

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

**GENEL VEYA SPİNAL ANESTEZİ ALTINDA YAPILAN ELEKTİF  
HİSTEREKTOMİ OPERASYONLARINDA, AMELİYAT ÖNCESİ VE SONRASI  
ANKSİYETE VE HASTA MEMNUNİYETİNİN ANKET ÇALIŞMASIYLA  
KARŞILAŞTIRILMASI**

**COMPARISON OF ANXIETY AND PATIENT SATISFACTION BEFORE AND  
AFTER ELECTIVE HYSTERECTOMY UNDER GENERAL OR SPINAL  
ANESTHESIA**

**Uzmanlık Tezi**

**Dr. Mustafa Levent ÇETİN**

**TRABZON - 2012**

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

**GENEL VEYA SPİNAL ANESTEZİ ALTINDA YAPILAN ELEKTİF  
HİSTEREKTOMİ OPERASYONLARINDA, AMELİYAT ÖNCESİ VE SONRASI  
ANKSİYETE VE HASTA MEMNUNİYETİNİN ANKET ÇALIŞMASIYLA  
KARŞILAŞTIRILMASI**

**COMPARISON OF ANXIETY AND PATIENT SATISFACTION BEFORE AND  
AFTER ELECTIVE HYSTERECTOMY UNDER GENERAL OR SPINAL  
ANESTHESIA**

**Uzmanlık Tezi**

**Dr. Mustafa Levent ÇETİN**

**Tez Danışmanı  
Yrd. Doç. Dr. Davud DOHMAN**

**TRABZON - 2012**

## ÖNSÖZ

Anestezist olma yolunda her konuda desteğini esirgemeyen ve bu tezin hazırlanmasında anafikri benimle paylaşan **Prof. Dr. Nesrin ERCİYES**'e;

Hayata güleryüze, espriyle yaklaşmayı ve 'güven nasıl duyulur?'u öğreten tez hocam **Yrd. Doç. Dr. Davud DOHMAN**'a ve tez çalışmam esnasında kendime gölgem kadar yakın hissettiğim **Doç. Dr. Ahmet Can ŞENEL**'e;

Anafikri tez konusuna çevirme konusunda her zaman olduğu gibi bu sefer de bana ilham kaynağı olan canım annem **Güler ÇETİN**'e;

Benimle asistanlık yapan, asistanlığın her anında yanımda olan, bıkmadan usanmadan işlerimin bitmesini bekleyen, zamanlarının çoğunu bana feda eden sevgili eşim **Çiğdem ÇETİN** ve biricik (şimdilik) kızım **Belis ÇETİN**'e;

Tez konusu ve kaynak temininde yardımlarını esirgemeyen **Prof. Dr. Dilek ÖZCENGİZ**'e;

Tez istatistiklerinde yardımcı olan **Prof. Dr. Gamze ÇAN**'a;

Hasta bulma konusunda en az benim kadar yorulan, çabalayan poliklinik **Hemşiremiz Yasemin USTAOĞLU**'na;

Tez çalışmalarım sırasında anket sorularına sıkılmadan yanıt veren ve bu çalışmanın ortaya çıkmasına katkıda bulunan isimsiz kahramanlara ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi çalışanlarına:

**SONSUZ TEŞEKKÜRLERİMLE...**

Dr. Mustafa Levent ÇETİN  
Trabzon, 2012

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖNSÖZ.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
TABLolar DİZİNİ.....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Anksiyete Kavramının Tarihçesi.....	3
2.2. Anksiyeteyi Açıklayan Kuramlar.....	5
2.2.1. Psikanalitik Kuram.....	5
2.2.2. Öğrenme Kuramı.....	8
2.2.3. Davranışçı ve Bilişsel Kuram.....	9
2.2.4. Varoluşçu Kuram .....	11
2.2.5. Anksiyetenin Nöropsikolojik Yönü .....	11
2.3. Anksiyeteyi Açıklayan Biyolojik Kuramlar.....	12
2.3.1. Otonom Sinir Sistemi .....	12
2.3.2. Nörotransmitterler .....	13
2.3.2.1. Norepinefrin (NE) .....	13
2.3.2.2. Serotonin (5-HT <sub>3</sub> ).....	14
2.3.2.3. Gama Aminobutirik Asit (GABA).....	14
2.3.3. Genetik Çalışmalar.....	14
2.3.4. Nöroanatomik Görüşler.....	15
2.3.4.1. Limbik Sistem .....	15
2.3.4.2. Serebral Korteks .....	15
2.4. Preoperatif Anksiyete .....	15
2.5. Anestezi ile İlgili Endişe Nedenleri.....	17
2.6. Ameliyat Öncesi Psikolojik Hazırlama .....	17
2.7. Hasta Memnuniyeti .....	18
2.7.1. Tanım .....	18
2.7.2. Hasta Bağlılığı.....	20

2.8. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Etmenler .....	20
2.9. Anestezi Memnuniyetinin (Tatmininin) ve Kalitesinin Ölçülmesi: Psikometrik Yöntem.....	21
3. MATERYAL VE METOD .....	25
3.1. Araştırma Modeli .....	25
3.2. Araştırma Evreni ve Örneklemi .....	25
3.3. Veri Toplama Araçları.....	26
3.3.1. STAI (State Trait Anxiety Inventory= Durumluk ve Süreklilik Kaygı Ölçeği) .....	26
3.3.2. QoR-40 (Quality of Recovery Score- 40) .....	30
3.3.3. İstatistiksel İşlemler .....	32
4. BULGULAR .....	33
4.1. Genel Değerler .....	33
4.2. Demografik Özellikler.....	34
4.3. Durumluk Kaygı Ölçeğine Ait Genel Bulgular.....	35
4.3.1. Yaş Gruplarına Göre Durumluk Kaygı Ölçeğine Ait Bulgular.....	36
4.3.2. Eğitim Düzeyine Göre Durumluk Kaygı Ölçeğine Ait Bulgular.....	37
4.3.3. Medeni Hale Göre Durumluk Kaygı Ölçeğine Ait Bulgular .....	39
4.3.4. Çocuk Sayısına Göre Durumluk Kaygı Ölçeğine Ait Bulgular .....	40
4.3.5. Meslek Durumuna Göre Durumluk Kaygı Ölçeğine Ait Bulgular .....	41
4.3.6. Operasyon Öyküsüne Göre Durumluk Kaygı Ölçeğine Ait Bulgular.....	43
4.3.7. Fiziksel Durum Skalası (ASA) Durumuna Göre Durumluk Kaygı Ölçeğine Ait Bulgular.....	44
4.3.8. Anestezi Türüne Göre Durumluk Kaygı Ölçeğine Ait Bulgular.....	45
4.4. Ameliyat Öncesi Anesteziyle İlgili Genel Kaygı Nedenleri .....	46
4.4.1. Yaş Gruplarına Göre Kaygı Nedenleri.....	48
4.4.2. Eğitim Durumuna Göre Kaygı Nedeni.....	49
4.4.3. Medeni Hale Göre Kaygı Nedeni.....	51
4.4.4. Çocuk Sayısına Göre Kaygı Nedeni.....	52
4.4.5. Meslek Durumuna Göre Kaygı Nedeni.....	54
4.4.6. Operasyon Öyküsüne Göre Kaygı Nedeni .....	55
4.4.7. Fiziksel Durum Skalasına (ASA) Göre Kaygı Nedeni .....	57
4.4.8. Anestezi Türüne Göre Kaygı Nedeni .....	58
4.5. Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi .....	59
5. TARTIŞMA.....	62

6. SONUÇLAR.....	66
7. ÖZET .....	69
8. SUMMARY .....	70
9. KAYNAKLAR.....	71
10. EKLER .....	76

## TABLOLAR DİZİNİ

	<b>Sayfa No</b>
Tablo 1. Genel Değerler.....	33
Tablo 2. Demografik Özellikler .....	35
Tablo 3. Genel STAI Değerleri.....	36
Tablo 4. Genel STAI-I Sonuçlarının T-Testi .....	36
Tablo 5. Yaş Gruplarına Göre STAI Değerleri.....	37
Tablo 6. Yaş Gruplarına Göre T-Testi .....	37
Tablo 7. Eğitim Durumuna Göre STAI Değerleri .....	38
Tablo 8. Eğitim Durumuna Göre T-Test.....	39
Tablo 9. Eğitim Durumuna Göre ANOVA Sonuçları.....	39
Tablo 10. Medeni Hale Göre STAI Değerleri.....	39
Tablo 11. Medeni Hale Göre T-Test.....	40
Tablo 12. Çocuk Sayısına Göre STAI Değerleri .....	41
Tablo 13. Çocuk Sayısına Göre T-Test.....	41
Tablo 14. Meslek Durumuna Göre STAI Değerleri .....	42
Tablo 15. Meslek Durumuna Göre T-Test.....	42
Tablo 16. Operasyon Öyküsüne Göre STAI Değerleri.....	43
Tablo 17. Operasyon Öyküsüne Göre T-Test .....	44
Tablo 18. ASA Sınıflamasına Göre STAI Değerleri .....	44
Tablo 19. ASA Sınıflamasına Göre T-Test.....	45
Tablo 20. Anestezi Türüne Göre STAI Değerleri.....	46
Tablo 21. Anestezi Türüne Göre T Test .....	46
Tablo 22. Kaygı Nedenleri.....	47
Tablo 23. Ameliyat Sonrası Memnuniyet Ölçeği Skorları (QoR40) .....	60

## ŞEKİLLER DİZİNİ

	<b>Sayfa No</b>
Şekil 1. Genel Değerler.....	34
Şekil 2. Genel STAI-I Değerleri .....	36
Şekil 3. Yaşa Göre STAI-I Değerleri.....	37
Şekil 4. Eğitim Durumuna Göre STAI-I Değerleri.....	38
Şekil 5. Medeni Hale Göre STAI-I Değerleri .....	40
Şekil 6. Çocuk Sayısına Göre STAI-I Değerleri.....	41
Şekil 7. Meslek Durumuna Göre STAI-I Değerleri.....	42
Şekil 8. Operasyon Öyküsüne Göre STAI-I Değerleri .....	43
Şekil 9. ASA Sınıflamasına Göre STAI-I Değerleri.....	45
Şekil 10. Anestezi Türüne Göre STAI-I Değerleri .....	46
Şekil 11. Genel Kaygı Nedenleri .....	47
Şekil 12. Yaş Gruplarına Göre Kaygı Nedenleri (50 Yaş Altı) .....	48
Şekil 13. Yaş Gruplarına Göre Kaygı Nedenleri (50 Yaş ve Üstü).....	49
Şekil 14. Eğitim Durumuna Göre Kaygı Nedeni (Okuryazar Değil).....	50
Şekil 15. Eğitim Durumuna Göre Kaygı Nedeni (İlköğretim) .....	50
Şekil 16. Eğitim Durumuna Göre Kaygı Nedeni (Lise ve Üstü) .....	51
Şekil 17. Medeni Hale Göre Kaygı Nedeni (Evli).....	52
Şekil 18. Medeni Hale Göre Kaygı Nedeni (Bekar/Dul).....	52
Şekil 19. Çocuk Sayısına Göre Kaygı Nedeni (Çocuğu Yok).....	53
Şekil 20. Çocuk Sayısına Göre Kaygı Nedeni (1-3 Çocuğu Olan).....	53
Şekil 21. Çocuk Sayısına Göre Kaygı Nedeni (4 ve Üzeri Çocuğu Olan) .....	54
Şekil 22. Meslek Durumuna Göre Kaygı Nedeni (Mesleği Yok).....	55
Şekil 23. Meslek Durumuna Göre Kaygı Nedeni (Mesleği Var).....	55
Şekil 24. Operasyon Öyküsüne Göre Kaygı Nedeni (Operasyon Öyküsü Yok) .....	56
Şekil 25. Operasyon Öyküsüne Göre Kaygı Nedeni (Operasyon Öyküsü Var) .....	56
Şekil 26. ASA Durumuna Göre Kaygı Nedeni (ASA I).....	57
Şekil 27. ASA Durumuna Göre Kaygı Nedeni (ASA II).....	58
Şekil 28. Anestezi Türüne Göre Kaygı Nedeni (Genel Anestezi) .....	59
Şekil 29. Anestezi Türüne Göre Kaygı Nedeni (Spinal Anestezi).....	59
Şekil 30. Memnuniyet (QoR 40) Skorları.....	61



