



T.C.

**MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ**

**GENEL YA DA SPİNAL ANESTEZİ TERCİHİNDE
BULUNAN ELEKTİF SEZARYEN HASTALARINDA
ANKSİYETELERİN KARŞILAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. İsmail DİKEY

ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Yard. Doç. Dr. Menekşe OKŞAR

HATAY – 2016

T.C.
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

**GENEL YA DA SPİNAL ANESTEZİ TERCİHİNDE
BULUNAN ELEKTİF SEZARYEN HASTALARINDA
ANKSİYETELERİN KARŞILAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. İsmail DİKEY
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Yard. Doç. Dr. Menekşe OKŞAR

TEZ ONAY SAYFASI

T.C.
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI

Tez Adı: Genel ya da Spinal Anestezi Tercihinde Bulunan Elektif Sezaryen Hastalarında Anksiyetelerin Karşılaştırılması

Tezi Hazırlayanın Adı: Dr. İsmail DİKEY

Tıp Fakültesi Dekanlığı Onayı

(İmza).....
Prof. Dr. Yusuf ÖNLEN
Tıp Fakültesi Dekanı

Bu tez çalışmasının “Tıpta Uzmanlık” derecesine uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

(İmza).....
Prof. Dr. Buket Çağla Ö. AKKURT
Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımdan okunmuş ve her yönü ile “Tıpta Uzmanlık” tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

(İmza).....
Yrd. Doç. Dr. Menekşe OKŞAR
Tez Danışmanı

TEZ JÜRİSİ:

1.(İsim ve imza).....
2.(İsim ve imza).....
3.(İsim ve imza).....
4.(İsim ve imza).....
5.(İsim ve imza).....

I. İÇİNDEKİLER

I. İÇİNDEKİLER.....	.iii
II. TABLO LİSTESİ	V
III. ŞEKİL LİSTESİ	vii
IV. KISALTMALAR VE SEMBOLLER LİSTESİ.....	viii
V. TEŞEKKÜR.....	ix
VI. ÖZET	X
VII. ABSTRACT	Xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Anksiyete Kavramının Tarihçesi.....	4
2.2. Anksiyeteyi Açıklayan Kuramlar	6
2.2.1. Psikanalitik Kuram.....	6
2.2.2. Öğrenme Kuramı	10
2.2.3. Davranışçı ve Bilişsel Kuram	11
2.2.4. Varoluşçu Kuram.....	13
2.2.5. Anksiyetenin Nöropsikolojik Yönü	14
2.3. Anksiyeteyi Açıklayan Biyolojik Kuramlar	14
2.3.1. Otonom Sinir Sistemi.....	15
2.3.2. Nörotransmitterler	15
2.3.3. Norepinefrin (NE)	16

2.3.4. Serotonin (5-HT3)	16
2.3.5. Gama Aminobutirik Asit (GABA).....	17
2.3.6. Genetik Çalışmalar	17
2.3.7. Nöroanatomik Görüşler	17
2.3.8. Limbik Sistem.....	18
2.3.9. Serebral Korteks	18
2.4. Preoperatif Anksiyete	18
2.4.1. Anestezi ile İlgili Endişe Nedenleri	20
2.4.2. Ameliyat Öncesi Psikolojik Hazırlama	21
2.4.3. STAI (State Trait Anxiety Inventory)	22
2.4.4.APAIS (Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve Bilgi Skoru Ölçeği)	24
2.4.5. Modifiye Endişe Nedenleri Anketi (MENA).....	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Modeli	25
3.2. Araştırma Evreni ve Örneklemi	25
3.3. Veri Toplama Araçları	26
3.4. İstatistiksel İşlemler	31
4. BULGULAR	32
5. TARTIŞMA	51
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	60
7. KAYNAKLAR	61
VIII. ÖZGEÇMİŞ	68

II. TABLO LİSTESİ

Tablo - 1. Çalışmaya alınan hastaların demografik ve klinik özellikleri.....	32
Tablo - 2. Çalışmaya alınan hastaların önceki anestezi deneyimleri ve bu konudaki izlenimleri.....	34
Tablo - 3. Çalışmaya alınan hastaların önceki sezaryen deneyimleri ve bu konudaki izlenimleri.....	35
Tablo - 4. Çalışmaya alınan hastaların demografik ve klinik özelliklerine göre anksiyete düzeyleri.....	35
Tablo - 5. Çalışma grubundaki hastalarda anksiyete varlığının dağılımı.....	36
Tablo - 6. Çalışmaya alınan hastaların önceki anestezi deneyimlerine göre anksiyete düzeyleri.....	36
Tablo - 7. Çalışmaya alınan hastaların önceki sezaryen deneyimlerine göre anksiyete düzeyleri.....	37
Tablo - 8. Çalışmaya alınan hastaların demografik ve klinik özelliklerine göre APAIS-anksiyete alt ölçeği puanları.....	37
Tablo - 9. Çalışmaya alınan hastaların önceki anestezi deneyimlerine göre APAIS-anksiyete alt ölçeği puanları.....	38
Tablo - 10. Çalışmaya alınan hastaların önceki sezaryen deneyimlerine göre APAIS-anksiyete alt ölçeği puanları.....	39
Tablo - 11. Çalışmaya alınan hastaların demografik ve klinik özelliklerine göre APAIS-bilgi edinme isteği alt ölçeği puanları.....	39
Tablo - 12. Çalışmaya alınan hastaların önceki anestezi deneyimlerine göre APAIS-bilgi edinme isteği alt ölçeği puanları.....	40
Tablo - 13. Çalışmaya alınan hastaların önceki sezaryen deneyimlerine göre APAIS-bilgi edinme isteği alt ölçeği puanları.....	41
Tablo - 14. Grup genelinde en çok endişe oluşturan ilk 5 neden ve ortalama puanları.....	41
Tablo - 15. Yaş gruplarına göre en çok endişe oluşturan ilk 5 neden ve ortalama puanları.....	42
Tablo - 16. Anestezinin tipine göre en çok endişe oluşturan ilk 5 neden ve ortalama puanları.....	43
Tablo - 17. Önceki anestezi varlığına göre en çok endişe oluşturan ilk 5 neden ve ortalama puanları.....	43
Tablo - 18. Yaş operasyona kalan süre ve ölçek puanlarının korelasyonları.....	44
Tablo - 19. Daha önceki anestezi varlığına ve tipine göre tercih edilen anestezi tiplerinin dağılımı.....	48

Tablo - 20. Geçirilen operasyon türüne göre genel anestezi alanların deneyimlerinin karşılaştırılması.....	49
Tablo - 21. Geçirilen operasyon türüne göre spinal anestezi alanların deneyimlerinin karşılaştırılması.....	49

III. ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Demografik özelliklerin dağılımı.....	33
Şekil 2: Tercih edilen anestezi tipinin dağılımı.....	33
Şekil 3: Anestezi risk sınıflamasının grup genelinde dağılımı.....	34
Şekil 4: Önceki sezaryen deneyimine göre hem genel hem de spinal anestezi alanların APAIS-anksiyete alt ölçeği puanları.....	45
Şekil 5: Önceki sezaryen deneyimine göre hem genel hem de spinal anestezi alanların APAIS-bilgi edinme isteği alt ölçeği puanları.....	45
Şekil 6: Önceki sezaryen deneyimine göre hem genel hem de spinal anestezi alanların STAI ölçeği puanları.....	46
Şekil 7: Önceki anestezi deneyimine göre hem genel hem de spinal anestezi alanların STAI ölçeği puanları.....	46
Şekil 8: Önceki anestezi deneyimine göre hem genel hem de spinal anestezi alanların APAIS-bilgi edinme isteği alt ölçeği puanları.....	47
Şekil 9: Önceki anestezi deneyimine göre hem genel hem de spinal anestezi alanların APAIS-anksiyete alt ölçeği puanları.....	48

IV. KISALTMALAR VE SEMBOLLER LİSTESİ

- BIS** : Behavioural İnhibition System
MSS : Merkezi Sinir Sistemi
NE : Norepinefrin
5-HT : Serotonin
GABA : Gama Amino Bütirik Asit
Örn : Örnek
BOS : Beyin Omurilik Sıvısı
MHPG : 4-metoksi 4-hidroksifenil glikol
m-CPP : m-klorofenil piperazin
LSD : Liserjik Asit Dietilamid
NDMA : 3,4-metilen dioksine amfetamin
STAI : State-Trait Anxiety Inventory (Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği)
APAIS : Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve Bilgi Ölçeği
ASA : American Society of Anesthesiologists
MENA : Modifiye Endişe Nedenleri Anketi

V. TEŞEKKÜR

Uzmalık eğitimim boyunca ihtiyaç duyduğum her an bilgi ve desteğini eksik etmeyen, eğitimimi tecrübesiyle aydınlatan, tez danışmanım Yard. Doç.Dr. Menekşe OKŞAR 'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Gerek duruşu ve gerek bilgisiyle hayranlık duyduğum, bana tez sürecinde her türlü yardımı sunan, değerli hocam Prof. Dr. Selim Turhanoglu'na en içten duygularla sonsuz teşekkür ederim.

Eğitimime katkılarından dolayı Anesteziyoloji Anabilim Dalı'ndaki diğer öğretim üyeleri; Prof. Dr. Buket Çağla Ö. AKKURT, Yard. Doç. Dr. Sedat HAKİMOĞLU, Doç. Dr. Murat KARCIOĞLU, Doç. Dr. IŞIL DAVARCI, Doç. Dr. Kasım TUZCU'ya saygıyla teşekkür ederim.

Anestezi asistanlığının yoğunluğunda tezime katkıda bulunan sevgili arkadaşlarım Dr. Ali Sarı ve tüm asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Hasta verilerimi toplarken bana yardımcı olan poliklinik ve ameliyathanedeki tüm teknisyen arkadaşlarım özellikle sorumlu teknisyenimiz Tülin ALAGÖZ'e çok teşekkür ederim.

Asistanlığımın ve hayatımın her aşamasında fedakarlıklarıyla hep yanımda destekçim olan abim Mehmet DİKEY ve ablam Miyase PAYASLI'ya, aileme çok teşekkür ederim.

Daima sakin ve sabırlı oluşuna hayranlık duyduğum canım eşim Tuğba ŞEN DİKEY'e bu süreçte yapmış olduğu fedakarlıklarından dolayı teşekkür ederim.

VI. ÖZET

GENEL YA DA SPİNAL ANESTEZİ TERCİHİNDE BULUNAN ELEKTİF SEZARYEN HASTALARINDA ANKSİYETELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Amaç: Genel ya da spinal anestezi tercihinde bulunan elektif sezaryen hastalarında anksiyetelerin karşılaştırılması

Yöntem: Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Hastanesi Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Anabilim Dalı'na bağlı Anestezi polikliniğine başvuran, Kadın Doğum ve Hastalıkları Anabilim Dalı tarafından elektif sezaryen planlanan 142 hastaya preoperatif değerlendirme esnasında STAI, APAIS ve Anestezi Endişe Nedenleri anketi uyguladık. Anket formunda yaş , eğitim gibi demografik bilgiler ve tercih etmek istediği anestezi tipi , ASA risk sınıflaması anestezi geçmişi ve operasyonun planlandığı güne kadar olan süre gibi bilgiler vardır. Çalışmamıza bilinen psikiyatrik rahatsızlığı ve nörolojik rahatsızlığı olan , 18 yaş altı, Türkçe bilmeyen, acil sezaryen olgularını ve değerlendirmede kısıtlılığa neden olacak herhangi bir tıbbi problemi olan hastalar çalışma kapsamı dışında tutulmuştur. Çalışmamıza son 10 gün içerisinde elektif sezaryen planlanan hastalar dahil edilmiştir.

Bulgular: Elektif sezaryen planlanan hastalarda preoperatif anksiyetenin yaş, eğitim durumu, anestezi tercihi, ASA risk sınıflaması ve operasyona kalan süreden etkilenmediğini bulduk. Hastaların önceki anestezi geçmişi ile ilgili izlenimleri sonraki anestezi yönteminin seçimini etkilemektedir.

Sonuç: Anksiyete sezaryen ameliyatı planlanan hastalarda çok sık görülmektedir. Bu sıklık yaş, eğitim durumu, anestezi tercihi, ASA risk sınıflaması ve operasyona kalan süreden etkilenmediğini bulduk. Hastaların önceki anestezi geçmişi sonraki anestezi yöntem tercihini etkilemektedir.

Anahtar kelimeler: anksiyete, genel anestezi, rejyonel anestezi, sezaryen

VII. ABSTRACT

THE COMPARISON OF ANXIETY LEVELS OF PATIENTS WHO PREFERRED GENERAL OR SPINAL ANESTHESIA FOR ELECTIVE CAESAREAN SECTION

Objective: The comparison of anxiety levels of patients who preferred general or spinal anesthesia for the elective caesarean section.

Method: We performed STAI, APAIS and Modified Anesthesia Anxiety Causes questionnaires during preoperative evaluation to 142 patients who consulted Anesthesia and Reanimation Department of Mustafa Kemal University Tayfur Ata Sökmen Medicine Faculty Hospital, and for whom elective caesarean section was planned by Gynecology Department. The questionnaires included demographical data like age and education, choice of anesthesia type, classification of ASA risk, history of anesthesia and the period of time until the day of planned operation. We excluded patients known to have psychiatric and neurological diseases, patients who were under 18 years old and who couldn't speak Turkish, patients having medical problems which caused limitations in evaluation, and cases of emergency caesarean section. The patients who were planned to have elective caesarean operation in last 10 days were included in our study.

Results: We found out that the preoperative anxiety was not affected by age, education level, preferred anesthesia type, classification of ASA risk and the period of time until the operation. The impression of past anesthesia experience affects the choice of next anesthesia type.

Conclusion: Anxiety is seen very frequent in patients who are planned to have caesarean section. We reported that this frequency is not affected by age, education level, preferred anesthesia type, ASA risk classification and the period of time until the day of operation. The past anesthesia experience of patients affects the next choice of anesthesia type.

Keywords: Anxiety, general anesthesia , regional anesthesia , caesarean

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Etkin bir preoperatif değerlendirmenin köşe taşları: hastanın yakın geçmişte aldığı tüm ilaçların, tüm ilişkili ilaç ve kontakt alerjilerin ve önceki anesteziye yanıt ve reaksiyonların tam bir açıklamasını içermesi gereken anamnez ve fizik muayenedir (1). Ayrıca psikolojik durumunun belirlenmesi ile laboratuvar incelemeleri ve anestezi risk belirlemesini kapsar. Hastaların preoperatif değerlendirmesinde iyi bir hikaye alınması ve fizik muayene, rutin laboratuvar, kardiyovasküler ve pulmoner testlerden çok daha önemlidir (2, 3). Bunu, hastanın bilgilendirilmesi ile farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerle preoperatif hazırlık takip eder. Preoperatif hazırlığın pek çok amacı vardır. Bunların içerisinde en önemlisi anksiyetenin giderilmesidir. Anksiyete; cerrahiyi, anesteziyi ve postoperatif iyileşmeyi olumsuz etkiler (4-6).

Preoperatif dönemde hastalarda pek çok sebebe bağlı anksiyete mevcuttur; sağlığı ve ameliyat konusundaki endişeleri, sonun belirsizliği, evinden ve yakınlarından uzaklaşma, günlük işlerinin kesintiye uğraması gibi genel endişeler yanında, ameliyat sonrası uyanamama, ameliyat sonrasında ağrı duyma, ameliyat sırasında uyanma gibi anesteziye bağlı endişeleri de vardır (7). Preoperatif dönemde hastaların %60-80'inin anksiyeteye sahip oldukları yapılan çalışmalarda bildirilmiştir (6, 8-11).

Ayrıca preoperatif anksiyete varlığı ile intraoperatif hemodinamik değişikliklere yönelik araştırmalarda yapılmaktadır. Örneğin spinal anestezi sonrası hipotansiyon oluşma ihtimalini gösterebilir. Bu durum çalışmalarda baseline sempatik aktivasyonun preoperatif anksiyeteye bağlı artmasıyla ilişkilendirilmiştir (12). Baseline sempatik aktivite ne kadar artarsa, spinal anestezinin hemodinamik etkisi o ölçüde artmakta ve sempatolize sebep olarak hipotansiyon gelişmektedir. Bu çalışmalarda maternal baseline kalp hızı, maternal kalp hızı değişikliği, maternal R-R aralığı, deri iletkenliği, maternal postural arteriyel kan basıncı değişiklikleri baz alınarak sempatik aktivasyon belirlenmiştir (13-20).

Preoperatif anksiyetenin sempatik aktivasyonu arttırdığı kalp hızındaki değişiklikler, postural arteryel basınç değişimi ile tespit edilmiş ve ayrıca vagal kontrolü ise azalttığı belirtilmiştir.

Hastaların anksiyete seviyelerini düşürmek amacıyla çok çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Preoperatif dönemde anesteziist tarafından yapılan görüşme ve bu görüşmede verilen bilgiler ile premedikasyon amacıyla uygulanan ilaçlar bunlardan bazılarıdır (21). Preoperatif dönemde hastaların bilgilendirilmesinin anksiyete ve analjezik gereksinimini azalttığı, memnuniyeti arttırdığı gösterilmiştir (22).

Preoperatif değerlendirilmesi gerekli konulardan birisi de sedasyon durumudur. Preoperatif ziyaret ile hastanın sedasyona ihtiyacının olup olmadığı, ihtiyaç olan seçilecek ilacın dozu ve zamanlaması planlanmalıdır (23).

Preoperatif anksiyete, artmış postoperatif ağrı ve dolayısıyla bu dönemde artmış analjezik gereksinimi ve uzamış hastanede kalış süresi ile birliktelik gösterir (24-26). Yapılan çalışmalar, yüksek anksiyetenin kişinin ağrıya karşı olan hassasiyetini ve ağrı algısını abartma tutumunu arttırdığını göstermiştir (27). Kısaca anksiyetenin artması; cerrahiyi, anesteziyi ve postoperatif iyileşmeyi olumsuz etkiler (4, 5, 28).

Evrensel bir yaşam deneyimi olan ve her insanın yaşamında yer alan kaygı, nedeni bilinmeyen, içten gelen ve bireyi tetikte olması için uyaran bir duygu olup bireyin kendisini tehdit altında hissettiği durumlarda ortaya çıkmaktadır (29, 30). Anksiyete düzeyi; kadınlarda erkeklere, ailesi ve arkadaşları tarafından ameliyata getirilen hastalarda yalnız gelenlere, kardiyak ve vertebra cerrahisi geçirecek olan hastalarda diğer hastalara, gençlerde yaşlılara ve kötü anestezi deneyimi olanlarda olmayanlara göre daha fazla bulunmuştur (31, 32). Anksiyeteye sahip olan hastalar anestezi indüksiyonu esnasında daha yüksek doz anestezi ilacı ihtiyaç duyarlar (5). Bazı çalışmalarda, preoperatif dönemde detaylı bilgilendirilen hastaların preoperatif ve postoperatif anksiyete düzeylerinin ve postoperatif ağrının daha düşük olduğu, iyileşmenin daha hızlı olduğu gösterilmiştir (6).

