

T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON A.D.

GİRİŞİMSEL ANESTEZİ UYGULAYICILARINDA
ANKSİYETE DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

DR. MEHMET EMRE BEYAZTAŞ

TRABZON-2015

T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON A.D.

GİRİŞİMSEL ANESTEZİ UYGULAYICILARINDA
ANKSİYETE DEĞERLENDİRİLMESİ

ASSESSMENT OF PRACTITIONERS ANXIETY IN
ANAESTHESIA INTERVENTIONAL

UZMANLIK TEZİ

DR. MEHMET EMRE BEYAZTAŞ

TEZ DANIŞMANI

YRD. DOÇ. DR. MEHMET SALİH ÇOLAK

TRABZON-2015

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım K.T.Ü. Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.B.D. Başkanı **Prof. Dr. Ahmet EROĞLU**'na, **Prof. Dr. İbrahim ÖZEN**'e, **Prof. Dr. Hatice Nesrin ERCEYES**'e, **Prof. Dr. Ahmet Can ŞENEL**'e, **Prof. Dr. Erdem Nail DUMAN**'a, **Doç. Dr. Engin ERTÜRK**'e, **Doç. Dr. Hülya ULUSOY**'a , **Doç. Dr. Şükran GEZE**'ye , **Doç. Dr. Bahanur ÇEKİÇ**'e, **Doç. Dr. Müge KOŞUCU**'ya, **Yrd. Doç. Dr. Davut DOHMAN**'a, **Yrd. Doç. Dr. Dilek KUTANİS**'e, **Öğrt. Gör. Dr. Ahmet BEŞİR**'e ve;

Ayrıca tezimin her aşamasında ve ihtisasım süresince, sabır ve hoş görüyle, bilgi ve becerisini benimle paylaşan, son derece modern ve güncel tıp sanâtını coşkuyla yaşamayı bize aşıl原因an **Yrd. Doç. Dr. Mehmet Salih ÇOLAK**' a;

Yoğun çalışma temposunda beraber çalıştığım dostluk ve yardımlarını esirgemeyen tüm araştırma görevlisi hekim arkadaşlarıma, tezimin istatistiksel analizinde büyük emeği olan Dr. Sertaç ÇANKAYA'ya;

Bugünlere gelmem için büyük emek harcayan ve her zaman yanımda olan ve beni yetiştiren Annem'e, Babam'a ve çalışmalarım da bana her anlamda katkı sağlayan sevgili eşim Tuğba BEYAZTAŞ'a;

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

DR. MEHMET EMRE BEYAZTAŞ

1. ÖZET

Giriş ve Amaç: Anksiyete, tanım olarak sıkıntı ve üzüntü hissidir. Anksiyete nöbetlerini çevresel ve fiziksel nedenler tetiklemektedir. Girişimsel anestezi yöntemleri analjezi ve anestezi amacı ile kullanılabilir. Uygulama sırasında ve/veya sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar bu yöntemleri uygulayan kişilerde anksiyete nedeni olabilir. Çalışmamızın amacı, uygulayıcının girişimsel anestezi uygulamadan önce anlık anksiyetesini ölçebilmek, varsa hasta ve yöntemle ilişkilendirebilmektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya etik kurul izni alındıktan sonra, anesteziyoloji ve reanimasyon kliniklerinde çalışan anestezi kliniği asistan ve uzman doktorları gönüllülük esası ile dahil edildi. Cinsiyetleri, anestezi deneyim süreleri, girişimsel anestezi ile ilgili eğitim alıp almadıkları, daha önce girişimsel anestezi yöntemlerinden herhangi birini uygulayıp uygulamadıkları, uyguladıysa kaç kez uyguladıkları soruldu. Beş ölçekli skala ile rejyonal anestezi uygularken huzursuzluk duyup duymadıkları sorgulandı (1=Hiç, 2=Çok az, 3=Orta, 4=Fazla, 5=Çok fazla). Uygulayıcının anksiyete düzeylerinin ölçümü için Süreksiz (Anlık) Durumluk Kaygı Envanteri 1 (STAI-1) kullanıldı. En yüksek puan 80, en düşük puan ise 20'dir ve ≥ 45 kaygılıdır.

Bulgular: STAI-1 anestezi deneyimi 0–23 ay arasında giderek artma gösterirken, 24-107 ay arasında azalmakta, 108. aydan sonra yeniden artmaktadır. Tüm girişimsel anestezi yöntemlerinde uygulama sayısı arttıkça STAI-1 azalmaktadır.

Sonuç: Anestezi deneyimi arttıkça girişimsel anestezi uygulayıcısı ve/veya uygulatıcısı olmak STAI-1'i yükseltmekte, girişimsel anestezi yöntemlerini uygulama sayısı arttıkça STAI-1 azalma göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Girişimsel anestezi, anksiyete

2. SUMMARY

Intraduction and Aim: Anxiety is defined as a feeling of distress and sadness. Environmental and physical factors trigger anxiety attacks. Interventional anaesthetic methods may be used for both analgesia and anesthesia. The complications that could occur during/and after the application of these techniques may induce anxiety on the performers. The aim of our study is to estimate the momentous anxiety of the operator before performing interventional anesthesia and if present, to be able to correlate the anxiety with the patient and the technique.

Materials and Method: The study was performed on voluntary residents and specialists practicing in the Clinics of Anesthesiology and Reanimation following the approval received from the Ethics Committee. The participants were interrogated as for the duration of their anesthetic experiences (if any), and whether they had received interventional anesthesia training, and applied any one of the interventional anesthetic techniques, and if they did then the number of applications. They were also asked to evaluate the experience of discomfort on a 5-point scale while performing interventional anesthesia (1: never, 2: minimal, 3: moderate, 4: much, 5: very much). State Trait Inventory 1 (STAI-1) tests were used to measure the anxiety level of the performers. Maximum and minimum scores are 80 and 20 points respectively while a score above ≥ 45 designated an anxious performer.

Results: STAI-1 test scores manifested higher values for those with < 23 months of anesthetic experience. The scores decreased among performers with an anesthetic experience between 24 and 107 months. The scores increased again among performers having an experience longer than 108 months. In all interventional anesthetic experiences STAI-1 test scores decreased along with the increased number of trials.

Conclusion: STAI-1 test scores increased in line with the insufficient experience of the performers/instructors in interventional anesthesia, and decreased after sufficient experience is gained.