**KISALTMALAR DİZİNİ**

<b>BIS</b>	: Behavioural inhibition System
<b>MSS</b>	: Merkezi Sinir Sistemi
<b>NE</b>	: Norepinefrin
<b>5-HT</b>	: Serotonin
<b>GABA</b>	: Gama Amino Bütirik Asit
<b>Örn</b>	: Örnek
<b>BOS</b>	: Beyin Omurilik Sıvısı
<b>MHPG</b>	: 4-metoksi 4-hidroksifenil glikol
<b>m-CPP</b>	: m-klorofenil piperazin
<b>LSD</b>	: Liserjik Asit Dietilamid
<b>NDMA</b>	: 3,4-metilen dioksine amfetamin
<b>STAI</b>	: State-Trait Anxiety Inventory (Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği)
<b>ANOVA</b>	: Analysis of variance

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Preoperatif değerlendirme, hastanın fizik ve psikolojik durumunun belirlenmesi ile farmakolojik ve terapotik hikâyesinin alınması, laboratuvar incelemeleri ve anestezi risk belirlemesini içerir. Bunu, hastanın bilgilendirilmesi ile farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerle preoperatif hazırlık takip eder. Preoperatif hazırlığın pek çok amacı vardır. Fakat, en önemlisi anksiyetenin giderilmesidir. Anksiyete; cerrahiye, anesteziyi ve postoperatif iyileşmeyi olumsuz etkiler<sup>1,2,3</sup>. Cerrahi girişim uygulanacak hastalarda genel olarak anestezi kaygısı, ölüm riskine ilişkin endişeler, özürlü olacağı endişesi, cinsel yeterliliğin kaybı korkusu, çalışabilirliğini kaybedeceği endişeleri gelişir. Preoperatif dönemde hastaların %60-80'inin anksiyeteye sahip oldukları yapılan çalışmalarda bildirilmiştir<sup>4,5</sup>. Preoperatif dönemde hastalarda birçok nedene 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<sup>6</sup>. 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<sup>7,8</sup>. Anksiyeteye sahip olan hastalar anestezi indüksiyonu esnasında daha yüksek doz anestezi ilaca ihtiyaç duyarlar<sup>2</sup>. Bazı çalışmalarda, preoperatif dönemde detaylı bilgilendirilen hastaların preoperatif ve postoperatif anksiyete düzeylerinin ve postoperatif ağrının daha düşük olduğu, iyileşmenin daha hızlı olduğu gösterilmiştir<sup>3</sup>.

Anesteziyoloji araştırmalarında preoperatif anksiyete düzeyini belirlemek ve anestezinin kalitesini doğrulamak için anket çalışmalarını kullanmak yeni değildir. Üç dekattan fazla süredir araştırmacılar hastalara bir veya iki soru sorarak memnuniyet oranlarını ve yan etkilerin (ağrı, mide bulantısı, kusma) oluş, sıklık ve ciddiyetini

sorguladıkları anket araştırma sonuçlarını yayınlamışlardır. Sanal olarak tüm çalışmalarda anestezi tatmini yüksek olarak bildirilmiştir. Bu çalışmalar, hastaların ortaya çıkabilecek ihtiyaçları, beklentileri ve algılamaları ile ilgili bilgi sağlamaları açısından önemlidir. Ancak, çoğu çalışmada araştırmacılar tarafından kullanılan anketlerin güvenilirliği ve geçerliliği ispatlanmamış olarak kalmış ve önemli metodolojik problemler olduğu saptanmıştır. Anestezi araştırmalarında hasta tatminini ve kalitesini değerlendirmek ve izlemek için kullanılacak anketlerin önemli sınırlılıkları vardır. Anketlerin ölçüm elemanları haline gelebilmeleri için dikkatlice yapılandırılmaları, arındırılmaları ve standardize edilmeleri gerekmektedir. Ülkemizde bu amaçla yapılan çalışma sayısı oldukça azdır<sup>9,10</sup>.

Bu çalışmada; elektif histerektomi planlanan hastalarda anestezi ile ilgili endişe nedenlerini belirlemek, preoperatif ve postoperatif anksiyete düzeylerini ölçmek, anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisini 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 Destanıdır<sup>11</sup>. Bu destanda Gılgamış, kendi ölümsüzlüğü ile ilgili endişelerini dile getirmektedir<sup>12</sup>. Anksiyete belirtileri, çok eski zamanlardan beri birçok hekimin ve yazarın dikkatini çekmiş ve çeşitli yazılarda dile getirilmiştir. Mani, histeri ve paranoya gibi terimleri psikiyatriye kazandırmış olan Hipokrat’a göre; her türlü psikiyatrik belirtinin kaynağı beyindir<sup>13</sup>. Hipokrat’ın ruhsal bozukluklarla ilgili metinlerinde korkudan ve ‘amaçsız anksiyete’ (aimless anxiety) olarak adlandırıldığı bir durumdan söz ettiği bilinir.

17.yüzyılda dilbilimciler tarafından paroksizmal olarak ortaya çıkan şiddetli huzursuzluk, yerinde duramama ve endişe durumları için farklı terimler kullanılmıştır. Benzer durumlar için, aralarında bazı anlam farklılıkları olmakla birlikte Fransızlar *angoisse*, Almanlar *angst* ve İspanyollar ise *angustia* sözcüklerini kullanmışlardır<sup>14</sup>. Anksiyete ile birlikte anılan diğer kavram ise korkudur. Korku (fair), Almandan 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 ilginçtir<sup>13</sup>. Bu görüşü, aynı dönemde Karl Ideler, doyurulmamış cinsel arzuların ruhsal rahatsızlıklara kaynak teşkil edeceğine olan inancı doğrultusunda tekrarlamıştır. 1800’lerin ortalarında Otto Domrich tıbbi psikoloji alanında ilk kez ‘anksiyete ataklarından’ bahsetmiştir. Bu kavram sonradan, Fransız devriminin ardından ortaya çıkan

nörosirkülatuar nevrasteni, asker kalbi, hiperventilasyon sendromu gibi tanımların yerine geçmiştir. 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<sup>15</sup>. 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<sup>14</sup>.

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<sup>15</sup>.

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.

Öztürk, ‘*Anxiety, anxiete*’ karşılığında daha çok psikologlarca ve kimi psikiyatristlerce kullanılan ‘**kaygı**’ sözcüğünü uygun bulmamaktadır<sup>16</sup>. 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<sup>16</sup>.

Bir insanın yaşayabileceği en acılı duygu 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<sup>17</sup>.

Anksiyete kavramının anlaşılabilmesinde en önemli katkılardan biri Karen Horney’den gelmiştir<sup>17</sup>. 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<sup>18</sup>.

Anksiyete, hem psikolojik hem de fizyolojik değişikliklere neden olan bir durumdur. Kişiliğın yapısında ve gelişmesinde önemli bir etken olan duygulanım ve coşku durumlarıyla 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 denilen kısmına mesaj yollar. 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 döndüren ve dinlenme haline geçiren sinir sistemidir. Otonom sinir sisteminin uyarılması ile kan basıncı, kalp atım hızı, solunum sayısı artar. Tükürük salgısı azalır, ağız kuruluğu gelişir. Kan şekeri yükselir. Gözbebekleri genişler. Çizgili kasların gerginliği artar. Titreme olur. Dişler ve yumruklar sıkılır. Terleme olur. Derinin direnci artar. Bütün bu değişmeler, santral sinir sisteminde bulunan adrenalin ve ona benzer başka kimyasal ileticilerin kan düzeyinin arttığını gösterir. Bu yükselişin oluşturduğu değişmelerin kişi tarafından hissedilmesi kaygı yaratır.

## **2.2. Anksiyeteyi Açıklayan Kuramlar**

### **2.2.1. Psikanalitik Kuram**

Psikanalitik kuramın gelişiminde anksiyetenin temel bir öneme sahip olduğü bilinir. Freud başlangıçta, 1894 ve 1895'teki yazılarında anksiyeteyi temelde fizyolojik bir tablo olarak ele aldı. Anksiyete, Freud tarafından bastırılmış düşünce ve dürtülerden kaynağını alan yaygın endişe ve dehşet hissi olarak tanımlandığı gibi, kişiyi altüst eden paniğe benzer, bedensel belirtilerle kendini gösteren bir durum olarak da tanımlanmıştır. Bedensel belirtilerle ortaya çıkan anksiyetenin birikmiş ve boşalamamış, ketlenmiş libidodan kaynaklandığı öne sürülmüş ve bu tür anksiyete 'güncel (aktüel) nevroz' olarak adlandırılmıştır. 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 yanıtıdır.

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 geçirmezse, o durumda yoğun ve süregen bir anksiyete veya nevrotik belirtiler ortaya çıkar. Freud tarafından anksiyete, hem nevrotik anksiyetenin dışavurumu (belirti), hem de nevrotik çatışmayı bertaraf eden uyuma yönelik bir işaret olarak tanımlanır.

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 açığa 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 sürdürebilme işlevlerine katkıda bulunur. 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<sup>16</sup>. 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 sayılabilir<sup>16</sup>.

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<sup>17</sup>.

Jung'a göre, anksiyete kolektif bilinç altından gelen irrasyonel güçlerin ve imajların insanın bilincini kaplamasına karşı kişinin reaksiyonudur. Anksiyete, kolektif bilinç altının hâkim 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 sebebini 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<sup>17</sup>.

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<sup>17</sup>.

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<sup>17</sup>. 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<sup>17</sup>. 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<sup>17</sup>.

### 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<sup>11</sup>. 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 uyarınlardan 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 (gözlemlene, 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<sup>19</sup>.

### 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 (exposure)' olarak bilinen yaklaşım geliştirilmiştir<sup>20</sup>.

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<sup>21</sup>. 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<sup>21</sup>.

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<sup>18</sup>.

*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<sup>18</sup>.

