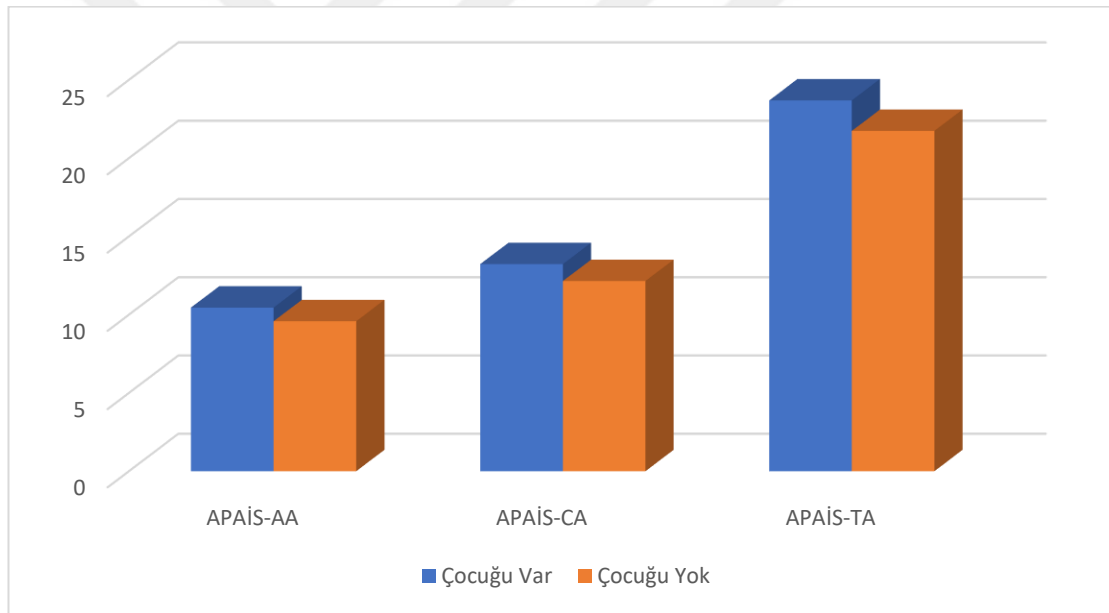


Çocuk sahibi olma durumuna göre bireylerin APAİS-AA, APAİS-CA ve APAİS-TA ortalama değerleri karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Çocuğu olanların APAİS-AA, APAİS-CA ve APAİS-TA ortalama değerleri çocuğu olmayanlara göre yüksek bulunmuştur (Tablo 4.32, Grafik 4.4).

**Tablo 4.17** Çocuk Durumuna Göre APAİS-AA, CA, TA Ortalama Değerleri

Skor	Çocuk durumu	N	Mean	Std. Deviation	p
APAİS-AA	var	292	10,4567	2,62983	0,001*
	yok	208	9,5890	2,15602	
APAİS-CA	var	292	13,2356	1,71306	0,001*
	yok	208	12,1541	1,72117	
APAİS-TA	var	292	23,6923	3,99535	0,001*
	yok	208	21,7432	3,54632	

**Grafik 4.4** Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre APAİS Anksiyete Ortalama Değerleri



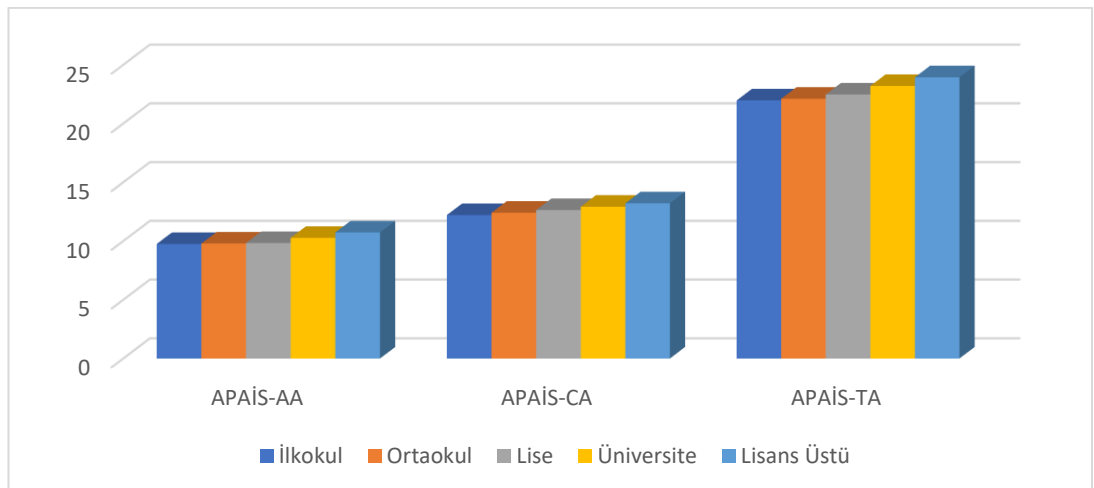
Eğitim durumuna göre bireylerin APAİS-AA, APAİS-CA ve APAİS-TA ortalama değerleri karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Eğitim düzeyi arttıkça APAİS-AA, APAİS-CA ve APAİS-TA ortalama değerlerinin arttığı gözlenmiştir (Tablo 4.33, Grafik 4.5).



**Tablo 4.18** Eğitim Durumuna Göre APAİS-AA, CA, TA Ortalama Değerleri

Skor	Eğitim durumu	N	Mean	Std. Deviation	p
APAİS-AA	ilkokul	41	9,7561	1,81357	0,004*
	ortaokul	78	9,7900	1,99187	
	lise	223	9,8341	2,52096	
	üniversite	120	10,2750	2,39735	
	lisans üstü	38	10,7368	2,78688	
	Total	500	9,9500	2,40063	
APAİS-CA	ilkokul	41	12,2195	1,52500	0,001*
	ortaokul	78	12,4103	1,65291	
	lise	223	12,6413	1,87600	
	üniversite	120	12,9250	1,69112	
	lisans üstü	38	13,2105	1,77304	
	Total	500	12,6040	1,79712	
APAİS-TA	ilkokul	41	21,9756	3,09425	0,002*
	ortaokul	78	22,1103	3,26904	
	lise	223	22,4753	4,08889	
	üniversite	120	23,2000	3,70918	
	lisans üstü	38	23,9474	4,12604	
	Total	500	22,5540	3,85757	

**Grafik 4.5** Eğitim Durumuna Göre APAİS Anksiyete Ortalama Değerleri

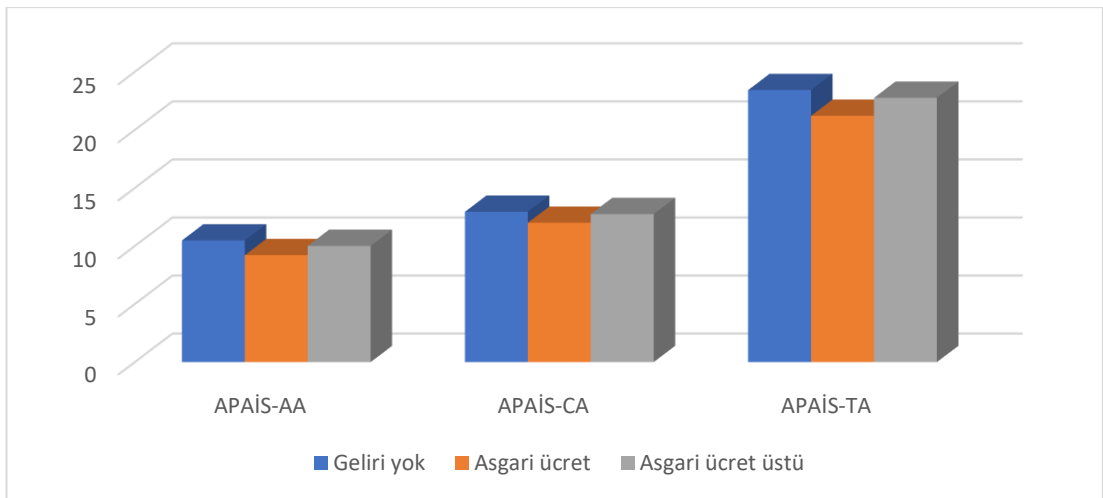


Aylık gelir durumuna göre bireylerin APAİS-AA, APAİS-CA, APAİS-TA değerleri karşılaştırıldığında farklılık anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Aylık gelire ilişkin değerler karşılaştırıldığında APAİS-AA, APAİS-CA, APAİS-TA ortalama değerleri en yüksek geliri olmayanlarda çıkarken, en düşük ise asgari ücret alanlarda çıkmıştır (Tablo 4.34, Grafik 4.6).

**Tablo 4.19** Gelir Durumuna Göre APAİS-AA, CA, TA Ortalama Değerleri

Skor	Gelir durumu	N	Mean	Std. Deviation	p
APAİS-AA	gelir yok	179	10,4804	2,35439	0,001*
	asgari ücret	147	9,2109	2,10424	
	asgari ücret üstü	173	10,0173	2,53688	
	Total	499	9,9459	2,40128	
APAİS-CA	gelir yok	179	12,9553	1,74118	0,001*
	asgari ücret	147	12,0068	1,72212	
	asgari ücret üstü	173	12,7514	1,80489	
	Total	499	12,6052	1,79872	
APAİS-TA	gelir yok	179	23,4358	3,76263	0,001*
	asgari ücret	147	21,2177	3,52198	
	asgari ücret üstü	173	22,7688	3,94935	
	Total	499	22,5511	3,86090	

**Grafik 4.6** Gelir Durumuna Göre APAİS Anksiyete Ortalama Değerleri

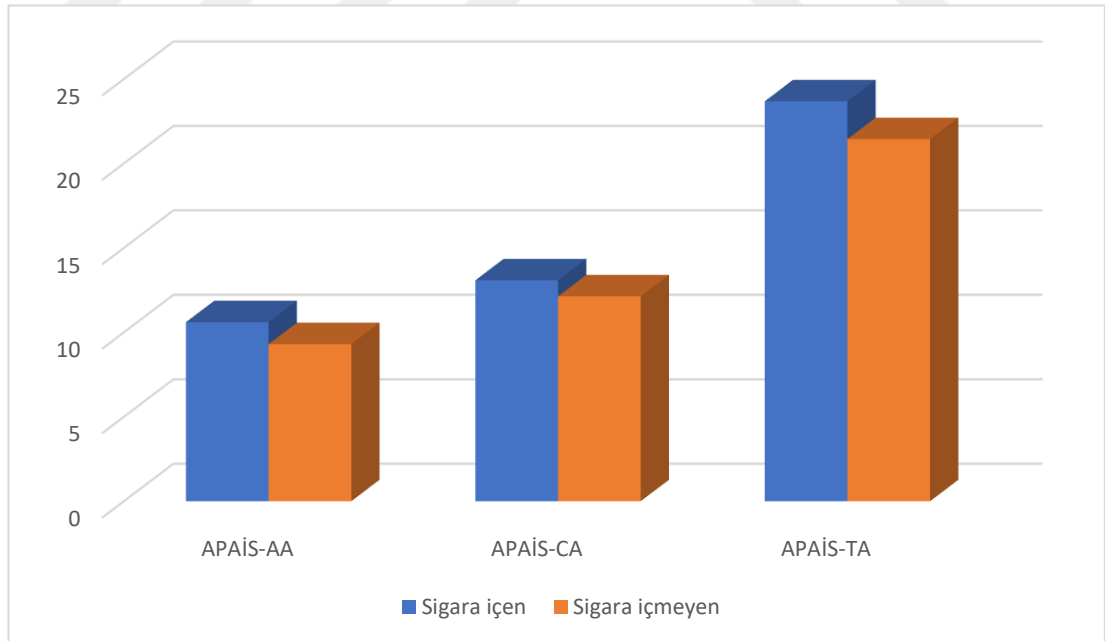


Sigara içme durumuna göre bireylerin APAİS-AA, APAİS-CA ve APAİS-TA ortalama değerleri karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Sigara içenlerin APAİS-AA, APAİS-CA ve APAİS-TA ortalama değerleri sigara içmeyenlere göre yüksek bulunmuştur (Tablo 4.35, Grafik 4.7).