Key words: Interventional anesthesia, anxiety

3. İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
1. ÖZET	ii
2. SUMMARY	iii
3. İÇİNDEKİLER	iv
4. KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ	v
5. ŞEKİLLER VE TABLOLAR DİZİNİ	vi
6. GİRİŞ VE AMAÇ	1
7. GENEL BİLGİLER	2
7.1. Anksiyete Kavramı	2
7.2. Anksiyetenin Tarihçesi	3
7.3. Anksiyetenin Etyolojisi	5
7.3.1. Psikolojik Yaklaşımlar	5
7.3.2. Biyolojik Kuramlar	7
8. GEREÇ VE YÖNTEM	9
9. BULGULAR	13
10. TARTIŞMA	18
11. SONUÇ	22
12. KAYNAKLAR	23
13. EKLER	26
13.1. Bilgilendirme ve Onam Formu	26

4. KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ

STAI-1.....	Süreksiz (Anlık) Durumluk Kaygı Envanteri 1
SPSS.....	Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi
GA.....	Girişimsel Anestezi
ARK.....	Arkadaşları
KOMP.....	Komplikasyonlar
ASA.....	Amerikan Anestezi Cemiyeti
DSM-III.....	Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-3
ACTH.....	Adrenokortikotropik Hormon
TSH.....	Tiroid Stimulan Hormon
TRH.....	Tirotropin Salgılatıcı Hormon
CRH.....	Kortikotropin Salgılatıcı faktör

5. ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa No.
Şekil I. Anestezi deneyimi ve kaygı envanteri ilişkisi	16

5. TABLOLAR DİZİNİ

	Sayfa No.
Tablo I. Katılımcılara yöneltilen endişe nedenleri ile ilgili anket soruları	10
Tablo II. Süreksiz (Anlık) Durumluk Kaygı Envanteri 1 (State Trait Inventory Index-STAI-1)	11
Tablo III. Katılımcıların bireysel özellikleri	14
Tablo IV. Girişimsel anestezi uygulayıcılarına hastalarla ilgili yöneltilen anket sorularına evet yanıtı veren anestezi deneyimleri farklı katılımcıların oranı (%)	15
Tablo V. Cinsiyet ve kaygı envanteri ilişkisi	17

6. GİRİŞ VE AMAÇ

Anksiyete, tanım olarak sıkıntı ve üzüntü hissidir. Benliğin kendini tehdit altında hissettiği bir gerilim, duygu durumu ve sinyaldir. Genel nüfustaki karşılaşılma sıklığı % 4-7 arasındadır (1). Hangi ortamın hangi tür kaygılar yaratacağı farklılık gösterir (2). Anksiyete nöbetlerini çevresel ve fiziksel nedenler tetiklemektedir (3,4).

Girişimsel anestezi yöntemleri anesteziyolojinin oldukça önemli bir kısmını oluşturan ve hem analjezi hem de anestezi amacı ile yaygın başvurulan yöntemlerdir. Birçok yararlarının yanı sıra uygulama sırasında ve/veya sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar özellikle bu yöntemleri yeni uygulayan kişilerde anksiyete nedeni olabilir. Katılımcıların anksiyete düzeylerinin belirlenmesinde Süreksiz Durumluluk/Sürekli Kaygı Envanteri 1 (*State Trait Anxiety Inventory-STAI-1*) kullanılmıştır. STAI-1, bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği durumluk kaygı ile bireyin kaygı yaşantısına olan yatkınlığını, içinde bulunduğu durumları, genellikle stresli olarak değerlendirilen sürekli kaygıyı değerlendirir (5). Ülkemiz için güvenilirlik ve geçerliliği Öner ve Le Compte (6) tarafından yapılmıştır. Anestezistler arasında mesleki doyum, tükenmişlik, stres, gece ve gündüz vardiya çalışmalarının dikkat ve anksiyete üzerine etkileri ile pek çok çalışma yapılmıştır (4,7,8).

Çalışmamızın amacı, uygulayıcının girişimsel anestezi yöntemini uygulamadan önce anlık anksiyetesini ölçebilmek, endişe nedenlerini belirlemek, varsa; hasta ve yöntemle ilişkilendirebilmektir.

7. GENEL BİLGİLER

7.1. Anksiyete Kavramı

Türkçede iç sıkıntısı, kaygı, bunaltı gibi sözcüklerle anlatılmaya çalışılan anksiyete, özetle yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan, rahatsız edici bir endişe ve korku duygusudur. İçsel (antipsişik) ya da dış dünyadan kaynaklanan bir tehlike, tehlike olasılığı ya da kişi tarafından tehlikeli olarak algılanıp yorumlanan herhangi bir durum karşısında yaşanan bir duygudur (9).

İnsanoğlunun varoluşundan bu yana varlığı kabul edilen anksiyetenin genel bir amacı vardır. Başlangıçta bu amaç insanı çevresinden gelecek tehlikelere karşı korumaya yönelik iken çağımızda anksiyete canlılığın, yaşamla mücadele etmenin, yeni şeyler keşfetme ve yaratabilmenin, rekabet ortamında daha olumlu işler yapabilmenin ve kendini kabul ettirebilmenin bir gereği olarak yaşanmaktadır. Anlaşılacağı üzere anksiyete; bireyin kendi varlığına yönelik çeşitli yıkıcı ve bozucu durumlara karşı bir tepkisidir. Anksiyetenin bu olumlu özelliği yanında patolojik boyutlara varmasıyla zararlı tarafları da vardır (10).

Anksiyete hem psikolojik hem de fizyolojik değişikliklere neden olan bir durumdur. Kişiliğin yapısında ve gelişmesinde önemli bir etken olan duygulanım ve coşku durumlarıyla birlikte ortaya çıkan ve onlara eşlik eden fizyolojik belirtiler olduğundan söz edilmiştir. Kişi belli bir tehlike algıladığında ya da öngördüğünde beyin sinir sisteminin otonom sinir sistemi bölümüne mesaj yollar. Otonom sinir sistemi sempatik sinir sistemi ve parasempatik sinir sistemi olarak iki alt bölümden oluşur. Sempatik sinir sistemi vücudun enerjisini arttıran ve harekete hazırlayan kaçma savaşma tepkisinden sorumludur; parasempatik sinir sistemi de vücudu tekrar normal haline geri döndüren ve dinlenme haline geçiren sinir sistemidir. Otonom sinir sisteminin uyarılması ile kan basıncı, kalp atışı, solunum sayısı artar, mide ve bağırsak hareketleri hızlanma, tükürük salgısında azalma, ağız kuruluğu, kan şekerinde artış, göz bebeklerinde genişleme, çizgili kasların gerginliğinde artma, titreme, terleme gibi bulgular görülebilir. Derinin direnci artar. Bütün bu değişimler,

merkezi sinir sisteminde adrenalin ve ona benzer başka kimyasal ileticilerin kan düzeyinin arttığını gösterir. Bu yükselişin oluşturduğu değişmelerin kişi tarafından hissedilmesi kaygı yaratır.

7.2. Anksiyetenin Tarihçesi

Anksiyeteye ilişkin en eski yazılı kanıt milattan önce 3000’lerde yazılan Gılgamış destanıdır. Bu destanda Gılgamış kendi ölümsüzlüğü ile ilgili endişelerini dile getirmektedir (11).

Dilbilimciler tarafından 17. yüzyılda paroksizmal olarak ortaya çıkan şiddetli huzursuzluk, yerinde duramama ve endişe durumları için farklı terimler kullanılmıştır. Benzer durumlar için, aralarında bazı anlam farklılıkları olmakla birlikte Fransızlar *angoisse*, Almanlar *angst* ve İspanyollar ise *angustia* sözcüklerini kullanmışlardır (12).

Anksiyete belirtileri, çok eski zamanlardan beri birçok hekimin ve yazarın dikkatini çekmiş ve değişik toplumsal ya da tıbbi bağlamlar içerisinde çeşitli yazılarda dile getirilmiştir. Mani, histeri ve paranoya gibi terimleri psikiyatriye kazandırmış olan Hipokrat’a göre, her türlü psikiyatrik belirtinin kaynağı beyindir. Hipokrat’ın ruhsal bozukluklarla ilgili metinlerinde korkudan ve amaçsız anksiyete olarak adlandırdığı durumdan söz ettiği bilinir (13).