#### 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, ödulsüzleştirme ve sıra dışı uyarılara davranışsal yanıtı baskılar. Bu sistem, gelen uyarının gerçeğe karşılaştırmasını yaparak değerlendirir. Eğer beklenen uyarı gerçeğe benzeşmiyorsa derhal davranışı engeller. BIS, uyarılar üzerinde bir tür gözlemlenme 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, muskuler, 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-HT<sub>3</sub>) ve Gama Aminobutirik Asittir (GABA)<sup>22</sup>. 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), diğer negatif (örneğin; elektrik şoku) olan iki ayrı uyararla karşılaştırılır. Anksiyolitik ilaçlar (örneğin; benzodiazepinler) hayvanın o duruma adaptasyonunu kolaylaştırma eğiliminde olurken, diğer ilaçlar (örneğin; amfetaminler) hayvanın yanıtını daha da bozarlar.

#### 2.3.2.1. 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 ponsta, 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  $\beta$ - adrenerjik agonistlerin (örneğin; İsopteranol) ve  $\alpha$ 2- adrenerjik antagonistlerin (örneğin; Yohimbin) panik atakların sıklığını ve şiddetini provoke ettiği bulunmuştur<sup>23</sup>. Aksine,  $\alpha$ 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<sup>23</sup>.

### 2.3.2.2. Serotonin (5-HT<sub>3</sub>)

Çeşitli serotonin reseptör tiplerinin tanımlanması, anksiyete patogenezinde serotonin rolü konusunda araştırmaları hızlandırmıştır. Bu ilişki ilk olarak seratonerjik antidepresan ilaçların bazı anksiyete bozukluklarında terapötik etkilerinin gözlenmesinden sonra olmuştur. Bir seratonerjik T<sub>1</sub> reseptör agonisti olan Buspironun, anksiyete bozukluklarındaki etkinliği de anksiyete ile serotonin 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 seratonerjik halüsinojenler ve uyarıcıların hem akut hem de kronik anksiyete bozukluklarında neden oldukları gösterilmiştir<sup>23</sup>.

### 2.3.2.3. 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.

### 2.3.3. 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.

### **2.3.4. 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.

#### **2.3.4.1. Limbik Sistem**

Noradrenerjik ve seratonerjik 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.

#### **2.3.4.2. Serebral Korteks**

Frontal serebral korteks parahipokampal bölge, singuat girus ve hipotalamus ile bağlantılıdır, o nedenle anksiyete oluşumunda rol oynayabilir. Temporal kortekste 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.

Hastanın kaygılarının dinlenmesi, kaygı ile başa çıkma yeteneğini güçlendirmektedir. Sheffer ve Greifenstein'e göre; hastaların anesteziye karşı duydukları anksiyetenin nedeni kısmen anestezi-hasta ilişkisindeki eksiklikten kaynaklanmaktadır<sup>24</sup>. 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<sup>1</sup>. Ayrıca bilgilendirme ve psikolojik olarak ameliyata hazırlama, bulantı-kusma gibi postoperatif komplikasyonları da azaltmaktadır<sup>1,2</sup>. 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<sup>4,5</sup>. 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<sup>7,8</sup>. 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 anestezi tarafından görülen hastanın anksiyete derecesinde anlamlı azalma olduğunu göstermişlerdir<sup>27</sup>.

Anksiyöz hastalar anestezi indüksiyonu sırasında daha yüksek doz anestezi ilacı ihtiyaç duyarlar<sup>2</sup>. 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<sup>3</sup>.

Anksiyete çeşitli metabolik ve hormonal değişime neden olur. Pituiter-hipotalamik ve adrenal-kortikal sistemi olduğu kadar, sempato-adrenal yolu da aktive eder. Bunun

sonucu olarak da mukus ve tükürük gibi sekresyonlarda, gastrik asiditede, gastrointestinal tonus ve motilitede ve katekolamin salınımında artışlar görülür. Anestezi induksiyonu öncesi adrenalın 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<sup>28</sup>.

Preoperatif anksiyete laringoskopi ve entübasyon sırasında refleks sempatik aktivasyon artışı ile taşikardi, aritmi ve hipertansiyona neden olur<sup>29</sup>.

## 2.5. Anestezi ile İlgili Endişe Nedenleri

Preoperatif dönemde hastada mevcut olan anksiyete nedenleri arasında anesteziye bağlı endişeler önemli yer tutar. Bu endişeler; anesteziistler 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, anesteziistin bilgi ve deneyim eksikliği, anesteziistin ameliyat odasında bulunmaması, anesteziistin tavırları, iğne korkusu, ölmek, anestezi sırasında anlamsız konuşmak, ameliyat sırasında ağrı duymak olarak bildirilmiştir<sup>30,31</sup>.

## 2.6. 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<sup>32</sup>.

Ameliyat olacak olan hastalarda anksiyete gelişebilir. Hastanın anksiyetesi genellikle ameliyathaneye girmeden önce mevcuttur. Bazı hastalarda ise sadece ameliyattan sonra anksiyete en yüksek seviyeye çıkar<sup>32</sup>.

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.

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.

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.

Kullanılan 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.

## **2.7. Hasta Memnuniyeti**

### **2.7.1. Tanım**

Hasta; bir sağlık kuruluşunun ürettiği ve sunduğu sağlık hizmetini bilen ve bu hizmetlerden yararlanma fırsatı olan veya daha önce bu hizmetlerden yararlanmış kişilerin tümüdür.

Hasta memnuniyeti ise; hastaların aldıkları hizmetten beledikleri faydalara, hastanın katlanmakta olduğu külfete, hizmetten belediği verime, hizmetin sunulmasının sosyo-

kültürel değerlerine uygunluğuna bağlı bir işlemdir<sup>33</sup>. Hasta memnuniyeti hastaların istek ve beklentilerinin karşılanması sonucunda oluşur. Bazı araştırmacılar ‘hasta memnuniyeti’ tanımını hastaların beklediği bakım ile aldıkları bakım arasındaki uyumun derecesi olarak tanımlamışlardır.

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

Sağlık hizmetlerinin kalitesi ise; sağlık servislerinin, geçerli profesyonel bilgi ile arzulanan sağlık sonuçlarını artırma derecesi olarak tanımlanmıştır<sup>34,35</sup>. Yaşam kalitesi; anestezi ve cerrahi sonrasında, objektif boyutlarla ve/veya iyilik hali gibi subjektif boyutlarla ve hasta memnuniyeti ile ölçülebilir<sup>36,37</sup>. Hasta memnuniyeti, servislerin yapı, süreç ve sonuçlarının dengelenmesine katkıda bulunabilen bakım kalitesinin önemli bir ölçütüdür<sup>35,38</sup>.

Genel olarak hastalık nedeniyle hastaneye yatan birey yabancı bir ortamda bulunmaya bağlı korku, endişe, yalnızlık, terk edilmişlik, çaresizlik, öfke ve güçsüzlük gibi duygular yaşar. Her kişinin saygılı ve onuruna yakışır bir tedavi görme hakkı vardır. Ruhsal ve sosyo-kültürel özellikler hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerdir. McMillan ve arkadaşlarına göre; beklentiler karşılanırsa yüksek düzeyde hoşnutsuzluk, yeterince karşılanmazsa, hoşnutsuzluk ortaya çıkar.

Hall ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada, hasta memnuniyetinin teknik ve kişisel özelliklerden etkilendiği, hastaya daha fazla bilgi verilmesinin ve hekimin hasta ile daha uzun süre ilgilenmesinin memnuniyeti arttırdığı bulunmuştur. Genç hekimlerin, yaşlı hekimlere göre daha çok beğenildiği ve memnun olan hastaların tedavilerine daha iyi uyum gösterdikleri saptanmıştır.

Yapılan başka bir çalışmada, hasta sayısının fazla olduğu birimlerde hasta memnuniyetinin daha düşük olduğu, kırsal alanlarda ve küçük hastanelerdeki hasta memnuniyetinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

### 2.7.2. Hasta Bağlılığı

Bağlılık; hastanın hastane ile ilişkilerini devam ettirip, bir yandan da hastane hizmetlerini diğer hastalara önermesi şeklinde tanımlanır. Sağlık hizmeti sunan kuruluşlar için ‘hasta bağlılığı’ şeklinde ifade edilen bu durum, hastaların gereksinimleri olduğunda, hizmetlerinden yararlandıkları sağlık kuruluşlarına geri dönmeleri veya tekrar seçmeleri açısından önemlidir. Hastaların hizmetten hoşnutluk düzeyleri arttıkça, hasta bağlılığı oranlarının da arttığı bilinmektedir.

Hasta bağlılığının en önemli etkisi hastayı elde tutabilme sonucunu doğurmasıdır. Hizmetin büyük oranda aynı hastalara sunulmasıyla faturalama, dağıtım ve tanıtım giderlerinde azalma sağlanır. Yeni bir hasta kazanmanın maliyetinin, eski bir hastayı elde tutmaktan 5-7 kez daha fazla olduğu ortaya konulmuştur.

### 2.8. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Etmenler

Sağlık hizmetlerinde genel olarak hasta memnuniyetini artıran etmenler; hastanın karar verme sürecine katılımı, hastanın tedavi ve durumu hakkında bilgilendirilmesi, aile fertlerinin desteğinin sağlanması, hasta ve çalışanlar arasındaki iletişim, duygusal destek, fiziki ihtiyaçlara cevap verme, ağrıyı çabuk dindirme, yeterli parasal bilgilendirme ve önerilerdir. Hasta memnuniyetini azaltan etmenler ise; sağlık bakım niteliğinin düşük olması, kaba davranan çalışanlar, temizlik ve düzenin olmayışı, ilgili çalışanlar tarafından bilgi verilmemesi, ödeme tutarındaki uygunsuzluk, hizmet sunanların sık sık değiştirilmesi, gizliliğe önem verilmemesi, hizmeti sunanlar ile hastaların farklı kültürden olmaları ve bunun iletişimde güçlük çıkarması, hekimlere ve diğer çalışanlara ulaşma zorluğu, doktorun hastaya yeterince zaman ayırmaması, doktorun hastayı dinlememesi veya öyle görünmesi, doktorun hastalığı hakkında hastaya bilgi vermemesidir.

Anestezi uygulamalarında hasta memnuniyetine; servislerin ulaşılabilirliği ve uygunluğu, yapısı, personeller arası ilişki, sağlık çalışanlarının kabiliyeti ve hastanın kendi beklentilerini ve tercihlerini içeren birçok faktör katkıda bulunur<sup>39,40</sup>. Çoğu hasta problemsiz bir anestezi beklentisindedir<sup>41</sup>. Yine de anestezi ve cerrahiden sonra derlenme bazen rezidüel sedasyon, ağrı, bulantı-kusma ve diğer majör-minör şikâyetlerle

zorlaşır<sup>42,43</sup>. Anestezi hastanın memnuniyetini değerlendiren az sayıda çalışma vardır ve çoğu gününbirlik hasta ile sınırlandırılmıştır<sup>44,45</sup>.

Myles ve arkadaşları yaptığı çalışmada memnuniyetle güçlü ilişkisi olan faktörler; ileri hasta yaşı, erkek cinsiyet ve yüksek anestezi riski (ASA III) olarak bildirilmiştir. Aynı çalışmada kısa süreli anestezi, gününbirlik cerrahi, uyanmanın gecikmesi, orta ya da ciddi ağrı, bulantı ve kusma varlığı hasta memnuniyetsizliği ile ilişkili bulunmuş ve postoperatif komplikasyonlar arttıkça memnuniyetsizlik riskinin arttığı bildirilmiştir.