Yaşam süresince bireyler, zaman zaman sağlıklı olma durumundan uzaklaşarak, tedavi ve bakımı gerekli kılan hastalık durumuyla karşı karşıya gelmektedirler (33-35). Hastalık, bireylerin homeostatik dengesinin bozulmasına ve buna bağlı olarak çok sayıda fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Böyle bir değişim karşısında farklı tepkiler gösteren bireylerde, hastalık, hastaneye yatma, ameliyat olma gibi durumlar kendi kendine yeterli olma ve sağlığa karşı tehlike olarak algılanan olumsuz deneyimlerin yaşandığı geçici bir dönem olarak değerlendirilmektedir (34).

Bu çalışmada; elektif sezaryen operasyonu planlanan hastalarda hem spinal hem de genel anestezi için uygun hastaların anestezi tercihleri ile preoperatif anksiyete düzeylerinin arasında fark olup olmadığını tespit etmek ve operasyona yönelik endişe nedenlerini belirlemek amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Anksiyete Kavramının Tarihçesi

Anksiyete; Hint-Germen kökenli ‘sıkıca bastırmak, boğazını sıkıkmak, sıkıntı ve tasa’ anlamına gelen ‘angh’ sözcüğünden türetilmiştir. Anksiyeteye ilişkin en eski yazılı kanıt milattan önce 3000’lerde yazılan Gılgamış Destanı’dır (36). Bu destanda Gılgamış, kendi ölümsüzlüğü ile ilgili endişelerini dile getirmektedir (37). Anksiyete belirtileri, çok eski zamanlardan beri birçok hekimin ve yazarın dikkatini çekmiş ve çeşitli yazılarda bahsedilmiştir. Mani, histeri ve paranoya gibi terimleri psikiyatriye kazandırmış olan Hipokrat’a göre; her türlü psikiyatrik belirtinin kaynağı beyindir (38). Hipokrat’ın ruhsal bozukluklarla ilgili metinlerinde korkudan ve ‘amaçsız anksiyete’ (aimless anxiety) olarak adlandırıldığı bir durumdan bahsettiği bilinir.

17.yüzyılda dilbilimciler tarafından paroksizmal olarak ortaya çıkan şiddetli huzursuzluk, yerinde duramama ve endişe durumları için farklı adlandırmalar yapılmıştır. Benzer durumlar için, aralarında bazı anlam farklılıkları olmakla birlikte Fransızlar angoisse, Almanlar angst ve İspanyollar ise angustia sözcüklerini kullanmışlardır (39). Anksiyete ile birlikte anılan diğer kavram ise korkudur. Korku (fear), Almancadan gelen bir terimdir. Bu dilde köken aldığı kelime beklemek, pusuda yatmak veya saldırmak anlamına gelmektedir. 18.yüzyıldan sonra anksiyeteye ilişkin oldukça ciddi tanımlamalara ve açıklamalara rastlanmaktadır. 1800’lü yılların ortalarında Heinrich Neumann’ın anksiyetenin, cinsel dürtülerin (ve diğer dürtülerin) doyurulmaması durumunda ortaya çıktığına ilişkin görüşü psikanalitik dönem açıklamaları dikkate alındığında oldukça dikkat çekicidir (38). Bu görüşü, aynı dönemde Karl Ideler, doyurulmamış cinsel arzuların ruhsal rahatsızlıklara kaynak teşkil edeceğine olan düşüncesi doğrultusunda tekrarlamıştır. 1800’lerin ortalarında Otto Domrich tıbbi psikoloji alanında ilk kez ‘anksiyete ataklarından’ bahsetmiştir.

Bu kavram sonradan, Fransız ihtilalinin sonrasında ortaya çıkan nörosirkülatuar nevrasteni, asker kalbi, hiperventilasyon sendromu gibi tanımların yerini almıştır. Feuchtersleben, 1847'de ilk kez organik hastalıkların neden olduğu anksiyete belirtilerini gözlemiştir; Morel 1866'da otonom sinir sistemindeki değişikliklerin emosyonel belirtilere yol açtığından söz etmiştir (40). 1890'larda anksiyete belirtilerinin birçok başka hastalıklarda görülmekle birlikte, fiziksel ve ruhsal belirtilerin -adına anksiyete denilen- aynı, tek bir klinik durumun unsurları olduğu düşüncesi yavaş yavaş gelişmiştir (39). 1894'te Freud, anksiyetenin fiziksel ve ruhsal belirtilerini bir araya getirerek anksiyete nevrozunu tanımlamıştır. Bu dönemde Freud, yazılarında histeri ve hipokondriasis gibi geleneksel nevrozların psikolojik kökenli olduğunu söylerken, buna karşı anksiyete nevrozunun organik kökenli olduğunu öne sürmüştür (40).

Bu gelişmelere karşın yine de anksiyete kapsamına giren çeşitli klinik durumların birbirinden ayrılarak farklı klinik durumlar olarak tanımlanması 1960'lardan sonra elde edilen veriler sonucunda gerçekleşebilmiştir.

Anksiyete, hem psikolojik hem de fizyolojik değişikliklere neden olan bir durumdur. Öztürk, 'Anxiety, anxiété' karşılığında daha çok psikologlarca ve kimi psikiyatristlerce kullanılan 'kaygı' sözcüğünü uygun bulmamaktadır (41). Kaygı, genellikle nesnesi bilinen bir duruma ya da kişiye karşı duyulan merak, endişe, tasa duygusudur. Örneğin; 'Çocuğumun okul durumu beni kaygılandırıyor. Türkiye'nin ekonomik durumu kaygı verici' gibi. Ayrıca kaygı sözcüğü, klinik düzeyde şiddetli bunaltıyı karşılamamaktadır. Örneğin; panik bozukluktaki bunaltıya kaygı demek klinik durumun fenomenolojisini yansıtmamaktadır. 'Bunaltı' sözcüğü hem kavramsal hem klinik açıdan uygun görülmektedir (41).

Bir insanın yaşayabileceği en acılı duygulardan biri olarak tanımlanabilen anksiyete, psikanalizin ilk döneminde biyolojik kökenli bir olgu olarak kabul edilmiştir. Ancak, topografik kuramın yerine yapısal kişilik kuramını geliştirdikten bir süre sonra anksiyete kavramının yorumuna da değişiklik getiren Freud, 1926'da yayımlanan 'Symptoms and Anxiety' adlı yapıtıyla, anksiyeteyi egonun bir işlevi olarak tanımlayarak bu duygunun psikolojik bir olgu olduğunu ortaya koymuştur (42).

Anksiyete kavramının anlaşılabilmesinde en önemli katkılardan birini Karen Horney'den yapmıştır (42). Horney, anksiyete ve korku kavramını sıkça birlikte kullanarak bu iki kavram arasındaki yakınlığı ifade etmiştir.

Yalom ise varolmanın getirileriyle yüzleşmeden kaynaklanan çatışmanın kaygıya neden olduğunu bildirmektedir (43).

Anksiyete kişiliğin yapısında ve gelişmesinde önemli bir etken olan duygulanım ve coşku durumlarıyla ortaya çıkan ve onlara eşlik eden fizyolojik belirtiler olduğundan bahsedilmiştir. Kişi belli bir tehlike algıladığında ya da öngördüğünde beyin sinir sisteminin otonom sinir sistemi denilen kısmına mesaj gönderir. Otonom sinir sistemi; sempatik sinir sistemi ve parasempatik sinir sistemi olarak iki alt bölümden oluşur. Sinir sisteminin bu iki kısmı vücudun genel enerji düzeyinden ve harekete hazırlanmasından sorumludur. Sempatik sinir sistemi vücudun enerjisini artıran ve harekete hazırlayan kaçma-savaşma tepkisinden sorumludur; parasempatik sinir sistemi de vücudu tekrar normal haline geri çeviren ve dinlenme haline döndüren sinir sistemidir. Otonom sinir sisteminin uyarılması ile kalp atım hızı, kan basıncı, solunum sayısı artar. Tükürük salgısı azalır, ağız kuruluğu gelişir. Kan şekeri yükselir. Midriyazis gelişir. Çizgili kasların gerginliği artar. Titreme olur. Dişler ve yumruklar sıkılır. Terleme olur. Derinin direnci artar. Bütün bu değişimler, santral sinir sisteminde bulunan adrenalin ve adrenalin benzeri başka kimyasal ileticilerin kan düzeyinin arttığını gösterir. Bu yükselişin oluşturduğu değişimlerin kişi tarafından hissedilmesi kaygı yaratır.

2.2. Anksiyeteyi Açıklayan Kuramlar

2.2.1. Psikanalitik Kuram

Psikanalitik kuramın gelişiminde anksiyetenin temel bir öneme sahip olduğu bilinir. Freud başlangıçta, 1894 ve 1895'teki yazılarında anksiyeteyi temelde fizyolojik bir tablo olarak ele aldı.

Anksiyete, Freud tarafından bastırılmış düşünce ve dürtülerden kaynağını alan yaygın endişe ve dehşet hissi olarak tanımlandığı gibi, kişiyi altüst eden paniğe benzer, bedensel belirtilerle kendini gösteren bir durum olarak da açıklanmıştır.

Bedensel belirtilerle ortaya çıkan anksiyetenin birikmiş ve boşalamamış, ketlenmiş libidodan kaynaklandığı öne sürülmüş ve bu tür anksiyete 'güncel (aktüel) nevroz' olarak tanımlanmıştır. Fizyolojik niteliğini vurgulamak için de, Freud bu dönemde patolojik anksiyeteyi güncel nevroz olarak tanımladı ve psikonevrozlardan ayırdı. 'Ketlenmeler, Belirtiler ve Anksiyete' başlıklı makalesinde anksiyete, 'sinyal anksiyete' terimiyle psikolojik temele oturdu. Bu durumda anksiyete bir benlik (ego) duygulanımıdır; yani üstbenliğin (süper ego) ahlaki ve etik kurallarına aykırı olan cinsel ve saldırganca dürtülere benliğin bir cevabıdır.

Freud yapısal modeli geliştirdikten sonra; anksiyetenin, altbenlikten (id) kaynağını alan bilinç dışı cinsel ve saldırganca dürtüler ile üstbenliğin cezalandırma tehdidi arasındaki çatışma sonucunda ortaya çıktığını öne sürdü. Anksiyete yalnız hastalıklı veya nahoş bir duygu olmayıp, bilinç dışı bir tehlikeye işaret eden, bazen uyuma yönelik bir sinyal olarak tanındı. Bu sinyalden hareketle benlik, kabul edilemeyen arzu ve düşünceleri önlemek için savunma düzeneklerini devreye sokar. Eğer, sinyal anksiyete benliğin savunma düzeneklerini harekete geçirmese, o durumda yoğun ve süregelen bir anksiyete veya nevroitik belirtiler ortaya çıkar. Freud tarafından anksiyete, hem nevroitik anksiyetenin dışavurumu (belirti), hem de nevroitik çatışmayı bertaraf eden uyuma yönelik bir işaret olarak açıklanır.

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

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

Freud'a göre anksiyete, fiziksel ya da toplumsal çevreden gelen tehlikelere karşı bireyi uyarma, gerekli uyumu sağlama ve yaşamı sürdürme işlevlerine katkı sağlar. Ne var ki anksiyete, 'nevrotik anksiyete' de olduğu gibi, gerçek dışı ve mantığa aykırı bir nitelik alırsa, uyum sağlamaya yardımcı olan işlevini yitirir ve normal dışı davranışların kaynağı olur (41). Gerçekte, her insan arada bir anksiyete duyarsa da Freud, nevrotiklerde bu duygunun daha sık ve daha yoğun yaşandığını gözlemlemiştir. Normal insanın yaşadığı anksiyete, nevrotik anksiyeteden niteliği yönünden de farklıdır. Günlük yaşamda herkesin arada bir yaşadığı anksiyete 'gerçekçi' anksiyetedir. Dış dünyadaki nesnelere kaynaklanan bu duygu, 'korku' duygusuyla eş anlam taşır. Gerçekçi anksiyete, mantıklı ve anlaşılır olmasıyla nevrotik anksiyeteden ayrılır. Bu tür anksiyete, beklenen ya da yaklaşan bir dış tehlikenin algılanması sonucu geliştirilen bir tepkidir. Çoğu kez kaçma refleksiyle birlikte oluşan bu tepki, yaşamı sürdürme ve koruma içgüdülerinin bir belirtisi de kabul edilebilir.

Adler, anksiyetenin sebebi olarak aşağılık duyguları üzerinde durur. Aşağılık duygularından acı çeken kişi, bundan kurtulmak için emniyet ve üstünlük kurma amacı güder; bunu elde etmek için de anksiyeteyi başkalarını kontrol etme aracı olarak kullanır. Adler'e göre; kişi toplumla bağlantılarını kaybetmiş hissettiği zaman anksiyete duyar (42). Jung'a göre, anksiyete kolektif bilinç altından gelen irrasyonel güçlerin ve imajların insanın bilincini kaplamasına karşı kişinin reaksiyonudur. Anksiyete, kolektif bilinç altının hakim özelliklerine karşı duyulan korkudur.

Otto Rank, her çeşit anksiyetenin ve nevrozun başlangıcını doğum travmasına bağlar. Esası anneden ayrılma olan doğum travması, insanın ileriki hayatında karşılaştığı bütün ayrılmalarda tekrarlanır ve anksiyetenin temel ve evrensel nedenini oluşturur. Çocuk hayatın kendisinden korkar ve bu korku ortada bunu gerektirecek hiçbir objektif sebep olmasa da, belli insanlardan veya şeylerden korku ve anksiyete duymaya kadar gider (42).

Karen Horney'e göre; anksiyete de, tıpkı korku gibi tehlikeye karşı bir cevaptır. Horney'e göre anksiyetede olan şey, kişinin emniyetidir. Bu emniyet korkusu çocukluktan itibaren temel anksiyete olarak başlar, kişi potansiyel düşmana karşı dünyada emniyeti sağlamak için bir takım nevrotik savunma eğilimleri oluşturur. Bu savunma eğilimleri bir gün zayıflarsa veya yıkılırsa anksiyete ortaya çıkar (42).

Hary Stack Sullivan, kişiliğin oluşumunda temel nokta olarak kişilerarası ilişkiyi görür ve anksiyetenin de bu ilişkilerdeki bozukluklardan doğduğunu düşünür. Bir çocuk büyürken yaşadığı ortamdaki kültürel değerlere göre yetiştirilir, bu eğitimi sırasında engelleme, yasaklama, cezalar ve memnuniyetsizlik gösterme durumlarıyla karşılaşan çocukta anksiyete temeli oluşur. Kültürel değerlerin bize çizdiğini zannettiğimiz sınırları aşmak tehlikesi ile karşılaştığımız zaman, anksiyete bir emosyonel uyarıcı sistem olarak bizi durumdan haberdar eder (42). Sullivan'a göre; anksiyete anneden çocuğa geçer. Annenin bakışları, ses tonu ve genel havası bu geçişi gerçekleştirir. Anneden geçen anksiyete sonucu çocuk, parataksik düşünce bağlantılarını kurarak, yakın çevresindeki diğer insanlara karşı da anksiyete duygusu geliştirir ve kendisinde anksiyete yaratan durumlardan uzak kalmayı öğrenir (42). Bebeklik döneminde yaşanan anksiyete, ancak içinde bulunulan durumun değişmesiyle son bulabilir. Buna karşılık yetişkin insan anksiyeteyi engellemek, azaltmak ya da ondan sakınmak amacıyla bazı davranışlar geliştirir. Anksiyete yoğunluğunu azaltma çabalarına güvenlik tepkileri denir. Anksiyete sona erdirilmezse, yoğunluğu giderek artar ve dehşet duygusuna dönüşür.

Erich Fromm'a göre, hem normal kişilik gelişiminde, hem de nevrozların özünde, hürriyet ve bağımsızlık için mücadeleyi görürüz. Fromm'un düşüncesine göre; insan toplumdaki koptuğu zaman kendisini yalnız hisseder. İşte bu hürriyetin yükünden kurtulmak için iki seçeneği vardır; ya diğer insanlarla sevgi ve işbölümü temelinde tekrar kaynaşacak ya da otoriteye ve topluma boyun eğerek kendisine emniyet sağlayacaktır. Bizim 'normal insan' gözü ile baktığımız ve insanların çoğunluğunu teşkil ettiği bölümü, Fromm'a göre; bu ideal olanı yapmamış, hürriyet ve bağımsızlık mücadelesini terk ederek kendi spontan kişiliklerini geliştirmekten vazgeçip otoriteye boyun eğmişlerdir; böylece bu kişiler normal ve topluma uyumlu sayılırlar.

Nevrotik dediğimiz insanlar ise, tam bir boyun eğişe razı olamayan, hürriyet ve bağımsızlık mücadelesini terk etmeyen kişilerdir; ama bunlar da bağımsızlığın getirdiği yalnızlık ve emniyetsizlik ile hürriyet arayışı arasında çatışmayı çözememiş, bu ikilemin arasında sıkışıp kalmışlardır (42).

2.2.2. Öğrenme Kuramı

Korku ve anksiyetenin koşullanma aracılığıyla öğrenilmesi sürecinin temelleri Pavlov'a kadar gider. Klasik uyarın-tepki kuramında, yansız uyarın, başka bir deyişle 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 kazanır. 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 (36). Koşullanma, koşullu uyarın ancak hemen ardından gelen koşulsuz uyarın hakkında bilgi verdiği müddetçe devam eder. Başka bir deyişle, klasik koşullanma kuramına göre yinelenen bir koşullu uyarın zaman zaman koşulsuz uyarınla pekiştirilmezse, yani yalnız başına verilmeye devam edilirse giderek itici-korkutucu özelliğini kaybeder.

Edimsel (operan) koşullanma; bir davranış parçacığının kendi doğurduğu sonuçlara bağlı olarak değişikliğe uğrama sürecini tanımlamak için kullanılır. Belirli davranışlarının anksiyeteyi ortaya çıkaran uyaranlardan kurtulmaya yaradığını ve anksiyetesini azalttığını gören kişi giderek bir kaçınma repertuarı geliştirir. Kaçma ve kaçınma davranışları kişiyi anksiyeteden koruduğu için bir tür dış pekiştirici gibi işlev görerek anksiyetenin devamına neden olur.

Mowrer'in iki basamaklı öğrenme kuramı klasik ve edimsel koşullanma kuramlarını bir araya getirerek anksiyete bozukluklarının oluşumunu açıklar.

Bu kurama göre klasik koşullanma ile edinilen korku, kaçınma davranışları ile edimsel olarak koşullanmaya devam ederek pekişir. Yani, kaçınma davranışları anksiyetenin azalmasına ve böylelikle korkunun pekişmesine neden olmaktadır.

Özetle; koşullanma veya diğer öğrenme süreçleri (gözleme, sosyal öğrenme gibi) ile edinilen korku tepkileri, 'kaçma' ve 'kaçınma' davranışlarının harekete geçmesine yol açmakta ve başarılı bir biçimde gerçekleştirilen bu kaçma ve kaçınma davranışları korku ve anksiyetenin azalmasına neden olmaktadır. Korku ve anksiyetenin olumsuz sonuçlarını ortadan kaldırdığı varsayılan kaçma ve kaçınmalar böylelikle pekişmekte ve her türlü anksiyete/korku durumunda devreye girerek korku/anksiyetenin sönmesini engellemektedir. Korku ve anksiyetenin devamı ise bu yolla sağlanmaktadır (44).