Ortaçağda anksiyete kavramı tanrı korkusu ile ilgili olarak yorumlanmış, hastalık boyutunda ele alınmamıştır. Teknolojinin gelişimiyle birlikte 17. yüzyıldan başlayarak 18. ve 19. yüzyıllarda doğaya üstünlük sağlamaya çalışan insanoğlu, psikolojide ‘neden/emosyon’ ayrımı üzerinde durmaya başlamıştır. De la Mettrie’nin [1748] ve Descartes [1937] çalışmalarıyla birlikte anksiyete artık psikolojik bir sorun olarak ele alınmaya başlanmıştır (9).

Anksiyeteye ilişkin ciddi tanımlamalara ve açıklamalara 18. Yüzyıldan sonra rastlanmaktadır. Heinrich Neumann’ın 1800’lü yılların ortalarında anksiyetenin,

cinsel ve diğ er dürtülerin doyurulmaması durumunda ortaya çıktığına ilişkin görüşü psikanalitik dönem açıklamaları dikkate alındığında oldukça ilginçtir(14). Karl Ideler doyurulmamış cinsel arzuların ruhsal rahatsızlıklara kaynak teşkil edeceğine olan inancı doğrultusunda bu görüşü tekrarlamıştır (15).

Otto Domrich 1800'lerin ortalarında tıbbi psikoloji alanında ilk kez “anksiyete ataklarından” söz etmiştir. Bu kavram sonradan, Fransız devriminin ardından ortaya çıkan nörosürkülatuvar nevrasteni, asker kalbi, hiperventilasyon sendromu gibi tanımların yerine geçmiştir (15).

Feuchtersleben, 1847'de ilk kez organik hastalıkların neden olduğu anksiyete belirtilerini gözlemiştir. Morel, 1866'da otonomik sinir sistemindeki değişikliklerin emosyonel belirtilere yol açtığından söz etmiştir(15). Anksiyete belirtilerinin birçok hastalıkta görülmesiyle birlikte 1890'larda, fiziksel ve ruhsal belirtilerin adına anksiyete denilen, aynı klinik durumun unsurları olduğu düşüncesi gelişmeye başlamıştır (12).

Freud 1894'te, anksiyetenin fiziksel ve ruhsal belirtilerini bir araya getirerek “anksiyete nevrozu”nu tanımlamıştır. Bu dönemde Freud, yazılarında histeri ve hipokondriazis gibi geleneksel nevrozların psikolojik kökenli olduğunu söylerken, buna karşı anksiyete nevrozunun organik kökenli olduğunu öne sürmüştür (15).

Anksiyete kavramının anlaşılabilmesinde en önemli katkılardan biri Karen Horney'dan gelmiştir. Horney, anksiyete ve korku kavramını sıkça birlikte kullanarak bu iki kavram arasındaki yakınlığı ifade etmiştir (14). Yalom ise varolmanın getirileriyle yüzleşmeden kaynaklanan çatışmanın kaygıya neden olduğunu bildirmiştir (14).

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

7.3. Anksiyetenin Etyolojisi

Etiyolojiye göre değil, klinik özelliklere göre geliştirilmiş bir tanı ve sınıflandırma sistemine dayanması yüzünden anksiyete bozukluklarının ortak etiyolojik modellerini belirtmek zordur. Anksiyetenin psikolojik yönleri üzerinde yıllardır çalışılmaktadır. Anksiyete bozukluklarının biyolojik modelleri ise oldukça yeni ve çok kesin tanımlanmamış olmakla birlikte kuvvetli bulgular üretmektedir. Merkezi sinir sisteminin fizyolojisi ve farmakolojisindeki yeni gelişmeler, anksiyetenin biyolojisini kavrama yönünde yeni bulgular ortaya çıkarmaktadır (16).

Anksiyetenin etyolojisi şu şekilde sıralanabilir.

7.3.1. Psikolojik Yaklaşımlar

7.3.1.1. Psikoanalitik Kuram

Psikoanalitik kuramın gelişiminde anksiyetenin temel bir öneme sahip olduğu bilinir. Freud başlangıçta, 1894 ve 1895'teki yazılarında anksiyeteyi temelde fizyolojik bir tablo olarak ele almıştır. Anksiyete Freud tarafından, bastırılmış düşünce ve dürtülerden kaynağını alan yaygın endişe ve dehşet hissi olarak tanımlandığı gibi, kişiyi altüst eden paniğe benzer, bedensel belirtilerle kendini gösteren bir durum olarak da tanımlanmıştır.

Freud'a göre anksiyete, fiziksel ya da toplumsal çevreden gelen tehlikelere karşı bireyi uyarma, gerekli uyumu sağlama ve yaşamı sürdürebilme işlevlerine katkıda bulunur (17).

Adler, anksiyetenin sebebi olarak aşağılık duyguları üzerinde durur. Adler'e göre kişi toplumla bağlantılarını kaybetmiş hissettiği zaman anksiyete duyar (14).

7.3.1.2. Öğrenme Kuramı

Anksiyete öğrenilmiş bir süreçtir ve açlık, cinsellik gibi biyolojik kökenli birincil dürtüler yanında, yine insanı güdüleyici bir güç olarak görev yapan ikincil bir

dürtüdür. Pavlow'un koşullu (şartlı) refleks teorisine göre de anksiyete, tehlikeli dış uyaranlara karşı organizmanın koşulsuz (şartsız) yanıtı olarak açıklanmaya çalışılmıştır (18).

Watson ve Morgan [1917] ise, yine Pavlow'un klasik koşullanma kuramından yola çıkarak anksiyetenin koşullu bir tepki olduğunu ileri sürmüşlerdir (koşullu anksiyete) (9).

7.3.1.3. Davranışçı ve Bilişsel Kuramlar

Davranışçı kuram öğrenme kuramları üzerine kurulmuş yaklaşımlardır. Davranışçı kurama göre, hem fobiler hem de obsesif kompulsif bozukluk bir koşullanma sonucu oluşmaktadır (19). Anksiyete kişinin ilgisini tehlikeye yöneltmesini sağlar. Tehlike, kişide kaçınma ve güven arayışı davranışlarını geliştirirken, aynı anda kişide fizyolojik belirtilerde de artış olur. Fizyolojik değişiklikler, bilişsel alanda yeni tehlike ve bedensel hastalık düşünceleri (korkudan korku) geliştirir (20).

7.3.1.4. Varoluşçu Yaklaşımlar

Varoluşçu kuram farklı türde bir temel çatışmayı vurgulamaktadır. Ne bastırılmış içgüdüsel çekişmelerle ne de içselleştirilmiş önemli yetişkinlerle olan çatışmayı önemsemektedir, onun yerine bireyin varolmanın getirileriyle yüzleşmesinden kaynaklanan çatışma üzerinde durmaktadır. Varoluşçu kuramda anksiyetenin en önemli nedenleri ölüm, özgürlük, yalıtım ve anlamsızlıktır. Böylelikle "varoluşçu dinamikler" bu dört getiriye, bu nihai kaygılara ve her birinin neden olduğu bilinçli ve bilinçdışı korku ve güdülere gönderme yapmaktadır (14).