**Tablo 4.20** Sigara İçme Durumuna Göre APAİS-AA, CA, TA Ortalama Değerleri

Skor	Sigara kullanımı	N	Mean	Std. Deviation	p
APAİS-AA	evet	252	10,6008	2,14408	0,001*
	hayır	248	9,3095	2,47043	
APAİS-CA	evet	252	13,0847	1,65094	0,001*
	hayır	248	12,1310	1,81261	
APAİS-TA	evet	252	23,6855	3,46379	0,001*
	hayır	248	21,4405	3,90735	

**Grafik 4.7** Sigara İçme Durumuna Göre APAİS Anksiyete Ortalama Değerleri



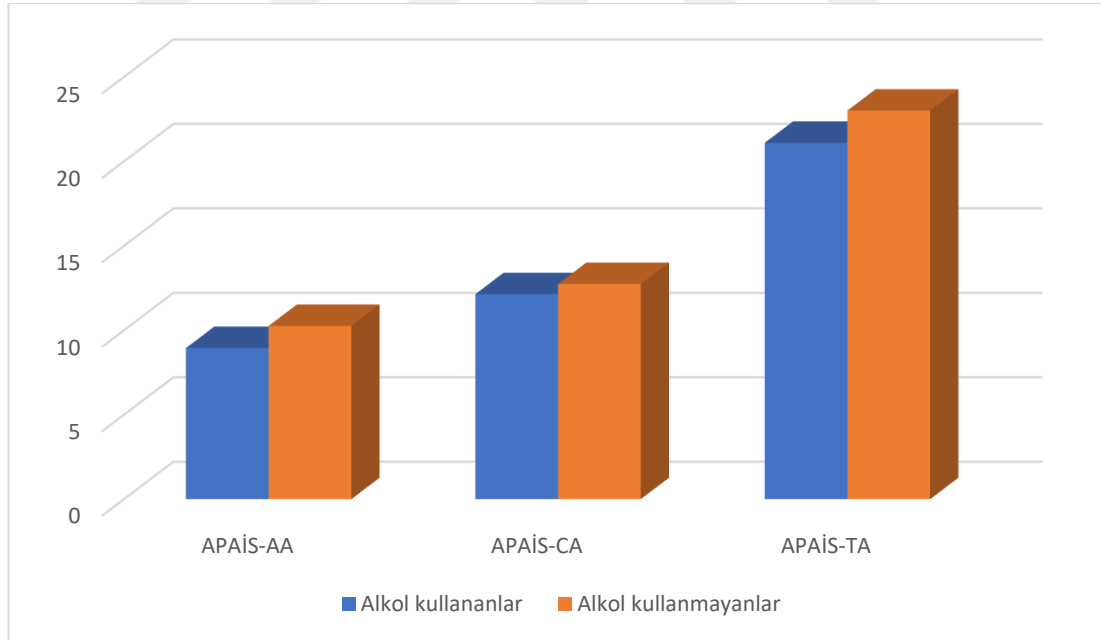
Alkol kullanma durumuna göre bireylerin APAİS-AA, APAİS-CA ve APAİS-TA ortalama değerleri karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Alkol kullanmayanların APAİS-AA, APAİS-CA ve APAİS-TA ortalama değerleri alkol kullananlara göre yüksek bulunmuştur (Tablo 4.36, Grafik 4.8).

**Tablo 4.21** Alkol Kullanma Durumuna Göre APAİS-AA, CA, TA Ortalama Değerleri

Skor	Alkol kullanımı	N	Mean	Std. Deviation	p
APAİS-AA	var	121	8,9587	2,39234	0,001*
	yok	379	10,2665	2,31860	
APAİS-CA	var	121	12,1488	1,73042	0,001*
	yok	379	12,7493	1,79593	
APAİS-TA	var	121	21,1074	3,76785	0,001*
	yok	379	23,0158	3,77541	

**Grafik 4.8** Alkol Kullanma Durumuna Göre APAİS Anksiyete Ortalama Değerleri

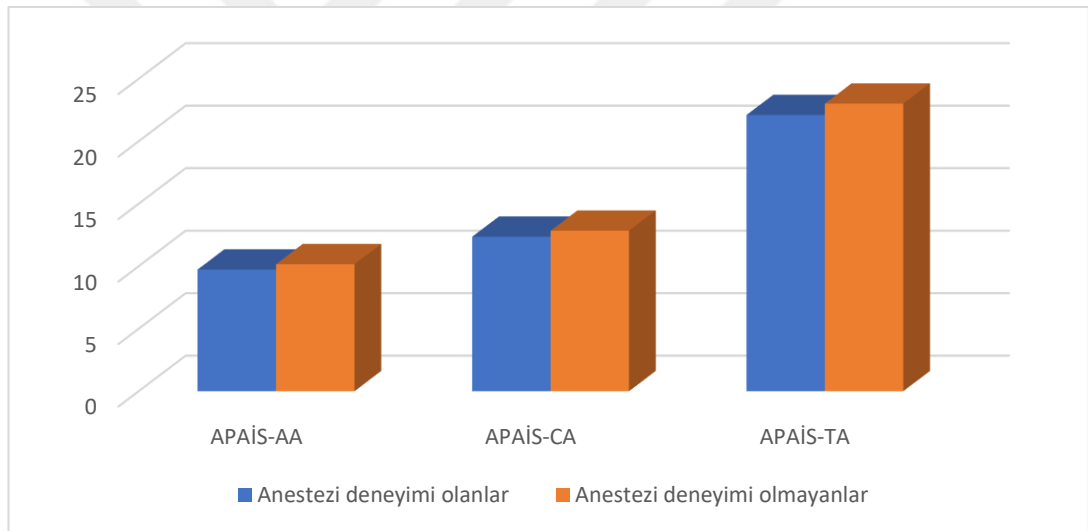


Anestezi deneyimine göre bireylerin APAİS-AA, APAİS-CA ve APAİS-TA ortalama değerleri karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Anestezi deneyimi olmayanların APAİS-AA, APAİS-CA ve APAİS-TA ortalama değerleri anestezi deneyimi olanlara göre yüksek bulunmuştur (Tablo 4.37, Grafik 4.9).

**Tablo 4.22** Anestezi Deneyimine Göre APAİS-AA, CA, TA Ortalama Değerleri

Skor	Önceki anestezi deneyimi	N	Mean	Std. Deviation	p
APAİS-AA	var	253	9,7391	2,24031	0,047*
	yok	247	10,1660	2,54088	
APAİS-CA	var	253	12,3676	1,74667	0,003*
	yok	247	12,8462	1,81922	
APAİS-TA	var	253	22,1067	3,57800	0,009*
	yok	247	23,0121	4,08097	

**Grafik 4.9** Anestezi Deneyimine Göre APAİS Anksiyete Ortalama Değerleri

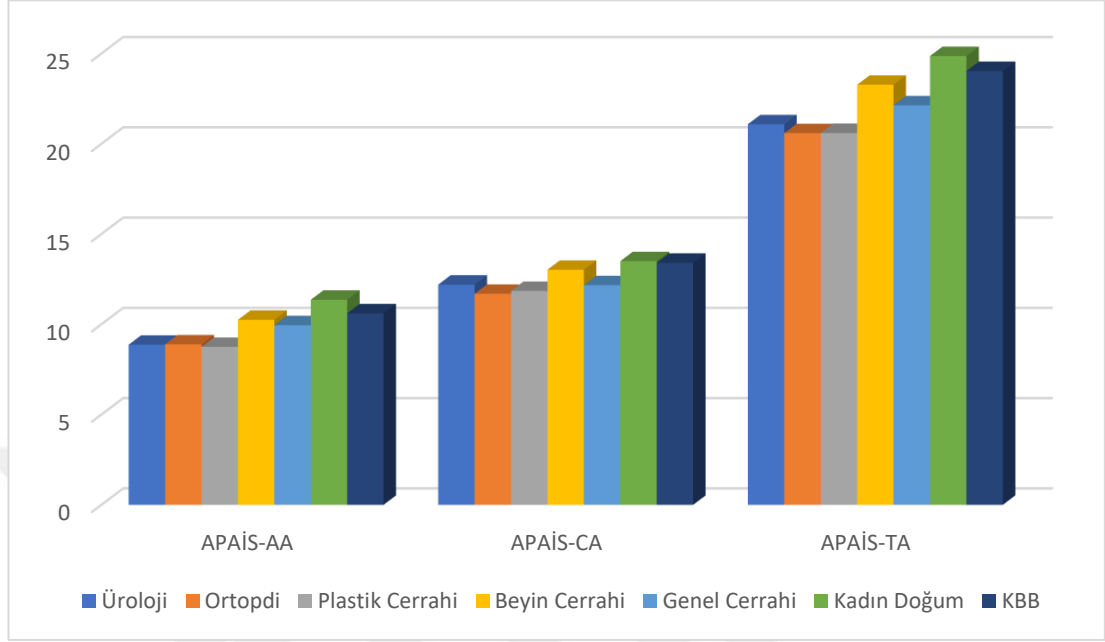


Yatarak tedavi görülen servise göre bireylerin APAİS-AA, APAİS-CA ve APAİS-TA ortalama değerleri karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ). APAİS-AA, APAİS-CA, APAİS-TA ortalama değerleri en yüksek çıkan üç branş sırasıyla Kadın doğum, KBB ve Beyin cerrahisi olarak görülmüştür. (Tablo 4.38, Grafik 4.10)