2.2.3. Davranışçı ve Bilişsel Kuram

Davranışçı kuram öğrenme kuramları üzerine kurulmuş yaklaşımlardır. Davranışçı kurama göre; hem fobiler hem de obsesif-kompulsif bozukluk bir koşullanma sonucu oluşmaktadır. Fobilerde hastalığın devam etmesinde en önemli etkenin korkulan uyarandan kaçma ve kaçırma davranışları olduğu düşünülmüş ve kaçınma davranışlarının söndürülmesi ve alışma döneminin ortaya çıkmasını sağlamaya yönelik, 'alıştırma tedavileri (maruz kalma)' olarak bilinen yaklaşım geliştirilmiştir (45).

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

Watson ve Raynor 11 aylık Albert adlı bir çocukta bir dizi deney yapmışlardır (46). İlk deneyde beyaz bir fareye karşı koşullanmış duygusal tepkinin oluşumuyla ilgilenilmiştir. Bu, Albert'in beyaz bir fareye dokunmasıyla, bir metal çubuğun çarpmasıyla elde edilen yüksek bir sesin birkaç kez eşleştirilmesiyle başarılmıştır. Daha sonra beyaz fare tek başına Albert'e 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 etmiştir. Psikopatolojideki birçok fobinin büyük olasılıkla koşullanmış tepkilerin doğrudan veya transfer edilen tipleri oldukları düşünülmektedir (46).

Davey bu teoriyi yeni bir yaklaşımla ortaya koymuştur. Davey'e göre, koşullu bir refleks sonucunda bir beklenti vardır: koşullanmamış refleksle birlikte bilişsel kavramlar ortaya çıkar ve bir değerlendirme sürecinden sonra koşullu yanıt verilir. Bandura ve Rosenthal ise 'korku, korkulu insanlar izlenerek öğrenilebilir' şeklinde bir ifade kullanmıştır. 'Ebeveynin uçağa binmek ya da fırtınadan korkmak gibi bir korkusu varsa çocuk da bu korkuyu taşıyacak ve bu nesilden nesile aktarılacaktır' şeklinde görüş bildirmiştir.

Bilişsel kavramların 'anormal psikoloji' içine girmesi anksiyetenin daha iyi anlaşılmasını sağlamıştır. Beck'in klasik bilişsel kuramı Salkovskis tarafından şu şekilde yeniden düzenlenmiştir: 'Olayların ne biçimde yorumlandığı ve algılandığı, duygularımızı belirler. Başka bir deyişle; duygularımızı tetikleyen, olayların kendisinden çok onlara verilen anlam olmaktadır. Bu anlamlandırma; olayın olduğu ortamın özellikleri, olayın olduğu andaki duygudurum ve bireyin geçmiş deneyimlerine bağlıdır. Sonuç olarak; aynı olay farklı kişilerde farklı duygulara neden olabileceği gibi, aynı kişide farklı zamanlarda farklı duygulara neden olabilir.

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

2.2.4. Varoluşçu Kuram

Varoluşçu kuram farklı türde bir temel çatışmayı vurgulamaktadır: ne bastırılmış içgüdüsel çekişmelerle ne de içselleştirilmiş önemli yetişkinlerle olan çatışmayı önemsemektedir, onun yerine bireyin varolmanın getirileriyle yüzleşmesinden kaynaklanan çatışma üzerinde durmaktadır. Bireyin aşağıda sıralanmış hayat gerçeklerinden biriyle karşı karşıya kalması varoluşçu dinamik çatışmanın içeriğini oluşturmaktadır. Varoluşçu kuramda anksiyetenin en önemli nedenleri ölüm, özgürlük, yalıtım ve anlamsızlıktır.

Böylelikle ‘varoluşçu dinamikler’ bu dört getiriye, bu nihai kaygılara ve her birinin neden olduğu bilinçli ve bilinçdışı korku ve güdülere gönderme yapmaktadır. Dinamik varoluşçu yaklaşım Freud tarafından ana hatları çizilen temel dinamik yapıyı korumakta, fakat içeriği temelden değiştirmektedir (43).

DÜRTÜ → ANKSİYETE → SAVUNMA MEKANİZMASI

Şeklindeki eski formül;

TEMEL KAYGILARIN FARKINA VARMA → ANKSİYETE → SAVUNMA MEKANİZMASI

halini almıştır.

Her iki formül de anksiyetenin psikopatolojinin yakıtı olduğunu; bazıları bilinçli bazıları bilinç dışı olan bazı psişik işlemlerin (savunma mekanizmalarının) psikopatolojiyi oluşturduğunu; bu mekanizmaların güven vermelerine rağmen kaçınılmaz bir şekilde gelişmeyi ve deneyimi sınırladıklarını varsaymaktadır (43).

2.2.5. Anksiyetenin Nöropsikolojik Yönü

Gary, beyindeki cezalandırma ve ödüllendirme sistemlerinin anksiyete üzerindeki rolünü araştırmıştır.

Bu araştırmacılara göre anksiyete davranışsal baskılayıcı sisteminin (Behavioural Inhibition System= BIS) etkinleşmesi ile oluşur. Bu sistem cezalandırma, ödüksüzleştirme ve sıra dışı uyarılara davranışsal yanıtı baskılar. Bu sistem, gelen uyarının gerçekte karşılaştırmasını yaparak değerlendirir. Eğer beklenen uyarı gerçekte benzeşmiyorsa derhal davranışı engeller. BIS, uyarılar üzerinde bir tür gözlemler yapar. Bu kontroller sırasında tehdit edici veya umulmadık durumlar ortaya çıkarsa anksiyete belirtilerinin ortaya çıkması (otonom aktivitenin artışı, davranıştan kaçınma ve öznel deneyimler) tehdit edici nitelikteki davranışa karşı BIS' in durdurucu etkisi kaçınılmazdır. Ancak kuram tek başına anksiyete durumunu açıklamakta yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle bu görüşün, bilişsel kuramla birlikte ele alınması gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

2.3. Anksiyeteyi Açıklayan Biyolojik Kuramlar

Anksiyete hakkındaki biyolojik kuramlar, anksiyetenin hayvan modellerindeki prelinik çalışmaları, biyolojik faktörlerin araştırıldığı hasta çalışmaları, temel nörolojik bilimlerdeki büyüyen birikim ve psikotrop ilaçların etkileri ile geliştirilmiştir. Düşüncenin bir kutbu anksiyete bozukluğu olan hastanın ölçülebilir biyolojik değişikliklerinin psikolojik çatışmalarının sonucunu

yansıttığını kabul eder; karşıt kutup biyolojik olayların psikolojik çatışmalara öncülük ettiğini kabul eder. Her iki durum da özgün kişilerde bir dizi biyolojik esaslı hassaslıklar anksiyete belirtileri olan kişiler arasında varolabilirler.

2.3.1. Otonom Sinir Sistemi

Otonom sinir sisteminin uyarılması kardiyovasküler, musküler, gastrointestinal ve respiratuar sistemde belli belirtilere neden olur. Anksiyetenin bu çevresel belirtileri ne anksiyete bozukluğuna özeldir, ne de anksiyetenin deneyimi ile birlikteliği gereklidir.

Yirminci yüzyılın ilk üçte birlik döneminde, Walter Cannon havlayan köpeklere maruz kalan kedilerin, adrenal epinefrin salınımı ile birlikte olan korkunun davranışçı ve fizyolojik işaretlerini gösterdiklerini ortaya koymuştur. James-Lange kuramı öznel anksiyetenin çevresel fenomene yanıt olduğunu ifade eder. Şu anda genel olarak Merkezi Sinir Sistemi (MSS) anksiyetesinin, feokromasitoma gibi hastanın özgün çevresel nedeni olması dışında, anksiyetenin çevresel belirtilerine öncülük ettiği düşünülmektedir. Bazı anksiyete bozukluğu hastalarının, özellikle panik bozukluğu olanların, artmış sempatik tonusa sahip olan, tekrarlayan uyarana yavaş uyum sağlayan ve orta derecede uyarana aşırı yanıt veren otonom sinir sistemleri bulunmaktadır.

2.3.2. Nörotransmitterler

Hayvan çalışmaları ve ilaç tedavisine yanıt esas alındığında anksiyete ile ilişkili bulunan üç ana nörotransmitter; Norepinefrin (NE), Serotonin (5-HT₃) ve Gama Aminobutirik Asittir (GABA) (47). Anksiyete hakkındaki temel nörobilimsel bilginin çoğu davranışçı örnekler ve psikoaktif ajanları kapsayan hayvan deneylerinden gelmektedir. Anksiyetenin böyle bir hayvan modeli çatışma testidir, bu testte hayvan aynı anda birisi pozitif (örneğin; yiyecek), diğeri negatif (örneğin; elektrik şoku) olan iki ayrı uyarana karşılaştırılır. Anksiyolitik ilaçlar (örneğin; benzodiazepinler) hayvanın o duruma adaptasyonunu kolaylaştırma eğiliminde olurken, diğeri ilaçlar (örneğin; amfetaminler) hayvanın yanıtını daha da bozarlar.

2.3.3. Norepinefrin (NE)

Anksiyetede norepinefrin rolünden bahseden genel kurama göre etkilenen hastaların zaman zaman aktivite patlamaları ile seyreden, noradrenerjik sistem regülasyon sorunları olabilmektedir. Noradrenerjik sistemin hücre gövdeleri birincil olarak rostral ponda, locus seruleusta yerleşmişlerdir ve aksonları serebral korteks, limbik sistem, beyin sapı ve spinal korda projekte olurlar.

Maymunlar üzerinde yapılan çalışmalarda locus seruleusta uyarılmanın hayvanlarda korku yanıtına neden olduğu ve aynı alanın yakılmasının hayvanların korku yanıtı oluşturmasını inhibe ettiği ya da tamamen bloke ettiği gösterilmiştir.

İnsan çalışmalarında panik bozukluğu olan hastalarda β -adrenerjik agonistlerin (örneğin; isoproterenol) ve α 2-adrenerjik antagonistlerin (örneğin; yohimbin) panik atakların sıklığını ve şiddetini provoke ettiği bulunmuştur (48). Aksine, α 2-adrenerjik agonist olan klonidin bazı deneysel çalışmalar ve terapötik durumlarda anksiyete semptomlarını azaltmıştır. Daha az uyumlu bir bulgu olarak özellikle anksiyete bozukluğu olan hastaların beyin omurilik sıvısında (BOS) veya idrarında noradrenerjik metabolit olan 4-metoksi-4-hidroksifenil glikol (MHPG) miktarının yükseldiği saptanmıştır (48).

2.3.4. Seratonin (5-HT3)

Çeşitli seratonin reseptör tiplerinin tanımlanması, anksiyete patogenezinde seratonin rolü konusunda araştırmaları hızlandırmıştır. Bu ilişki ilk olarak seratonerjik antidepresan ilaçların bazı anksiyete bozukluklarında terapötik etkilerinin gözlenmesinden sonra olmuştur. Bir seratonerjik Tip1a reseptör agonisti olan buspironun, anksiyete bozukluklarındaki etkinliği de anksiyete ile seratonin arasındaki ilişki olasılığını gösterir. Seratonerjik nöronların hücre gövdelerinin çoğu beyin sapında raphe çekirdeklerinden köken alırlar ve serebral korteks, limbik sistem ve hipotalamusa projekte olurlar. Hayvanlara seratonerjik ajan uygulanması anksiyete benzeri davranışlarla sonuçlanırken, insanlarda benzer etki ile ilgili bilgi daha azdır. Çeşitli raporlarda seratonerjik etkili bir ilaç olan m-klorofenil piperazin

(m-CPP) ve serotonin salınımına neden olan fenfluraminin anksiyete bozukluğu olan hastalarda anksiyeteyi artırdığı gösterilmiştir. Birçok anektodal raporlarda liserjik asit dietilamid (LSD) ve 3,4-metilen dioksine amfetamin (NMDA) gibi serotonerjik halüsinojenler ve uyarıcıların hem akut hem de kronik anksiyete bozukluklarında neden oldukları gösterilmiştir (48).

2.3.5. Gama Aminobutirik Asit (GABA)

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

2.3.6. Genetik Çalışmalar

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

2.3.7. Nöroanatomik Görüşler

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

2.3.8. Limbik Sistem

Noradrenerjik ve serotonerjik innervasyon alanının yanı sıra, limbik sistem yüksek yoğunlukta GABA-A reseptörü içermektedir. İnsan olmayan primatlar (maymunlar) üzerindeki ablasyon ve uyarma çalışmaları limbik sistemin anksiyete ve korku yanıtının oluşumunda rolü olduğu gösterilmiştir.

Özellikle sempato-hipokampal yolaktaki artmış aktivitenin anksiyete oluşumunda daha önemli olduğu düşünülmektedir.

2.3.9. Serebral Korteks

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

2.4. Preoperatif Anksiyete

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

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

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

yararlıdır. Preoperatif dönemde anesteziistin hastayla görüşmesinin ve iyi bir iletişim kurmasının anksiyeteyi önemli oranda azalttığı yıllar önce gösterilmiştir (49).

Hastanın kaygılarının dinlenmesi, kaygı ile başa çıkma yeteneğini güçlendirmektedir. Sheffer ve Greifenstein'e göre; hastaların anesteziye karşı duydukları anksiyetenin nedeni kısmen anesteziist-hasta ilişkisindeki eksiklikten kaynaklanmaktadır (50). Preoperatif dönemde hastanın eğitimi ve bilgilendirilmesi psikolojik açıdan ameliyata hazırlamada ilk basamaktır.

Bilgilendirmenin kaygı, korku ve depresyon gelişimini, ameliyat sonrası analjezik gereksinimini azalttığı, hastanede yatış süresini kısalttığı birçok araştırmacı tarafından bildirilmiştir (4). Ayrıca bilgilendirme ve psikolojik olarak ameliyata hazırlama, bulantı-kusma gibi postoperatif komplikasyonları da azaltmaktadır (4,5). Psikolojik hazırlamada hastanın kısmen emosyonel yaşantısı, içsel endişe, korku ve çatışmalarını ifade edebilmesinin sağlanması, bilgilendirme ve gerçekçi güvence verilmesi önemlidir. Hasta için önemli olan kaygı kaynakları araştırılmalı ve endişeleri giderilmelidir.

Preoperatif dönemde hastaların %60-80'inin anksiyöz olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmiştir (8, 9). 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 (31, 32). Anksiyete düzeyi hastaneye yatış ile operasyona kadar geçen sürede ve operasyonu takip eden ilk iki günde daha yüksektir.

Arellano ve arkadaşları preoperatif vizitin zamanlamasını belirlemek amacıyla yaptıkları bir çalışmada; hastaların bir hafta önce, bir gün önce ve ameliyattan hemen önceki anksiyete düzeyleri arasında fark bulamamışlar, ancak ameliyattan hemen önce anesteziist tarafından görülen hastanın anksiyete derecesinde anlamlı azalma olduğunu göstermişlerdir (51).

Anksiyöz hastalar anestezi indüksiyonu sırasında daha yüksek doz anestezi ilaçlarına ihtiyaç duyarlar (2). Bazı çalışmalarda preoperatif dönemde detaylı bilgilendirilen hastaların preoperatif anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğu ve postoperatif dönemde bu hastalarda ağrı ve anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğu, iyileşmenin daha hızlı olduğu gösterilmiştir (6).

Anksiyete çeşitli metabolik ve hormonal değişime neden olur. Pituitar-hipotalamik ve adrenal-kortikal sistemi olduğu kadar, sempatik-adrenal yolu da aktive eder. Bunun sonucu olarak da mukus ve tükürük gibi sekresyonlarda, gastrik asiditede, gastrointestinal tonus ve motilitede ve katekolamin salınımında artışlar görülür.

Anestezi indüksiyonu öncesi adrenal miktarı %40 artar ve bu anksiyetenin artışı ile orantılıdır. Operasyondan önceki gece rahat uyuyan hastalarda plazma kortizol düzeyi 16 µg/100 ml iken uyumayan hastalarda 20 µg/100 ml civarındadır (52).

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

2.4.1 Anestezi ile İlgili Endişe Nedenleri

Preoperatif dönemde hastada mevcut olan anksiyete nedenleri arasında anesteziye bağlı endişeler önemli yer tutar. Bu endişeler; anestezi uzmanları ve anestezi uygulamalarından personelin sorun çıkarmasına, ölüm korkusundan iğne korkusuna kadar pek çok nedene bağlıdır. Literatürde değişik oranlarda olmak üzere bu endişeler; ameliyat sonrası uyanmamak, ameliyat sonrası ağrı, ameliyat sırasında uyanmak, ameliyat sonrası bulantı-kusma, yoğun bakımda kalmak, anestezi uzmanının bilgi ve deneyim eksikliği, anestezi uzmanının ameliyat odasında bulunmaması, anestezi uzmanının tavırları, iğne korkusu, ölmek, anestezi sırasında anlamsız konuşmak, ameliyat sırasında ağrı duymak olarak bildirilmiştir (53, 54).

2.4.2. Ameliyat Öncesi Psikolojik Hazırlama

Ameliyat öncesi hastalara ilaç verilmesinin amacı; başta anksiyeteyi azaltmak, sedasyon sağlamak, hemodinamik stabiliteyi sağlamak, gastrik asit aspirasyon ihtimalini azaltmak, analjeziyi sağlamak, postoperatif bulantı ve kusmayı önlemektir (55).

Ameliyat olacak olan hastalarda anksiyete gelişebilir. Hastanın anksiyetesi genellikle ameliyathaneye girmeden önce mevcuttur. Bazı hastalarda ise sadece ameliyattan sonra anksiyete en yüksek seviyeye çıkar (55).

Lichter ve arkadaşları yaptıkları çalışmada hastaların anksiyetelerini ameliyattan bir önceki gün öğleden sonra ve ameliyattan bir saat önce değerlendirmişlerdir. Ameliyathanede ölçülen anksiyete nispeten yüksek bulunmasına karşın, önceki gün ölçülen anksiyete ile farklı olmadığını saptamışlardır (9).

Johnston'un yaptığı çalışmada ise; hastaların hastaneye yatmadan dört gün öncesinden başlayarak ameliyattan birkaç gün sonrasına kadar anksiyete düzeyleri ölçülmüş, sonuç olarak hastaların yatışından önce, yatıştan operasyona kadar ve operasyondan iki gün sonra anksiyete seviyeleri yüksek bulunmuştur (56).

Anestezistin ameliyat öncesi vizitinin amacı; hastanın cerrahi ve anestezi için hazırlığı ve aynı zamanda hastayı yapılacak işlem ile ilgili bilgilendirmektir. Farmakolojik olmayan belirli yöntemlerin anksiyeteyi azaltmak için etkili olduğu gözlenmiştir. Egbert ve arkadaşları yaptıkları araştırmada anestezistin operasyon öncesi vizitinin anksiyeteyi azaltmada barbitüratlardan daha etkili olduğunu göstermişlerdir (49).