7.3.2. Biyolojik Kuramlar

Strese karşı bir ‘uyum yanıtı’ olan anksiyete ve ona eşlik eden duygusal, bedensel ve bilişsel belirtilerin ortaya çıkmasında işitme, görme, koklama gibi dış uyaranlar yanında, çeşitli beyin yapıları, endokrin ve otonom sinir sistemlerinin de önemli rolleri vardır (10).

7.3.2.1. Genetik Çalışmalar

Kalıtımın rolü giderek daha belirgin olmaktadır; birinci derece akrabalarda anksiyete bozukluğu olasılığı %15-18 arasındayken, ikinci derece akrabalarda %6’dır (21).

7.3.2.2. Hayvan Modelleri

Çok sayıda model vardır. Daha çok ilaçlara cevabı önceden tahmin edebilmek için uygulanmaktadır. Kandel, kronik anksiyete ve beklenti anksiyetesi için öne sürdüğü bir hayvan modeli öne sürmüştür. Bu model, normal öğrenme, anksiyetenin öğrenilmesi ve psikoterapi aracılığı ile unutulmanın öğrenilmesinin beyindeki uzun vadeli işlevsel ve yapısal değişikliklerle ilgili olabileceğini iddia etmiştir (16).

7.3.2.3. Nöroendokrin ve Otonom Sinir Sistemi

Uyaranlara verilen cevap olarak; uyanıklık artması, enerji depolarının boşalması, kardiyovasküler işlev artışı gibi adaptif yanıtlarda, hipotalamik-pitüiter-adrenal ekseninde, sempatik ve parasempatik otonom sinir sisteminin uyum işlevi rol oynar. Stres ve tehlike uyaranlarına karşı verilen biyolojik yanıtlar uygunsuz ya da kronik bir şekilde uzun süreli ise, bu uyum güçlüğü anksiyete oluşumuna neden olmaktadır (9).

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

Anksiyete bozukluğu olan kişilerde artmış bazal ACTH (Adrenokortikotropik Hormon) ve kortizol düzeyleri, TRH (Tirotropin Salgılatıcı Hormon)'dan bağımsız TSH (Tiroid Stimulan Hormon) ve prolaktin cevapları, CRF (Kortikotropin Salgılatıcı faktör)'den bağımsız ACTH salınımı, normal kortizol cevapları gibi nöroendokrin değişiklikler saptanmıştır (22).

7.3.2.4. Nöroanatomik Görüşler

İnsan beyinde korku şartlandırılmasının değerlendirilmesi ve ifadesinden sorumlu merkez amigdaladır. Amigdala kortikal ve subkortikal girdiler aracılığıyla öğrenilmiş bilgiler ve duysal girdilerden gelen bilgileri integre ederek, refleks tehlike yanıtını koordine eder. Amigdala medial temporal lobda yer alır ve 13 çekirdekten oluşur. Bunlardan bazal amigdala, lateral amigdala ve santral çekirdek korku yanıtından esas sorumlu yapılardır (23). Lateral amigdala'dan kalkan uyarı beyin sapı ve hipotalamusda yerleşmiş efektör alanlara gider ve akut korku yanıtının otonomik ve davranışsal semptomlarını ortaya çıkartır. Çalışmalar lateral amigdalanın korku şartlanması ile ilgili hafızanın oluşturulması ve plastisiteden sorumlu bölge olduğuna işaret etmektedir (24-25).

8. GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmaya, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığının 05.03.2014 tarihli ve 2013/177 sayılı etik kurul izni alındıktan sonra, Trabzon, Erzurum, Rize ve Artvin illerindeki üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri ve devlet hastanelerinde anesteziyoloji ve reanimasyon kliniklerinde çalışan asistan, uzman ve öğretim üyesi bazındaki hekimler gönüllülük esası ile alındılar. Çalışma dışı bırakılma ölçütleri olarak; nöbet ertesi olma, merkezi sinir sistemini etkileyebilecek ilaç kullanma, çalışmadan önce bilinen endokrinolojik, psikiyatrik veya nörolojik hastalığı olma, gebe olma, son altı ay içinde herhangi bir ciddi sağlık sorunu bulunma, son altı ay içinde herhangi bir nedenle çalışmaya ara vermiş olma kabul edildi.

Katılımcılardan, üç bölümden oluşan anket formunu girişimsel anestezi girişiminin hemen öncesinde doldurmaları istendi. İlk bölümde yaş, cinsiyet gibi bireysel özellikleri, anestezi deneyimini içeren ve girişimsel anestezi yöntemlerini (endotrakeal entübasyon, arteriyel kanülasyon, spinal anestezi, epidural anestezi, santral venöz kateter tatbiki[juguler, subklavien ve femoral venden], diyaliz kateteri tatbiki, kombine spinal epidural anestezi, trakeostomi açılması, periferik bloklar veya algolojik girişimsel ilaç ve akapunktur uygulaması), kaç adet uyguladıklarını ve her girişimsel yöntemin uygulanması sırasında endişe (hiç, çok az, orta, fazla, çok fazla) derecesini sorgulayan sorular soruldu. Her bir soruyu endişe derecelerine göre 1 (hiç) ile 5 (çok fazla) puan üzerinden değerlendirmeleri istendi. İkinci bölümde katılımcıların endişe nedenlerini belirlemeye yönelik hazırlanan 11 soruluk bir anketi yanıtlamaları istendi (Tablo I).

Üçüncü bölümde ise STAI-1 değerlendirme ölçeğinin anlık durumluluk kaygı envanteri kısmı kullanılarak katılımcıların uygulama öncesi anksiyete düzeyleri değerlendirildi. Bu test kısa sözlerden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Yinelenebilir ve yönergesi ölçeğin verilme amacına uygun olarak değiştirilebilmektedir. Başında kısa bir açıklama olup, testin kullanımı için özel eğitim gerektirmemektedir. Her biri 20'şer adet ifade içeren, sürekli ve durumluk kaygıyı ayrı ayrı ölçen iki alt birimden oluşmaktadır. Sürekli kaygı kısmı son 7 gün içerisinde hissedilenleri, diğer alt birim ise o anda hissedilenleri ölçmek üzere planlanmıştır (Tablo II).

Tablo I. Katılımcılara yöneltilen endişe nedenleri ile ilgili anket soruları.

1. ASA III ve üzeri hasta	EVET	HAYIR
2. Acil hasta	EVET	HAYIR
3. Morbid obez hasta	EVET	HAYIR
4. GA uygulanması esnasında odada başka kişilerin olması	EVET	HAYIR
5. GA uygulamasının başkasına yaptırılıyor olması	EVET	HAYIR
6. GA uygulanması esnasında hastada oluşabilecek komplikasyonlar	EVET	HAYIR
7. GA uygulanması sonrasında hastada oluşabilecek komplikasyonlar	EVET	HAYIR
8. Hastanın tek bir anestezi yönteminde ısrar etmesi	EVET	HAYIR
9. GA malzemelerinin kalitesiz olması	EVET	HAYIR
10. Hastanın sosyokültürel statüsü	EVET	HAYIR
11. Cerrahın yada başka hekimlerin anestezi yönteminize müdahale isteği	EVET	HAYIR

GA: Girişimsel Anestezi

Tablo II. Süreksiz (Anlık) Durumluk Kaygı Envanteri 1 (*State Trait Inventory Index-STAI-1*).