**Tablo 4.23** Yatarak Tedavi Görülen Servislere Göre APAİS-AA, CA, TA Ortalama Değerleri

Skor	Tedavi görülen servis	N	Mean	Std. Deviation	p
APAİS-AA	üroloji	48	8,8750	2,19889	0,001*
	ortopedi	86	8,8953	1,98837	
	plastik cerrahi	20	8,7500	2,09950	
	beyin cerrahi	48	10,2500	2,15860	
	genel cerrahi	124	9,9597	2,32484	
	kadın doğum	46	11,3696	1,83010	
	kbb	128	10,6172	2,60261	
	Total	500	9,9500	2,40063	
APAİS-CA	üroloji	48	12,2083	1,67533	0,001*
	ortopedi	86	11,6977	1,68082	
	plastik cerrahi	20	11,8500	1,59852	
	beyin cerrahi	48	13,0208	1,73192	
	genel cerrahi	124	12,1774	1,73462	
	kadın doğum	46	13,5000	1,34578	
	kbb	128	13,4141	1,67674	
	Total	500	12,6040	1,79712	
APAİS-TA	üroloji	48	21,0833	3,34431	0,001*
	ortopedi	86	20,5930	3,37596	
	plastik cerrahi	20	20,6000	3,36233	
	beyin cerrahi	48	23,2708	3,67128	
	genel cerrahi	124	22,1371	3,67663	
	kadın doğum	46	24,8696	2,65505	
	kbb	128	24,0313	3,98805	
	Total	500	22,5540	3,85757	

**Grafik 4.10** Yatarak Tedavi Görülen Servislere Göre APAİS Anksiyete Ortalama Değerleri



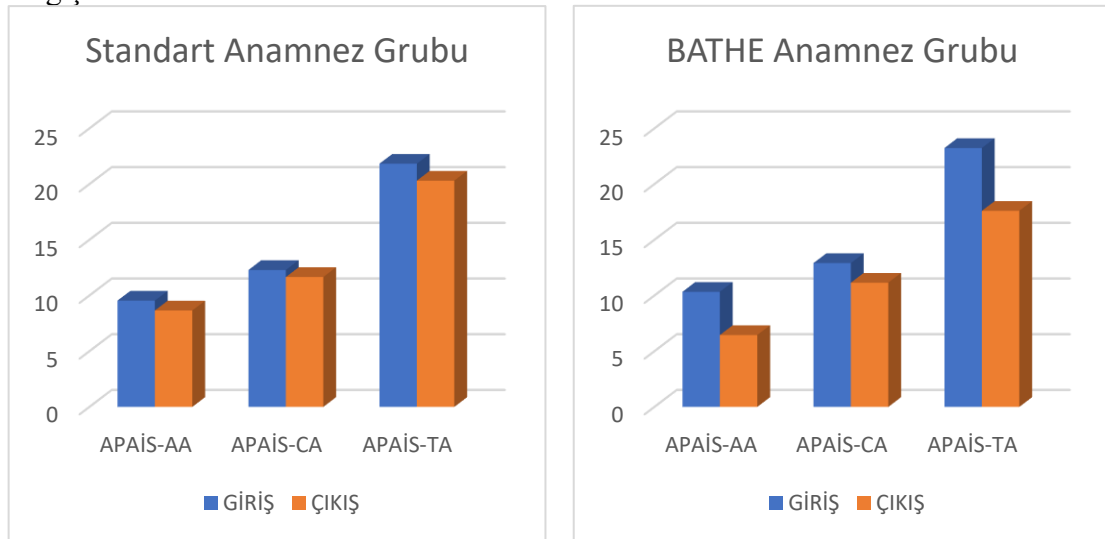
#### **4.4 BATHE Anamnez ve Standart Anamnez grubu Hastaların Muayene Sonrası APAİS Skorlarının Karşılaştırılmasına Dair Veriler**

BATHE ve Standart anamnez gruplarında Giriş APAİS-AA, Giriş APAİS-CA, Giriş APAİS-TA ortalama değerleri ile Çıkış APAİS-AA, Çıkış APAİS-CA, Çıkış APAİS-TA ortalama değerleri karşılaştırıldığında ölçümler arası fark anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Her iki grupta da çıkış APAİS anksiyete skorları giriş APAİS anksiyete skorlarına göre düşmüş olmasına rağmen BATHE anamnez grubundaki giriş-çıkış arasındaki anksiyete skorlarına ait fark daha fazla bulunmuştur (Tablo 4.39, Tablo 4.40, Grafik 4.11).

**Tablo 4.24** BATHE ve Standart Anamnez Grupları Giriş ve Çıkış APAİS Ortalama Değerleri

Gruplar	Giriş / çıkış ortalama Skor	Mean	Std. Deviation	p
Standart grup	girişAA	9,5462	2,34152	0,001*
	çıkışAA	8,6627	1,95892	
	girişCA	12,2960	1,81482	0,001*
	çıkışCA	11,6640	1,81888	
	girişTA	21,8313	3,87034	0,001*
	çıkışTA	20,3133	3,49168	
BATHE grubu	girişAA	10,3360	2,38955	0,001*
	çıkışAA	6,4520	1,31400	
	girişCA	12,9120	1,72864	0,001*
	çıkışCA	11,1520	1,61596	
	girişTA	23,2480	3,70532	0,001*
	çıkışTA	17,6040	2,31096	

**Grafik 4.11** Görüşme Tekniğine Göre Giriş-Çıkış APAİS Skorlarının Değişimi





**Tablo 4.25** BATHE ve Standart Anamnez Grupları Giriş ve Çıkış APAİS Değerlerinin Ortalama Farkları

Gruplar	Giriş / Çıkış	Ortalama fark
Standart grup	girişAA - çıkışAA	0,88353
	girişCA - çıkışCA	0,63200
	girişTA - çıkışTA	1,51807
BATHE grubu	girişAA - çıkışAA	3,88400
	girişCA - çıkışCA	1,76000
	girişTA - çıkışTA	5,64400

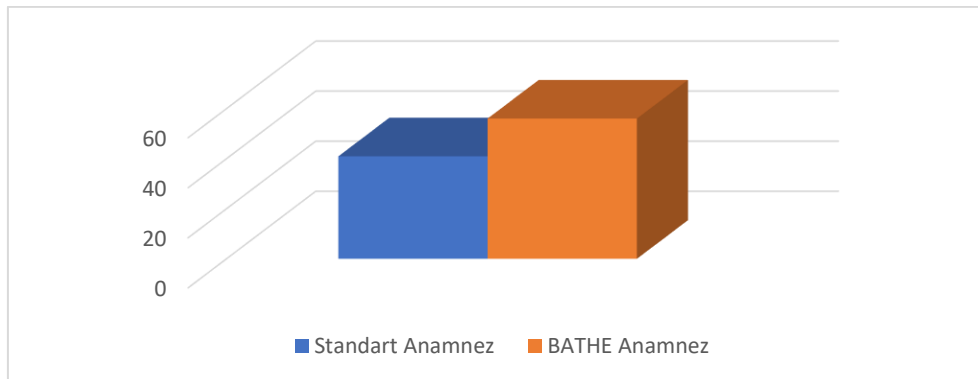
#### 4.5 Hasta Memnuniyetine Dair Veriler

BATHE anamnez ve standart anamnez gruplarındaki bireylerin muayene sonrası memnuniyet anketi puan ortalamaları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Görüldüğü gibi BATHE anamnez grubundaki hastaların memnuniyet puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 4.41, Grafik 4.12)

**Tablo 4.26** BATHE ve Standart Anamnez Grubu Hastaların Memnuniyet Puanı Ortalamaları

	Gruplar	N	Mean	Std. Deviation	p
Toplam Memnuniyet Skoru	Standart grup	250	40,9560	3,94771	0,001*
	BATHE grubu	250	56,0240	2,72417	

**Grafik 4.12** Gruplara Göre Hastaların Memnuniyet Puanı Ortalamaları



## 5. TARTIŞMA

Bilindiği gibi ameliyat olması gerektiği kendisine bildirilen hasta, artık bir stres durumuyla karşı karşıyadır. Duygusal açıdan güçlü olan bir birey için bile cerrahi; acı, ağrı, güç kaybı veya ölüm olasılıklarıyla yüzleşmek zorunda kaldığı ciddi bir yaşamsal strestir. Ameliyat öncesi dönemde birçok hastada var olan anksiyete düzeyinin patolojik seviyelere ulaşmasıyla zararlı etkileri ortaya çıkar. Anesteziye ve cerrahiye ait endişeler, ameliyatı ve ameliyat sonrası iyileşmeyi olumsuz etkiler (87). Ameliyat kararı ve bekleme süreci çoğu hastada tedaviyi aksatmayacak ölçüde anksiyeteye neden olur iken cerrahi hastalarının %5'inde tedavi reddine neden olacak düzeyde anksiyete geliştiği bildirilmiştir (88). Preoperatif anksiyete birçok hastada endişe kaynağı olarak kalmakta ve vücuttaki sempatik, parasempatik ve endokrin stimulasyona bağlı olarak anormal hemodinamik değişikliklere neden olmaktadır (89).

Anesteziye dair endişe nedenlerinin araştırıldığı literatürde birçok çalışma mevcuttur. Anesteziye bağlı endişenin en sık nedeni olarak; Ramsay (77) ameliyat sonrası uyanamamayı, Shevde ve Panagopoulos (66) anestezistin bilgi yetersizliğini, Hume ve arkadaşları (47) ise ameliyat sırasında uyanmayı bildirmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise Ceyhan ve arkadaşları (90) ölüm korkusu (%30.6) ve ameliyat sırasında ağrıyı (%22.6), Şekerci ve arkadaşları (48) ise ameliyat sonrası uyanamamayı (%51.9) ve herhangi bir aksilik olması (%22.1) ihtimalini bildirmişlerdir. Demir ve arkadaşlarının yaptığı bir anket çalışmasında ise anesteziye ait en çok endişe duyulan durum ameliyat sonrası uyanamamak (%32.3) olarak bulunmuştur. Bunu ameliyat sonrası dönemde ağrı hissedilmesi (%21) ve ameliyat sırasında uyanma endişeleri (%11.2) izlemiştir (91). Turhan ve arkadaşları çalışmalarında ameliyat öncesinde en fazla endişeye neden olan 3 düşünceyi; ameliyat sonrası uyanmamak, ameliyat sonrası ağrı ve yoğun bakımda kalmak olarak saptamıştır (70). Kocamanoğlu ve arkadaşları anesteziye bağlı en çok operasyon sonrası uyanamamaktan endişe duyulduğunu bildirmişlerdir (8).

500 kişi ile yaptığımız bizim çalışmamızda ise ameliyat öncesinde en fazla endişeye neden olan 3 düşünce sırasıyla ameliyat sonrası uyanamamak (n:220, %44), ameliyat esnasında uyanmak (n:143 %28.6) ve yoğun bakımda kalmak (n:130, %26) olarak sıralandı. Bulduğumuz sonuçlar literatürdeki birçok çalışmayla örtüşmektedir.