Etkili diğer bir yöntem de gevşeme egzersizleridir. Bu teknikte kişi pozitif veya nötr bir tema veya subje üzerinde dikkatini odaklamasıyla pasif bir şekilde anksiyeteyi yaratan durumu uzaklaştırır. Bu yöntemler ile hipertansif hastalarda oksijen tüketimi ve arterial kan basıncının azaldığı gösterilmiştir. İskemik kalp hastalığı ve prematüre ventriküler atımı olan ve gevşeme tekniği kullanılan hastalarda uyanıklık ve uyku durumunda prematür ventriküler aritmi insidansının azaldığı görülmüştür.

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

2.4.3. STAI (State Trait Anxiety Inventory= Durumluk ve Süreklilik Kaygı Ölçeği)

Anksiyete ölçümü için tıpta en yaygın kullanılan test, Spielberg ve ark. tarafından geliştirilen State-Trait Anxiety Inventory (STAI) skalasıdır (57). 1964 yılında Speilberger ve Gorsuch tarafından geliştirilmeye başlanmış olan envanter ile normal ve normal olmayan bireylerdeki sürekli ve durumluk kaygı düzeylerinin ölçülmesi amaçlanmıştır. Envanter maddelerinin hazırlanmasında Cattell ve Scheier'in Kaygı Ölçeği (Anxiety Scale), Taylor'ın 'Açık Kaygı Ölçeği' (Manifest Anxiety Scale) ve Welsh'in Kaygı Ölçeği (Anxiety Scale) maddelerinden yararlanılmıştır (58).

Türk toplumunda geçerliliği Necla Öner tarafından gösterilmiştir (58). Türkçeye Durumluk Kaygı Envanteri olarak çevrilmiştir. STAI durumluk ve süreklilik kaygı düzeylerini ölçer. Yirmişer maddeden oluşan iki ayrı ölçeği vardır. STAI, bireyin kendi kendine yanıtlayabileceği, uygulanması kolay bir envanterdir.

Her iki ölçek de aynı zamanda uygulanabilir. Envanter okuma yazma bilmeyenlere bireysel olarak uygulandığında, maddeler uygulamacı tarafından okunup, verilen yanıtlar yine uygulamacı tarafından form üzerinde işaretlenir. On dört yaş ve üstünde bilinçli olan hastalara uygulanabilir. Testin kullanımı için özel eğitim gerekmez. Ameliyat öncesi anksiyete ölçümünde kullanılan STAI, literatürde altın standart olarak gösterilmektedir (59).

Durumluk Kaygı Ölçeği; bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler. Preoperatif anksiyete ölçümünde yaygın olarak kullanılır. Durumluk kaygı ölçeğinin yanıtlanmasında; maddelerin ifade ettiği duygu, düşünce ya da davranışların şiddet derecesine göre ‘hiç, biraz, orta, çok fazla’ şıklarından birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istenir.

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

Durumluk kaygı ölçeğinde on tane (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddeler) tersine çevrilmiş ifade vardır. Puanlama elle yapılabildiği gibi bilgisayar yardımıyla da yapılabilir. Elle yapılan puanlamada, doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadelerin toplam ağırlıklarının saptanması için iki ayrı anahtar hazırlanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerdeki toplam ağırlıklı puan çıkarılır ve bu sayıya değişmeyen bir değer eklenir. Bu değer durumluk kaygı ölçeği için 50’dir. Ölçekten elde edile toplam puan 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan ise düşük kaygı seviyesini gösterir. Durumluk Anksiyete Envanteri’ndeki değerlere göre hastanın anksiyete durumu 0-19 arası puanda anksiyete yok, 20-39 puanda anksiyete hafif, 40-59 puanda anksiyete orta, 60-79 puanda anksiyete ağır, 80 ve üzeri için panik, şiddetli anksiyete olarak değerlendirilir.

2.4.4. Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve Bilgi Skoru Ölçeği

Preoperatif anksiyetenin değerlendirilmesinde kullanılan testlerden biridir. Bu ölçek, basit ve hızlı şekilde hastanın endişe kaynağı ve endişenin şiddetini kantitatif olarak değerlendirmeye olanak verdiği için, preoperatif anksiyeteyle ilgili çeşitli çalışmalarda kullanılmıştır (60, 61). Endişe kaynağı bu testte cerrahiden duyulan, anesteziyenin duyulan endişe veya bilgi eksikliğinin yarattığı endişe olarak üçe ayrılmıştır. Anksiyeteyi değerlendirmek üzere bu üç kaynağa yönelik 6 ifadeyi içermektedir. Anketi objektifleştirmek üzere her ifadeye şiddete göre 5'li Likert Ölçeği'ne dayanan sayısal değer verilmektedir; 1-5 arası değişen bu değerler; 1: hiç, 2: hafif, 3: orta, 4: şiddetli, 5: aşırı şiddetliyi ifade etmektedir. Anestezi anksiyetesi 1. ve 2. sorulara, cerrahi anksiyete 4. ve 5. sorulara verilen puanlar ile toplam anksiyete skoru ise her ikisi toplanarak hesaplanır. Anestezi ve cerrahi ile ilgili bilgi edinme isteğini dile getiren ifadeler ise 3 ve 6. sorulardır. En düşük puan 6, en yüksek puan ise 30'dur.

2.4.5. Modifiye Endişe Nedenleri Anketi (MENA)

Anestezi ile ilgili endişeleri içeren 20 soru içermektedir. Her ifadeye 1-5 (1: hiç, 2: hafif, 3: orta, 4: şiddetli, 5: aşırı) arası değer verilmiştir. Bu anket, literatürde 12 maddelik anestezi ile ilgili anksiyeteleri değerlendiren anketten çalışma popülasyonumuza göre daha önce bu konuda yapılmış benzer çalışmalar değerlendirilerek modifiye edilmiştir (62-64).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

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

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu çalışmada elektif sezaryen planlanan hastalarda preoperatif anksiyete düzeylerini ölçmek, operasyona yönelik endişe nedenlerini belirlemek amaçlanmıştır.

3.2. Araştırma Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın çalışma evrenini Eylül 2014 - Ekim 2015 tarihleri arasında Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Anabilim Dalı'na elektif sezaryen nedeniyle başvuran yaşları 18 ile 47 arasında değişen hastalar alınmıştır. Çalışma evrenine alınan hastaların eğitim durumuna bakılmaksızın (anket soruları okuyamaz olmayan hastalara teker teker okunup yeterli düşünme süresi tanınarak, hastanın verdiği cevaplara göre işaretlenmiştir) çalışmaya katılımları gönüllülük esasına ve onamlarının alınmasıyla sağlanmıştır. Çalışmamıza bilinen psikiyatrik rahatsızlığı ve nörolojik rahatsızlığı olan, 18 yaş altı ,Türkçe bilmeyen, acil sezaryen olgularını ve değerlendirmede kısıtlılığa neden olacak herhangi bir tıbbi problemi olan hastalar çalışma kapsamı dışında tutulmuştur. Hastalar rasgele yöntemle seçilmiştir. Çalışmaya toplam 120 hastanın alınması planlanmıştır; ancak belirlenen sürede beklenilenden daha erken hasta sayısına ulaşılması nedeniyle 22 hasta daha çalışmaya dahil edilmiştir. Bu nedenle çalışma örnekleme 142 hastadan oluşmaktadır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Hastalar; preoperatif değerlendirme için anestezi polikliniğine geldiğinde veya serviste preoperatif değerlendirme yapılırken anket formlarını okuyamaz olan hastalardan kendilerinin, okuyamaz olmayan hastalara ise araştırmacı tarafından tek tek ve anlaşılır bir şekilde okunarak, yeterli zamanın tanınması sonucu hastaların verdiği cevaplara göre doldurulması sağlanmıştır. Birinci bölümde; yaş, eğitim durumu, daha önceki sezaryen veya başka bir operasyon nedeniyle uygulanan anestezi yöntemi, ASA risk sınıflaması ile anketin doldurulduğu tarih ile operasyona kadar kalan süre gibi demografik bilgiler yer alıyordu (EK-1). İkinci bölümde; durumsal anksiyeteyi ölçen STAI testine ne yanıt vermesi istendi (EK-2). Üçüncü bölümde; Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve Bilgi Ölçeği'ni doldurmaları (Ek-3), dördüncü bölümde; operasyon ile ilgili endişeleri içeren 20 soru yöneltildi (EK-4).

EK 1: Anket formu HASTA ANKET FORMU			Tarih:
Genel ya da spinal anestezi tercih eden gebelerde sezaryen öncesi anksiyetelerinin değerlendirilmesi : Sosyodemografik Özellikler Formu			
Adı:	Yaş:	Protokol:	ASA: 1. I 2. II 3.III
Soyadı:	Cinsiyet:	Anestezi Tipi Genel Spinal	
Eğitim Durumu: <input type="checkbox"/> Eğitim almamış <input type="checkbox"/> Okur yazar değil <input type="checkbox"/> Okur yazar <input type="checkbox"/> ilkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite	Anestezi Muayene Yeri <input type="checkbox"/> Poliklinik <input type="checkbox"/> Servis		
Önceki Anestezi Deneyimi:			
<input type="checkbox"/> VAR		<input type="checkbox"/> YOK	
GENEL Olumlu Olumsuz <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		SPINAL Olumlu Olumsuz <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Önceki Sezeryan Deneyimi:			
<input type="checkbox"/> VAR		<input type="checkbox"/> YOK	
GENEL <input type="checkbox"/> Olumlu Olumsuz		SPINAL <input type="checkbox"/> Olumlu Olumsuz	
Anket formu doldurma ile operasyon günü arasındaki zaman farkı: Gün			

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

STAI (state) :		HİÇ (1)	BİRAZ (2)	ORTA (3)	ÇOK FAZLA (4)
1.	Şu anda sakinim				
2.	Kendimi emniyette hissediyorum				
3.	Şu anda sinirlerim gergin				
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim				
5.	Şu anda huzur içindeyim				
6.	Şu anda hiç keyfim yok				
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum				
9.	Şu anda kaygılıyım				
10.	Kendimi rahat hissediyorum				
11.	Kendime güvenim var				
12.	Şu anda asabım bozuk				
13.	Çok sinirliyim				
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum				
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum				
16.	Şu anda halimden memnunum				
17.	Şu anda endişeliyim				
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum				
19.	Şu anda sevinçliyim				
20.	Şu anda keyfim yerinde				

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

AP AIS:		HIÇ (1)	BİRAZ (2)	ORTA (3)	ŞİDDETLİ (4)	AŞIRI (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 almak istiyorum					

EK-4

Modifiye endişe nedenleri (MENA)		HİÇ (1)	BİRAZ (2)	ORTA (3)	ŞİDDETLİ (4)	AŞIRI (5)
1.	Anestezistin bilgi yetersizliği					
2.	Anestezistin deneyim eksikliği					
3.	Anestezistin ameliyat odasında bulunmaması					
4.	Anestezistin tavırları					
5.	Personelin problem çıkarması					
6.	İğne korkusu					
7.	Ameliyat sırasında uyanmak					
8.	Ameliyat sırasında ağrı hissetmek					
9.	Anestetik ilaçların yan etkisine maruz kalmak					
10.	Anestezi sırasında anlamsız konuşmak					
11.	Ameliyattan uyanırken tüpü hissetmek					
12.	Ameliyat sonrası uyanamamak					
13.	Ameliyat sonrası bulantı-kusma					
14.	Ameliyatı hatırlama					
15.	Ameliyat sonrası boğaz ağrısı					
16.	Cerrahi kesi yerinde ağrı					
17.	Ameliyat sonrası çevreyi tanımamak					
18.	Ameliyat sonrası üşüme, titreme					
19.	Ameliyat sonrası susuzluk hissi					
20.	Yoğun bakımda uyanmak					

3.4. İstatistiksel İşlemler

Tanımlayıcı verilerin sunulması için dikotomik ve kategorik tanımlayıcı değişkenlerde sayı ve yüzde kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin sunumunda parametrik verilerde ortalama \pm standart saptma, nonparametrik verilerde ortanca, minimum-maksimum değerler kullanılmıştır. Verilerin normal dağılım gösterip göstermedikleri Kolmogrov-Smirnov testi ile incelenmiştir.

Verilerin karşılaştırılması için kategorik değişkenlerde ki-kare testi ve fisher testleri kullanılmıştır. Sürekli verilerin karşılaştırılmasında parametrik değişkenler için bağımsız gruplarda T testi ve Oneway ANOVA testi, nonparametrik değişkenler için Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır. İki sürekli değişkenin karşılaştırılması için Spearmankorelasyon analizi kullanılmıştır.

Analizler ve grafikler IBM SPSS 20[©] ve Microsoft Excel 2013[©] programları aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. $P < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

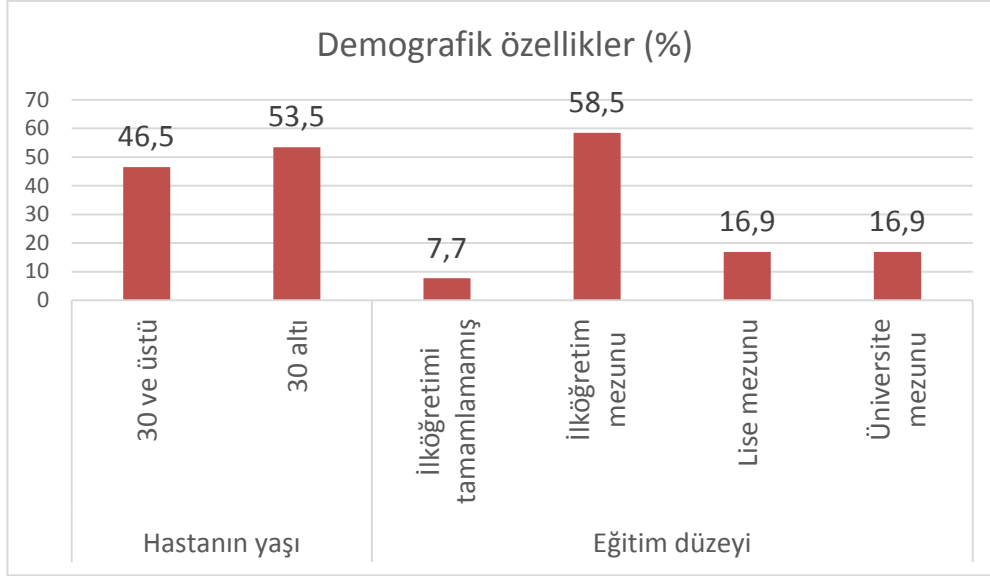
4. BULGULAR

Çalışmaya alınan hastaların özellikleri tanımlayıcı veriler ile incelenmiştir.

Tablo 1. Çalışmaya alınan hastaların demografik ve klinik özellikleri

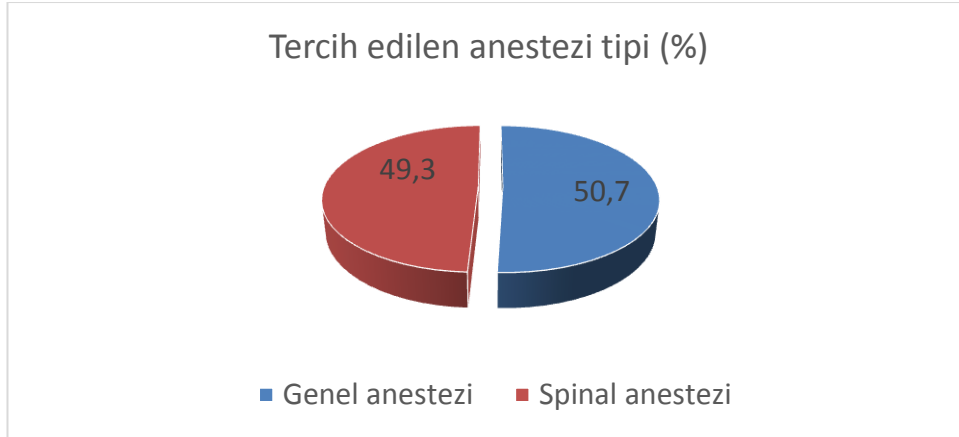
		n	%
Hastanın yaşı	30 ve üstü	66	46,5
	30 altı	76	53,5
Eğitim düzeyi	İlköğretimi tamamlamamış	11	7,7
	İlköğretim mezunu	83	58,5
	Lise mezunu	24	16,9
	Üniversite mezunu	24	16,9
Alacağı anestezi tipi	Genel anestezi	72	50,7
	Spinal anestezi	70	49,3
ASA	I	64	45,1
	II	78	54,9
Anestezi muayenesi nerede yapıldı?	Poliklinik	122	85,9
	Servis	20	14,1
Operasyona kalan süre	3 gün ya da daha az	61	43,0
	4-10 gün	81	57,0

Çalışmaya alınan hastaların 66'sı (%46,5) 30 ve üstü yaşlarda 76'sı (%53,5) 30 altı yaşlardadır. Eğitim düzeyi incelendiğinde; 11 hasta (%7,7) ilköğretimi tamamlamamış, 86 hasta (%58,5) ilköğretim mezunu, 24 hasta (%16,9) lise mezunu ve 24 hasta (%16,9) üniversite mezunu eğitim düzeyine sahiptir. Alınan anestezi tipine bakıldığında 72 hastanın (%50,7) genel anestezi, 70 hastanın (%49,3) ise spinal anestezi aldığı görülmüştür. Anestezi risk sınıflamasına göre 64 hasta (%45,1) birinci düzey, 78 hasta (%54,9) ise ikinci düzey anestezi risk sınıfındadır. Muayene yerleri incelendiğinde 122 hasta (%85,9) poliklinik şartlarında, 20 hasta (%14,1) ise servis şartlarında muayene edilmiştir. Operasyona kalan süreye bakıldığında 61 hastanın (%43,0) 3 gün ya da daha az bir süresi 81 hastanın (%57,0) ise 4 ila 10 gün arasında bir süresinin bulunduğu görülmektedir.



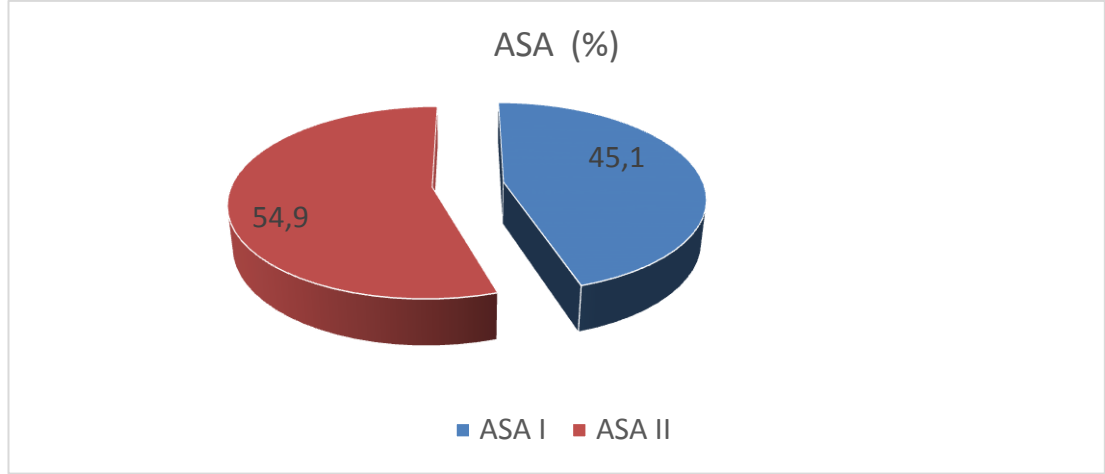
Şekil - 1. Demografik özelliklerin dağılımı

Çalışmaya alınan hastaların 66'sı (%46,5) 30 ve üstü yaşlarda, 76'sı (%53,5) 30 altı yaşlardadır. Eğitim düzeyi incelendiğinde; 11 hasta (%7,7) ilköğretimi tamamlamamış, 86 hasta (%58,5) ilköğretim mezunu, 24 hasta (%16,9) lise mezunu ve 24 hasta (%16,9) üniversite mezunu eğitim düzeyine sahiptir.