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

Katılımcılardan, ölçekte yer alan her bir ifade için “hiç”, “biraz”, “çok” ya da “tamamiyle” seçeneklerinden kendilerine en uygun olanını işaretlemeleri istendi. Ölçekte yer alan 3., 4., 6., 7., 9., 12., 13., 14., 17. ve 18. maddeler için pozitif (toplam kaygı puanını artıran), 1., 2., 5., 8., 10., 11., 15., 16., 19. ve 20. maddeler için ise negatif (toplam kaygı puanını azaltan) puanlar verilmektedir. Puanlama, elle puanlama ve bilgisayarda puanlama olarak 2 şekilde yapılabilir. Çalışmamızda elle puanlama yöntemini kullanmayı seçtik. Değerlendirme yapılırken her madde için maddenin pozitif ya da negatif özelliğine göre 1 (ya da -1) ile 4 (ya da -4) arasında bir puan verilmekte olup, elde edilecek toplam puana 50 eklenmektedir. En yüksek puan 80, en düşük puan ise 20’dir. 20 ila 44 arası puan kaygısız, 45 ila 80 arası puan ise kaygılıdır. Toplam kaygı puanı ne kadar yüksek ise ölçeği dolduran kişinin kaygı düzeyi o kadar fazladır (26).

Çalışmamıza toplamda 200 anesteziist katılmış olup bunlardan 14 kişi nöbet ertesi olması, 12 kişi santral sinir sistemini etkileyen ilaç kullanımı, 6 kişi daha önceden tanı almış bir endokrinolojik psikiyatrik veya nörolojik hastalık varlığı, 2 kişi gebe olması, 2 kişi son altı ay içinde ciddi sağlık sorunları olması, 2 kişi nöbet ertesi ve tanı almış bir endokrinolojik psikiyatrik veya nörolojik hastalık varlığı, 2 kişi nöbet ertesi ve gebe olması, 2 kişi santral sinir sistemini etkileyen ilaç kullanımı ve tanı almış bir endokrinolojik psikiyatrik veya nörolojik hastalık varlığı, 6 kişi gebe olması ve son altı ay içinde klinik çalışmasına ara vermesi, 2 kişi son altı ay içinde ciddi sağlık sorunları olması ve son altı ay içinde klinik çalışmasına ara vermesi nedeniyle toplamda 52 kişi dışlama kriterleri çerçevesinde çalışma dışı bırakılmışlardır.

Çalışmaya dahil edilen kişilerin verileri SPSS 13.0.1 versiyon 9069727 lisans numaralı istatistik programına aktarıldı. Ortalama değerler aritmetik ortalama±standart sapma olarak gösterildi. Gruplar arası karşılaştırmalarda Student t testi, Chi-square test kullanıldı. Grup içi veriler Chi-square test ile değerlendirildi. Kaygı puanlarının diğer parametreler arasındaki korelasyonu için;normal dağılıma uyan verilerde Student t testi, normal dağılıma uymayan verilerde Mann-Whitney U testi kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile kontrol edildi. $p<0.05$ anlamlı kabul edildi.

9. BULGULAR

Çalışmaya alınan 148 anestezi uzmanının bireysel özellikleri Tablo III'te görülmektedir. Dikkate değer yüzdeler; anestezi uygulayıcılarının % 67,6'sı anestezi deneyiminden bağımsız bir şekilde ASA III ve üzeri hastaya girişimsel anestezi uygulamaktan kaygı duymaktadırlar. Anestezi uygulayıcılarının % 74,3'ü hastanın acil olmasından ve yine % 74,3'sü morbid obez hasta olmasından endişelenmektedir. Yine acil hastaya girişimde bulunmak 0-5 yıllık uzman hekimlerin % 66,7'sini etkilemektedir. Girişimsel anestezi uygulanması esnasında operasyon odasında diğer kişilerin varlığı tüm katılımcıların % 27'sini etkilerken, bu oran 5-10 yıllık uzman anestezi uzmanları için % 8,3 ve 10 yıldan uzun süreli uzman hekimler için ise % 25 olarak bulunmuştur. İşlemin bir başkasına yaptırılıyor olması toplamda % 54,1 katılımcıyı endişelendirirken, bu oran 0-5 yıllık uzmanlarda % 58,3'e yükselmektedir. Uygulama sırasında ve sonrasında hastalarda oluşabilecek komplikasyonlar 0-11 ay anestezi deneyimi olan katılımcıların % 91,7'sini ve tüm katılımcıların % 79,7'sini etkilemektedir. Girişimsel anestezi uygulamalarında kullanılan malzeme kalitesizliği % 86,5 katılımcıyı olumsuz yönde etkilemektedir. Uygulamanın yapılacağı hastanın sosyokültürel statüsü tüm katılımcıların % 40,5'ini etkilerken, 12-23 ay anestezi deneyimi olan katılımcıların % 57,1'ini etkilemektedir. Cerrahın yada başka hekimlerin anestezi yöntemine müdahale isteği tüm grupların % 67,6'sını endişelendirmektedir (Tablo IV).

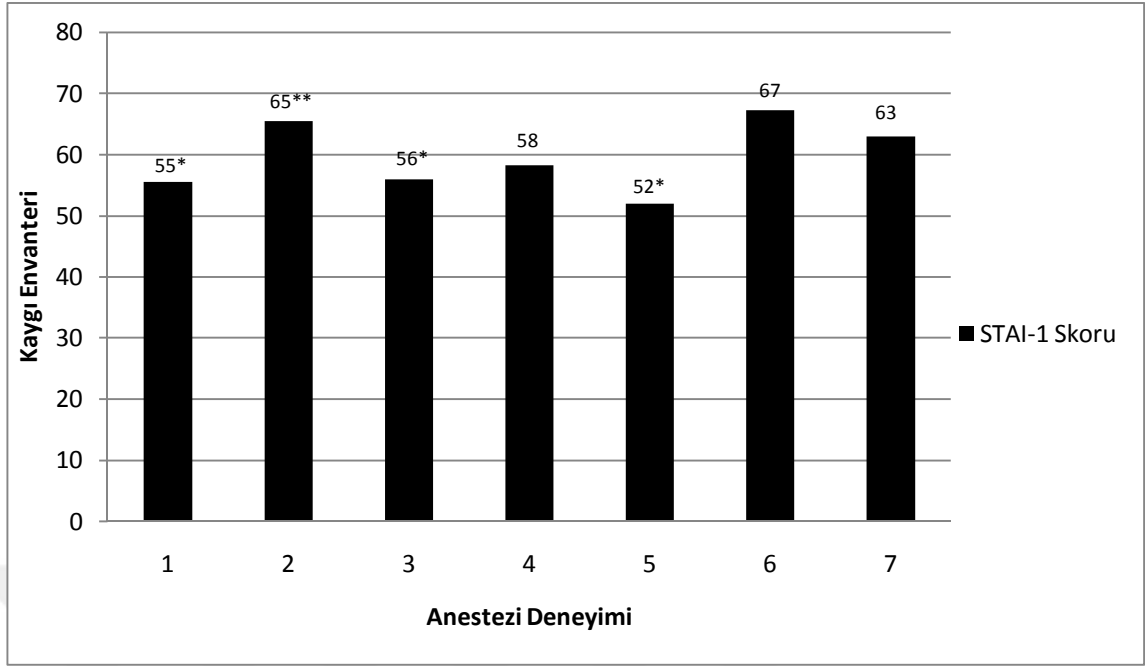
Tablo III. Katılımcıların bireysel özellikleri.