Preoperatif anksiyete ölçümünde literatürde birçok farklı metod kullanılmaktadır. Sürekli Durum Anksiyete Envanteri (STAI), Görsel Analog Skala (VAS), Hastane Anksiyete ve Depresyon Skalası (HADS), Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve Bilgi Skalası (APAİS) bunlardan bazılarıdır (7,71,72,73).

Moerman ve arkadaşları tarafından geliştirilen, anksiyete ile birlikte bilgi edinme isteğini de ölçen APAİS testinin preoperatif anksiyetenin değerlendirilmesinde güvenli kullanılabileceği sonucuna varılmıştır (7). Biz de yaptığımız çalışmada basit ve hızlı şekilde hastanın endişe kaynağı ve endişenin şiddetini kantitatif olarak değerlendirmeye olanak verdiğinden bu testi kullandık.

Preoperatif anksiyete sıklığı ve derecesiyle ilgili literatürde birçok çalışma mevcuttur. Geobel ve arkadaşları 180 kişi ile yaptıkları çalışmalarında hastaların APAİS TA ortalamasını 16,46 olarak bulmuşlardır. Aynı çalışmada APAİS AA değeri 6,54 olarak bulunurken APAİS CA değeri 9,92 olarak görülmüştür (92). Bu çalışmada cerrahi anksiyetenin anestezi anksiyetesinden anlamlı ölçüde yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Bakalaki ve arkadaşları 100 kişilik çalışmalarında APAİS TA değerini 15,61 bulurken APAİS AA değerini 6,97; APAİS CA değerini 8,64 olarak bulmuşlardır (93). Bu çalışmada da cerrahi anksiyete anestezi anksiyetesinden yüksek bulunmuştur. Turzakova ve arkadaşları yaptıkları çalışmada APAİS TA ortalamasını 22,97; APAİS AA ortalamasını 10,76; APAİS CA ortalamasını ise 12,21 olarak bulmuşlardır (94). Diğer çalışmalara benzer şekilde bu çalışmada da cerrahi anksiyete skorları anestezi anksiyete skorlarından yüksektir. Matthias ve arkadaşları preoperatif anksiyeteyi APAİS ile ölçtükleri çalışmalarında APAİS TA ortalamasını 16,29 olarak bulmuşlar ve hastalarının %76'sının anksiyöz olduğunu görmüşlerdir. Yine aynı çalışmada hastaların AA ve CA değerleri kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı olmasa da AA değerleri nispeten daha yüksek bulunmuştur (95). Norris ve Baird 352'si jinekolojik hastalardan oluşan 500 kişilik hasta grubunda STAI anksiyete ölçeğini kullandıkları çalışmalarında hastaların %60'ının anksiyöz olduğunu bildirmişlerdir (96). Ramsay 382 hastada yaptığı çalışmada anksiyöz hasta oranını %73 olarak bildirmiştir (77). Domar ve arkadaşlarının %57'sini jinekolojik hastaların oluşturduğu 523 hasta üzerinde yapılan çalışmada STAI ölçeğine göre ortalama anksiyete skorlarını yüksek bildirmişlerdir (70). Gönüllü ve arkadaşları da 83 hastada preoperatif anksiyete düzeyini araştırmak amacıyla yaptıkları çalışmada anksiyete

değerini yüksek tespit etmişlerdir (3). Toker ve Erfidan da yaptıkları farklı çalışmalarda hastaların preoperatif STAI-I puan ortalamalarını yüksek saptamışlardır (97,98).

Bizim çalışmamızda da anestezi muayenesi ve bilgilendirilmesi yapılmadan önce yapılan APAİS anketine göre 500 katılımcının APAİS AA ortalaması 9,95; APAİS CA ortalaması 12,6; APAİS toplam anksiyete (TA) puan ortalaması ise 22,55 olarak yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda literatürdeki çalışmalara benzer olarak cerrahi anksiyetenin anestezi anksiyetesinden yüksek olduğu görülmüştür. Yani ameliyat olacak insanların anesteziden ziyade cerrahi işlemden daha çok korktukları sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu durumun toplumumuzdaki anestezi hakkındaki bilgi eksikliğinden ve yanlış algılamalardan kaynaklandığı düşünülebilir. Bu durumun nedenlerini tespit edebilmek için toplumun anestezi hakkındaki bilgi düzeyini ölçen çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

Yapılan birçok araştırmada kadınların preoperatif anksiyete düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğu bildirilmiştir (5,7,8,60,66,95,99,100,101). Moerman ve arkadaşlarının 320 hastada yaptıkları çalışmada cinsiyetle anksiyete arasındaki ilişkiyi değerlendirmişler ve kadınlarda anksiyetenin anlamlı olarak yüksek olduğunu bildirmişlerdir (7). Badner ve arkadaşları, 96 hastayla yaptıkları çalışmada kadınlardaki STAI skorunun erkeklerden yüksek olduğunu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu bildirmişlerdir (5). Aykent ve arkadaşları 597 hastada APAİS ve STAI anketlerini kullanarak preoperatif anksiyete düzeylerini değerlendirdikleri çalışmalarında, her iki anket metodunda da kadınların anksiyete düzeylerini daha yüksek bulmuşlardır (8). Yine kadınların erkeklerden daha anksiyöz olduğunu gösteren bir çalışmada Geobel ve arkadaşları kadınların APAİS TA değerini 17,23; APAİS AA değerini 6,71; APAİS CA değerini 10,52 olarak bulurken: erkeklerin APAİS TA değerini 15,15; APAİS AA değerini 5,87; APAİS CA değerini 9,28 olarak bulmuşlardır (92). Turzakova ve arkadaşları yaptıkları çalışmada da kadınların APAİS TA ortalamaları 24,47 olarak bulunmuşken, erkeklerin APAİS TA ortalamaları 18,47 olarak bulunmuştur. Aynı şekilde APAİS AA ve APAİS CA ortalamaları da kadınlarda daha yüksek bulunmuştur. Yani kadınların anksiyete ortalamaları erkeklerinkinden istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksektir (94). Matthias ve arkadaşları da çalışmalarında kadınların APAİS ortalamalarının erkeklerinden yüksek

olduğunu tespit etmişlerdir (95). McIntosh ve Adams'ın HADS ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmada da kadınlardaki anksiyete ve depresyon skorlarını yüksek bulmuşlardır (101).

Bizim çalışmamızda erkeklerin APAİS AA puan ortalaması 8,59; APAİS CA puan ortalaması 11,86; APAİS TA puan ortalaması 20,46 iken kadınların APAİS AA puan ortalaması 11,46; APAİS CA puan ortalaması 13,42; APAİS TA puan ortalaması 24,89 olarak tespit edilmiştir. Literatürdeki birçok çalışmayla paralel olarak bizim çalışmamızda da kadınların preoperatif anksiyete düzeyi istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek çıkmıştır ( $p<0,001$ ). Aradaki bu fark kadınlarda aileden ayrılmaya bağlı anksiyetenin daha yoğun yaşanmasına ve kadınların endişelerini daha rahat ifade edebilmelerine bağlanabilir. Ayrıca epidemiyolojik açıdan depresyon ve anksiyete bozukluklarının kadınlarda daha sık görülmesi de bu sonuçta etkili olabilir.

Yaş ve preoperatif anksiyete arasındaki ilişkiyle ilgili literatürde farklı sonuçlar mevcuttur. Bazı araştırmacılar yaşın preoperatif anksiyete düzeyini etkilemediğini bildirmişlerdir (5,7,60). Calvin ve arkadaşları 106 ortopedi hastası üzerinde genç, orta ve yaşlı hastaların preoperatif dönemde anksiyete düzeylerini karşılaştırmışlar ve fark bulamamışlardır (102). Ramsey orta yaş grubunda anksiyete skorunun yüksek olduğunu bildirmiş ve bu durumu orta yaşlarda hastaların ailelerine karşı sorumluluklarının fazla oluşuna bağlamıştır (77). Grabow ve arkadaşlarının çalışmasında gençlerde preoperatif anksiyete düzeyi yüksek olarak bildirilmiştir (103). Shevde ve Panagopoulos da benzer şekilde yaşlılarda daha düşük preoperatif anksiyete düzeyi bildirmişlerdir (66). Aykent ve arkadaşları çalışmalarında anksiyetenin otuz yaş altı grupta daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Yaşlılarda gençlerden farklı olarak daha kadenci bakış açısının hâkim oluşu, gençlerin iletişim araçlarını daha yakından takip edebilmeleri sağlık alanında yaşanan olumsuz olaylardan haberdar olmalarının bu sonuçta etkili olarak değerlendirilmiştir (8). Norris ve Baird 30 yaş altındaki hastaların anksiyete oranlarının, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (96). Demir ve arkadaşları anlamlı olmamakla birlikte 31-40 yaş arası genç hasta grubunun anksiyete düzeyini diğer yaş gruplarından yüksek bulmuşlardır (69). Taşdemir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da istatistiksel olarak anlamlı olmasa da yaşlı grubun preoperatif anksiyete skorlarının genç ve orta yaşlı gruba göre düşük olduğu bulunmuştur (104). Bizim çalışmamızda

da yaş arttıkça APAİS AA, APAİS CA, APAİS TA puan ortalamalarının anlamlı bir şekilde azaldığı gözlenmiştir ( $p<0,05$ ). Yani genç hastalar yaşlı hastalardan daha anksiyöz çıkmışlardır.

Medeni durum ile preoperatif anksiyete arasındaki ilişkiye bakıldığında, Taşdemir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada medeni durum ile preoperatif anksiyete arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (104). Yine Erfidan'ın yaptığı bir çalışmada medeni durumun anksiyeteyi etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır (98). Demir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada medeni durum ile ameliyat öncesi anksiyete arasında anlamlı bir ilişki saptanamamış olup, bekâr hastalarda anksiyete skorları, dul ve evli gruplara göre daha yüksek bulunmuştur (69). Akbulut'un çalışmasında da medeni durum ile preoperatif ve postoperatif anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamış fakat evli hastalarda preoperatif ve postoperatif anksiyete bekâr ve dullara göre daha sık görülmüştür (105). Kutanis ve Altınbaş yaptıkları çalışmada ise evli olan hastaların STAI-I değerlerinin ortalamasını medeni durumu bekar veya dul olan hastalara oranla istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek bulmuşlardır (106). Bizim çalışmamızda ise evli hastaların tüm APAİS puan ortalamaları bekarlardan yüksek çıkmış olup istatistiksel olarak anlamlı görülmüştür ( $p<0,05$ ). Bu durum evlilerin ailelerine karşı duydukları sorumluluk duygusuyla ilişkilendirilmiştir.

Çocuk sahibi olma durumu ve preoperatif anksiyete arasında ilişki araştırıldığında Akbulut'un yaptığı çalışmada çocuk sahibi olanların anlamlı olarak anksiyete skorlarının daha yüksek olduğu görülmüş (105). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde çocuk sahibi olan hastaların tüm APAİS puan ortalamaları çocuğu olmayan hastalara göre yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bu durum çocuk varlığı ile sorumluluk duygusu arasındaki yakın ilişkiye bağlanmıştır.