Şekil - 2. Tercih edilen anestezi tipinin dağılımı

Tercih edilen anestezi tipine bakıldığında 72 hastanın (%50,7) genel anestezi, 70 hastanın (%49,3) ise spinal anestezi aldığı görülmüştür.



Şekil - 3. Anestezi risk sınıflamasının grup genelinde dağılımı

Anestezi risk sınıflamasına göre 64 hasta (%45,1) birinci düzey, 78 hasta (%54,9) ise ikinci düzey anestezi risk sınıfındadır.

Tablo 2. Çalışmaya alınan hastaların önceki anestezi deneyimleri ve bu konudaki izlenimleri

		n	%
Daha önceden anestezi aldı mı?	Hayır	21	14,8
	Evet	121	85,2
Önceden alınan anestezi türü	Genel	53	43,8
	Spinal	31	25,6
	Hem genel hem spinal	37	30,6
Önceden alınan genel anesteziye ilişkin izlenim	Olumlu	80	88,9
	Olumsuz	10	11,1
Önceden alınan spinal anesteziye ilişkin izlenim	Olumlu	55	80,9
	Olumsuz	13	19,1

Daha önceden anestezi alan 121 (%85,2) hasta bulunmaktadır. Alınan anestezinin türüne bakıldığında 53 (%43,8) hasta genel anestezi, 31 (%25,6) hasta spinal anestezi ve 37 (%30,6) hasta hem genel hem de spinal anestezi almıştır.

Daha önceden genel anestezi alan hastaların 80'i (%88,9) aldığı anesteziye yönelik olumlu izlenimlere sahipken, 10'u (%11,1) olumsuz izlenimlere sahiptir. Daha önceden spinal anestezi alan hastaların 55'i (%80,9) aldığı anesteziye yönelik olumlu izlenimlere sahipken, 13'ü (%19,1) olumsuz izlenimlere sahiptir.

Tablo 3. Çalışmaya alınan hastaların önceki sezaryen deneyimleri ve bu konudaki izlenimleri

		n	%
Daha önceden sezaryen geçirdi mi?	Hayır	36	25,4
	Evet	106	74,6
Sezaryen için alınan anestezi türü?	Genel	39	36,8
	Spinal	36	34,0
	Hem genel hem spinal	31	29,2
Sezaryen için alınan genel anesteziye ilişkin izlenim	Olumlu	60	85,7
	Olumsuz	10	14,3
Sezaryen için alınan spinal anesteziye ilişkin izlenim	Olumlu	55	82,1
	Olumsuz	12	17,9

Daha önceden sezaryen için anestezi alan 106 (%74,6) hasta bulunmaktadır. Alınan anestezinin türüne bakıldığında 39 (%36,8) hasta genel anestezi, 36 (%34) hasta spinal anestezi ve 31 (%29,2) hasta hem genel hem de spinal anestezi almıştır. Daha önceden sezaryen için genel anestezi alan hastaların 60'ı (%85,7) aldığı anesteziye yönelik olumlu izlenimlere sahipken, 10'u (%14,3) olumsuz izlenimlere sahiptir. Daha önceden sezaryen için spinal anestezi alan hastaların 55'i (%82,1) aldığı anesteziye yönelik olumlu izlenimlere sahipken, 12'si (%17,9) olumsuz izlenimlere sahiptir.

Tablo 4. Çalışmaya alınan hastaların demografik ve klinik özelliklerine göre anksiyete düzeyleri

		STAI ölçek puanı		p ¹
		Ortalama	Standart Sapma	
Hastanın yaşı	30 ve üstü	43	10	0,083
	30 altı	43	9	
Eğitim düzeyi	İlköğretimi tamamlamamış	40	5	0,689 ²
	İlköğretim mezunu	43	10	
	Lise mezunu	42	11	
Alacağı anestezi tipi	Üniversite mezunu	44	10	0,754
	Genel anestezi	43	10	
	Spinal anestezi	42	9	
ASA	I	41	9	0,236
	II	43	11	
Operasyona kalan süre	3 gün ya da daha az	42	9	0,366
	4-10 gün	43	10	

¹T testi p değeri

²Oneway ANOVA testi p değeri

Çalışmaya alınan hastaların demografik ve klinik özelliklerine (hastanın yaşı, eğitim düzeyi, tercih ettiği anestezi tipi, anestezi risk sınıflaması, operasyona kalan süre) göre anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 5. Çalışma grubundaki hastalarda anksiyete varlığının dağılımı

	n	%
Ağır düzeyde anksiyete	5	3,5
Orta düzeye anksiyete	86	60,6
Hafif düzeyde anksiyete	51	35,9

Çalışmaya alınan hastaların 5'inde (%3,5) ağır düzeyde, 86'sında (%60,6) orta derecede, 51'inde (%35,9) ise hafif düzeyde anksiyetenin var olduğu bulunmuştur. Çalışma grubunda hiç anksiyetesi olmayan ya da çok ağır düzeyde anksiyete/panik bulunan hasta yoktur.

Tablo 6. Çalışmaya alınan hastaların önceki anestezi deneyimlerine göre anksiyete düzeyleri

		STAI ölçek puanı		p ¹
		Ortalama	Standart Sapma	
Daha önceden anestezi aldı mı	Hayır	43	12	0,765
	Evet	42	10	
	Genel	42	9	
Önceden alınan anestezi türü	Spinal	44	10	0,731 ²
	Hem genel hem spinal	42	10	
Önceden alınan genel anesteziye ilişkin izlenim	Olumlu	42	9	0,227
	Olumsuz	39	8	
Önceden alınan spinal anesteziye ilişkin izlenim	Olumlu	42	10	0,253
	Olumsuz	46	10	

¹T testi p değeri

²Oneway ANOVA testi p değeri

Çalışmaya alınan hastaların önceki anestezi deneyimlerine (daha önceden anestezi alıp almaması, aldı ise alınan anestezi türü, genel ve spinal anesteziye yönelik izlenimleri) göre anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 7. Çalışmaya alınan hastaların önceki sezaryen deneyimlerine göre anksiyete düzeyleri

		STAI ölçek puanı		p ¹
		Ortalama	Standart Sapma	
Daha önceden sezaryen geçirdi mi?	Hayır	42	10	0,864
	Evet	43	10	
	Genel	42	10	
Sezaryen için alınan anestezi türü?	Spinal	43	10	0,683 ²
	Hem genel hem spinal	44	9	
Sezaryen için alınan genel anesteziye ilişkin izlenim	Olumlu	43	10	0,171
	Olumsuz	39	8	
Sezaryen için alınan spinal anesteziye ilişkin izlenim	Olumlu	43	10	0,209
	Olumsuz	46	10	

¹T testi p değeri

²Oneway ANOVA testi p değeri

Hastaların sezaryen için önceden almış oldukları anestezi deneyimlerine (daha önceden sezaryen geçirip geçirmemesi, aldı ise sezaryen için alınan anestezi türü, sezaryen için alınan genel ve spinal anesteziye yönelik izlenimleri) göre anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 8. Çalışmaya alınan hastaların demografik ve klinik özelliklerine göre APAIS-anksiyete alt ölçeği puanları

		APAIS ölçeği anksiyete puanı			p ¹
		Ortanca	Minimu	Maksimu	
			m	m	
Hastanın yaşı	30 ve üstü	9	4	18	0,813
	30 altı	8	4	20	
Eğitim düzeyi	İlköğretimi tamamlamamış	8	4	12	0,745 ²
	İlköğretim mezunu	8	4	20	
	Lise mezunu	9	4	18	
Alacağı anestezi tipi	Üniversite mezunu	9	4	16	0,236
	Genel anestezi	8	4	20	
	Spinal anestezi	8	4	18	
ASA	I	9	4	17	0,871
	II	8	4	20	
Operasyona kalan süre	3 gün ya da daha az	9	4	18	0,470
	4-10 gün	9	4	20	

¹Mann Whitney U testi p değeri

²Kruskal-Wallis testi p değeri

Çalışmaya alınan hastaların demografik ve klinik özelliklerine (hastanın yaşı, eğitim düzeyi, tercih ettiği anestezi tipi, anestezi risk sınıflaması, operasyona kalan süre) göre APAIS-anksiyete alt ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 9.Çalışmaya alınan hastaların önceki anestezi deneyimlerine göre APAIS-anksiyete alt ölçeği puanları

		APAIS ölçeği anksiyete puanı			p ¹
		Ortanca	Minimum	Maksimu	
Daha önceden anestezi aldı mı	Hayır	8	4	20	0,504
	Evet	8	4	18	
	Genel	8	4	17	
Önceden alınan anestezi türü	Spinal	9	4	16	0,765 ²
	Hem genel hem spinal	8	4	18	
Önceden alınan genel anesteziye ilişkin izlenim	Olumlu	8	4	18	0,592
	Olumsuz	8	6	17	
Önceden alınan spinal anesteziye ilişkin izlenim	Olumlu	8	4	18	0,956
	Olumsuz	8	4	17	

¹Mann Whitney U testi p değeri

²Kruskal-Wallis testi p değeri

Çalışmaya alınan hastaların önceki anestezi deneyimlerine (daha önceden anestezi alıp almaması, aldı ise alınan anestezi türü, genel ve spinal anesteziye yönelik izlenimleri) göre APAIS-anksiyete alt ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 10.Çalışmaya alınan hastaların önceki sezaryen deneyimlerine göre APAIS-anksiyete alt ölçeği puanları

		APAIS ölçeği anksiyete puanı			p ¹
		Ortanca	Minimu	Maksimu	
			m	m	
Daha önceden sezaryen geçirdi mi?	Hayır	8	4	20	0,554
	Evet	8	4	18	
Sezaryen için alınan anestezi türü?	Genel	9	4	17	0,313 ²
	Spinal	9	4	16	
Sezaryen için alınan genel anesteziye ilişkin izlenim	Hem genel hem spinal	8	4	18	0,933
	Olumlu	8	4	18	
Sezaryen için alınan spinal anesteziye ilişkin izlenim	Olumsuz	8	6	17	0,680
	Olumlu	8	4	18	
	Olumsuz	8	4	17	

¹Mann Whitney U testi p değeri

²Kruskal-Wallis testi p değeri

Çalışmaya alınan hastaların önceki sezaryen deneyimlerine (daha önceden sezaryen geçirip geçirmemesi, aldı ise sezaryen için alınan anestezi türü, sezaryen için alınan genel ve spinal anesteziye yönelik izlenimleri) göre APAIS-anksiyete alt ölçeği puanları

Tablo 11.Çalışmaya alınan hastaların demografik ve klinik özelliklerine göre APAIS-bilgi edinme isteği alt ölçeği puanları

		APAIS ölçeği bilgi edinme isteği puanı			p ¹
		Ortanca	Minimu	Maksimum	
			m		
Hastanın yaşı	30 ve üstü	5	2	10	0,694
	30 altı	5	2	10	
Eğitim düzeyi	İlköğretimi tamamlamamış	4	2	8	0,351 ²
	İlköğretim mezunu	5	2	10	
	Lise mezunu	6	2	9	
Alacağı anestezi tipi	Üniversite mezunu	5	2	10	0,020*
	Genel anestezi	4	2	10	
ASA	Spinal anestezi	6	2	10	0,558
	I	5	2	10	
Operasyona kalan süre	II	5	2	10	0,301
	3 gün ya da daha az	5	2	10	
	4-10 gün	5	2	10	

¹Mann Whitney U testi p değeri

²Kruskal-Wallis testi p değeri *p<0,05

Çalışmaya alınan hastaların demografik ve klinik özelliklerine göre APAIS-bilgi edinme isteği alt ölçeği puanları incelendiğinde, spinal anestezi alanlarda bilgi edinme isteği, genel anestezi alanlardan daha yüksek bulunmuştur. Diğer demografik ve klinik özellikler (hastanın yaşı, eğitim düzeyi, anestezi risk sınıflaması, operasyona kalan süre) ile ölçek puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 12.Çalışmaya alınan hastaların önceki anestezi deneyimlerine göre APAIS-bilgi edinme isteği alt ölçeği puanları

		APAIS ölçeği bilgi edinme isteği puanı			p ¹
		Ortanca	Minimum	Maksimum	
Daha önceden anestezi aldı mı	Hayır	6	2	10	0,130
	Evet	5	2	10	
	Genel	4	2	10	
Önceden alınan anestezi türü	Spinal	6	2	10	0,826 ²
	Hem genel hem spinal	5	2	10	
Önceden alınan genel anesteziye ilişkin izlenim	Olumlu	5	2	10	0,138
	Olumsuz	6	2	8	
Önceden alınan spinal anesteziye ilişkin izlenim	Olumlu	5	2	10	0,782
	Olumsuz	5	2	8	

¹Mann Whitney U testi p değeri

²Kruskal-Wallis testi p değeri

Çalışmaya alınan hastaların önceki anestezi deneyimlerine (daha önceden anestezi alıp almaması, aldı ise alınan anestezi türü, genel ve spinal anesteziye yönelik izlenimleri) göre APAIS-bilgi edinme isteği alt ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 13.Çalışmaya alınan hastaların önceki sezaryen deneyimlerine göre APAIS-bilgi edinme isteği alt ölçeği puanları

		APAIS ölçeği bilgi edinme isteği puanı			p ¹
		Ortanc	Minimu	Maksimu	
		a	m	m	
Daha önceden sezaryen geçirdi mi?	Hayır	5	2	10	0,779
	Evet	5	2	10	
	Genel	5	2	10	
Sezaryen için alınan anestezi türü?	Spinal	6	2	10	0,866 ²
	Hem genel hem spinal	5	2	10	
Sezaryen için alınan genel anesteziye ilişkin izlenim	Olumlu	5	2	10	0,208
	Olumsuz	6	2	8	
Sezaryen için alınan spinal anesteziye ilişkin izlenim	Olumlu	5	2	10	0,907
	Olumsuz	5	2	8	

¹Mann Whitney U testi p değeri

²Kruskal-Wallis testi p değeri

Çalışmaya alınan hastaların önceki sezaryen deneyimlerine (daha önceden sezaryen geçirip geçirmemesi, aldı ise sezaryen için alınan anestezi türü, sezaryen için alınan genel ve spinal anesteziye yönelik izlenimleri) göre APAIS-bilgi edinme isteği alt ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Hastalara ameliyat ve anestezi konusunda modifiye anksiyete nedenleri sorulmuştur. Her bir soru için 1 ile 5 arasında puan vermesi istenilmiştir. En çok endişe uyandıran ilk 5 durum grup genelinde ve değişkenlere göre ayrı ayrı verilmiştir.

Tablo 14. Grup genelinde en çok endişe oluşturan ilk 5 neden ve ortalama puanları

	Genel Grup	
	Ortalama	SS
Ameliyat sonrası uyanamamak	2,99	1,46
Cerrahi kesi yerinde ağrı hissetmek	2,92	1,27
Ameliyat sırasında ağrı hissetmek	2,89	1,35
Ameliyat sonrası üşüme, titreme	2,78	1,40
Ameliyat sırasında uyanmak	2,72	1,35

Grup genelinde en çok endişe duyulan ilk 5 neden sırasıyla ameliyat sonrası uyanamamak, cerrahi kesi yerinde ağrı hissetmek, ameliyat sırasında ağrı hissetmek, ameliyat sonrası üşüme/titreme ve ameliyat sırasında uyanmaktır.

Tablo 15. Yaş gruplarına göre en çok endişe oluşturan ilk 5 neden ve ortalama puanları

	Yaş grupları				
	Ortalama	SS		Ortalama	SS
30 yaş ve üstü			30 yaş altı		
Cerrahi kesi yerinde ağrı hissetmek	2,97	1,27	Ameliyat sonrası uyanamamak	3,01	1,44
Ameliyat sonrası uyanamamak	2,95	1,48	Ameliyat sırasında ağrı hissetmek	2,96	1,41
Ameliyat sırasında ağrı hissetmek	2,8	1,28	Ameliyat sonrası üşüme, titreme	2,92	1,35
Ameliyat sonrası susuzluk hissi	2,73	1,34	Ameliyat sırasında uyanmak	2,88	1,35
Anestetik ilaçların yan etkisine maruz kalmak	2,71	1,31	Cerrahi kesi yerinde ağrı hissetmek	2,88	1,27

Endişe nedenleri yaş gruplarına göre ayrı ayrı incelendiğinde; 30 yaş ve üzeri grupta ilk 5 neden sırasıyla cerrahi kesi yerinde ağrı hissetmek, ameliyat sonrası uyanamamak, ameliyat sırasında ağrı hissetmek, ameliyat sonrası susuzluk hissi ve anestetik ilaçların yan etkisine maruz kalmaktır. 30 yaş altında ilk 5 neden ise sırasıyla ameliyat sonrası uyanamamak, ameliyat sırasında ağrı hissetmek, ameliyat sonrası üşüme/titreme, ameliyat sırasında uyanmak ve cerrahi kesi yerinde ağrı hissetmektir.

Tablo 16. Anestezinin tipine göre en çok endişe oluşturan ilk 5 neden ve ortalama puanları

Genel anestezi	Anestezi tipi				
	Ortalama	SS	Spinal anestezi	Ortalama	SS
Ameliyat sonrası uyanamamak	3,15	1,49	Cerrahi kesi yerinde ağrı hissetmek	2,90	1,24
Cerrahi kesi yerinde ağrı hissetmek	2,94	1,31	Ameliyat sırasında ağrı hissetmek	2,84	1,37
Ameliyat sırasında uyanmak	2,93	1,37	Ameliyat sonrası uyanamamak	2,81	1,42
Ameliyat sırasında ağrı hissetmek	2,93	1,35	Ameliyat sonrası üşüme, titreme	2,69	1,40
Ameliyat sonrası üşüme, titreme	2,88	1,39	Yoğun bakımda uyanmak	2,66	1,44

Endişe nedenleri tercih edilen anestezi tipine göre ayrı ayrı incelendiğinde; genel anesteziyi tercih eden hastalarda ilk 5 endişe nedeni sırasıyla ameliyat sonrası uyanamamak, cerrahi kesi yerinde ağrı hissetmek, ameliyat sırasında uyanmak, ameliyat sırasında ağrı hissetmek ve ameliyat sonrası üşüme/titremdir. Spinal anesteziyi tercih eden hastalarda ilk 5 endişe nedeni ise sırasıyla cerrahi kesi yerinde ağrı hissetmek, ameliyat sırasında ağrı hissetmek, ameliyat sonrası uyanamamak, ameliyat sonrası üşüme/titre ve yoğun bakımda uyanmaktır.