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kadın	82	55,4
Erkek	66	44,6
Workshop'a katılmış	58	39,2
Workshop'a katılmamış	90	60,8
Yaş		
20-24 yaş	2	1,4
25-29 yaş	38	25,7
30-34 yaş	36	24,3
35-39 yaş	18	12,2
40-49 yaş	40	27,0
50 yaş üzeri	14	9,5
Anestezi Deneyimi		
0-11 ay	24	16,2
12-23 ay	14	9,5
24-35 ay	12	8,1
36-47 ay	30	20,3
0-5 yıl uzman	12	8,1
5-10 yıl uzman	24	16,2
10 yıldan uzun süre uzman	32	21,6

Tablo IV. Girişimsel anestezi uygulayıcılarına hastalarla ilgili yöneltilen anket sorularına evet yanıtı veren anestezi deneyimleri farklı katılımcıların oranı (%).

	1	2	3	4	5	6	7	T
ASA III ve üzeri hasta (%)	66,7	100	66,7	80,0	50,0	50,0	62,5	67,6
Acil hasta (%)	83,3	100	66,7	80,0	66,7	75,0	56,3	74,3
Morbid obez hasta (%)	58,3	71,4	50,0	80,0	83,3	91,7	75,0	74,3
İşlem sırasında başka kişilerin varlığı (%)	33,3	28,6	33,3	33,3	33,3	8,3	25,0	27,0
İşlemin başkasına yaptırılıyor olması (%)	41,7	71,4	33,3	60,0	50,0	58,3	56,3	54,1
Uygulamada hastada oluşabilecek komp. (%)	83,3	100	83,3	73,3	66,7	58,3	75,0	75,7
Uygulama sonrasında oluşacak komp. (%)	91,7	100	66,7	80,0	83,3	75,0	68,8	79,7
Hastanın tek bir anestezi yöntemi ısrarı (%)	50,0	85,7	50,0	46,7	50,0	33,3	50,0	50,0
GA malzemelerinin kalitesiz olması (%)	91,7	100	66,7	93,3	66,7	100	75,0	86,5
Hastanın sosyokültürel statüsü (%)	66,7	57,1	33,3	26,7	33,3	25,0	43,8	40,5
Başka hekimlerin GA'ye müdahale isteği (%)	91,7	85,7	50,0	73,3	33,3	66,7	56,3	67,6

GA: Girişimsel anestezi, anestezi deneyimlerine göre gruplar [1= (0-11 ay), 2=(12-23) ay, 3=(24-35) ay, 4=(36-47) ay, 5=(0-5) yıl uzman, 6=(5-10) yıl uzman, 7=10 yıldan fazla uzman, T=Tüm Gruplar].



Şekil I. Anestezi deneyimi ve kaygı envanteri ilişkisi.

1= 0-11 ay, 2= 12-23 ay, 3= 24-35 ay, 4= 36-47 ay, 5= 0-5 yıl uzman, 6= 5-10 yıl uzman, 7= 10 yıldan fazla uzman

* 6= (5-10 yıl uzman) ile karşılaştırıldığında ($p < 0.05$),

**1= (0-11 ay) ile karşılaştırıldığında ($p < 0,05$)

Katılımcılar anksiyete skorları açısından değerlendirildiklerinde; en yüksek anksiyete skoru 5-10 yıl uzman katılımcılarda saptanmıştır ($67,25 \pm 10,99$). Bu skor deneyim azaldıkça düşmekte olup, 0-11 ay arasında ($55,5 \pm 17,07$) değerindedir. Bu dönemdeki durumlilik anksiyete skoru 5-10 yıl uzman değeri ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azalmaktadır. ($p = 0,05$) Anksiyete skoru 12-23 ay olanlarda 0-11 ay arasında olanlara göre artmış olup ($65,42 \pm 8,62$) bu iki grup arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yükselmektedir ($p = 0,023$). İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da 12-23 aydan itibaren uzmanlığın ilk 5 yılına kadar sürede [36-47 ay olanlar hariç] anksiyete skoru düşmeye eğilimi göstermiştir.

0-5 yıl uzman olanlarda durumluluk anksiyete skoru 5-10 yıl uzman değeri ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azalmaktadır.(p=0,05) 10 yıldan uzun süreli uzmanların anksiyete skorları ise (63±19,48) olarak saptanmıştır. Bu değer 5-10 yıl uzman katılımcıların değerleri ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir şekilde azalma göstermektedir.(p=0,306) (Şekil 1).

Tablo V. Cinsiyet ve kaygı envanteri ilişkisi.

	Ortalama	Standart Sapma
Kadın	61,09	15,92
Erkek	59,27	18,21

Katılımcıların anksiyete skorlarının cinsiyetle ilişkisine bakıldığında; cinsiyetle anksiyete skorları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p=0.811) (Tablo V).

10. TARTIŞMA

Anksiyete bozukluklarının tam mekanizması bilinmemektedir. Anksiyete nöbetlerini çevresel ve fiziksel nedenler tetiklemektedir ve sübjektif bir kavram olduğundan sayısal bir değer olarak ortaya konulması güçtür. Barret ve ark. 1988, Bardner ve ark. 1990 ve Domar ve ark. 1989 yıllarında gerçekleştirdikleri anksiyete düzeyleri ile ilgili muhtelif çalışmalarında sürekli ve durumluk anksiyete düzeylerinin erkeklere oranla kadınlarda yüksek olduğu görülmüştür (2,27-28). Çalışmamızda anksiyete skorları açısından kadın erkek farkı görülmemiştir.

Eğitim durumu ile anksiyete ilişkisi için değişik değerlendirmeler yapılmıştır. Domar ve ark. (28) eğitim düzeyi ile anksiyete düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır. Bu araştırmacıların aksine Kindler ve ark. (29) ile Svensson ve ark. (30) yaptıkları çalışmalarda, eğitim düzeyi düştükçe anksiyetenin daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Çalışmaya kıdemleri farklı anesteziyologlar dahil edildi ve tam bir korelasyon olmasa da kıdem düzeyi ile anksiyete arasında doğru bir orantı olduğu tespit edildi.

Yapılan çalışmalar; anesteziistlerin % 30'u kendilerini çoğu zaman stres altında hissederken, % 5'i her zaman stres altında hissettiklerini göstermektedir(31). Stres altında hissedenlerin % 33'ü streslerini ciddi stres ve % 7'si ise çok ciddi stres olarak tanımlamıştır. İş ortamıyla ilişkili stres faktörleri; kontrol edememek (% 42), zoraki arkadaşlık ilişkileri (% 25), fazla iş yükü (% 24), zor iş (% 6) ve hukuki kaygı (% 3) olarak sıralanabilir (7,31,32).