Preoperatif anksiyete üzerine yapılan çalışmalarda eğitim durumunun anksiyete düzeyi üzerine etkisinin farklı derecelerde olduğu görülmüştür. Shevde ve arkadaşları ile Taşdemir ve arkadaşlarının yaptığı farklı çalışmalarda eğitim düzeyi ile preoperatif anksiyete arasında ilişki kurulamamıştır (66,104). Sağır ve arkadaşları da 210 hasta üzerinde yapmış oldukları bir çalışmada eğitim durumunun preoperatif anksiyeteyi etkilemediğini göstermişlerdir (107). Turhan ve ark, çalışmalarında ise eğitim düzeyi ile anksiyete arasında bir ilişki olmadığı, ilkökul mezunu grupta

anksiyete düzeyi en düşük, yüksek okul mezunu grupta en yüksek olmakla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (70). Buna karşı Caumo ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada 12 yıldan uzun eğitim almış kişilerde preoperatif anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (108). Badner ve arkadaşları, Demir ve arkadaşları, Küçük ve arkadaşları, Kindler ve arkadaşlarının yaptıkları farklı çalışmalar da bunu destekler niteliktedir (5,68,69,109). Bizim çalışmamızda da eğitim düzeyi arttıkça hastalarımızın tüm APAİS puan ortalamalarının arttığını tespit ettik ( $p<0,05$ ). Eğitilmiş hastalarda bilinmezlik faktörü daha az etkin olacağından, anksiyetenin daha düşük olması beklenebilir ancak bazı konularda detaylı bilgi sahibi olmanın anksiyeteyi artırabileceğinin de göz önünde bulundurulması gerektiğini düşünmekteyiz.

Duman ve arkadaşları gelir arttıkça korku ve bilgi isteminin arttığını ifade eden bir çalışma ortaya koymuşken; Demir ve arkadaşları çalışmalarında gelir düzeyi ile ameliyat öncesi anksiyete arasında anlamlı bir ilişki saptayamamış olup, ameliyat öncesi dönemde bedensel ve ruhsal kaygıların, maddi kaygıların önüne geçtiğini saptamışlardır (69,110). Oğuzalp ve arkadaşları ile Fekrat ve arkadaşlarının ayrı iki çalışmasında ise gelir düzeyi düşük hastalarda anksiyete daha yüksek bulunmuştur (111,112). Çalışmamızda ise gelir durumuna göre APAİS puan ortalamaları en yüksek geliri olmayanlarda, sonrasında asgari ücret üstü alanlarda, en düşük ise asgari ücret alanlarda çıkmıştır. Bu durum ameliyatın önemli bir iş gücü kaybı nedeni olduğu göz önüne alındığında, maddi kaygıların gelir durumu düşük veya yüksek olanlarda daha çok ön plana çıkması şeklinde yorumlanmıştır.

Hastaların daha önceden anestezi deneyimlerinin olmasının preoperatif anksiyete düzeyi üzerine önemli bir değişken olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Moerman ve arkadaşları erkeklerde anestezi deneyiminin anksiyeteyi azalttığını, kadınlarda değiştirmediğini bildirmişlerdir (7). Ramsey anestezi deneyimi on yıldan daha eski olanların anesteziye bağlı endişelerinin son on yıl içinde operasyon geçirenlerden daha az olduğunu bildirmiştir (77). Domar ve ark ile Caumo ve arkadaşları yaptıkları farklı çalışmalarda anestezi deneyiminin anksiyete düzeyini değiştirmediğini ileri sürmüşlerdir (60,108). Ülkemizde de Aykent ve arkadaşları 593 hastanın dahil edildiği bir çalışmada anestezi ile anksiyete arasında ilişki olmadığını bildirmiştir (8). Badner ve arkadaşlarının 96 hastayla yaptıkları çalışmada anestezi

deneyimi olmayan grubun anksiyete skorlarının daha göre yüksek olduğunu öne sürmüşlerdir (5). Turzakova ve arkadaşları ise APAİS anketini kullandıkları çalışmalarında anestezi deneyimi olmayanların APAİS TA değerini 23,9 olarak bulmuşken; anestezi deneyimi olanların APAİS TA değerini ise 17,67 olarak bulmuşlardır (94). Matthias ve arkadaşlarının APAİS anketiyle yaptıkları preoperatif anksiyete çalışmasında hiç cerrahi geçirmeyenler daha anksiyöz çıkmıştır (95). Bizim çalışmamızda da anestezi deneyimi olmayan hastaların tüm APAİS puan ortalamaları anestezi deneyimi olanlara göre daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bu durum bize ne ile karşılaşacağını bilmemenin hastalarda anksiyeteyi arttırdığını düşündürmüştür.

Caumo ve arkadaşları sigara içicilerinde preoperatif anksiyetenin yüksek olduğunu saptamışlardır. Bu durumu hastaların tüm gün hastanede sigara içmelerinin yasaklanması göz önüne alındığında, sigara içmeyi kesmenin öncesinde ve hemen sonrasında görülen nikotinin geri çekilme semptomlarıyla açıklamışlardır (108). Cuvaş ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada sigara içenlerde preoperatif anksiyete değerlerinin yüksek olduğu görülmüştür (67). Akbulut'un çalışmasında ise preoperatif anksiyete ile sigara içimi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (105). Bizim çalışmamızda da sigara içenlerde tüm APAİS puan ortalamaları sigara içmeyenlere göre yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Alkol kullanımı ile preoperatif anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiye incelendiğinde Akbulut'un çalışmasında preoperatif anksiyete ile alkol kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (105). Bizim çalışmamızda ise alkol kullanmayanlarda tüm APAİS puan ortalamaları alkol kullananlara göre yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Moerman ve arkadaşları yaptıkları çalışmada operasyon tipinin anksiyete düzeyini değiştirmedini belirtmişlerdir (7). Aynı şekilde Turhan çalışmasında operasyon türü ile anksiyete arasında istatistiksel anlamlılığı olan bir ilişki saptamamıştır. Genel olarak tümör cerrahisi veya organ kaybıyla sonuçlanacak operasyonlarda hastaların anksiyetelerinin daha yüksek olduğu kabul edilmektedir (113). Caumo ve arkadaşlarının çalışmasında minör cerrahi anksiyete düzeyini değiştirmezken, orta ve majör cerrahinin anksiyete düzeyini arttırdığı belirtilmiştir (108). Norris ve Baird, plastik cerrahi ve jinekoloji hastalarında anksiyete görülme



oranının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (96). Toker yapmış olduğu çalışmada ürogenital operasyon geçirecek hastalarda anksiyete değerlerini yüksek bulmuştur (97). Tümör cerrahisini çalışma dışı bıraktığımız bu çalışmamızda en yüksek APAİS AA, APAİS CA ve APAİS TA puan ortalamasının görüldüğü üç branş sırasıyla kadın doğum, KBB ve beyin cerrahisiydi. En düşük anksiyete puan ortalamasına sahip üç branş ise plastik cerrahi, üroloji ve ortopediye aitti. Literatüre benzer şekilde kadın doğum hastalarında anksiyete değerleri bizim çalışmamızda da yüksek bulunmuş olup bu durumu ilgili branşın kadın hastalardan oluşmasına ve ilgili bölümde mahramiyet-fertilite gibi kavramların önemli olmasına bağladık. Diğer çalışmalarda plastik cerrahi ve üroloji branşlarının anksiyete değerleri yüksek çıkarken bizim çalışmamızda düşük çıkmıştır. Bu durumun sosyo-kültürel ve inanç farklılıklarına bağlı olduğu düşünülmüştür.

Preoperatif anksiyete hasta için hoş olmayan psikolojik bir durum olması yanında, preoperatif dönemde stres yanıtların ve hemodinamik değişikliklerin artmasına, daha fazla anestezi ve analjezik kullanılmasına ve postoperatif morbiditenin artmasına neden olur. Bu nedenle preoperatif olarak hastayı değerlendirmenin en önemli amaçlarından biri anksiyetenin giderilmesidir. Hastaların korkularını önlemek ve endişelerini gidermek için en iyi yol bilgilendirmedir. Preoperatif dönemde anestezi doktorunun hastayla görüşmesinin ve iyi bir iletişim kurmasının anksiyeteyi önemli oranda azalttığı daha önceki yıllarda yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (114). İyi bir iletişim için anesteziistin, hastayla görüşmesi, hastaların anksiyete düzeyleri, anksiyete nedenleri, yapılacak ameliyatın boyutu, planlanan ameliyat ve bunların ilişkili oldukları faktörler hakkında bilgisi olmalıdır (115).

Bilgi ve anksiyete düzeyi toplumlar, hatta bölgeler arasında bile değişkenlik gösterir. Bunun yanında eğitim, cinsiyet, yaş gibi kişisel faktörler de bu değişkenlikte rol oynar. Hastanın kaygı ve endişelerinin dinlenmesi, hastada gerçekçi bir umut oluşmasını sağlar ve başa çıkma mekanizmalarını güçlendirir (116). Literatürde preoperatif anksiyeteyi azaltmaya yönelik olarak hasta bilgilendirmesi ile yapılan birçok çalışma mevcuttur. Çuvaş ve arkadaşları anesteziistin ilgisinin ilaç kullanmadan anksiyeteyi büyük oranda düşürdüğünü göstermişlerdir (67). Leigh ve arkadaşları, preoperatif dönemde bir anesteziist tarafından anestezi hakkında bilgilendirilen

hastaların anksiyete düzeylerinin hiçbir destek verilmeyen kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğunu bildirmişlerdir (117). Sağır ve arkadaşları spinal anestezi ile girişim planlanan 210 hastada, yazılı bilgilendirme veya görsel bilgilendirmenin preoperatif anksiyete, intraoperatif sedatif ilaç kullanımı ve postoperatif analjezik tüketimi üzerine etkilerini karşılaştırmışlardır. Spinal anestezi uygulamasını resimlerle anlatan basit bir katalogun standart bilgilendirme formlarına eklenmesinin, hastaların anestezi öncesi anksiyetesini, intraoperatif sedatif ihtiyacını, postoperatif analjezik gereksinimini azalttığı ve anestezi hakkında yanlış veya eksik bilgilendirmeyi engellediği sonucuna varmışlardır (107). Bradt ve arkadaşları, Cochrane veri taraması sonucu yayınladıkları metaanalizde, toplam 26 çalışma ile 2056 katılımcı sonuçlarına göre preoperatif anksiyetede müzik uygulamasının yararlı olabileceği sonucuna varmışlardır. Bu nedenle müzik uygulamalarının preoperatif anksiyeteyi azaltmak için sedatif ve anti-anksiyete ilaçlarına alternatif olabileceğini belirtmişlerdir (118).