Tablo 17. Önceki anestezi varlığına göre en çok endişe oluşturan ilk 5 neden ve ortalama puanları

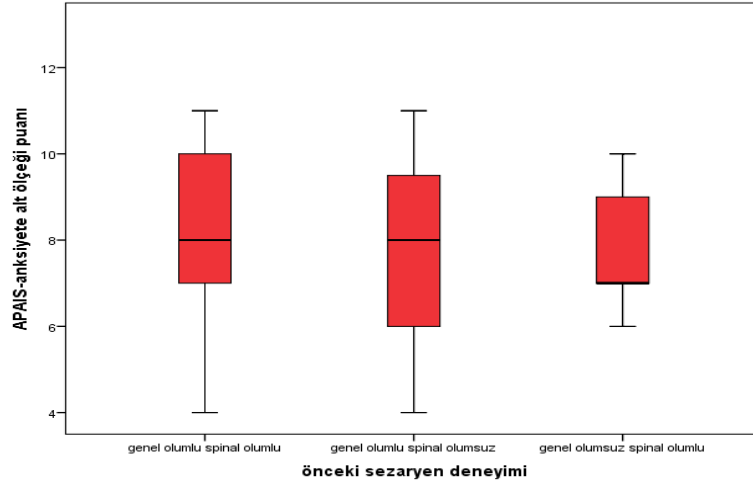
Hayır	Daha önceden anestezi aldı mı?				
	Ortalama	SS	Evet	Ortalama	SS
Ameliyat sırasında ağrı hissetmek	3,29	1,35	Ameliyat sonrası uyanamamak	2,94	1,45
Cerrahi kesi yerinde ağrı hissetmek	3,29	1,27	Cerrahi kesi yerinde ağrı hissetmek	2,86	1,27
Ameliyat sonrası uyanamamak	3,24	1,55	Ameliyat sırasında ağrı hissetmek	2,82	1,35
Ameliyat sonrası çevreyi tanımamak	3,14	1,59	Ameliyat sonrası üşüme, titreme	2,78	1,42
Yoğun bakımda uyanmak	3,00	1,48	Ameliyat sonrası susuzluk hissi	2,69	1,41

Endişe nedenleri önceden anestezi alıp almamasına göre ayrı ayrı incelendiğinde; önceden anestezi almayan hastalarda ilk 5 endişe nedeni sırasıyla ameliyat sırasında ağrı hissetmek, cerrahi kesi yerinde ağrı hissetmek, ameliyat sonrası uyanamamak, ameliyat sonrası çevreyi tanımamak ve yoğun bakımda uyanmaktır. Önceden anestezi alan hastalarda ilk 5 endişe nedeni ise sırasıyla ameliyat sonrası uyanamamak, cerrahi kesi yerinde ağrı hissetmek, ameliyat sırasında ağrı hissetmek, ameliyat sonrası üşüme/titreme ve ameliyat sonrası susuzluk hissidir.

Tablo 18. Yaş operasyona kalan süre ve ölçek puanlarının korelasyonları

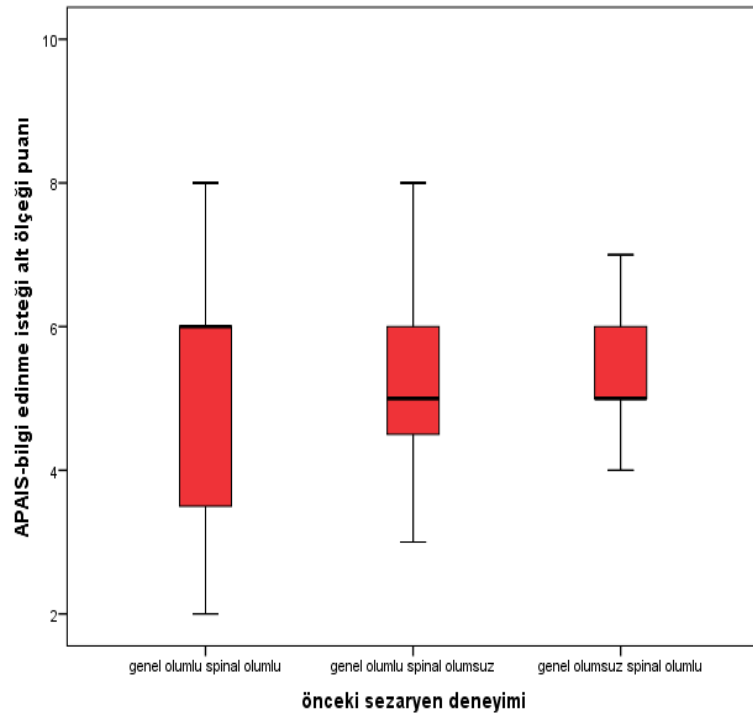
	STAI ölçek puanı	APAIS ölçeği anksiyete puanı	APAIS ölçeği bilgi edinme isteği puanı	Hastanın yaşı
APAIS ölçeği anksiyete puanı	0,323*			
APAIS ölçeği bilgi edinme isteği puanı	0,165*	0,532*		
Hastanın yaşı	0,000	0,021	-0,072	
Operasyona kalan süre	0,081	0,042	0,082	-0,112
Spearman korelasyon analizi korelasyon katsayıları			*p<0,05	

APAIS anksiyete alt ölçeği ile STAI anksiyete ölçeği puanları arasında zayıf düzeyde pozitif korelasyon bulunmuştur. APAIS ölçeğinin anksiyete ve bilgi edinme isteği ölçeği puanları arasında orta derecede pozitif korelasyon saptanmıştır. STAI ölçeği ile APAIS bilgi edinme alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı olmakla beraber korelasyon katsayısı kabul edilebilir düzeyin altında, çok zayıf bir korelasyon gözlemlenmiştir. Hasta yaşı ve operasyona kalan süre ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir korelasyon saptanamamıştır.



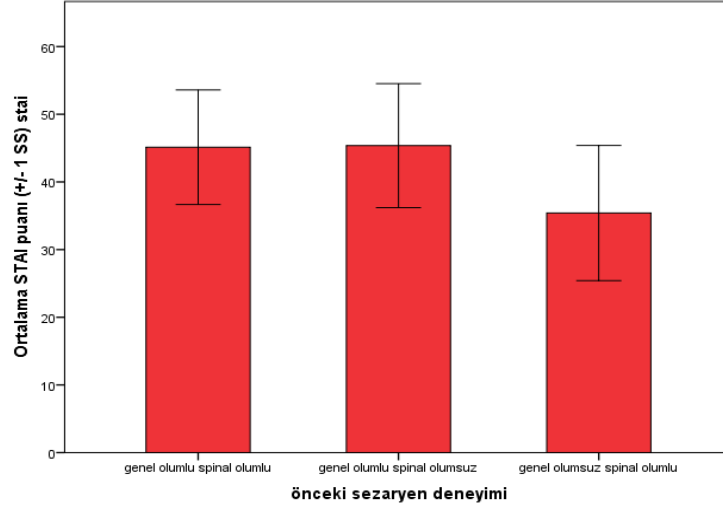
Şekil - 4. Önceki sezaryen deneyimine göre hem genel hem de spinal anestezi alanların APAIS-anksiyete alt ölçeği puanları ($p>0,05$)

Önceki sezaryen deneyimine göre hem genel hem de spinal anestezi alanların APAIS-anksiyete alt ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.



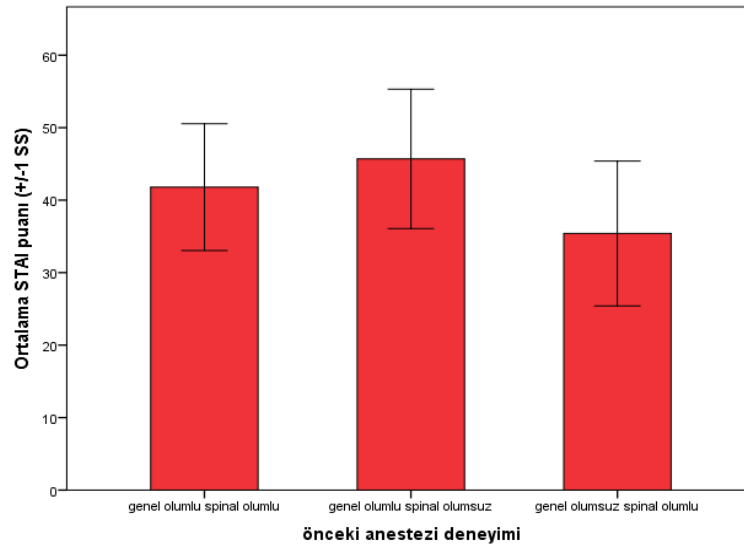
Şekil - 5. Önceki sezaryen deneyimine göre hem genel hem de spinal anestezi alanların APAIS-bilgi edinme isteği alt ölçeği puanları ($p>0,05$)

Önceki sezaryen deneyimine göre hem genel hem de spinal anestezi alanların APAIS-bilgi edinme isteği alt ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.



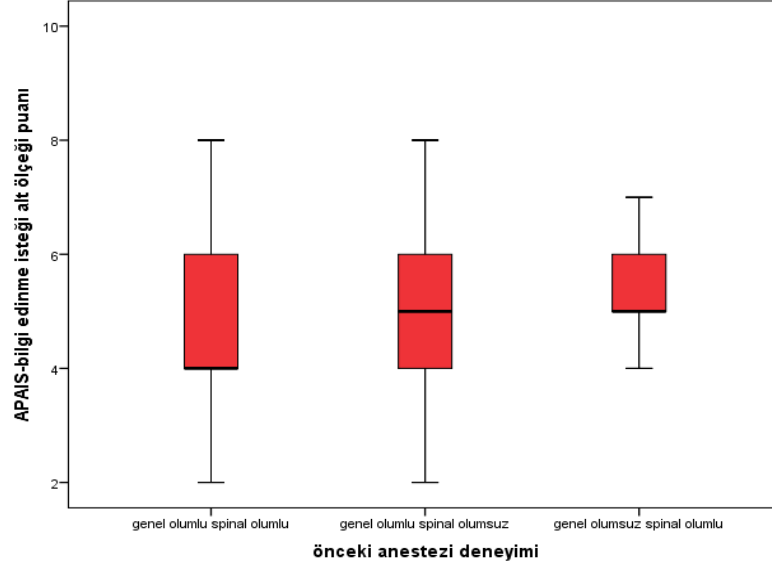
Şekil - 6. Önceki sezaryen deneyimine göre hem genel hem de spinal anestezi alanların STAI ölçeği puanları ($p>0,05$)

Önceki sezaryen deneyimine göre hem genel hem de spinal anestezi alanların STAI ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.



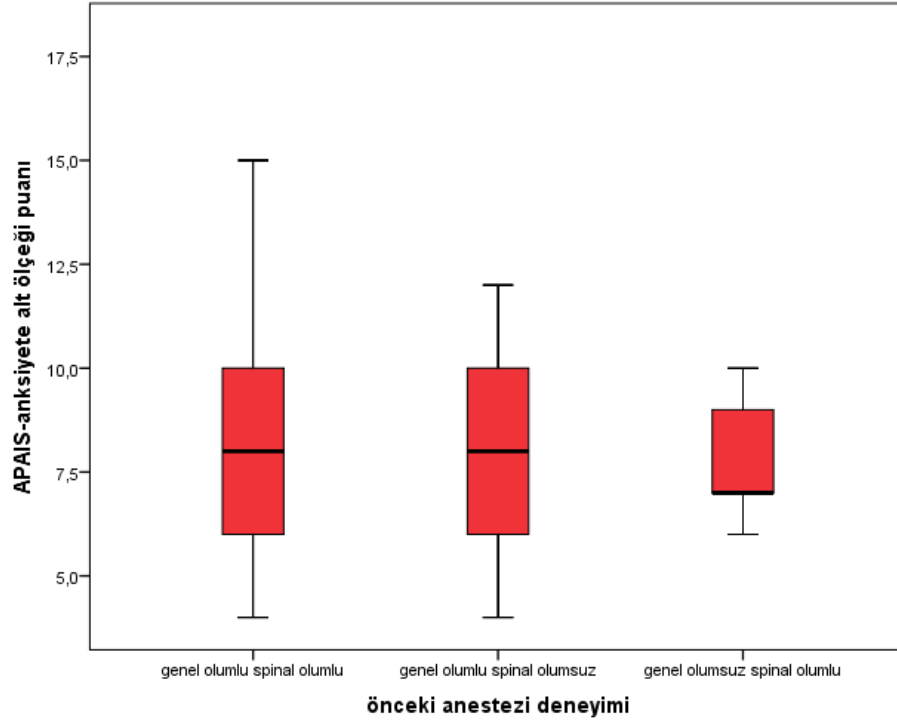
Şekil - 7. Önceki anestezi deneyimine göre hem genel hem de spinal anestezi alanların STAI ölçeği puanları ($p>0,05$)

Önceki anestezi deneyimine göre hem genel hem de spinal anestezi alanların STAI ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.



Şekil - 8. Önceki anestezi deneyimine göre hem genel hem de spinal anestezi alanların APAIS-bilgi edinme isteği alt ölçeği puanları ($p>0,05$)

Önceki anestezi deneyimine göre hem genel hem de spinal anestezi alanların APAIS-bilgi edinme isteği alt ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.



Şekil - 9. Önceki anestezi deneyimine göre hem genel hem de spinal anestezi alanların APAIS-anksiyete alt ölçeği puanları ($p>0,05$)

Önceki anestezi deneyimine göre hem genel hem de spinal anestezi alanların APAIS-anksiyete alt ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 19. Daha önceki anestezi deneyimlerine göre tercih edilen anestezi tipi

		Tercih edilen anestezi tipi				p ¹
		Genel anestezi		Spinal anestezi		
		n	%	n	%	
Önceki genel anestezi deneyimi	Olumlu	53	66,20	27	33,80	<0,001
	Olumsuz	0	0,00	10	100,00	
Önceki spinal anestezi deneyimi	Olumlu	16	29,10	39	70,90	<0,001
	Olumsuz	12	92,30	1	7,70	
Önceki sezaryen için genel anestezi deneyimi	Olumlu	44	73,30	16	26,70	<0,001
	Olumsuz	0	0,00	10	100,00	
Önceki sezaryen için spinal anestezi deneyimi	Olumlu	16	29,10	39	70,90	<0,001
	Olumsuz	11	91,70	1	8,30	

¹ Fisher testi p değeri

Daha önce gerek sezaryen gerekse de diğer operasyonlar için genel anestezi konusunda olumsuz deneyimleri olan hastaların tamamı mevcut operasyonları için spinal anesteziyi tercih etmiştir. Benzer şekilde önceki sezaryen ya da diğer operasyonlarında spinal anestezi konusunda olumsuz deneyimleri olan hastalarda genel anesteziyi tercih oranları anlamlı bir şekilde daha yüksektir. Bu durum önceki deneyimlerin sonraki operasyonlardaki anestezi tercihini etkilediğini göstermektedir.

Tablo 20. Geçirilen operasyon türüne göre genel anestezi alanların deneyimlerinin karşılaştırılması

		Önceden sezaryen için alınan genel anestezi deneyimi				p ¹
		Olumlu		Olumsuz		
		n	%	n	%	
Önceden alınan genel anestezi deneyimi	Olumlu	60	100,0	0	0,0	<0,001
	Olumsuz	0	0,0	10	100,0	

¹ Fisher testi p değeri

Daha önceden sezaryen için genel anestezi alan hastalardan deneyimi olumlu olan hastaların tümü sezaryen dışı bir operasyon ile aldıkları genel anesteziden de olumlu sonuçlanan bir tecrübe edinmişlerdir.

Tablo 21. Geçirilen operasyon türüne göre spinal anestezi alanların deneyimlerinin karşılaştırılması

		Önceden sezaryen için alınan spinal anestezi deneyimi				p ¹
		Olumlu		Olumsuz		
		n	%	n	%	
Önceden alınan spinal anestezi deneyimi	Olumlu	54	100,0	0	0,0	<0,001
	Olumsuz	0	0,0	12	100,0	

¹ Fisher testi p değeri

Daha önceden sezaryen için spinal anestezi alan hastalardan deneyimi olumlu olan hastaların tümü sezaryen dışı bir operasyon ile aldıkları spinal anestezi den de olumlu sonuç bir tecrübe edinmişlerdir.

5. TARTIŞMA

Çalışmaya alınan hastaların sosyodemografik özellikleri değerlendirildiğinde, hastaların 76'sı (%53,5) 30 yaş ve altında, 86 hasta (%58,5) ilköğretim mezunu, Anestezi risk sınıflamasına (ASA) göre 64 hasta (%45,1) ASA-1 78 hasta (%54,9) ise ASA-2 dir. Bu bulgular eşliğinde örneklemin doğurganlık çağında, okur-yazar hasta grubundan ve sağlıklı veya kontrol altında olmayan herhangi bir sistemik hastalığı olmadığı söylenebilir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verileri evli kadınların çoğunluğunun 30 yaşın altında doğum yaptıklarını, ilköğretim birinci kademe mezunu olduklarını katılımcıların demografik özellikleri TNSA verileri ile paraleldir (Tablo 1).

Preoperatif dönemde hasta değerlendirilmesi ve operasyona hazırlık preoperatif ziyaret sırasında gerçekleştirilir. Birçok çalışmada anksiyete ölçüm zamanı preoperatif ziyaret sırasında yapılmıştır (8, 31, 65, 66). Arellano ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada preoperatif ziyaretin zamanlamasını belirlemek amacıyla anksiyete ölçümünden yaralanmışlar, hastaların operasyondan bir hafta, bir gün ve operasyona girmeden hemen önce anksiyetelerini ölçmüşler ve üç grup arasında belirgin bir fark bulamadıklarını bildirmişlerdir. Lichtor ve arkadaşları operasyondan önceki günün öğleden sonrasında ölçülen anksiyete düzeyinin, operasyondan hemen önceki anksiyete düzeyini yansıtmadığını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada; her iki dönemde ölçülen anksiyete düzeyleri arasında %70 gibi yüksek bir korelasyon olduğunu bildirmişlerdir (9). Badner ve arkadaşları da operasyondan önceki öğleden sonra ile operasyondan hemen önce ölçülen anksiyete dereceleri arasında %73 korelasyon gösterdiklerini bildirmişlerdir (8). Biz çalışmamızda anksiyete ölçümünü operasyondan 1 gün ile 10 gün önce yaptık. Hastalarımızı ilk 3 gün ile 4-10. günler arası olmak üzere iki gruba ayırdık. Her iki grup arasında da gerek STAI gerekse de APAIS anksiyete skorları arasında fark çıkmadı.

Çalışmanın yapıldığı hastaların sadece kişisel tercihlerinin dikkate alındığı bir anestezi tercih etmeleri istendiğinde 72 hastanın (%50,7) genel anestezi 70 hastanın (%49,3) ise spinal anestezi tercih edeceklerini belirtmişler. Günüşen ve ark. yaptığı çalışmada, 157 sezaryen olgusunun %40,1'ine spinal anestezi, %22,3'üne genel anestezi ve %37,6'sına epidural anestezi uygulandığı belirtilmiştir (67). Tekin ve ark. yaptığı çalışmada ise sezaryen olgularının %55,5'ine genel anestezi, %44,5'ine rejyonal anestezi uygulanmıştır (68).