## **2.9. Anestezi Memnuniyetinin (Tatmininin) ve Kalitesinin Ölçülmesi: Psikometrik Yöntem**

Anesteziyoloji araştırmalarında anestezinin kalitesini doğrulamak için anket araştırmalarını kullanmak yeni değildir. Üç dekattan fazla süredir araştırmacılar hastalara bir veya iki soru kullanarak memnuniyet oranlarını ve yan etkilerinin (ağrı, mide bulantısı, kusma) oluş sıklık ve ciddiyetini sorguladıkları anket araştırma sonuçlarını yayınlamışlardır<sup>46</sup>. Sanal olarak tüm çalışmalarda anestezi tatmini yüksek olarak bildirilmiştir. Bu çalışmalar, hastaların ortaya çıkabilecek ihtiyaçları, beklentileri ve algılamaları ile ilgili bilgi sağlamaları açısından önemlidir.

Maalesef çoğu çalışmada araştırmacılar tarafından kullanılan anketlerin güvenilirliği ve geçerliliği ispatlanmamış olarak kalmış ve önemli metodolojik problemler olduğu saptanmıştır. Anestezi araştırmalarında hasta tatmini ve kalitesini değerlendirmek ve izlemek için kullanılacak anketlerin önemli sınırlılıkları vardır<sup>46</sup>. Anketlerin ölçüm elemanları haline gelebilmeleri için dikkatlice yapılandırılmaları, arındırılmaları ve standardize edilmeleri gerekmektedir.

Psikometrik yöntem güvenilir ve değerli çoklu içerikli anket malzemeleri yapılandırmak için ortam sunar. Çoğu anestezi için alışılmamış olmasına rağmen bu yöntem psikologlar ve sosyal bilimciler tarafından zeka ve başarı gibi kompleks psikososyal fenomenleri ölçmek amacı ile geliştirilmiştir. Psikometrik skala veya anket oluşturulması düşünülmüş ayrı basamakları izler. Anket öğelerini seçmek, güvenilirlik ve geçerliliğini sağlamak için resmi nitelendirici metodları ve farklı istatistiksel teknikleri kullanılır. Bu yöntemin çok sıkı uygulanması sağlık durumunu, hayat kalitesini, hastane bakım niteliğini, hemşire takip memnuniyetini ve en son olarak da sağlık hizmet planlarının niteliğini ölçen çok öğeli anketlerin geliştirilmesine izin vermiştir<sup>47,48</sup>. Anestezi

bakımı ile ilgili yapılan güncel araştırmalar psikometrik yöntemlerin hasta tatminini ve anestezi niteliğini ölçen anketlerin geliştirilmesine destek olduğunu göstermektedir.

Bir anketin kullanışlı olması için güvenilirlik, geçerlilik, uygunluk olmak üzere üç ölçüm özelliğine sahip olması gerekir.

Öncelikle olması gereken ilk özellik sonuçlarının güvenilir olmasıdır. Eğer bir anket sabit şartlar altında aynı antitenin seri ölçümlerini yapıyorsa, her seferinde aynı ölçümü veya yakın sonuçları sağlayabilecek kapasitede olduğu kabul edilir. Eğer bir anket güvenilir değil ise herhangi bir ölçümün doğruluk oranına veya doğruluğa yakınlığını sınırlar. Dahası karşılaştırmalı çalışmalarda güvenilir olmayan iki anket ile elde edilmiş iki ölçüm arasındaki herhangi bir farklılık anketin kendisinden kaynaklanıyor olabilir ve aslında ölçülen antiteler arasında gerçekte bir fark olmayabilir. Bu nedenle araştırmada kullanılacak anketin güvenilirliğinin ispatlanması şarttır.

Önemli olan ikinci özellik geçerliliktir. Geçerli olabilmesi için anketin neyi ölçüyor gibi görünüyorsa onu ölçmesi gerekir. Uzunluk, kilo, kan basıncı gibi somut fiziksel değerler standardize edilmiş ölçüm araçları ile kolaylıkla ölçülebilir. Fakat tatmin, nitelik gibi tam anlaşılmamış, tam tariflenmemiş durumları ölçmek oldukça güçtür ve ölçüm yönteminin geçerlilik değerlendirmeleri zorunludur. Örnek olarak; hasta memnuniyetini doktor tedavisinin niteliği ile birlikte ölçtüğünü iddia eden bir anketin aslında hastanın tıbbi tedaviye güvenini ölçüp ölçmediğini nasıl bilebiliriz. Benzer bir örnek de olduğu gibi bu iki özelliği ayırmaya yardım edebilecek kalibre edilmemiş kan basıncı kafi düşüncesidir. Kafın kullanıldığı her seferde yaklaşık olarak aynı kan basıncı ölçüm değerleri elde edilmiştir. Böylece kan basıncı kafi güvenilirdir. Bununla birlikte kalibrasyon yanlış olduğundan dolayı kaf geçerli doğru kan basıncı ölçüm değerleri sağlamamaktadır. Psikometrik ölçümlere güvenmeden önce anket malzemelerinin (kan basıncı kafi gibi) hem güvenilir hem de geçerli olduğu ortaya çıkarılmalıdır.

Anket malzemesinden beklenen son ölçüm özelliği ise anketin aslında planlanan ölçüm fonksiyonu için gerçekten uygun olmasıdır. Ölçüm anketlerinde olduğu gibi anket skalaları veya indeksleri üç fonksiyondan birine hizmet eder; hastaları farklı gruplara ayırmada kullanılabilirler, prognozu tahmin etmede kullanılabilirler veya hasta gruplarındaki klinik durum değişiklerini belirlemek için kullanılabilirler. Bir fonksiyon için tasarlanmış bir anket bir diğer için uygun olmayabilir. Örnek olarak bir popülasyondaki anjina prevalansını belirlemek için düzenlenmiş bir anket tedavi ile anjina şiddetindeki

değişikliği belirlemede uygun olmayacaktır. Anjinayı ayırt eden karakteristikler (ağrının lokalizasyonu, yayılımı, niteliği vs.) tedavi ile değişenlerle (egzersiz toleransı, sıklığı, fonksiyon sınırlandırmaları vs.) uyuşmamaktadır. Benzer olarak NDMA iyi bilinen fizik durum veya APGAR indeksleri hastaları veya yeni doğanları klinik durumlarına göre farklı gruplara ayırır, ancak bu indeksler risk veya sonuçları tahmin etmede kullanılmazlar. Bu anketlerde aranılan diğer bir özellik ise duyarlılıktır. Belirlenen süre zarfında hastanın koşullarında veya sağlık durumunda iki veya daha fazla noktada değişikliği ölçebilmelidir<sup>49</sup>.

Anket malzemelerinde üç özelliğin sağlanmasının (güvenilirlik, geçerlilik, ölçüm hedeflerine uygunluk) önemi anestezi uzmanları tarafından hasta tatmininin ölçme aracı olarak kullanılan Single-item global ratinge (global tek öğe ölçüm) anketlerinin incelenmesi ile gösterilebilir. Single-item global ratinge bir örnek; ‘Anestezi tedavinizden memnun kaldınız mı?’ gibi, ‘çok memnun kaldım’, ‘çok rahatsız oldum’ gibi cevapları olan çoktan seçmeli sorulardır. Global tek öğeli memnuniyet değerlendirme sistemi zayıf bir yöntemdir. 1979 yılında, acil ilk yardımda hasta memnuniyeti ile ilgili olarak yapılan sınırlı değişkenli tek öğeli değerlendirme sistemli çalışmanın sonuçları kesin pozitif olmuştur ki, bu sonucun güvenilirliği zayıftır. Bu hastalara ‘memnun kaldınız mı?’ diye sorulduğunda hastaların çoğunun ‘evet’ cevabını seçtiğini gösterir. Yakın zamanda yapılan bir çalışmada anestezi bakımında bu sonuçları doğrular niteliktedir. Dexter ve arkadaşları, hastaların monitörize anestezi tedavisinden memnuniyetlerini ölçmek amacıyla bir alet geliştirilirken hastalara bir saatte iki kez aynı soruyu sormuştur (monitörize anestezi tedavisinden memnun kaldınız mı?). Hastaların cevapları birbirinden uyumsuz bulunmuştur. Böylece en komplike olmayan monitörize anestezi tedavisi senaryosunda bile hastalar özdeş sorulara bir saat sonra bile aynı cevapları verememişlerdir<sup>50</sup>. Aynı zamanda tek öğeli global değerlendirme sisteminin aslında neyi ölçtüğü belirsiz kalır. Nezaket, tedaviyi tehlikeye atmama, tedaviyi verenlere güvenme arzusu da halo etkisi yaparak hastaların dürüst cevap vermelerini engelleyebilir<sup>51</sup>. Anestezide yapılan iki çalışmada tek öğeli değerlendirme çalışmalarının hastalar arasında ayırım yapmada yetersiz olduğu ve kullanışlı ölçüm fonksiyonu sunmadığı görülmüştür. Brown ve arkadaşları, kardiyovasküler ve respiratuar sorunları olan hastalar ile olmayanlar arasında bildirilen total memnuniyet derecelerini ayırt edememişlerdir. Zvara et Al tarafından yapılan başka bir çalışmada tek global değerlendirme sistemi kullanılarak postoperatif dönemde üç kez



vizit yapılan hastalar ile bir kez vizit yapılan hastalar karşılaştırıldığında memnuniyetleri arasında ayırım sağlanamamıştır<sup>52,53</sup>. Eğer memnuniyeti değerlendirmede tek ögeli global değerlendirme sistemlerinin amacı hasta gruplarını farklı tatmin derecelerine bölmek ise bu değerlendirme sistemleri bunu yapmada yetersiz gibi görünmektedir<sup>54</sup>. Psikometrik teori kompleks bölgelerin konunun önemli alanlarını araştıran çoklu ögeli anketler ile daha iyi ölçülebileceği temeline dayanır. Ögeler dikkatlice seçilir, skorları dikkatlice alınır ve ikisi birlikte konu için güvenilir ve geçerli olarak bilinen kantitatif bir ölçüm sağlarlar.

### 3. MATERYAL VE METOD

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

#### 3.1. Araştırma Modeli

Bu çalışmada elektif histerektomi operasyonu planlanan hastalarda preoperatif anksiyete düzeylerini ölçmek, anestezi ile ilgili endişe nedenlerini ve postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisini belirlemek amaçlanmıştır.

#### 3.2. Araştırma Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın çalışma evrenini Eylül 2010-Ocak 2011 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalına '*Elektif Histerektomi Operasyonu*' nedeniyle başvuran, yaşları 18 ile 65 arasında değişen *Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi* hastaları alınmıştır. Çalışma evrenine alınan hastaların eğitim durumuna bakılmaksızın (anket soruları okuryazar olmayan hastalara teker teker okunup yeterli düşünme süresi tanınarak, hastanın verdiği cevaplara göre işaretlenmiştir) çalışmaya katılımları gönüllülük esasına ve onamlarının alınmasıyla sağlanmıştır. Bilinen psikiyatrik rahatsızlığı olan ve değerlendirmede kısıtlılığa neden olacak herhangi bir tıbbi problemi olan hastalar çalışma kapsamı dışında tutulmuştur. Hastalar rastgele yöntemle seçilmiştir. Çalışmaya toplam 100 hastanın alınması planlanmış olup 101 hastaya çalışma uygulanmıştır.