Tüm bu bilgiler ışığında preoperatif anksiyeteyi azaltmak adına anestezi uzmanlarının ameliyat olacak her hastayı iyi bir şekilde değerlendirmesi; gerekirse hastaları değerlendirirken özel görüşme teknikleri kullanması gerekmektedir. Lieberman ve arkadaşlarının birinci basamakta aile hekimlerinin kullanımı için geliştirdiği bir psikoterapi yöntemi olan BATHE görüşme tekniği, Hepner ve arkadaşları tarafından preoperatif muayene için modifiye edilmiştir (12,15). Lieberman ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarda hasta görüşmelerinde BATHE (BATHE; Background, Affect, Trouble, Handling, Empathy) görüşme tekniği kullanılmasının; hasta-hekim arasında terapötik bağın kurulması, klinisyenin hastasına empati duyması, hastada farkındalık ve önsezinin oluşturulması ve kişinin kendi kararlarını verebilme cesaretinin oluşmasına yardımcı olması gibi birçok önemli unsurun içinde barındırdığını ileri sürmektedirler (12,13,14).

Leiblum ve arkadaşları birinci basamakta BATHE tekniği kullanılan hastaların; doktor ziyaretlerinden daha memnun kaldıklarını, daha fazla bilgilendirildiklerini, doktorun hastasına değer verdiği algısının daha çok oluştuğunu, medikal tedavi hakkında daha detaylı bilgi edindiklerini, uzun süreli hastalık bakımı açısından daha çok ikna olduklarını, doktorlarını diğer hastalara tavsiye etme oranlarının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (119).

Akturan, birinci basamakta BATHE görüşme tekniği kullanımının diyabet hastalarının güçlendirilmesi üzerine etkisini araştırdığı çalışmasında BATHE yönteminin hastaların güçlendirilmesine pozitif katkı sağladığı sonucuna varmıştır (120).

Hepner ve arkadaşları 855 katılımcılı anket çalışmasında hastaların bir ameliyat hakkında en iyi bilgi kaynağının anestezi doktorları olduğunu öne sürmüşlerdir. Hastaların kendilerini ifade etmelerine izin verildiği taktirde ve gerekli tıbbi açıklamaların net yapılması halinde anksiyetelerinin azaldığını tespit etmişlerdir. Özetle özel bir görüşme tekniği olan BATHE görüşme tekniğinin standart preoperatif muayeneye dahil edilebileceğini sonucuna varmışlardır (15).

DeMaria ve arkadaşları ameliyat olacak 100 hastayı dahil ettikleri anket çalışmalarında preoperatif muayenede BATHE görüşme tekniği uygulanan hastaların standart görüşme yapılan hastalara göre muayeneden daha kabullenmiş ve tatmin olmuş ayrıldıklarını tespit etmişlerdir. Muayene sonrası yapılan hasta memnuniyet anketinde de BATHE grubu hastaların memnuniyet puanları diğer gruba göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (121).

Ülkemizde preoperatif muayenede BATHE yöntemi kullanılarak yapılmış tek bir çalışma mevcuttur. Yurtlu ve arkadaşlarının 463 katılımcı ile yaptığı çalışmada hastalar BATHE grubu ve kontrol grubu olarak ikiye gruba ayrılmış, muayene öncesi STAI anketi uygulanan hastaların giriş anksiyete skorları belirlenmiş, muayene sonrası hastalara tekrar STAI anketi uygulanarak çıkış anksiyete skorları belirlenmiştir. Ayrıca muayene sonrası hastalara hasta memnuniyet anketi doldurtulmuştur. Çalışma sonucunda BATHE grubundaki hastalarda muayene öncesi ve muayene sonrası STAI anksiyete skorları arasındaki fark anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ayrıca BATHE grubundaki hastaların memnuniyet puanları da istatistiksel olarak anlamlı olmasa da diğer gruptan daha yüksekti (122).

Bizim çalışmamızda ise toplam 500 hastaya anket uygulandı. Bunlardan 250 tanesine BATHE anamnez (BA grubu) tekniği ile 250 tanesine de standart anamnez (SA grubu) formatında preoperatif muayene yapıldı. BA grubu hastaların muayene öncesi giriş APAİS AA puan ortalaması 10.33, giriş APAİS CA puan ortalaması 12.91, giriş APAİS TA puan ortalaması 23.24 iken SA grubu hastaların giriş APAİS AA puan

ortalaması 9.54, giriş APAİS CA puan ortalaması 12.29, giriş APAİS TA puan ortalaması 21.83 idi. Muayene sonrası BA grubu hastaların çıkış AA puan ortalaması 6.45, çıkış CA puan ortalaması 11.15, çıkış TA puan ortalaması 17.6 iken SA grubu hastaların çıkış AA puan ortalaması 8.6, çıkış CA puan ortalaması 11.66, çıkış TA puan ortalaması 20.32 olarak görüldü. Her iki grupta da muayene sonrası APAİS AA, APAİS CA, APAİS TA değerlerinde düşüş olmakla birlikte BA grubunda giriş-çıkış APAİS anksiyete skorları arasındaki fark daha fazlaydı. BA grubunda giriş-çıkış APAİS AA arasındaki fark 3.88 iken SA grubu giriş-çıkış APAİS AA arasındaki fark 0.88 idi. BA grubunda giriş-çıkış APAİS CA arasındaki fark 1.76 iken SA grubu giriş-çıkış APAİS CA arasındaki fark 0.63 idi. BA grubunda giriş-çıkış APAİS TA arasındaki fark 5.64 iken SA grubu giriş-çıkış APAİS TA arasındaki fark 1.51 idi. Özetle preoperatif muayene sırasında BATHE görüşme tekniği uygulanan grupta preoperatif anksiyete skorları daha anlamlı bir şekilde gerilemiştir ( $p<0,01$ ). Cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma, gelir durumu, sigara-alkol kullanımı, cerrahi branş gibi tüm değişkenlerin olduğu alt gruplarda da BA anamnez grubundaki hastaların tüm APAİS ortalamaları SA grubundaki hastalara göre daha anlamlı bir şekilde gerilemiştir. Tüm bu sonuçlar neticesinde anestezi hekimleri olarak preoperatif muayene sırasında hastaları değerlendirirken görüşme sürecimize BATHE metodunu dahil etmemizin hastaların yararına olacağını düşünmekteyiz.

Yapılan hasta memnuniyet anketinde ise BA grubunda toplam memnuniyet puan ortalaması 56.02 iken; SA grubunda toplam memnuniyet puan ortalaması 40.95 olarak görüldü ( $p<0,05$ ). Kısacası BATHE görüşme tekniği uygulanan hastalar preoperatif muayeneden daha memnun olarak ayrılmışlardır. Bu sonuçlar literatürdeki sonuçlarla da benzerlik göstermektedir.

## 6. SONUÇ

Çalışmamız sonucunda cerrahi operasyon ve anestezi uygulamalarının hastalar için önemli bir stres faktörü olduğu anlaşılmaktadır. Hastaların anestezi ile ilgili en sık;

1-Ameliyat sonrası uyanmamak (% 44)

2-Ameliyat sırasında uyanmak (% 28.6)

3-Yoğun bakımda kalmak (% 26)

gibi önemli endişeler yaşadıkları görülmektedir. Preoperatif dönemde APAİS anketi uygulanan tüm hastaların anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür.

Çalışmamıza dahil olan 500 hastada kadınların, genç yaş grubunun, evli ve çocuk sahibi olanların, sigara ve alkol kullananların, önceden anestezi deneyimi olmayanların ve eğitim durumu yüksek olanların APAİS anksiyete skorları daha yüksek bulunmuştur.

Cerrahi bölüm olarak ise kadın doğum, KBB ve beyin cerrahi hastalarında anksiyete değerleri daha yüksek görülmüştür.

BATHE terapotik görüşme tekniği doktorların normal hasta görüşmelerine ekleyebileceği, hastaların kendilerini daha rahat ifade edebildiği, bilgi edinme isteklerini karşılayabildiği bir görüşme tekniğidir. Çalışmamızda da BATHE görüşme tekniği ile görüşülen hasta grubunda standart anamnez grubuna göre hastaların muayene sonrası APAİS anksiyete skorları muayene öncesi APAİS anksiyete skorlarına göre daha belirgin olarak gerilemiştir. Aynı zamanda BATHE anamnez grubundaki hastalar görüşmeden diğer gruba göre hekimlerinden daha memnun olarak ayrılmışlardır.

Sonuç olarak preoperatif anksiyete cerrahiye, anesteziyi ve postoperatif iyileşmeyi olumsuz etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Bu yüzden preoperatif anksiyete konusu daha dikkatle ele alınmalı ve hastaların anksiyetelerini azaltmaya yönelik daha çok araştırmalar yapılmalıdır. Hastalara ait bazı düzeltilebilir faktörlerin (sigara ve alkol kullanımını bırakma vs.) anksiyeteyi azaltabilir olduğu aşikardır. Cerrahi bölüm hekimlerince hastalara ayrıca ameliyat tekniği hakkında bilgilendirme yapılması ve endişelerinin giderilmesi de düzeltilebilir faktörler arasında sayılabilir.

Tüm bu bilgiler ışığında biz preoperatif muayenede hasta görüşmesine BATHE görüşme tekniğinin dahil edilmesinin preoperatif anksiyeteyi azaltabileceğini kanaatine vardık.



## 7. KAYNAKLAR

1. Cüceloğlu D: İnsan ve Davranışı. Altıncı Baskı. Remzi Kitabevi, İstanbul, 1998, s:345351.
2. Weis OF, Sriwatanakul K, Weintraub M, et al. Reduction of anxiety and postoperative analgesic requirements by audiovisual instruction. Lancet 1983; 1:43.
3. Gönüllü M, Turan ED, Erdem LK ve ark. Anestezi uygulanacak hastalarda anksiyete düzeyinin araştırılması. Türk Anes. ve Rean. Cem. 1986; 14:110- 113.
4. Mackenzie JW. Daycase anaesthesia and anxiety: A study of anxiety profiles amongst patients attending a day bed unit. Anaesthesia. 1991; 44: 437
5. Badner NH, Nielson WR, Munk S et al. Preoperative anxiety detection and contributing factors. Can Anaesth. 1990; 37: 444- 447.
6. 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.
7. Moerman N, van Dam FS, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) Anesth Analg. 1996; 82: 445–451.
8. Aykent R, Kocamanoğlu İS, Üstün E, Tür A, Şahinoğlu H. Preoperatif anksiyete nedenleri ve değerlendirilmesi: APAIS ve STAI skorlarının karşılaştırılması. Türkiye Klinikleri Anesteziyoloji ve Reanimasyon Dergisi 2007; 5 (1): 7-13.
9. Hicks JA, Jenkins JG, The measurement of preoperative anxiety, Journal of the Royal Society of medicine 1988; 81:517-19

10. Markland D, Hardy L. Anxiety, relaxation and anesthesia for day-case surgery. *British Journal of Clinical Psychology* 1993; 32:493-504.
11. Haugen AS, Eide GE, Olsen MV, Haukeland B, Remme AR, Wahl AK. Anxiety in the operating theatre: a study of frequency and environmental impact in patients having local, plexus or regional anaesthesia. *J Clin Nurs* 2009; 18: 2301-2010.
12. Lieberman JA. The BATHE Method: Incorporating Counseling and Psychotherapy into everyday management of patients; *Primary Care Companion. J Clin Psychiatry.* 1999; 1:35-38.
13. Stuart MR, Lieberman JA. *The fifteen minute hour: a short-term approach to psychotherapy in primary care, third edition.* Philadelphia: Saunders, 2002.
14. Stuart MR, Lieberman JA. *The fifteen minute hour: a short-term approach to psychotherapy in primary care, third edition.* Philadelphia: Saunders, 2002.
15. Hepner DL, Bader AM, Hurwitz S, Gustafson M, Tsen LC. Patient satisfaction with preoperative assessment in a preoperative assessment testing clinic. *Anesth Analg* 2004;98:1099–105
16. Kayhan Z. *Klinik Anestezi.* Logos Yayıncılık, Mayıs 2004. Baskı 3. 1-7
17. Alkış N. *Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yıllığı.* 2000. Cilt 1. Sayı 1
18. Kayhan Z. *Klinik Anestezi.* Logos Yayıncılık, Mayıs 2004. Baskı 3. 590-591
19. Garcia-Miguel FJ, Serrano-Aguilar PG, Lopez-Bastida J. Preoperative assessment. *Lancet* 2003; 362:1749-57.