Yaşın preoperatif anksiyete düzeyleri ile ilişkisi konusunda literatürde çelişkili sonuçlar vardır. Daha önceki çalışmalarda ileri yaştaki hastalarda preoperatif anksiyete düzeyi daha düşük olarak bildirilmiştir (69-71). Shevde ve Panagopoulos yaşlı hastalarda endişe düzeyinin daha düşük olduğunu belirtmişlerdir (4). Ramsey çalışmasında anksiyete oranlarını 13-21 yaş grubunda %61, 22-41 yaş grubunda %84, 42-60 yaş grubunda %80, 62-82 yaş grubunda %57 olarak bildirmiş, orta yaş grubunda anksiyete oranının yüksek olmasını bu yaşlardaki hastaların ailelerine karşı sorumluluklarının fazla oluşuna bağlamışlardır. Norris ve Baird, 30 yaş altındaki hastaların anksiyete oranlarının, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Birçok çalışmada da yaşın anksiyete derecesini etkilemediği bildirilmiştir. Jennings ve Muhlenkamp'ın yaptığı çalışmada yaş etkisi gösterilememiştir. Özcengiz ve Turhan çalışmasında da benzer şekilde yaş ile anksiyete ilişkisi gösterilememiştir (63). Calvin ve ark. 106 ortopedi hastası üzerinde genç orta ve yaşlı hastaların preoperatif anksiyete düzeylerini karşılaştırmışlar ve fark bulamamışlardır (72). Ramsay orta yaş grubunda anksiyete skorunun yüksek olduğunu bildirmiş ve bu durumu orta yaşlarda hastaların ailelerine karşı sorumluluklarının fazla oluşuna bağlamıştır (73). Grabow ve ark. gençlerde preoperatif anksiyete düzeyinin yüksek olduğunu bildirilmiştir (74). Ülkemizde yapılan, 593 hastanın dahil edildiği bir çalışmada ise anestezi deneyiminin ve anksiyete düzeyini değiştirmedeği bildirilmiştir (62). Aslan ve arkadaşlarının sezaryen hastaları üzerinde yaptıkları çalışmada da yaş ile anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulamamışlardır (44). Bizim çalışmamızda da anksiyete puanları 30 yaş altında 30 yaş ve üstü hastalara göre istatistiksel olarak yüksek olmasa da sayısal olarak daha yüksek çıkmıştır.

Klinik araştırmalarda ASA skorunun preoperatif anksiyete için belirleyici olduğu saptanmıştır (62, 75).Yapılan bir çalışmada, ASA skorlarına göre anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. ASA skoru I olguların anksiyete puanı ASA skoru II grubundan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. ASA skoru II ile ASA skoru III olan olguların anksiyete puanları arasında ise anlamlı farklılık saptanmamıştır (76). Anestezi risk sınıflamasına göre 64 hasta (%45,1) birinci düzey, 78 hasta (%54,9) ise ikinci düzey anestezi risk sınıfindadır. Biz zaten alışmamızda ASA 1-2 dışındaki hastaları çalışma dışı tuttuk. Bizim alışmamızda da ASA-1 ile ASA-2 sınıf hastalar arasında anlamlı bir STAI ve APAIS anksiyete skorları arasında fark bulunamamıştır.

Daha önceden anestezi alan 121 (%85,2) hasta bulunmaktadır. Alınan anestezinin türüne bakıldığında 53 (%43,8) hasta genel anestezi, 31 (%25,6) hasta spinal anestezi ve 37 (%30,6) hasta hem genel hem de spinal anestezi almıştır. Daha önceden genel anestezi alan hastaların 80'i (%88,9) aldığı anesteziye yönelik olumlu izlenimlere sahipken, 10'u (%11,1) olumsuz izlenimlere sahiptir. Daha önceden spinal anestezi alan hastaların 55'i (%80,9) aldığı anesteziye yönelik olumlu izlenimlere sahipken, 13' (%19,1) olumsuz izlenimlere sahiptir.

Hastaların anksiyetelerinin incelendiği bazı çalışmalarda artan eğitim düzeyi ile birlikte anksiyetenin de arttığı bildirilirken, bazı çalışmalarda eğitim durumunun anksiyete derecesini etkilemediği bildirilmiştir (52, 70, 77). Caumo ve arkadaşları tarafından 12 yıldan uzun eğitim almış kişilerde preoperatif anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. zcengiz ve Turhan çalışmasında eğitim düzeyi ile anksiyete arasında birilişki olmadığı saptanmıştır (63).Bizim alışmamızda hastaların eğitim düzeyi ile anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Gebelerde yapılan preoperatif anksiyete çalışmasında hastaların sosyo-demografik özellikleri ile anksiyeteleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (78). Bizim alışmamızda da hastaların sosyo-demografik özellikleri ve klinik özelliklerine (hastanın yaşı, eğitim düzeyi, tercih ettiği anestezi tipi, anestezi risk sınıflaması (ASA) , operasyona kalan süre) göre anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Çalışmaya alınan hastaların demografik ve klinik özelliklerine göre APAIS-bilgi edinme isteği alt ölçeği puanları incelendiğinde spinal anestezi alanlarda bilgi edinme isteği genel anestezi alanlardan daha yüksek bulunmuştur. Diğer demografik ve klinik özellikler hastanın yaşı, eğitim düzeyi, anestezi risk sınıflaması, operasyona kalan süreleri ölçek puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Hastaların preoperatif dönemde anestezistler ve anestezi uygulamasına yönelik bilgi edinme istekleri ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda değişik sonuçlar elde edilmiştir (9, 66, 79-81). Çalışmaya alınan hastaların demografik ve klinik özelliklerine göre APAIS-bilgi edinme isteği alt ölçeği puanları incelendiğinde spinal anestezi alanlarda bilgi edinme isteği genel anestezi alanlardan daha yüksek bulunmuştur. Diğer demografik ve klinik özellikler (hastanın yaşı, eğitim düzeyi, anestezi risk sınıflaması, operasyona kalan süre) ile ölçek puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Moerman ve ark.'ı erkeklerde anestezi deneyiminin anksiyeteyi azalttığını, kadınlarda değiştirmedini bildirmişlerdir (66). Ramsey anestezi deneyimi on yıldan daha eski olanların anesteziye bağlı endişelerinin son on yıl içinde operasyon geçirenlerden daha az olduğunu bildirmiştir (82). Domar ve ark. ise anestezi deneyiminin anksiyete düzeyini değiştirmedini ileri sürmüşlerdir (52). Badner ve ark. 96 hastayla yaptıkları çalışmada anestezi deneyimi olan grubun anksiyete skorunu $40 \pm 12,5$ anestezi deneyimi olmayan grubun anksiyete skorunu $49,4 \pm 11,6$ olarak bulmuşlar ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu bildirmişlerdir (8). Ülkemizde yapılan, 593 hastanın dahil edildiği bir çalışmada ise anestezi deneyiminin ve anksiyete düzeyini değiştirmedini bildirilmiştir (62). Bizim çalışmamızda da bu çalışmaya benzer şekilde anestezi deneyiminin anksiyete düzeyini etkilemediği sonucu ortaya çıkmıştır. Caumo ve ark. ameliyat geçmişinin anksiyete düzeyini değiştirmedini belirtmişlerdir (75).Başka bir çalışmada ameliyat geçmişi ile anksiyete düzeyi arasındaki ilişki anlamlı bulunmadı (83).

Hastaların herhangi bir operasyon veya sezaryen için önceden almış oldukları anestezi deneyimlerine (daha önceden sezaryen geçirip geçirmemesi, aldı ise sezaryen için alınan anestezi türü, sezaryen için alınan genel ve spinal anesteziye yönelik izlenimleri) göre STAI, APAIS-bilgi edinme isteği ve anksiyete alt ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Birçok çalışmada kadınlarda anksiyete düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (52, 84). Epidemiyolojik açıdan bakıldığında depresyon ve anksiyete bozukluklarının genel olarak kadınlarda daha sık olması bu bulguları destekler niteliktedir. Badner ve arkadaşları bu farklılığı, kadınlarda ailelerinden ayrılmaya bağlı anksiyetenin daha yüksek olmasına bağlarken, Shevde ve Panagopoulos ile Domar ve arkadaşları kadınların endişelerini daha rahat ifade edebilmelerini etken olarak göstermişlerdir (8, 52). Özcengiz ve Turhan'ın çalışmasında kadınların anksiyete düzeyleri istatistiksel olarak daha fazla saptanmış ve bu farkı erkeklerin duygu dışavurumunun daha kısıtlı olması ve duygusal yakınmalarını daha az ifade etmeleri ile ilişkili olabileceğini düşünmüşlerdir (63).

Bizim çalışmamızda sadece kadınlar değerlendirmeye alınmış olup kadınlar arasındaki farklılık araştırılmıştır. Çalışmaya alınan hastaların 86'sında (%60,6) orta derecede, 51'inde (%35,9) ise hafif düzeyde anksiyetenin var olduğu bulunmuştur. Çalışma grubunda hiç anksiyetesi olmayan ya da çok ağır düzeyde anksiyete/panik bulunan hasta yoktur.

Hastalara ameliyat ve anestezi konusunda modifiye anksiyete nedenleri sorulmuştur. Her bir soru için 1 ile 5 arasında puan vermesi istenilmiştir. En çok endişe uyandıran ilk 5 durum grup genelinde ve değişkenlere göre ayrı ayrı verilmiştir. Shevde ve Panagopoulos'un çalışmasında anesteziye bağlı endişe nedenleri %45 ile anesteziğin bilgi yetersizliği, %43 ile anesteziğin deneyim eksikliği, %37 ile ameliyat sonrası uyanamamak ve %34 ile postoperatif ağrı olarak rapor edilmiştir (70). Chew ve arkadaşları en çok endişe duyulan nedenleri, ağrı (%39,4) ve ameliyat sonrası uyanamamak (%18,9) olarak bildirirken; başka bir çalışmada en çok endişe duyulan nedenler ameliyat sırasında uyanmak (%51,8), ameliyat sonrası uyanamamak (%43,4) ve ağrı (%38) olarak bildirilmiştir (7, 65).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda anesteziye bağlı endişe nedenlerini , Ceylan ve arkadaşları ölüm korkusu (%30,6) , ameliyat sırasında ağrı (%22,6) ve uyuyamamak (%2) olarak; Şekerci ve arkadaşları da ameliyat sonrası uyanamamak (%51,9) , herhangi bir aksilik olması (%22,1) , ameliyat sırasında ağrı duymak (%3,8) ve anestezistin tecrübesizliği (%7,8) olarak bildirmişlerdir (53). Birçok çalışmada en sık endişe nedeni ameliyat sonrası uyanmamak olarak bildirilmiştir. Başka bir çalışmada ameliyat öncesinde en fazla endişeye neden olan düşünce ameliyat sonrası uyanmamak (%42.5) , ameliyat sonrası ağrı (%26.7) ve yoğun bakımda kalmak (%26.7) olarak saptandı (63).

Bizim çalışmamızda ise grup genelinde en çok endişe duyulan ilk 5 neden sırasıyla ameliyat sonrası uyanamamak, cerrahi kesi yerinde ağrı hissetmek, ameliyat sırasında ağrı hissetmek, ameliyat sonrası üşüme/titreme ve ameliyat sırasında uyanmak olarak bulundu. Endişe nedenleri tercih edilen anestezi tipine göre ayrı ayrı incelendiğinde; genel anesteziyi tercih eden hastalarda ilk 5 endişe nedeni sırasıyla ameliyat sonrası uyanamamak, cerrahi kesi yerinde ağrı hissetmek, ameliyat sırasında uyanmak, ameliyat sırasında ağrı hissetmek ve ameliyat sonrası üşüme/titremedir. Spinal anesteziyi tercih eden hastalarda ilk 5 endişe nedeni ise sırasıyla cerrahi kesi yerinde ağrı hissetmek, ameliyat sırasında ağrı hissetmek, ameliyat sonrası uyanamamak, ameliyat sonrası üşüme/titreme ve yoğun bakımda uyanmaktır.

Daha önceden sezaryen için anestezi alan 106 (%74,6) hasta bulunmaktadır. Alınan anestezinin türüne bakıldığında 39 (%36,8) hasta genel anestezi, 36 (%34) hasta spinal anestezi ve 31 (%29,2) hasta hem genel hem de spinal anestezi almıştır. Daha önceden sezaryen için genel anestezi alan hastaların 60'ı (%85,7) aldığı anesteziye yönelik olumlu izlenimlere sahipken 10'u (%14,3) olumsuz izlenimlere sahiptir. Daha önceden sezaryen için spinal anestezi alan hastaların 55'i (%82,1) aldığı anesteziye yönelik olumlu izlenimlere sahipken 12'si (%17,9) olumsuz izlenimlere sahiptir.

Hastaların sezaryen için önceden almış oldukları anestezi deneyimlerine (daha önceden sezaryen geçirip geçirmemesi, aldı ise sezaryen için alınan anestezi türü, sezaryen için alınan genel ve spinal anesteziye yönelik izlenimleri) göre anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Hastaya, her aşamada yapılan işlemin ne olduğu ve niçin yapıldığı konusunda bilgi verildiğinde ise hastaların anksiyete düzeylerinin azaldığı gözlenmiştir (85).

Yapılan başka bir çalışmada, en yüksek anksiyete düzeyine sahip olanların, işleme ilk kez girenler, genç hastalar ve kadınlar olduğu bildirilmiştir (86). Başka bir çalışmada gebe ve kadın olmanın anksiyete düzeyini artırdığı bulunmuştur (44). Çalışmaya alınan hastaların önceki anestezi deneyimlerine (daha önceden anestezi alıp almaması, aldı ise alınan anestezi türü, genel ve spinal anesteziye yönelik izlenimleri) göre APAIS-bilgi edinme isteği alt ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Erdem ve ark.'nın yaptığı çalışmada genel anestezi ile rejyonel anestezi alacak iki anestezi grubunda APAIS A ve B ölçeklerinde farklılık yoktu (87). Bizim çalışmaya alınan hastaların demografik ve klinik özelliklerine göre APAIS-bilgi edinme isteği alt ölçeği puanları incelendiğinde spinal anestezi alanlarda bilgi edinme isteği genel anestezi alanlardan daha yüksek bulunmuştur. Diğer demografik ve klinik özellikler (hastanın yaşı, eğitim düzeyi, anestezi risk sınıflaması, operasyona kalan süre) ile ölçek puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Grup genelinde en çok endişe duyulan ilk 5 neden sırasıyla ameliyat sonrası uyanamamak, cerrahi kesi yerinde ağrı hissetmek, ameliyat sırasında ağrı hissetmek, ameliyat sonrası üşüme/titre ve ameliyat sırasında uyanmaktır.

EndiŖe nedenleri yaŖ gruplarına göre ayrı ayrı incelendiğinde; 30 yaŖ ve üzeri grupta ilk 5 neden sırasıyla cerrahi kesi yerinde ağrı hissetmek, ameliyat sonrası uyanamamak, ameliyat sırasında ağrı hissetmek, ameliyat sonrası susuzluk hissi ve anestetik ilaçların yan etkisine maruz kalmaktır. 30 yaŖ altında ilk 5 neden ise sırasıyla ameliyat sonrası uyanamamak, ameliyat sırasında ağrı hissetmek, ameliyat sonrası Ŗme/titreme, ameliyat sırasında uyanmak ve cerrahi kesi yerinde ağrı hissetmektir.

EndiŖe nedenleri tercih edilen anestezi tipine göre ayrı ayrı incelendiğinde; genel anesteziyi tercih eden hastalarda ilk 5 endiŖe nedeni sırasıyla ameliyat sonrası uyanamamak, cerrahi kesi yerinde ağrı hissetmek, ameliyat sırasında uyanmak, ameliyat sırasında ağrı hissetmek ve ameliyat sonrası Ŗme/titremedir. Spinal anesteziyi tercih eden hastalarda ilk 5 endiŖe nedeni ise sırasıyla cerrahi kesi yerinde ağrı hissetmek, ameliyat sırasında ağrı hissetmek, ameliyat sonrası uyanamamak, ameliyat sonrası Ŗme/titreme ve yoğun bakımda uyanmaktır.

EndiŖe nedenleri önceden anestezi alıp almamasına göre ayrı ayrı incelendiğinde; önceden anestezi almayan hastalarda ilk 5 endiŖe nedeni sırasıyla ameliyat sırasında ağrı hissetmek, cerrahi kesi yerinde ağrı hissetmek, ameliyat sonrası uyanamamak, ameliyat sonrası çevreyi tanımamak ve yoğun bakımda uyanmaktır. Önceden anestezi alan hastalarda ilk 5 endiŖe nedeni ise sırasıyla ameliyat sonrası uyanamamak, cerrahi kesi yerinde ağrı hissetmek, ameliyat sırasında ağrı hissetmek, ameliyat sonrası Ŗme/titreme ve ameliyat sonrası susuzluk hissidir.

APAIS anksiyete alt leği ile STAI anksiyete leği puanları arasında zayıf düzeyde pozitif korelasyon bulunmuŖtur. APAIS leğinin anksiyete ve bilgi edinme isteği leği puanları arasında orta derecede pozitif korelasyon saptanmıŖtır. STAI leği ile APAIS bilgi edinme alt leği arasında istatistiksel olarak anlamlı olmakla beraber korelasyon katsayısı kabul edilebilir düzeyin altında, çok zayıf bir korelasyon gzlemlenmiŖtir. Hasta yaŖı ve operasyona kalan süre ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir korelasyon saptanamamıŖtır.