### 3.3. Veri Toplama Araçları

Hastalar; preoperatif ve postoperatif dönemde düzenlenen iki vizitte ziyaret edilmiş ve anket formlarını okuyuzar olan hastalardan kendilerinin, okuyuzar 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, medeni durum, çocuk sayısı, mesleği, operasyon öyküsü ve uygulanan anestezi türü ile ek hastalığı ile ilgili demografik bilgiler yer alıyordu (EK-2). İkinci bölümde; anestezi ile ilgili endişeleri içeren 12 soru yöneltildi ve anestezi ile ilgili hastayı en çok endişelendiren üç nedeni sırasına göre belirtmesi istendi (EK-3). Üçüncü bölümde; durumsal ve sürekli anksiyeteyi ölçen STAI I ve STAI II testlerine yanıt vermesi istendi (EK-4). Dördüncü bölümde; 40 sorudan oluşan, ameliyat sonrası iyileşme kalitesini ölçen QoR-40 testini doldurmaları istendi (EK-5).

Hastalardan preoperatif dönemde demografik veri formu, endişe nedenlerini içeren formu ve STAI I ve II formlarına; postoperatif dönemde ise QoR-40 ve STAI I formlarına yanıt vermeleri istendi.

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

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<sup>55</sup>.

Türk toplumunda geçerliliği Necla Öner tarafından gösterilmiştir<sup>55</sup>.Türkçeye Durumluk-Süreklilik 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 kullanımını için özel eğitim gerekmez.

Durumluk Kaygı Ölçeği; bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler. Preoperatif anksiyete ölçümünde yaygın olarak kullanılır.

Süreklilik Kaygı Ölçeği; bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler.

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

Ölçeklerde doğrudan 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), sürekli kaygı ölçeğinde ise yedi tane (21,26,27,30,33,36 ve 39.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, süreklilik kaygı ölçeği için 35'tir. Her iki ölçekten elde edile toplam puan 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan ise düşük kaygı seviyesini gösterir. Durumluk-Sürekli Anksiyete Envanterindeki 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.

### STAI FORM TX – I

**YÖNERGE:** 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 sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

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

## STAI FORM TX – 2

**YÖNERGE:** 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 sarfetseniz **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

### 3.3.2. QoR-40 (Quality of Recovery Score- 40)

P.S Myles tarafından geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır<sup>56,57</sup>. Ameliyat sonrası iyileşme kalitesini ölçmek için geliştirilmiş 5 uçlu likert tipi bir ölçektir. İlk aşamada 50 maddeden oluşan anket iyileşme kalitesiyle korelasyon göstermeyen 10 maddenin kaldırılmasıyla 40 maddeye indirgenmiştir. Bu maddeler iyileşmenin çeşitli yönlerine göre 5 alt gruba ayrılmıştır. Emosyonel durum ile ilgili 9, fiziksel konfor ile ilgili 12, psikolojik destek ile ilgili 7, fiziksel bağımsızlık ile ilgili 5 ve ağrı ile ilgili 7 madde olmak üzere toplam 40 madde vardır. Minimum 40, maksimum 200 olarak skorlanır. Anketin uygulanması için özel bir eğitim gerekmez. Hastanın anketi kendi başına yapabilmesi ve kısa sürede yapılabilmesi önemli avantaj sağlar.

### QoR-40 ANKETİ (A)

Adı Soyadı :

Tarih :

Son 24 saatte kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Anestezi Tipi : Spinal ( )

Genel ( )

(1'den 5'e kadar: 1=hiçbir zaman (kötü) ve 5 = her zaman (mükemmel))

Örnek: Eğer her zaman rahat nefes alabiliyorsanız,5=her zaman seçeneğini yuvarlak içine alarak gösteriniz:

	Hiçbir zaman	Bazen	Genellikle	Çoğu zaman	Her zaman
	1	2	3	4	(5)
Rahat nefes alabilme					
	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Bazen</b>	<b>Genellikle</b>	<b>Çoğu zaman</b>	<b>Her zaman</b>
<b>Konfor</b>					
Rahat nefes alabilme	1	2	3	4	5
İyi uyku uyuyabilme	1	2	3	4	5
Yemekleri beğenme	1	2	3	4	5
Dinlenmiş hissetme	1	2	3	4	5
<b>Duygular</b>					
Genel olarak iyi hissetme	1	2	3	4	5
Kendine hakim olma hissi	1	2	3	4	5
Konforlu hissetme	1	2	3	4	5
<b>Fiziksel Bağımlılık</b>					
Normal Konuşma	1	2	3	4	5
Yıkabilme, diş fırçalayabilme,	1	2	3	4	5
Kendi dış görünüşü ile ilgilenbilme	1	2	3	4	5
Yazı yazabilme	1	2	3	4	5
Ev aktivitelerine ve işe dönebilme	1	2	3	4	5
<b>Hasta desteği</b>					
Hastane çalışanları ile iletişim kurabilme	1	2	3	4	5
Arkadaşları veya ailesiyle iletişim kurabilme	1	2	3	4	5
Doktorlardan destek alabilme	1	2	3	4	5
Hemşirelerden destek alabilme	1	2	3	4	5
Arkadaşları veya ailesinden destek alabilme	1	2	3	4	5
Eğitim ve açıklamaları anlayabilme	1	2	3	4	5



### QoR-40 ANKETİ (B)

Adı Soyadı :

Tarih :

Son 24 saatte aşağıdakileri hiç hissettiniz mi?

(5'ten 1'e kadar : 5=hiçbir zaman (kötü) ve 1 = her zaman (mükemmel))

	Hiçbir zaman	Bazen	Genellikle	Çoğu zaman	Her zaman
<b>Konfor</b>					
Bulantı	5	4	3	2	1
Kusma	5	4	3	2	1
Öğürme	5	4	3	2	1
Yorgun hissetme	5	4	3	2	1
Titreme veya seğirme	5	4	3	2	1
Ürperme	5	4	3	2	1
Üşüme hissi	5	4	3	2	1
Baş dönmesi	5	4	3	2	1
<b>Duygular</b>					
Kötü rüya görme	5	4	3	2	1
Gergin hissetme	5	4	3	2	1
Öfkeli olma	5	4	3	2	1
Depresif hissetme(kederli)	5	4	3	2	1
Yalnız hissetme	5	4	3	2	1
Uykuya dalmada zorlanma	5	4	3	2	1
<b>Hasta desteği</b>					
Bilinç bulanıklığı	5	4	3	2	1
<b>Ağrı</b>					
Orta dereceli ağrı	5	4	3	2	1
Şiddetli ağrı	5	4	3	2	1
Baş ağrısı	5	4	3	2	1
Kas ağrısı	5	4	3	2	1
Sırt ağrısı	5	4	3	2	1
Boğaz ağrısı	5	4	3	2	1
Ağız ağrısı	5	4	3	2	1

### 3.3.3. İstatistiksel İşlemler

Çalışmamızdaki tüm istatistiksel değerlendirmeler SPSS for Windows 11.0 Türkçe paket programı yardımıyla yapılmıştır<sup>58</sup>. Preoperatif ve postoperatif STAI değerlendirilmesinde ANOVA analiz yöntemi, T-test; endişe nedenleri analizinde Betimsel istatiki yöntem kullanılmıştır.

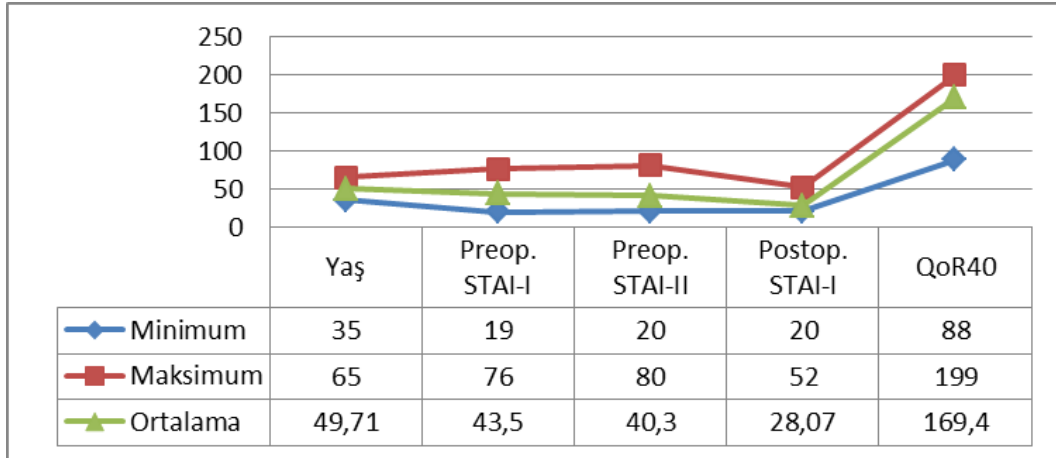
## 4. BULGULAR

### 4.1. Genel Değerler

Çalışmaya alınan 101 hasta ile ilgili preoperatif ve postoperatif ölçümlerin genel değerlendirmesi Tablo 1’ de gösterilmiştir. Hastaların yaşları 35 ile 65 arasında değişmekte olup ortalama yaş  $49,71 \pm 8,86$  yıldır. Preoperatif dönemde yapılan anketlerde STAI-I değerleri 19 ile 76 arasında; STAI-II değerleri ise 20 ile 80 arasında saptanmıştır. Preoperatif STAI-I ortalama değerleri  $43,50 \pm 13,53$  olarak hesaplanmış olup aynı dönemdeki STAI-II ortalama değeri ise  $40,30 \pm 9,65$  bulunmuştur. Postoperatif dönemde yapılan anketlerdeki STAI-I değerleri 20 ile 52 arasında hesaplanmıştır. Postoperatif STAI-I ortalaması ise  $28,07 \pm 6,25$ ’tir. STAI değerlendirmesine göre yüksek puan yüksek kaygıyı, düşük puan ise düşük kaygıyı göstermektedir. Bu sonuçlara göre anket analizi yapıldığında hastaların preoperatif dönemdeki STAI değerlerindeki yüksekliğin ifade ettiği anksiyete durumunun postoperatif dönemde azaldığı görülmektedir. Hastaların preoperatif STAI-II ortalamasının STAI-I değerinden düşük olduğu ve hastaların durumluk anksiyetesinin yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Hasta memnuniyeti açısından 88 ile 199 arasında değişen puanlamanın ortalama değeri  $169,40 \pm 15,89$  olarak hesaplanmıştır, Bu da hastaların operasyon sonrası orta derecede bir memnuniyet ifade ettiğini göstermektedir.

**Tablo 1. Genel Değerler**

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
Yaş	101	35	65	49,71	8,868
Preoperatif STAI-I	101	19	76	43,50	13,530
Preoperatif STAI-II	101	20	80	40,30	9,657
Postoperatif STAI-I	101	20	52	28,07	6,253
QoR40	101	88	199	169,40	15,895



**Şekil 1. Genel Değerler**

#### 4.2. Demografik Özellikler

Hastalar; yaş bakımından doğurganlık çağı diye kabul edilen 50 yaş altı ve menopoz dönemi olarak kabul edilen 50 yaş ve üstü olmak üzere 2 gruba ayrılmıştır. 50 yaş altı grupta 57 hasta (%56,4) ve 50 yaş ve üzeri grupta ise 44 hasta (%43,6) yer almıştır.