Anesteziyologlar, ameliyathanede veya yoğun bakım birimlerinde çalışmakta ve hastaların yaşam fonksiyonlarını doğrudan etkileyebilecek kritik durumlarla daha sık karşılaşmaktadırlar (33). Acil girişimde bulunmanın ruhsal ve fiziksel yükünün yanında, özellikle, ciddi hastalıklarla yüz yüze olmak, ileri teknoloji ürünü donanım kullanmak ve diğer meslek gruplarının üyeleri tarafından takdir edilemiyor olmak anesteziistlerin stresini artırmaktadır (34). Son yıllarda yapılan bir çalışmada anesteziistlerin en büyük stres kaynağının özellikle genel durumu bozuk hastalarla

karşılaşmaları ve hukuki kaygı olarak belirlenmiştir (33). Çalışmamızda da benzer veriler tespit edilmiş tüm gruplarda ASA III ve üzeri hasta, acil hasta ve morbid obez hasta ile karşılaşmada yüksek endişe düzeyi varlığı görülmüştür.

Saçan ve ark. 2010 yılında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniğinde anesteziyologlar üzerinde yapmış olduğu bir çalışmada rejyonel anestezi uygulayıcılarında anksiyete değerlendirilmiş olup sonuçlar çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. STAI-1 ile ölçülen en yüksek anksiyete skoru 0-11 ay arası katılımcılarda saptanmıştır. Bu skor deneyim arttıkça düşmekte olup, 24-35 ay arasında anksiyete skoru 0-11 ay değeri ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir değerdir. Anksiyete skoru 36. aydan sonra istatistiksel olarak anlamlı olmasa da yükselmektedir. Yine istatistiksel olarak anlamlı olmasa da uzmanlığın ilk 5 yılına kadar sürede anksiyete skoru yükselmeye devam etmiştir. Beş-on yıl süreli ve 10 yıldan uzun süreli uzmanların anksiyete skorları 0-11 ay arası katılımcıların değerleri ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (35). Çalışmamızda ise mevcut çalışmadan farklı olarak en yüksek anksiyete skoru 5-10 yıl uzman katılımcılarda saptanmıştır. Bu skor deneyim azaldıkça düşmekte olup, 0-11 ay arasında 5-10 yıl uzman değeri ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azalmaktadır. Anksiyete skoru 12-23 ay olanlarda 0-11 ay arasında olanlara göre artmış olup bu iki grup arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yükselmektedir. 0-5 yıl uzman olanlarda durumluluk anksiyete skoru 5-10 yıl uzman değeri ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azalmaktadır.

Saçan ve ark. çalışmasında katılımcıların anksiyete skorlarının cinsiyetle ilişkisine bakıldığında; cinsiyetle anksiyete skorları arasında fark bulunmamıştır (35). Çalışmamızda da mevcut veriler aynı şekilde cinsiyet ile anksiyete skorları arasında anlamlı bir farkın olmadığını göstermektedir.

Demiral ve ark. 2006 yılında üniversite hastanesinde çalışan hekimlerde iş doyumunun anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisi incelemek üzere yaptıkları bir çalışmada çalışmaya katılan hekimlerdeki depresyon sıklığı %27,4, anksiyete sıklığı %18,9 olarak saptanmıştır (36). Yine aynı çalışmada elde edilen verilerle iş doyumunu ve anksiyete arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (36).

Ocaktan ve ark. 2002 yılında yapmış olduğu sağlık ocaklarında çalışan sağlık personelinde Spielberger Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyi çalışmasında Meslekte çalışma süresi 10 yıl ve halen çalışmakta olduğu kurumdaki görev süresi 5 yıldan fazla olanlarda çalışma süresi daha az olanlara göre, sürekli kaygı puanlarının anlamlı ölçüde yüksek olduğu bulunmuştur (37). Çalışmamızda yer alan veriler mevcut çalışmada yer alan bu veriyi destekler niteliktedir ancak çalışma süresiyle anksiyete arasında tam bir korelasyon kurulamamıştır.

Karşıdağ ve ark. 2008 yılında yapmış olduğu Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinde Depresyon ve Anksiyete Sıklığının Saptanması ve Sosyodemografik Faktörlerin Araştırılması tez çalışmasında bizim çalışmamızdan farklı olarak hekimlerde anksiyete düzeylerinin araştırılmasında 1988'de Beck, Epstein, Brown ve Steer tarafından geliştirilen 21 maddelik likert tipi kendini değerlendirmeli bir ölçek olan Beck Anksiyete ölçeği kullanılmış olup meslektaşları tarafından yeterince destek gördüğüne inanma durumuna göre yapılan değerlendirmede Beck anksiyete puanları istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık göstermektedir, destek görmediğini ifade eden hekimlerin Beck anksiyete puanları destek gören ve kısmen destek gören hekimlerden anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır(38). Günlük hayatta kendisine ve diğer uğraşlara vakit ayıramayan hekimlerin Beck anksiyete puanları anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır (38).

Asistan olarak çalışma sürelerine göre Beck depresyon ve anksiyete puanları anlamlı farklılık göstermemektedir (38). Çalışmamız mevcut çalışma ile benzer veriler içersede asistan olarak çalışma süresi doğrudan anksiyete üzerinde anlamlı bir fark bulunmuştur.

İş yerinden memnun olma durumuna göre yapılan değerlendirmede Beck anksiyete puanları istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık göstermektedir, isyerinden memnun olan hekimlerin Beck anksiyete puanları memnun olmayan ve kararsız olan hekimlerden anlamlı düzeyde düşük olarak saptanmıştır (38).

Çalışmamızda bazı kısıtlı yönler bulunmaktadır. Araştırmaya alınan gönüllüler çalışmaya kör olamamıştır, çünkü denekler gönüllü olarak katılmış ve ön bilgi verilmek zorunda kalmıştır. Diğer bir kısıtlı yönü de katılımcıların duygu durumlarını ve anksiyetelerini tam olarak değerlendirmenin de zor olduğunu düşünmekteyiz. Katılımcıların başka nedenlerden dolayı gelişebilecek bir anksiyete açısından değerlendirilmemiş olması da çalışmamızın kısıtlılıklarındandır.

11. SONUÇ

Sonuç olarak, anestezi asistan ve uzmanlarının görüş ve deneyimleri doğrultusunda anksiyete skorlarının değerlendirildiği bu çalışmada, kıdemsiz asistanların anksiyete skorları düşük bulunmuştur. Bunun nedeni anesteziye hâkim olamamak ve sorumluluk altında olmamak olabilir. Kıdem arttıkça artan anksiyete; anesteziyi ve risklerini öğrenmek ve daha fazla sorumluluk almakla ilişkilendirilebilir. Daha sonraki yıllarda kıdemle azalan anksiyetenin, deneyimle ve anesteziye tam olarak hâkim olmakla bağlantılı olabileceği kanısındayız.