20. Akıncı SB, Sarıcaoğlu F, Dal D, Aypar Ü. Preoperatif Anestetik Değerlendirme. Hacettepe Tıp Dergisi 2005; 36:91-97
21. Kurt N. Ameliyat öncesi değerlendirme. Nobel Tıp Kitabevleri. 2002. 294-308
22. Işık E. Anksiyete Bozuklukları. İstanbul: Golden Print, 2006:4-26
23. Çevik A. Yaygın anksiyete bozukluğunun kliniği. 2. Anksiyete Bozuklukları Sempozyumu, Doğan O. (eds). Sivas Cumhuriyet Üniv. Tıp Fak. Basımevi 1993:25-33.
24. Noyes R, Hoehn Saric R. The Anxiety Disorders. In:war V (Ed). Anksiyete Bozuklukları. İstanbul: Csa Medikal & Paramedikal Yayıncılık, 1998:4-25.
25. Berrios GE. The History of Mental Symptoms. Cambridge; Cambridge University Pres, 1996:504-505.
26. Nutt D, Argyropoulos S, Forshall S. Generalized Anxiety Disorder: Diagnosis, treatment and its relationship to other anxiety disorders. London; Martin Dunitz, 1998:1-4
27. Tükel R. Anksiyete Bozuklukları Tedavi Kılavuzu. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2004; 285- 301.
28. Marks IM. Fears, Phobias and Rituals. New York: Oxford University Pres, 1987.
29. Stone MH. Healing the Mind: A history of psychiatry from antiquity to the present. New York; W.W Norton & Company, 1997.

30. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadoc“s Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, 2007.
31. Akkoyun F. Danışma Psikolojisi Kuramları. Ankara: Nobel Tıp Yayınevi, 1982.
32. Yalom I. *Varoluşçu psikoterapi*. İstanbul: Kabalcı Yayınevi, 2001
33. Noyes R,Roth M,burrows G.D.Handbook of Anxiety, Vol.2:Etiological Factors and Associated Disturbances. Elsevier Science Publishers, 1988;s:31-51.
34. Öner L., Le Compte A., Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, Bogaziçi Üniversitesi Yayınevi , 2. Baskı, İstanbul, 1998
35. Noyes R, Hoehn- Saric R. Anksiyete Bozuklukları, Sar V (çeviri ed.). İstanbul: Medical & Paramedical Yayıncılık, 1998;s:1-29
36. Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan & Sadoc’s Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 8. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, 2007
37. Güleç C, Köroglu E. Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara: MedicoGraphics Matbaası, 2007.
38. Rothrock JC. Perioperative nursing research partI: preoperative pychoeducational unterventions: AORN Journal 1989;49(2):597-618.
39. Varcarolis EM. Foundation of Psychiatric Mental Health Nursing: Philadelphia: WB. Saunders Company. 1990:171-173.
40. Buldukoglu K. Ameliyat öncesi hastaların ameliyata ilişkin tepkileri: Türk Hemşireler Dergisi 1988;38 (3-4):31-32.

41. Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon- Liyezon Psikiyatrisi. İstanbul: 1993:175-183.
42. 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.
43. Kaplan HI, Sadock B. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. London: Williams & Wilkins, 1989;2:1316-1330.
44. Kaplan HI, Sadock B. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. London: Williams & Wilkins, 1985;2:1294-1297.
45. Burrige L. Challenging the traditional view of preoperative visiting. *Br J Theatre Nurs* 1993;3(4):5-12.
46. Bekaroglu ve ark. Ameliyat öncesi kaygı ve depresyon durumunun ameliyat komplikasyonlarına ve yatış süresine etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991; 2(4):285-288.
47. Hume MA, Kennedy B, Asbury AJ. Patient knowledge of anaesthesia and perioperative care. *Anaesthesia* 1994;49:715- 718.
48. Şekerci S, Akpek E, Göktug A ve ark. Hasta ve yakınları ile toplumun farklı kesimlerinin anestezi ve uygulamaları konusundaki bilgi ve davranışları. *Anestezi Dergisi* 2001;9(1):48-51.
49. 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.

50. Klaufa JM, Roizen MF. Current understanding of patients attitudes toward and preparation for anesthesia, *Anesth Analg* 1996; 83:1314-21.
51. Meltem Aydın , Derya Kaya Şenol , Semra Erdogan Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Cilt: 5 Sayı: 1 Ocak 2014
52. 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.
53. Mamelok AE. Psychiatry and surgery, In: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Kaplan HI, Sadock BJ. (Eds), 6. th, Baltimore: Williams and Wilkins, 1995:1680-1693.
54. Gülseren Ş. Psikiyatri ve cerrahi, In: *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi-II. A* Çelikkol (Ed). İzmir: Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 1997;2:245-270.
55. Kaplan HI, Sadock B, Grebb JA. *Synopsis of Psychiatry*. London: Williams & Wilkins, 1994:777-778.
56. Perry SW, Difede J, Musngi G, et al. Predictors of post traumatic stres disorder after burn injury. *Am J Psychiatry* 1992;149:931-935.
57. Gelden M, Gath D, Mayou R. *Oxford Textbook of Psychiatry*. 2th ed. Oxford: Oxford Medical Publications. 1987:394-396.
58. Noyes R, Roth M, Burrows GD. *Handbook of Anxiety*. 1th ed. New York: Elsevier, 1988;2:239-242.

59. 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.
60. Domar AD, Everett LL, Keller. Preoperative anxiety: Is predictable entity?. *Anesth Analg* 1989; 69:763-770.
61. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Ankara:Hekimler Yayın Birliği. 2006;s:153-63
62. Erci B, Sezgin S, Kaçmaz Z. The impact of therapeutic relationship on preoperative and postoperative patient anxiety. *Australian Journal Of Advanced Nursing* 2004;26:59-66.
63. Hobson JA, Slade P, Wrench IJ, Power L. Preoperative anxiety and postoperative satisfaction in women undergoing elective caesarean section. *Int J Obstet Anesth* 2006; 15:18-23.
64. White PF. Pharmacologic And Clinical Aspects Of Preoperative Medication. *Anesth Analg* 1986;65:967-74.
65. Tür A. Preoperatif Medikasyon. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 1988;5:235-42.
66. Shevde K, Panagopoulos G. A survey of 800 patients knowledge, attitudes and concerns regarding anesthesia. *Anesth Analg.* 1991; 73: 190-198.
67. Cuvaş Ö, Aslanargun P, Aslan E, Yücel F, Dikmen B, Ceyhan A. Sigara içiminin preoperatif anksiyete üzerine etkisi. *Türk Anest Rean Der Dergis.* 2010; 38(5): 348-55.

68. Küçük N, Ulaşımış Y, Çetin Ş, Uslu S. Premedikasyonda Midazolam, Diazepam ve Plasebonun anksiyolitik etkilerinin karşılaştırılması. *Journal of Turgut Özal Medical Center* 1995;2:319-23.).
69. Demir A, Akyurt D, Ergün B, Haytural C ve ark. Kalp cerrahisi geçirecek olgularda anksiyete sağaltımı. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi* 2010;18:177-82.
70. Y. Turhan, R. Avcı DÖ. Elektif cerrahi hazırlığında preoperatif ve postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisi. *Anestezi Dergisi*. 2012;20: 27–33.
71. Spielberg CD, Gorsuch RL, Lushen RE. STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA:Consulting Psychologists Press. 1970.
72. Snaith RP, Zigmond AS. The hospital anxiety and depression scale. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1986;292: 344.
73. McCormack HM, Horne DJ, Sheather S. Clinical applications of visual analogue scales: a critical review. *Psychol Med*. 1988;18: 1007–1019.
74. Zuckerman M. The development of an affect adjective check list for the measurement of anxiety. *J Consult Psychol*. 1960;24: 457–62.
75. Moerman N, F. van Dam, T. Boulogne-Abraham M van H. The patients need for information in the preoperative period. *Proceedings of the 9th European Congress of Anaesthesiology*. Jerusalem, Israel. 1994; p 257.
76. Boker A, Brownell L, Donen N. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale provides a simple and reliable measure of preoperative anxiety. *Can J Anaesth*. 2002; 49: 792–8.

77. Ramsay MA. A survey of pre-operative fear. *Anaesthesiology* 1972; 27:396-402.
78. Bondy LR, Sims N, Schroeder DR. The effect of anesthetic patient education on preoperative patient anxiety. *Reg Anest Pain Med* 1999; 24: 158-164.
79. Engiz O. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini. 1. Bakı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 1997; 61-87.
80. Westbrook ill. Patient satisfaction. Methodological issues and research findings. *Aust Health Rev.* 1993; 16: 75-88.
81. Ward SE, Gordon D. Application of the American Pain Society quality assurance standards. *Pain.* 1994; 56: 299-306.
82. Dodds CP, Harding W, Moore DG. Anaesthesia in an Australian private hospital: the consumers' view. *Anaesth Intensive Care.* 1985; 13: 325-329.
83. Moerman N, van Dam FSAM, Oosting J. Recollections of general anaesthesia: a survey of anaesthesiological practice. *Acta Anaesthesiol Scand.* 1992; 36: 767-771.
84. Myles PS, Hunt JO, Moloney JT. Postoperative 'minor' complications. Comparison between men and women. *Anaesthesia.* 1997; 52: 300-406.
85. Donald Fund MD, FRCPC, MSc. Measuring satisfaction and quality of anaesthesia care: the value of psychometric methodology. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology.* 2001; 15(4): 541-554.
86. Aktürk Z, Dağdeviren N, Şahin EM, Özer C, Yaman H, Göktaş O ve ark. Hastalar hekimleri değerlendiriyor: Europep Ölçeği. *DEU Tıp Fak Derg* 2002;3(16):153-60.