Eğitim durumuna göre 3 gruba ayrılan hastaların 23'ü (%22,8) 'okuryazar olmayan' grupta, 64'ü (%63,4) 'ilköğretim mezunu' olan grupta ve 14'ü (%13,9) 'lise ve üstü (yüksekokul-üniversite)' olan grupta yer almıştır.

Medeni duruma göre 2 gruba ayrılan hastaların 88'i (%87,1) evli, 13'ü (%12,9) bekâr ve dul hastalardan oluşmuştur.

Sahip olunan çocuk sayısı açısından ise 3 gruba ayrılan hastaların ise 9'u (%8,9) çocuğu olmayan, 60'ı (%59,4) 1 ile 3 arasında çocuğa sahip olanlar ve 32'si (%31,7) 4 ve üzerinde çocuğu olanlar olarak hesaplanmıştır.

Meslek sahibi olup olmama durumuna göre 2 grupta değerlendirilen hastaların 91'i (%90,1) mesleği olmayan, 10 'u (%9,9) meslek sahibi olanlardan oluşmuştur.

Daha önceden herhangi bir operasyon geçirip geçirmeme öyküsüne göre 2 grupta değerlendirilen hastaların 51'i (%50,5) daha önceden operasyon öyküsü olmayanlardan, 50'si (%49,5) ise operasyon tecrübesi olan hastalardan oluşmuştur.

Fiziksel durum açısından (ASA) hastalar 2 gruba ayrılmıştır. Buna göre hastaların 39'u (%38,6) ek hastalığı bulunmayan ASA-I hastalardan, 62'si (%61,4) ise Hipertansiyon, Diabetes Mellitus, Kalp ve diğer sistemik hastalıklar gibi hastalıklar açısından herhangi bir

ek hastalığı bulunan ve hastalığı açısından değerleri normal sınırlar arasında bulunan ASA-II hastalardan oluşmuştur.

Hastalara operasyon odasında genel ve spinal anestezi türleri kısaca anlatılmış olup, kendi istekleriyle belirttikleri anestezi türüne göre operasyonları gerçekleştirilmiştir. Buna göre; 58 (%57,4) hasta Genel Anesteziyi, 43'ü (%42,6) ise Spinal Anesteziyi tercih etmişlerdir.

**Tablo 2. Demografik Özellikler**

		N	Yüzde (%)
YAŞ	50 yaş altı	57	56,4
	50 yaş ve üzeri	44	43,6
EĞİTİM	Okuryazar Değil	23	22,8
	İlköğretim	64	63,4
	Lise ve üstü	14	13,9
MEDENİ HAL	Evli	88	87,1
	Bekar/Dul	13	12,9
	Çocuğu Yok	9	8,9
ÇOCUK SAYISI	1-3 arası çocuk	60	59,4
	4 ve üzeri çocuk	32	31,7
MESLEK DURUMU	Mesleği yok	91	90,1
	Mesleği var	10	9,9
OPERASYON ÖYKÜSÜ	Öykü yok	51	50,5
	Öykü var	50	49,5
ASA	ASA-I	39	38,6
	ASA-II	62	61,4
ANESTEZİ TÜRÜ	Genel Anestezi	58	57,4
	Spinal anestezi	43	42,6

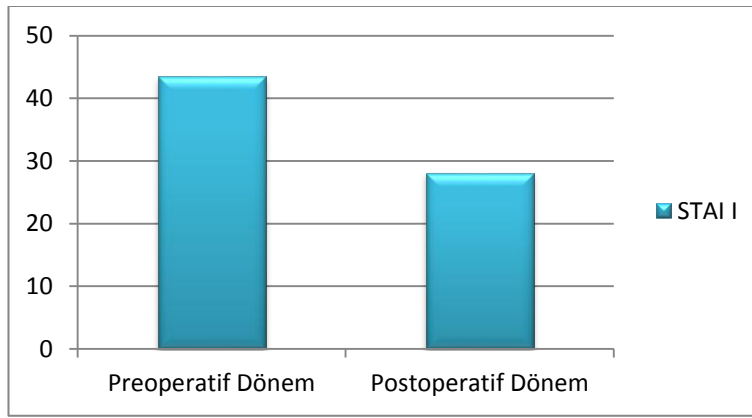
### 4.3. Durumluk Kaygı Ölçeğine Ait Genel Bulgular

Araştırmaya alınan hastaların genel değerlendirmesine göre preoperatif ve postoperatif Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-I) değerleri Tablo 3'te ve bu değerlerin T-Test ile birbirleriyle karşılaştırılması Tablo 4'te özetlenmiştir. Preoperatif STAI-I değerlerinin ortalaması 43,50 iken bu sonucun postoperatif dönemde 28,07 ye gerilediği ve bunun da Tablo 4 teki T-Testi sonucunda anlamlı derecede ( $p<0,05$ ) bir azalma olduğu ortaya konulmaktadır. Preoperatif STAI-II ortalaması 40,30 olup, STAI-I değerinden düşük

bulunmuştur. Bu farklılık, hastalardaki preoperatif dönemde anksiyetedeeki artışı ifade etmektedir.

**Tablo 3. Genel STAI Değerleri**

	N	Ortalama	Standart Sapma
Preoperatif Dönem STAI-I	101	43,50	13,530
Preoperatif Dönem STAI-II	101	40,30	9,657
Postoperatif Dönem STAI-I	101	28,07	6,253



**Şekil 2. Genel STAI-I Değerleri**

**Tablo 4. Genel STAI-I Sonuçlarının T-Testi**

	N	Sig. (p<0,05)
Preop. STAI-I & Postop.STAI-I	101	,000

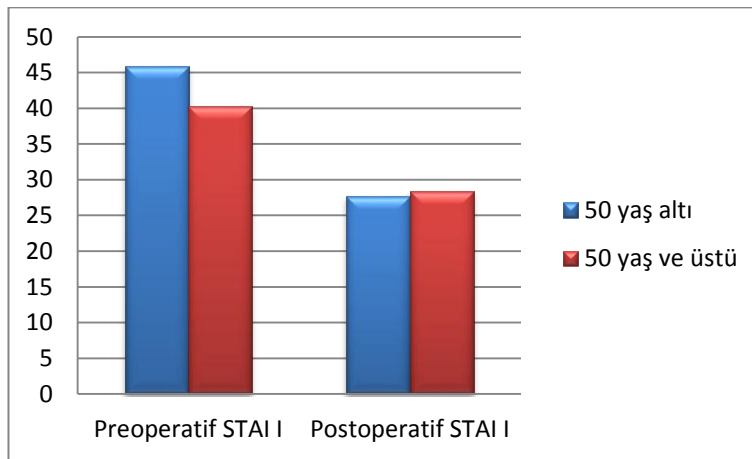
#### 4.3.1. Yaş Gruplarına Göre Durumluk Kaygı Ölçeğine Ait Bulgular

2 ayrı grupta değerlendirilen hastalardan; 50 yaş altı grubun preoperatif STAI-I ortalaması olan 45,93 iken, STAI-II değeri 40,32 olarak hesaplanmıştır. 50 yaş ve üstü grupta ise preoperatif STAI-I 40,36, STAI-II ise 40,27 olarak hesaplanmıştır (Tablo 5). 50 yaş altı grubunda STAI-I değerinin postoperatif dönemde 27,75'e gerilediği; 50 yaş ve üzeri grubunda ise bu değer 28,48 olduğu ve bu değer de preoperatif döneme göre gerilediği görülmektedir. Tablo 6'da aynı yaş gruplarının preoperatif ve postoperatif STAI-

I değerlerinin T-Testi ile karşılaştırmasında bu azalmanın anlamlı derecede bir azalma olduğu ( $p < 0,05$ ) sonucu ortaya çıkmaktadır.

**Tablo 5. Yaş Gruplarına Göre STAI Değerleri**

		Preop. STAI-I	Preop. STAI-II	Postop. STAI-I
50 yaş altı	N	57	57	57
	Ortalama	45,93	40,32	27,75
	Std.Sapma	13,637	9,995	5,079
50 yaş ve üzeri	N	44	44	44
	Ortalama	40,36	40,27	28,48
	Std.Sapma	12,870	9,315	7,553



**Şekil 3. Yaşa Göre STAI-I Değerleri**

**Tablo 6. Yaş Gruplarına Göre T-Testi**

		N	Sig.
50 yaş altı	Preop. STAI-I & Postop. STAI-I	57	,000
50 yaş ve üstü	Preop. STAI-I & Postop. STAI-I	44	,000

#### 4.3.2. Eğitim Düzeyine Göre Durumluk Kaygı Ölçeğine Ait Bulgular

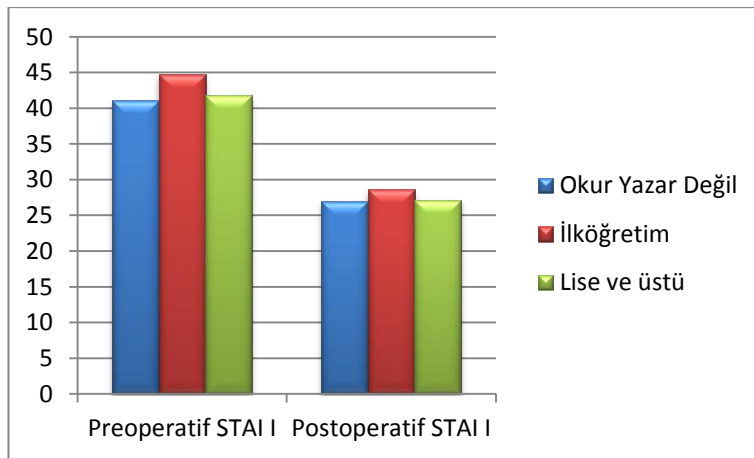
Eğitim düzeyine göre 3 grupta değerlendirilen hastalardan; Okuryazar olmayan grubunun preoperatif STAI-I değeri olan 41,13'ün postoperatif dönemde 27,04'e gerilediği Tablo 7'de görülmekte olup, Tablo 8'de T-Testi ile bu değerlerin karşılaştırılması

sonucunda bu azalmanın anlamlı bir azalma olduğu ( $p<0,05$ ) ortaya konulmaktadır. İlköğretim mezunu olan grubun preoperatif STAI-I değeri olan 44,72'nin postoperatif dönemde 28,64'e gerilediği; Tablo 8'de T-Testi ile bu değerlerin karşılaştırılması sonucunda bu azalmanın da anlamlı bir azalma olduğu ( $p<0,05$ ) ortaya konulmaktadır. Lise ve üstü mezuniyet durumu olan grubun ise; preoperatif STAI-I değerinin 41,86'dan postoperatif dönemde 27,14'e gerilediği; Tablo 8'de T-Testi ile bu değerlerin karşılaştırılması sonucunda bu azalmanın anlamlı bir azalma olduğu ( $p<0,05$ ) anlaşılmaktadır.

Eğitim durumuna göre 3 grubun Tablo 9'da gösterilen ANOVA sonuçlarına göre karşılaştırılması ise anlamlı bir sonuç ortaya koymamakta, eğitim durumuyla anksiyete arasında ilişki olmadığı anlaşılmaktadır.