12. KAYNAKLAR

1. Freud S. Inhibitions, Symptoms and Anxiety. In the standard edition of the complete psychological Works of Sigmund Freud, Hogart Pres, London 1959;10:5-15.
2. Barret JE, Barret JA, Oxman TE, Gerber PD. The prevalence of psychiatric disorders in a primary care. Arch Gen Psychiatry 1988;45:1100-6.
3. Alacacioğlu A, Yavuzşen T, Diriöz M, Yeşil L, Bayrı D, Yılmaz U. Kemoterapi alan kanser hastalarında anksiyete düzeylerindeki değişiklikler. Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi 2007;17:87-93.
4. Sarıcaoğlu F, Akıncı SB, Gözaçan A, Güner B, Rezaki M, Aypar Ü. Gece ve gündüz vardiya çalışmasının bir grup anestezi asistanının dikkat ve anksiyete düzeyleri üzerine etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 2005;16:106-12.
5. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press;1970.
6. Öner N, Le Compte A. Süreksiz Durumluk/ Sürekli Kaygı Envanteri. 2. Basım. İstanbul:Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, 1998.
7. Seeley HF. The practice of anaesthesia - a stressor for the middle-aged? Anaesthesia 1996;51:571-4.
8. Chia AC, Irwin MG, Lee PW. Comparison of stress in anaesthetic trainees between Hong Kong and Victoria, Australia. Anaesth Intensive Care 2008;36:855-62.
9. Işık E. Anksiyete Bozuklukları. İstanbul: Golden Print, 2006:4-26.
10. Çevik A. Yaygın anksiyete bozukluğunun kliniği. 2. Anksiyete Bozuklukları Sempozyumu, Doğan O. (eds). Sivas Cumhuriyet Üniv. Tıp Fak. Basımevi 1993:25-33.
11. Noyes R, Hoehn Saric R. The Anxiety Disorders. In: Şar V (Ed). Anksiyete Bozuklukları. İstanbul: Csa Medikal & Paramedikal Yayıncılık, 1998:4-25.
12. Berrios GE. The History of Mental Symptoms. Cambridge; Cambridge University Pres, 1996:504-505.
13. Stone MH. Healing the Mind: A history of psychiatry from antiquity to the present. New York; W.W Norton & Company, 1997:1-10.
14. Yalom I. Varoluşçu psikoterapi. İstanbul: Kabalcı Yayınevi, 2001:3-15.

15. Nutt D, Argyropoulos S, Forshall S. Generalized Anxiety Disorder: Diagnosis, treatment and its relationship to other anxiety disorders. London; Martin Dunitz, 1998:1-4.
16. Kırpınar İ. Anksiyete bozukluklarının etyolojisi, Anksiyete Monograflan Serisi-2, Ankara: Medikomat, 1995:54-89.
17. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 8. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 2001:6-24.
18. Gökalp G. Psikodinamik açıdan anksiyete kavramı ve anksiyete bozuklukları. In: Anksiyete Bozuklukları. Tükel R, Alkın T. (Eds). 1. Baskı. Ankara: Pozitif Matbaa, 2006:15-27.
19. Marks IM. Fears, Phobias and Rituals. New York: Oxford University Pres, 1987.
20. Şahin AR. Anksiyete bozukluklarının epidemiyolojisi, 2. Anksiyete Bozukluklar Sempozyumu, Doğan O. (Eds). Sivas Cumhuriyet Üniv. Tıp Fak. Basımevi,1993:7-9.
21. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Ankara, Hekimler Yay. Birliği, 1994: 263-276.60.
22. Whitty PM, Shaw LH, Goodwin DR. Patient satisfaction with general anaesthesia. Anaesthesia 1996;51:327-332.59.
23. Sotres-bayon F, Cain CK, Ledoux JE. Brain mechanisms of fear extinction. Historical perspectives on the contribution of prefrontal cortex. Biol psychiatry 2006; 60(4):329-336.
24. Rauch SL, Savage CR, Alpert NM, Fichman AJ, Jenike MA. The functional neuroanatomy of anxiety: A study of three disorders using positron emission tomography and symptom provocation. Biol Psychiatry 1997;42:446-452.
25. Alkın T, Alptekin K: Yaygın anksiyete bozukluğu, Anksiyete Monograflan Serisi-4, Ankara: Medikomat, 1995:149-180.
26. Alimoğlu E, Alimoğlu MK, Kabaalioğlu A. Mamografi çekimine bağlı ağrı ve kaygı. Tanısal ve Girişimsel Radyoloji 2004;10:213-7.
27. Badner NH, Nielson WR, Munk S, Kwiatkowska C, Gelb AW. Preoperative anxiety: detection and contributing factors. Can J Anaesth 1990;37:444-7.
28. Domar AD, Everett LL, Keller MG: Preoperative anxiety: is it a predictable entity? Anesth Analg 1989;69:763-7.

29. 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. *Anesth Analg* 2000;90:706-12.
30. Svensson I, Haljamae H, Sjöström B: Influence of expectations and actual pain experience on satisfaction with postoperative pain management. *Eur J Pain* 2001;5:125-33.
31. Angel RE, Brunch KW, Bose R et al. Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland Annual Report 1995/96. *Anaesthesia* 1997;52:815-29.
32. Dickson DE. Stress. *Anaesthesia* 1996;51:523-4.
33. Nyssen AS, Hansez I, Baele P, Lamy M, De Keyser V. Occupational stress and burnout in anaesthesia. *Br J Anaesth* 2003;90:333-7.
34. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job satisfaction. *JAMA* 2002;288:1987-93.
35. Saçan Ö., Taşpınar V., Yıldız N., Başkan S., Dikmen B., Göğüş N Rejyonel Anestezi Uygulayıcılarında Anksiyete Türk Anestezi Reanimasyon Derneği Dergisi 2010; 38(1):28-34
36. Demiral Y, Akvardar Y, Ergör A, Ergör Y: Üniversite Hastanesinde Çalışan Hekimlerde İş Doyumunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerine Etkisi, İzmir, 2006 Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi Cilt 20, Sayı 3, (Eylül) 2006, S: 157 – 164.
37. Ocaktan ME, Keklil A, Çöl M: Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanlığı'na Bağlı Sağlık Ocaklarında Çalışan Sağlık Personelinde Spielberger Durumluluk ve Sürekli Kaygı Düzeyi, Ankara ,Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası Cilt 55, Say 1, 2002 S: 21-28.
38. Karşıdağ Ç, Ünal FE: Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinde Depresyon ve Anksiyete Sıklığının Saptanması ve Sosyodemografik Faktörlerin Araştırılması [Tez] İstanbul: T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi ; 2008.

13.EKLER

13.1.Bilgilendirme ve Onam Formu Örneđi

K.T.Ü. TIP FAKÜLTESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON
ANABİLİM DALI

Anesteziyoloji ve Reanimasyon Araştırma görevlisi, Uzman, Öğretim Üyesi düzeyinde 20-70 yaş arası hekimlerdeki girişimsel anestezi uygulamalarındaki anksiyete düzeyinin araştırılması çalışması.

BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU

Yrd. Doç. Dr. Mehmet Salih ÇOLAK, Öğ. Gör. Dr. Ahmet BEŞİR ve Arş. Gör. Dr. Mehmet Emre BEYAZTAŞ tarafından yürütülmekte olan bu araştırma, girişimsel anestezi uygulaması esnasında uygulayıcılarda oluşabilecek kaygı düzeylerini belirlemeyi amaçlamaktadır. Bu amaçla çalışmaya katılan sağlıklı gönüllüler anksiyete anketi ile değerlendirilecektir.

Bu çalışmada sağlıklı gönüllüler fiziksel ve ruhsal yönden zarar görmeyecektir. Zarar görmesi durumunda tedavisi tarafımızca sağlanacaktır.

Araştırma sonuçları bilimsel amaçla kullanılacak, kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.Bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Ek bilgi talebiniz olursa sözlü olarak karşılanacaktır.

Bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız lütfen aşağıdaki bölüme adınızı, soyadınızı yazıp tarih ve imza atınız.

YUKARIDA BELİRTİLEN KOSULLAR ÇERÇEVESİNDE ÇALIŞMAYA KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

ADI SOYADI :

TARİH :

İMZA :