87. Boeke S, Jelcic M, Bonke B. Pre-operative anxiety variables as possible predictors of post-operative stay in hospital. *Br J Clin Psychol* 1992;31:366-8.
88. Cimilli C. Cerrahide anksiyete. *Klinik Psikiyatri*, 2001; 4: 182-186.
89. Vural M, Başar E. Anksiyete bozukluğunun ani ölüm yapma potansiyeli. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*.2007; 7: 179-83.
90. Ceyhan A, Basar H, İnan N, Yağmurdur H, Çetinbaş R, Parpucu M ve ark. Türk toplumu anestezi hakkında neler biliyor, neler bilmiyor? *Sendrom* 2000; 12:75-9.
91. Demir A, Turan S, Balaban F, Karadeniz Ü, Erdemli Ö. Anestezi uygulamaları ile ilgili olarak preanestezik değerlendirme sırasında hastalarda yapılan anket çalışması. *Türk Anest Der Dergisi* 2009;37:225-33.
92. Geobel S, Kaup L, Mehdorn M.H, Measuring Preoperative Anxiety in Patients with Intracranial Tumors: The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale. *Journal of Neurosurgical Anesthesiology* 23(4):297-303 · June 2011
93. Bakalaki V.A, Lampadariou A, Kostakis I.D, Kyrozis A, Reliability and validity of a modified amsterdam preoperative anxiety and information scale (Apais). *M.E.J. Anest.* 24 (2), 2017: 243-251 – October 2017
94. Turzáková J, Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale Validation Study. Anxiety and Coping in Hospitalized Patients. Measurement Tools and Findings, Edition: 1st, Editors: Tomáš Sollár, pp.31-51, December – 2014
95. Matthias AT, Samarasekera DN. Preoperative anxiety in surgical patients- experience of a single unit. *Acta Anaesthesiol Taiwan* 2012;50:3-6. 92
96. NorrisW, Baird WL. Pre-operative anxiety: a study of the incidence and aetiology, *Br. J. Anaest.* (1967) 39 (6): 503-509.



97. Toker T, Elektif Ürogenital Operasyon Geçiren 18-50 Yaş Arası Hastalardaki Anksiyete Düzeyinin Aynı Yaşlarda Başka Operasyon Geçirenlerinki ile Karşılaştırılması. *Uzmanlık Tezi. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon ABD, Trabzon 2014.*
98. Erfidan S, Anestezi Polikliniğine Başvuran Hastalarda Anksiyete Düzeyinin ve Nedenlerinin Değerlendirilmesi. *Uzmanlık Tezi. Dokuz Eylül Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon ABD, İzmir 2015.*
99. Erdem D, Ugiş C, Albayrak MD, et al. Perianal bölge ameliyatı yapılacak hastalarda uygulanan anestezi yöntemlerinin preoperatif ve postoperatif anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisi *Bakırköy Tıp Derg* 2011;7:11-16.
100. Rosen S, Svensson M, Nilsson U. Calm or not calm the question of anxiety in the perianesthesia patient *J Perianesth Nurs* 2008; 23 (4): 237-46.
101. McIntosh S, Adams J. Anxiety and quality of recovery in day surgery: A questionnaire study using Hospital Anxiety and Depression Scale and quality of recovery score. *Int J Nurs Pract* 2011; 17: 85-92.
102. Calvin RL, Lane PL. Preoperative Uncertainty and State Anxiety of Orthopedic Surgical Patients, *Orthop. Nurs.*;18(6):61-66.
103. Grabow L, Buse R. Preoperative anxiety-anxiety about the operation, anxiety about anesthesia, anxiety about pain? *Psychother Psychosom Med Psychol* 1990; 40:255-63.
104. Taşdemir A, Erakgün A, Deniz MN, Çertuğ A. Preoperatif Bilgilendirme Yapılan Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeylerinin State-Trait Anxiety Inventory Test ile Karşılaştırılması. *Turk J Anaesth Reanim* 2013; 41: 44-9.

- 105.Akbulut S, Preoperatif Anksiyete Nedenleri ve Preoperatif Vizitin Anksiyete Üzerine Etkisi. *Uzmanlık Tezi. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon ABD Diyarbakır 2011.*
- 106.Kutunis D, Altınbas A, Elektif Operasyon Geçirecek Hastalardaki Preoperatif Anksiyete Düzeyinin Vücut Kitle İndeksine Göre Karşılaştırılması. *Uzmanlık Tezi. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon ABD, Trabzon 2015.*
- 107.Sağır G, Kaya M, Eskiçınar H, Özlem K, Kadioğulları A. Spinal anestezi planlanan hastalarda görsel bilgilendirmenin preoperatif anksiyete üzerine etkisi. *Turk J Anesth Reanim 2012; 40(5): 274–8.*
- 108.Caumo W. et All. Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiol Scand 2001 Mar; 45: 298–307.*
- 109.Kindler CH, Harms C, Amsler F, et al. The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patient's anesthetic concerns. *AnesthAnalg 2000;90:706-712.*
- 110.Duman A, Ödün Ö.C, Şahin T.K, Sarkılar G, Ökeşli S. Preoperatif korku ve endişeyi etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2003; 19(1): 21-26.*
- 111.Oğuzalp H, Pamuk A, Öcal T, Günübirlık Cerrahide Ebeveyn Anksiyetesinin ve Beklentilerinin Değerlendirilmesi. *Türk Anest Rean Der 2010; 38(3):208-16.*
- 112.Fekrat F. Operasyon öncesi korku ve anksiyete: hasta, cerrahi ve anestezi doktorlarının değerlendirmelerinin karşılaştırılması. *Tez J,Ankara; Hacettepe Üniversitesi 2003.*

113. Mackenzie JW. Daycase anaesthesia and anxiety: A study of anxiety profiles amongst patients attending a day bed unit. *Anaesthesia*. 1991;44: 437.
114. Miller RD. *Anesthesia: Psychological Preparation and Preoperative Medication*. New York: 1990; 895-928.
115. Egbert LD, Battit GE, Turndorf H, Beecher HK. The value of the preoperative visit by anesthetist. *JAMA* 1963;185:553-5.
116. Shafer A, Fish MP, Gregg KH et al. Preoperative anxiety and fear: A comparison of assessments by patients and anesthesia and surgery residents. *Anesth Analg*. 1996; 83: 1285-1291 .
117. Leigh JM, Walker J, Janaganathan P. Effect of preoperative anaesthetic visit on anxiety. *Br Med J* 1977;2:987-9.
118. Bradt J, Dileo C, Shim M. Music interventions for preoperative anxiety. *The Cochrane Library* 2013, Issue 6.
119. Leiblum SR, Schnall E, Seehuus M, DeMaria A. To BATHE or not to BATHE: patient satisfaction with visits to their family physician. *Fam Med* 2008;40:407–11.
120. Akturan S, Birinci Basamakta BATHE Terapötik Görüşme Tekniği Kullanımının Diyabet Hastalarının Güçlendirilmesi Üzerine Etkisi. *Uzmanlık Tezi. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon ABD, İstanbul 2014*.
121. DeMaria S, DeMaria AP, Silvay G, Flynn BC, Use of the BATHE Method in the Preanesthetic Clinic Visit. *Anesthesia & Analgesia*: November 2011 - Volume 113 - Issue 5 - p 1020–1026.
122. Yurtlu DA, Ayvat P, Işık Y, Özgürbüz U, Preoperatif anksiyete BATHE metodu ile azalır mı? U.S National Library of Medicine, 2018.

<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT03468517> (Erişim tarihi  
08.08.2019)



## 8. EKLER

### EK-1

#### DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

<b>Adı Soyadı :</b>			
<b>Yaş:</b>	18-29 yaş ( ) 30-44 yaş ( ) 45-59 yaş ( ) 60 yaş ve üzeri ( )		
<b>Cinsiyet :</b>	Erkek ( ) Kadın ( )		
<b>Medeni Hali :</b>	Evli ( ) Bekar ( )	<b>Çocuk Sayısı:</b> Var ( ) Yok ( )	
<b>Eğitim Durumu:</b>	İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite ( ) Lisans Üstü ( )		
<b>Sigara İçme:</b>	Var ( ) Yok ( )	<b>Alkol:</b> Var ( ) Yok ( )	
<b>Aylık Gelir :</b>	Geliri yok ( ) Asgari ücret ( )	Asgari ücret altında ( ) Asgari ücret üstünde ( )	
<b>Anestezi Deneyimi:</b>	Var ( ) Yok ( )	<b>Yattığı Klinik:</b>	

#### ANESTEZİ İLE İLGİLİ ENDİŞE NEDENLERİ FORMU

Aşağıdaki anestezi uygulamaları ile ilgili olarak sıklıkla görülen 14 kaygı nedeni sıralanmıştır. Aşağıdaki seçeneklerden sizi en çok korkutan ilk 3 nedeni sırasıyla belirtilen kısma yazınız.

<b>1-</b> Anestezistin bilgi yetersizliği	<b>8-</b> Ameliyat sonrası bulantı-kusma
<b>2-</b> Anestezistin deneyim eksikliği	<b>9-</b> Anestezistin tavırları
<b>3-</b> Ameliyat sonrası uyanamamak	<b>10-</b> Yoğun bakımda kalmak
<b>4-</b> Ameliyat sonrası ağrı duymak	<b>11-</b> Ameliyat sonrası uzun süre uyumak
<b>5-</b> Anestezistin odada bulunmaması	<b>12-</b> İğne korkusu
<b>6-</b> Ameliyat esnasında uyanmak	<b>13-</b> Personelin problem çıkarması
<b>7-</b> Yakın çevrenin anestezi hakkındaki negatif görüşleri	<b>14-</b> Anestezi ilaçlarının gereğinden fazla yapılması

A-.....

B-.....

C-.....

## EK-2

### APAIS (Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve İnfomasyon Skalası)

Aşağıda yer alan ifadelere size en uygun şekilde işaretleme yapınız.

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

### EK-3

#### APAIS-ÇIKIŞ (Amsterdam PreoperatifAnksiyete ve İnfomasyon Skalası)

Aşağıda yer alan ifadelere size en uygun şekilde işaretleme yapınız.

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

#### EK-4

### HASTA MEMNUNİYETİ ANKET FORMU

Anestezi muayenesi sırasında doktorunuz hakkında aşağıdaki durumlar için fikrinizi en iyi gösteren puanlamayı seçiniz.

	Çok Kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok İyi
Sizi dinlemesi	1	2	3	4	5
Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	1	2	3	4	5
Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	1	2	3	4	5
Sizi muayene etmesi	1	2	3	4	5
Şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	1	2	3	4	5
Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	1	2	3	4	5
Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	1	2	3	4	5
Sizin iyi hissetmenize yardım etmesi	1	2	3	4	5
Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	1	2	3	4	5
Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	1	2	3	4	5
Sizinle empati kurabilmesi	1	2	3	4	5
İşini tam yapması	1	2	3	4	5