**Tablo 7. Eğitim Durumuna Göre STAI Değerleri**

		Preop. STAI-I	Preop. STAI-II	Postop. STAI-I
Okuryazar değil	N	23	23	23
	Ortalama	41,13	45,30	27,04
	Std.Sapma	12,567	10,860	5,130
İlköğretim	N	64	64	64
	Ortalama	44,72	39,23	28,64
	Std.Sapma	13,969	8,748	6,736
Lise ve üstü	N	14	14	14
	Ortalama	41,86	36,93	27,14
	Std.Sapma	13,231	9,203	5,655



**Şekil 4. Eğitim Durumuna Göre STAI-I Değerleri**

**Tablo 8. Eğitim Durumuna Göre T-Test**

		<b>N</b>	<b>Sig.</b>
Okuryazar değil	Preop. STAI-I & Postop. STAI-I	23	,000
İlköğretim	Preop. STAI-I & Postop. STAI-I	64	,000
Lise ve üstü	Preop. STAI-I & Postop. STAI-I	14	,000

**Tablo 9. Eğitim Durumuna Göre ANOVA Sonuçları**

	<b>Sig.</b>
Preoperatif STAI -I	,493
Postoperatif STAI-I	,486

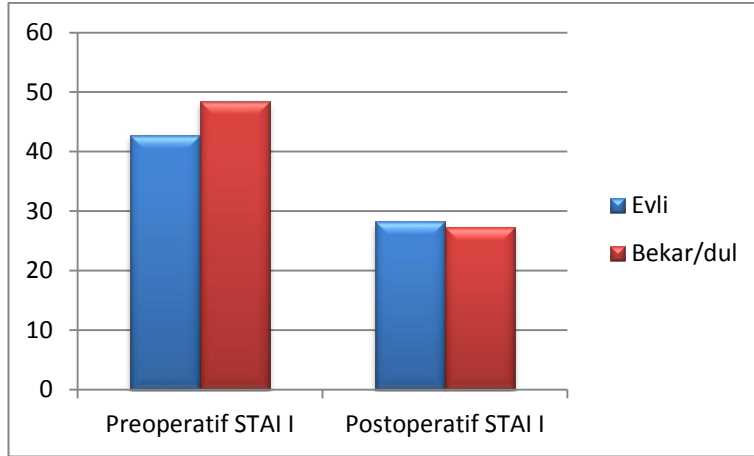
### 4.3.3. Medeni Hale Göre Durumluk Kaygı Ölçeğine Ait Bulgular

Medeni hale göre evli ve dul/bekar şeklinde 2 grupta değerlendirilen hastaların STAI-I ve STAI-II puan ortalamaları Tablo 10'da gösterilmiştir. Buna göre araştırmaya dahil olan 88 evli hastanın preoperatif STAI-I puan ortalaması 42,78 iken bu durum postoperatif dönemde 28,19'a gerilemiştir. Araştırmada yer alan 13 bekar ve dul hastanın ise preoperatif STAI-I ortalama puanı 48,38, postoperatif STAI-I ortalama puanı 27,23 olarak hesaplanmıştır. Tablo 11'de T-Test ile her iki grubun STAI değerlerindeki düşüşün anlamlı olup olmadığı karşılaştırılmış olup bu değerlerin anlamlı düşüşü ifade ettiği ( $p < 0,05$ ) görülmektedir.

**Tablo 10. Medeni Hale Göre STAI Değerleri**

		<b>Preop. STAI-I</b>	<b>Preop. STAI- II</b>	<b>Postop. STAI-I</b>
Evli	N	88	88	88
	Ortalama	42,78	39,82	28,19
	Std.Sapma	13,506	8,779	6,398
Bekar/Dul	N	13	13	13
	Ortalama	48,38	43,54	27,23
	Std.Sapma	16,127	14,327	5,310





**Şekil 5. Medeni Hale Göre STAI-I Değerleri**

**Tablo 11. Medeni Hale Göre T-Test**

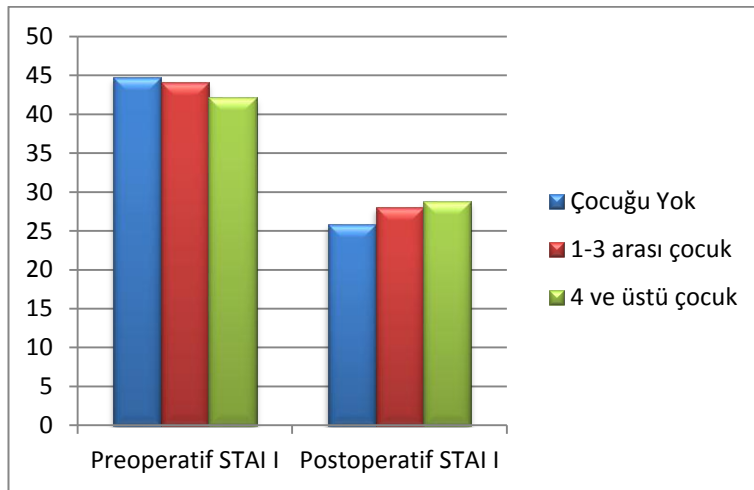
		N	Sig.
Evli	Preop. STAI-I & Postop. STAI-I	88	,000
Bekar/Dul	Preop. STAI-I& Postop. STAI-I	13	,001

#### 4.3.4. Çocuk Sayısına Göre Durumluk Kaygı Ölçeğine Ait Bulgular

Histerektomi operasyonu öncesi anksiyete ile, sahip olunan çocuk sayısının ilişkisinin olup olmadığını anlamak için yapılan ankette hastalar 3 grup halinde değerlendirilmiştir. Buna göre; çocuk sahibi olmayan 9 hastanın preoperatif STAI-I puan ortalaması 44,67 iken postoperatif dönemde 25,78; 1 ile 3 tane çocuğa sahip olan 60 hastanın preoperatif STAI-I ortalaması 44,05 iken postoperatif dönemde 28,05; 4 ve daha fazla sayıda çocuğu olan 32 hastanın ise preoperatif STAI-I puan ortalaması 42,16 iken postoperatif dönemde 28,75 olarak hesaplanmıştır (Tablo 12). Gruplar arasındaki her iki dönemde elde edilen sonuçların anlamlı azalma olup olmadığı Tablo 13'te gösterilmiş olup sonuçlardan da anlaşıldığı gibi  $p < 0,05$  olup, bu azalmanın anlamlı olduğu ve preoperatif dönemin hastalardaki anksiyeteyi artırdığını göstermektedir.

**Tablo 12. Çocuk Sayısına Göre STAI Değerleri**

		Preop. STAI-I	Preop. STAI-	Postop. STAI-I
Çocuk yok	N	9	9	9
	Ortalama	44,67	37,89	25,78
	Std.Sapma	12,816	9,727	4,438
1-3 çocuk	N	60	60	60
	Ortalama	44,05	40,55	28,05
	Std.Sapma	14,405	10,152	6,469
4 ve üstü çocuk	N	32	32	32
	Ortalama	42,16	40,508	28,75
	Std.Sapma	12,261	8,854	6,278

**Şekil 6. Çocuk Sayısına Göre STAI-I Değerleri****Tablo 13. Çocuk Sayısına Göre T-Test**

		N	Sig.
Çocuğu Yok	Preop. STAI-I & Postop. STAI-I	9	,000
1-3 arası çocuk	Preop. STAI-I & Postop. STAI-I	60	,000
4 ve üzeri çocuk	Preop. STAI-I & Postop. STAI-I	32	,000

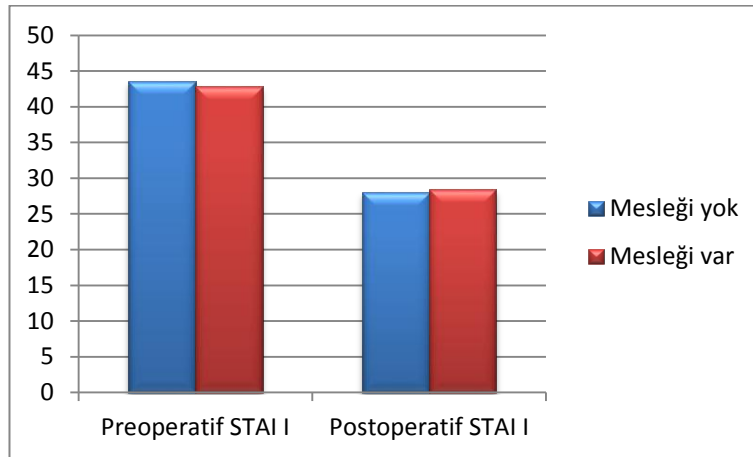
#### 4.3.5. Meslek Durumuna Göre Durumluk Kaygı Ölçeğine Ait Bulgular

Hastalar 2 gruba ayrılarak değerlendirilmiştir. Buna göre mesleği olmayan 91 hastanın preoperatif STAI-I puan ortalaması olan 43,58 değerinin postoperatif dönemde

28,03; meslek sahibi olan 10 hastanın ise preoperatif STAI-I değeri olan 42,80'in postoperatif dönemde 28,40'a gerilediği Tablo 14'da gösterilmiştir. Tablo 15'de bu azalmanın anlamlı olup olmadığı T-Test ile gösterilmiş olup yine bunun da anlamlı azalma olduğu görülmektedir.

**Tablo 14. Meslek Durumuna Göre STAI Değerleri**

		Preop. STAI-I	Preop. STAI- II	Postop. STAI-I
Mesleği yok	N	91	91	91
	Ortalama	43,58	40,95	28,03
	Std.Sapma	13,694	9,722	6,399
Mesleği var	N	10	10	10
	Ortalama	42,80	34,40	28,40
	Std.Sapma	12,577	6,931	4,993



**Şekil 7. Meslek Durumuna Göre STAI-I Değerleri**

**Tablo 15. Meslek Durumuna Göre T-Test**

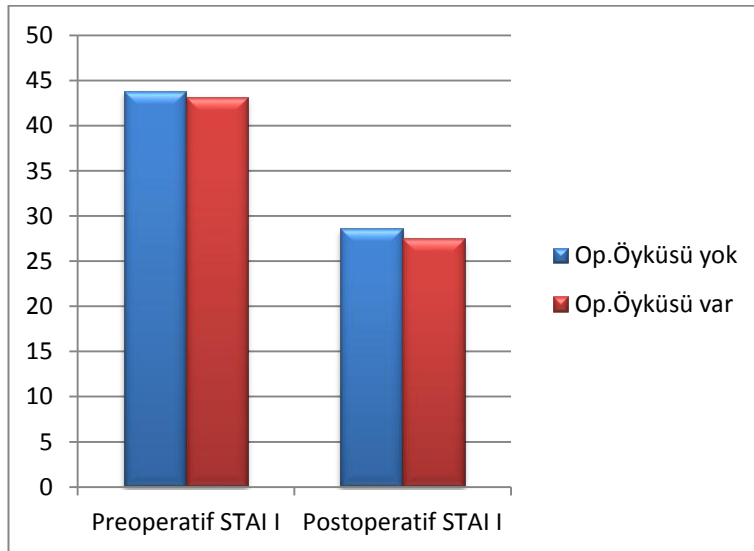
		N	Sig.
Mesleği yok	Preop. STAI-I & Postop. STAI-I	91	,000
Mesleği var	Preop. STAI-I& Postop. STAI-I	10	,002

#### 4.3.6. Operasyon Öyküsüne Göre Durumluk Kaygı Ölçeğine Ait Bulgular

Hastalar 2 grupta değerlendirilmiştir. Operasyon öyküsü olmayan hastaların preoperatif STAI-I puan ortalaması 43,82'den postoperatif dönemde 28,61'e gerilemiştir (Tablo 16). Daha önce operasyon geçirmiş olan hastaların preoperatif dönemdeki STAI-I puan ortalaması 43,18 iken postoperatif dönemde bu puan ortalaması 27,52 olarak bulunmuştur. Tablo 17'de her iki grubun T-Testi ile karşılaştırılması yapılmış ve her iki grubun preoperatif dönemdeki yüksek anksiyeteyi gösteren değerlerindeki postoperatif dönemdeki düşüşün anlamlı olduğu ( $p<0,05$ ) görülmektedir.