Önceki sezaryen deneyimine göre hem genel hem de spinal anestezi alanların STAI ve APAIS (anksiyete-bilgi edinme) ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Önceki anestezi deneyimine göre hem genel hem de spinal anestezi alanların STAI ve APAIS (anksiyete-bilgi edinme) ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Önceki anestezi deneyimine göre hem genel hem de spinal anestezi alanların APAIS-bilgi edinme isteği alt ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Önceki anestezi deneyimine göre hem genel hem de spinal anestezi alanların APAIS-anksiyete alt ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Cochrane veritabanında Afolabi ve ark.'ı sezaryen olgularında anestezi yöntem seçiminde daha önceki deneyimlerinin etkili olduğunu ve hastaların genel anesteziye eğilimli olduklarını saptamışlardır (88) . Tekin ve ark'ı. ise, anestezi yöntemi seçiminde hastaların daha önceki anestezi deneyimleri ile arasında ilişki saptamamışlardır (68). Gürsoy C. ve ark. nın yaptığı çalışmada ise ağırlıklı olarak geçmişte genel anestezi uygulanmış olan hastaların çoğunluğu rejyonel anestezi (spinal ve epidural anestezi) tercih etmiş. Dolayısıyla hastaların anestezi yöntemini tercih ederken geçmiş anestezi deneyimlerinden etkilenmedikleri görülmüştür (89). Bizim çalışmamızda da önceki operasyon geçmişi sezaryen gerekse de diğer operasyonlar için genel anestezi konusunda olumsuz deneyimleri olan hastaların tamamı mevcut operasyonları için spinal anesteziyi tercih etmiştir. Benzer şekilde önceki sezaryen ya da diğer operasyonlarında spinal anestezi konusunda olumsuz deneyimleri olan hastalar da genel anesteziyi tercih oranları anlamlı bir şekilde daha yüksektir. Bu durum önceki deneyimlerin sonraki operasyonlardaki anestezi tercihini etkilediğini göstermektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

- 1- Bu çalışma ile sezaryen ve anestezi uygulamalarının gebeler için önemli bir stres faktörü olduğu görülmektedir.
- 2- Hastaların daha önceki anestezi deneyimleri sonraki operasyonlardaki anestezi tercihini etkilediğini göstermektedir.
- 3- Çalışmaya alınan hastaların demografik ve klinik özelliklerine (hastanın yaşı, eğitim düzeyi, tercih ettiği anestezi tipi, anestezi risk sınıflaması, operasyona kalan süre) göre anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark yoktur.
- 4- Grup genelinde en çok endişe duyulan ilk 5 neden sırasıyla ameliyat sonrası uyanamamak, cerrahi kesi yerinde ağrı hissetmek, ameliyat sırasında ağrı hissetmek, ameliyat sonrası üşüme/titreme ve ameliyat sırasında uyanmak gibi önemli endişeler yaşadıkları görülmektedir.
- 5- Hastaların anksiyete düzeyleri ve anestezi tercihleri ile intraoperatif sedatif ilaç kullanımı, postoperatif ağrı skorları, taburculuk süreleri, hasta memnuniyetine etkisi, postoperatif analjezik gereksinimi ve analjezik ihtiyaçları da karşılaştırılabilirdi.

7. KAYNAKLAR

1. Butterworth J.F. MDC, Wasnick J.D. . *Clinic Anesthesia*. 2015;18:295-307.
2. Michota FA, Frost SD. The preoperative evaluation: use the history and physical rather than routine testing. *Cleveland Clinic journal of medicine*. 2004;71(1):63-70.
3. van Klei WA, Grobbee DE, Rutten CL, Hennis PJ, Knape JT, Kalkman CJ, et al. Role of history and physical examination in preoperative evaluation. *European journal of anaesthesiology*. 2003;20(08):612-8.
4. Boeke S, Jelecic M, Bonke B. Preoperative anxiety variables as possible predictors of postoperative stay in hospital. *Br J Clin Psychol*. 1992; 31-36.
5. Goldman L, Ogg T, Levey A. Hypnosis and day case anaesthesia: a study to reduce preoperative anaesthetic requirement. *Anaesthesia*. 1988;43(6):466-9.
6. Weis O, Weintraub M, Sriwatanakul K, Lasagna L. Reduction of anxiety and postoperative analgesic requirements by audiovisual instruction. *The Lancet*. 1983;321(8314):43-4.
7. Hume M, Kennedy B, Asbury A. Patient knowledge of anaesthesia and peri-operative care. *Anaesthesia*. 1994;49(8):715-8.
8. Badner NH, Nielson WR, Munk S, Kwiatkowska C, Gelb AW. Preoperative anxiety: detection and contributing factors. *Canadian Journal of Anaesthesia*. 1990;37(4):444-7.
9. Lichtor J, Johanson C, MHOOM D, Faure E, Hassan S, Roizen M. Preoperative anxiety: does anxiety level the afternoon before surgery predict anxiety level just before surgery? *Anesthesiology*. 1987;67(4):595-9.
10. Norris W, Baird WL. Pre-operative anxiety: a study of the incidence and aetiology. *Br J Anaesth*. 1967 Jun;39(6):503-9.
11. Jlala H, French J, Foxall G, Hardman J, Bedfordth N. Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. *British journal of anaesthesia*. 2010;104(3):369-74.
12. Orbach-Zinger S, Ginosar Y, Elliston J, Fadon C, Abu-Lil M, Raz A, et al. Influence of preoperative anxiety on hypotension after spinal anaesthesia in women undergoing Caesarean delivery. *British journal of anaesthesia*. 2012;109(6):943-9.

13. Hanss R, Bein B, Ledowski T, Lehmkuhl M, Ohnesorge H, Scherkl W, et al. Heart rate variability predicts severe hypotension after spinal anesthesia for elective cesarean delivery. *Anesthesiology-Hagerstown*. 2005;102(6):1086-93.
14. Hanss R, Ohnesorge H, Kaufmann M, Gaupp R, Ledowski T, Steinfath M, et al. Changes in heart rate variability may reflect sympatholysis during spinal anaesthesia. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*. 2007;51(10):1297-304.
15. Frölich MA, Caton D. Baseline heart rate may predict hypotension after spinal anesthesia in prehydrated obstetrical patients. *Canadian Journal of Anesthesia*. 2002;49(2):185-9.
16. Fujiwara Y, Sato Y, Shibata Y, Asakura Y, Nishiwaki K, Komatsu T. A greater decrease in blood pressure after spinal anaesthesia in patients with low entropy of the RR interval. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*. 2007;51(9):1161-5.
17. Ledowski T, Preuss J, Kapila R, Ford A. Skin conductance as a means to predict hypotension following spinal anaesthesia. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*. 2008;52(10):1342-7.
18. Jeon Y-T, Hwang J-W, Kim M-H, Oh A-Y, Park KH, Park H-P, et al. Positional blood pressure change and the risk of hypotension during spinal anesthesia for cesarean delivery: an observational study. *Anesthesia & Analgesia*. 2010;111(3):712-5.
19. Pagani M, Mazzuero G, Ferrari A, Liberati D, Cerutti S, Vaitl D, et al. Sympathovagal interaction during mental stress. A study using spectral analysis of heart rate variability in healthy control subjects and patients with a prior myocardial infarction. *Circulation*. 1991;83(4 Suppl):II43-51.
20. Watkins LL, Grossman P, Krishnan R, Sherwood A. Anxiety and vagal control of heart rate. *Psychosomatic medicine*. 1998;60(4):498-502.
21. Hicks J, Jenkins J. The measurement of preoperative anxiety. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 1988;81(9):517-9.
22. Markland D, Hardy L. Anxiety, relaxation and anaesthesia for day-case surgery. *British Journal of Clinical Psychology*. 1993;32(4):493-504.
23. Balcioglu.S.T. KY. Temel Anestezi. 2012;48:765-79.
24. Güz H, Doğanay Z, Güz T. Lomber disk hernisi nedeniyle ameliyat olan hastalarda ameliyat öncesi anksiyete. *Nöropsikiyatri arşivi*. 2003;40(1-2):36-9.
25. Saracoglu KT, Saracoglu A, Cakar K, Fidan V, Ay B. Comparative study of intravenous opioid consumption in the postoperative period. *Biomedical Papers*. 2012;156(1):48-51.
26. Samaali I, Ben OS, Bedoui R, Bouasker I, Chaker Y, Slama A, et al. [Spinal anesthesia versus general anesthesia for inguinal hernia repair: propensity score analysis]. *La Tunisie medicale*. 2012;90(10):686-91.

27. Doering BG. Postoperatif Ağrı ve Psikolojik Faktörler. Doktor Dergisi 2009; 51: 94-6.
28. Perks A, Chakravarti S, Manninen P. Preoperative anxiety in neurosurgical patients. Journal of neurosurgical anesthesiology. 2009;21(2):127-30.
29. Yücel Ç., Ş. (2011) Bilinci Kapalı Hastanın Psikososyal Gereksinimlerini Karşılama Hemşiresinin Rolü. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 4(1):174-180.
30. Yıldız, D. (2011) Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Hastaların Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, K.K.T.C., (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Gülcem Sala Razi).
31. Gönüllü M, Turan E, Erdem L, Başeşme E. Anestezi uygulanacak hastalarda anksiyete düzeyinin araştırılması. Türk Anest ve Rean Cem. 1986;14:110-3.
32. Mackenzie J. Daycase anaesthesia and anxiety A study of anxiety profiles amongst patients attending a Day Bed Unit. Anaesthesia. 1989;44(5):437-40.
33. Özbayır, T., Demir, F., Candan, Y., Coşkun, İ. ve Dramalı, A. Hastaların Perioperatif Döneme İlişkin İzlenimlerinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,2003, 6(1):14-23.
34. Yardakçı, R., ve Akyolcu, N. Ameliyat Öncesi Dönemde Yapılan Hasta Ziyaretlerinin Hastanın Anksiyete Düzeyine Etkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi,2004,1(2):7-13.
35. Kaughn, F., Wichowski, H. ve Bosworth, G. ,Does Preoperative Anxiety Level Predict Postoperative Pain. Association of perioperative Registered Nurses Journal,2007 ,85(3), 589-604.
36. Tükel R, Aklın T. Anksiyete Bozuklukları. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2006.
37. Noyes R, Hoehn- Saric R. Anksiyete Bozuklukları, Şar V(çeviri ed.). İstanbul: Medical & Paramedical Yayıncılık, 1998.
38. Stone MH. Healing the Mind: A history of psychiatry from antiquity to the present. New York; W.W Norton & Company, 1997.
39. Berrios GE. The History of Mental Symptoms. Cambridge; Cambridge University Pres, 1996.
40. Argyropoulos S, Forshall S, Nutt D. Generalised Anxiety Disorder: Diagnosis, Treatment and its Relationship to Other Anxiety Disorders: Taylor & Francis; 2001.
41. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 8. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 2001.
42. Gençtan E. Psikanaliz ve Sonrası.10. Baskı, İstanbul: Metis Yayıncılık, 2004.
43. Yalom I. Varoluşçu psikoterapi. İstanbul: Kabalcı Yayınevi, 2001.

44. ASLAN B, ARIKAN M, GEDİKLİ A, HORASANLI E. Gebe Hastalarda Preoperatif Anksiyete Sebepleri ve Değerlendirilmesi: STAI Skorlarının Karşılaştırılması. Ortadoğu Medical Journal/Ortadoğu Tıp Dergisi. 2014;6(3).
45. Akkoyun F. Danışma Psikolojisi Kuramları. Ankara: Nobel Tıp Yayınevi, 1982.
46. Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara: Medico Graphics Matbaası, 2007.
47. Kubzansky LD, Kawachi I, Spiro A et al. Is Worry Bad For Your Heart? Circulation. 1997; 95(4): 818-814.
48. Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi. İstanbul: 1993; 175-183.
49. Egbert LD, Battit GE, Turndorf H, Beecher HK. The value of the preoperative visit by an anesthetist: A study of doctor-patient rapport. Jama. 1963;185(7):553-5.
50. Voulgari A, Lykouras L, Papanikolaou M et al. Influence of psychological and clinical factors on postoperative pain and narcotic consumption. Anaesthesiology.1991; 55: 191.
51. Arellano R, Cruise C, Chung F. Timing of the anesthetist's preoperative outpatient interview. Anesth Analg. 1989; 68: 645-648.
52. Domar AD, Everett LL, Keller MG. Preoperative Anxiety: Is It a Predictable Entity? Anesthesia & Analgesia. 1989;69(6):763-7.
53. Şekerci S, Akpek E, Göktuğ A ve ark. Hasta ve yakınları ile toplumun farklı kesimlerinin anestezi ve uygulamaları konusundaki bilgi ve davranışları. Anestezi Dergisi. 2001; 9(1): 48-51.
54. Hume MA, Kennedy B, Asbury AJ. Patient knowledge of anaesthesia and perioperative care. Anaesthesia. 1994; 49: 715- 718.
55. Miller RD. Anesthesia: Psychological Preparation and Preoperative Medication. New York: 1990; 895-928.
56. Johnston M. Anxiety in surgical patients. Psychological medicine. 1980;10(01):145-52.
57. Spielberger C, Gorsuch RL, Lushene R, Vagg P, Jacobs G. Manual for the state-trait anxiety scale. Consulting Psychologists. 1983.
58. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Ankara: Hacettepe Taş Kitabevi, 2000; 153-163.
59. Tenenbaum G, Furst D, Weingarten G. A statistical reevaluation of the STAI anxiety questionnaire. Journal of clinical psychology. 1985;41(2):239-44.

60. Boker, A., Brownell, L. ve Donen, N. (2002) The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale Provides a Simple and Reliable Measure of Preoperative Anxiety. *Canadian Journal Anaesthesia*, 49(8):792–798.
61. Cassady JF, Wysocki TT, Miller KM, CANCEL DD, IZENBERG N. Use of a preanesthetic video for facilitation of parental education and anxiolysis before pediatric ambulatory surgery. *Anesthesia & Analgesia*. 1999;88(2):246-50.
62. Aykent R, Kocamanoğlu İS, Üstün E, Tür A, Şahinoğlu H. Preoperatif anksiyete nedenleri vadeğerlendirilmesi: APAİS ve STAI Skorlarının Karşılaştırılması, Türkiye Klinikleri J Anest Rean 2007; 5: 7-13.
63. Turhan Y.,Avcı R., Özcengiz D. Elektif cerrahi operasyon planlanan hastalarda preoperatif ve postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisi. *Anestezi Dergisi* 2012; 20 (1): 27 - 33.
64. Sağır G, Kaya M, Eskiçırak HE, Kapsuz Ö, Kadioğulları AN. Spinal anestezi planlanan hastalarda görsel bilgilendirmenin preoperatif anksiyete üzerine etkisi. *Turk J Anesth Reanim*. 2012;40(5):274-8.
65. Chew S, Tan T, Tan S, Ip-Yam P. A survey of patients' knowledge of anaesthesia and perioperative care. *Singapore medical journal*. 1998;39(9):399-402.
66. Moerman N, van Dam FS, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS). *Anesthesia & Analgesia*. 1996;82(3):445-51.
67. Günüşen İ, Karaman S, Akercan F, Fırat V. Elektif sezaryenlerde farklı anestezi yöntemlerinin yenidoğan üzerine etkileri: retrospektif çalışma. *Ege Tıp Dergisi* 2009; 48: 189-94.
68. Tekin İ, Laçın S, Arıcan İ, Ok G. Sezaryen operasyonu geçirmiş olguların anestezi yönteminin seçimi üzerine etkileri. *Türkiye Klinikleri Anesteziyoloji Reanimasyon Dergisi* 2005; 3: 1-6.
69. Shafer A, Fish MP, Gregg KM, Seavello J, Kosek P. Preoperative anxiety and fear: a comparison of assessments by patients and anesthesia and surgery residents. *Anesthesia & Analgesia*. 1996;83(6):1285-91.
70. Shevde K, Panagopoulos G. A survey of 800 patients' knowledge, attitudes, and concerns regarding anesthesia. *Anesthesia & Analgesia*. 1991;73(2):190-8.
71. Kindler CH, Harms C, Amsler F, Ihde-Scholl T, Scheidegger D. The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. *Anesthesia & Analgesia*. 2000;90(3):706-12.
72. Calvin RL, Lane PL. Perioperative uncertainty and state anxiety of orthopaedic surgical patients. *Orthopaedic Nursing*. 1999;18(6):61-6.
73. Ramsay M. A survey of pre-operative fear*. *Anaesthesia*. 1972;27(4):396-402.

74. Grabow L, Buse R. [Preoperative anxiety--anxiety about the operation, anxiety about anesthesia, anxiety about pain?]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*. 1990;40(7):255-63.
75. Caumo W, Schmidt AP, Bergmann J. Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiol Scand* 2001; 45: 298-307.
76. Mingir T, Ervatan Z, Turgut N. Spinal Anestezi ve Perioperatif Anksiyete. *Turkish Journal of Anesthesia & Reanimation*. 2014;42(4).
77. Mackenzie JW. Daycase anaesthesia and anxiety: A study of anxiety profiles amongst patients attending a day bed unit. *Anaesthesia* 1991; 44: 437.
78. Aydın M, Şenol DK, Erdoğan S. Sezaryen ile Doğum Yapacak Kadınların Ameliyat Öncesi Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi. 2014.
79. Kain ZN, Kosarussavadi B, Hernandez-Conte A, Hofstadter MB, Mayes LC. Desire for perioperative information in adult patients: a cross-sectional study. *Journal of clinical anesthesia*. 1997;9(6):467-72.
80. Ceyhan A, Basar H, nan N ve ark. Türk toplumu anestezi hakkında neler biliyor, neler bilmiyor? *Sendrom* 2000;12:75-9.
81. Farnill D, Inglis S. Patients' desire for information about anaesthesia: Australian attitudes. *Anaesthesia*. 1994;49(2):162-4.
82. Ramsay MA. A survey of pre-operative fear. *Anaesthesiology* 1972; 27:396-402.
83. 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.
84. Myles P, Hunt J, Moloney J. Postoperative 'minor' complications. *Anaesthesia*. 1997;52(4):300-6.
85. Haugen AS, Eide GE, Olsen MV, Haukeland B, Remme ÅR, Wahl AK. Anxiety in the operating theatre: a study of frequency and environmental impact in patients having local, plexus or regional anaesthesia. *Journal of clinical nursing*. 2009;18(16):2301-10.
86. Kvaal K, Ulstein I, Nordhus IH, Engedal K. The Spielberger State- Trait Anxiety Inventory (STAI): the state scale in detecting mental disorders in geriatric patients. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20: 629-634.
87. Erdem D, Ugiş C, Albayrak MD, Akan B, Aksoy E, Göğüş N. Perianal bölge ameliyatı yapılacak hastalarda uygulanan anestezi yöntemlerinin preoperatif ve postoperatif anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisi. *Bakırköy Tıp Dergisi*. 2011;7:11-6.
88. Afolabi BB, Lesi FE, Merah NA. Regional versus general anaesthesia for caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 4: 350.

89. Gürsoy C, Ok G, Aydın D, Eser E, Erbüyün K, Tekin İ, et al. Sezaryen Olgularında Anestezi Yöntemlerinin Günlük Yaşamsal Aktivitelere Dönüş Üzerine Etkileri. 2014.

VIII. ÖZGEÇMİŞ

1983 yılı eylül ayında Hatay'ın Yayladağı ilçesine bağlı Ayışığı köyünde dünya ya geldim. Okul hayatıma Şehoğlu ilkokulunda başladım. Ortaokulu ise sırasıyla Ayşe Fıtnat ve Beyhan Gencay ortaokullarında okudum. Nihal Turgut Anlar Anadolu Öğretmen Lisesini 2001 yılında bitirdim. Bir yıl ara vererek tekrardan hazırladığım üniversite sınavında 2002 yılında Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesini kazandım. 2008 yılında mezun olduğum üniversiteden yine aynı yıl mecburi hizmet ile Van Bahçesaray İlçe Devlet Hastanesine pratisyen hekim olarak göreve başladım. 2010 yılında kurum içi naklen atama ile Bilecik Devlet Hastanesi'ne atandım. Burada kısa bir süre görev yaptıktan sonra Tıp ta uzmanlık sınavı için istifa ettim. Altı ay aradan sonra yeniden naklen atama ile Dört Yol Devlet Hastanesi'ne atandım ve hemen akabinde aile hekimi olarak Küreci ASM'ye aile hekimi olarak atandım. Yaklaşık burada 6 ay görev yaptım. Sonrasında kazanmış olduğum Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Ve Reanimasyon AD. na araştırma görevlisi olarak başladım halen burada çalışmaktayım.