**Tablo 16. Operasyon Öyküsüne Göre STAI Değerleri**

		Preop. STAI-I	Preop. STAI- II	Postop. STAI-I
Öykü yok	N	51	51	51
	Ortalama	43,82	40,96	28,61
	Std.Sapma	13,221	10,127	6,113
Öykü var	N	50	50	50
	Ortalama	43,18	39,62	27,52
	Std.Sapma	13,965	9,205	6,409



**Şekil 8. Operasyon Öyküsüne Göre STAI-I Değerleri**

**Tablo 17. Operasyon Öyküsüne Göre T-Test**

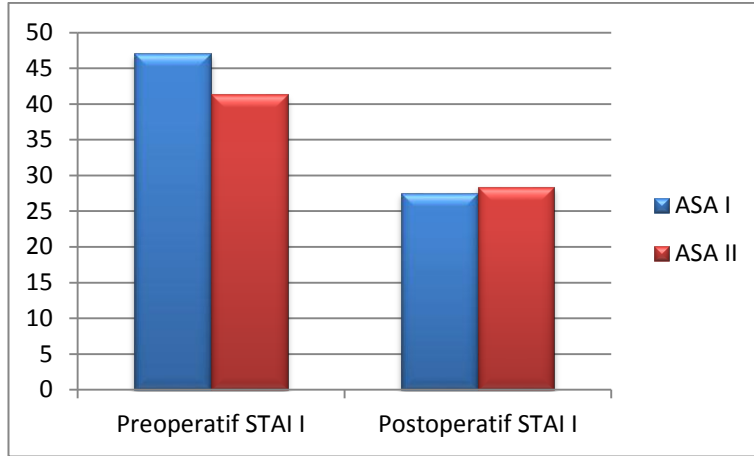
		<b>N</b>	<b>Sig.</b>
Öykü yok	Preop. STAI-I & Postop. STAI-I	51	,000
Öykü var	Preop. STAI-I& Postop. STAI-I	50	,000

#### **4.3.7. Fiziksel Durum Skalası (ASA) Durumuna Göre Durumluk Kaygı Ölçeğine Ait Bulgular**

Anksiyete durumuna hastaların Fiziksel Durum Skalası (ASA) açısından bakıldığında sistemik hastalığın varlığının anksiyeteye katkı sağlayıp sağlamadığı araştırılmıştır. Buna göre ASA I grubunda yer alan 39 hastanın preoperatif STAI-I puanının 47,03,postoperatif dönemde ise 27,56 olduğu; ASA II grubundaki 62 hastanın ise preoperatif dönem STAI-I değerinin 41,29 iken postoperatif dönemde 28,39 olduğu Tablo 18 de görülmektedir. Preoperatif STAI-I ortalama değerlerinin ASA I grubunda ASA II grubuna göre daha yüksek olduğu da anlaşılmaktadır. Tablo 19’da T-Test ile her iki dönemdeki farklılık araştırılmış olup bu azalmanın yine anlamlı bir azalma olduğu görülmektedir.

**Tablo 18. ASA Sınıflamasına Göre STAI Değerleri**

		<b>Preop. STAI-I</b>	<b>Preop. STAI- II</b>	<b>Postop. STAI-I</b>
	N	39	39	39
ASA I	Ortalama	47,03	40,18	27,56
	Std.Sapma	11,966	10,804	5,246
	N	62	62	62
ASA II	Ortalama	41,29	40,37	28,39
	Std.Sapma	14,071	8,952	6,834



**Şekil 9. ASA Sınıflamasına Göre STAI-I Değerleri**

**Tablo 19. ASA Sınıflamasına Göre T-Test**

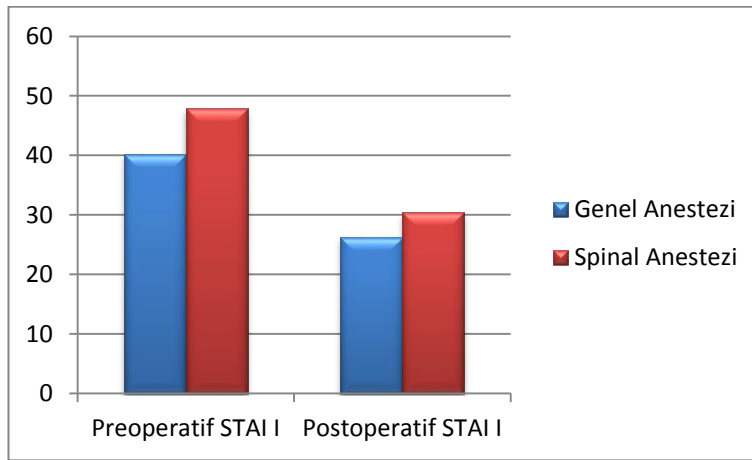
		<b>N</b>	<b>Sig.</b>
ASA I	Preop. STAI-I & Postop. STAI-I	39	,000
ASA II	Preop. STAI-I & Postop. STAI-I	62	,000

#### **4.3.8. Anestezi Türüne Göre Durumluk Kaygı Ölçeğine Ait Bulgular**

Hastalar; ameliyat öncesi hangi türde anestezi altında operasyona girecekleri bilinmeden (hastalar operasyondan hemen önce anestezi türünü kendileri seçmiştir) yapılan değerlendirmeye göre Genel Anestezi ve Rejyonel (Spinal) Anestezi şeklinde 2 grupta değerlendirilmiştir. Genel anestezi altında opere olan 58 hastanın preoperatif STAI-I puan ortalaması 40,28, postoperatif dönemde ise 26,31; Spinal anestezi ile opere olan 43 hastanın ise preoperatif STAI-I ortalaması 47,86, postoperatif dönemde ise 30,44 olarak hesaplanmıştır (Tablo 20). Değerlerden anlaşıldığı gibi hastaların olayın farkında olmasının da anksiyeteye katkı sağladığı anlaşılmaktadır. Tablo 21 de her iki dönemdeki azalmanın anlamlı olduğu gösterilmiştir.

**Tablo 20. Anestezi Türüne Göre STAI Değerleri**

		<b>Preop. STAI-I</b>	<b>Preop. STAI- II</b>	<b>Postop. STAI-I</b>
Genel Anestezi	N	58	58	58
	Ortalama	40,28	40,45	26,31
	Std.Sapm	13,830	10,335	5,915
Spinal Anestezi	N	43	43	43
	Ortalama	47,86	40,09	30,44
	Std.Sapm	11,936	8,774	5,965

**Şekil 10. Anestezi Türüne Göre STAI-I Değerleri****Tablo 21. Anestezi Türüne Göre T Test**

		<b>N</b>	<b>Sig.</b>
Genel Anestezi	Preop. STAI-I & Postop. STAI-I	58	,000
Spinal anestezi	Preop. STAI-I & Postop. STAI-I	43	,000

#### 4.4. Ameliyat Öncesi Anesteziyle İlgili Genel Kaygı Nedenleri

Ameliyat öncesi anestezi açısından hastalarda kaygı uyandıran nedenler araştırılmış olup, kendilerinden öncelikli olan 3 kaygı nedenini seçmeleri istenmiştir. Bu nedenler aşağıdaki şekilde sıralanmıştır:

**Tablo 22. Kaygı Nedenleri**


---

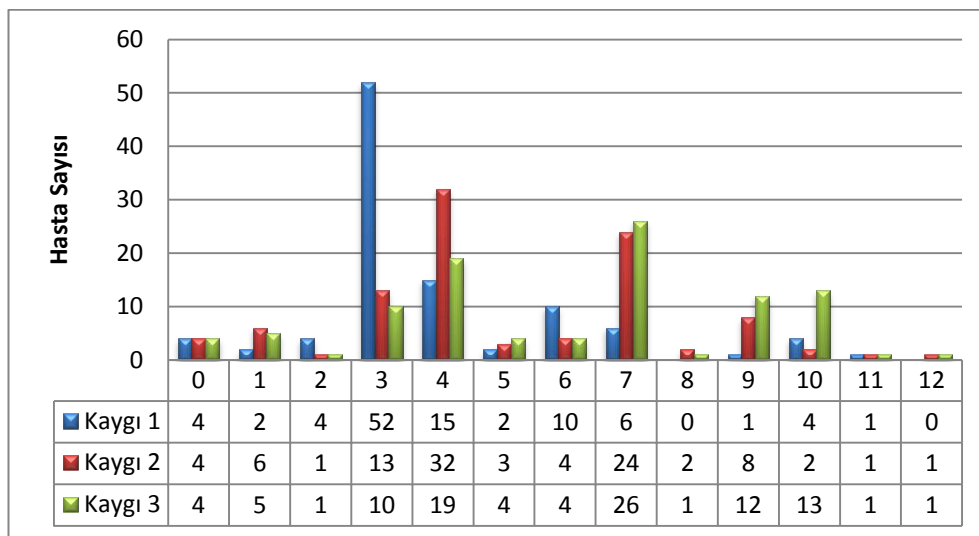
0- Kaygı yok
1- Anestezistin bilgi yetersizliği
2- Anestezistin deneyim eksikliği
3- Ameliyat sonrası uyanmamak
4- Ameliyat sonrası ağrı
5- Anestezistin ameliyat odasında bulunmaması
6- Ameliyat sırasında uyanmak
7- Bulantı-kusma
8- Anestezistin tavırları
9- Yoğun bakımda kalmak
10- Ameliyat sonrası uzun süre uyumak
11- iğne
12- Personelin problem çıkarması

---

Şekil 11’de görüldüğü gibi hastalarda ameliyat öncesinde en fazla kaygıya neden olan düşünce (Kaygı 1) ‘*ameliyat sonrası uyanmamak*’ (% 51,5), ‘*ameliyat sonrası ağrı*’ (% 14,9) ve ‘*ameliyat sırasında uyanmak*’(% 9,9 ) olarak belirtilmiştir.

İkinci kaygı nedeni (Kaygı 2) ; ‘*ameliyat sonrası ağrı*’ (% 31,7), ‘*bulantı-kusma*’ (% 23,8) ve ‘*ameliyat sonrası uyanmamak*’ (% 12,9 ) olarak belirtilmiştir.

Üçüncü kaygı nedeni (Kaygı 3) ise; sıklık sırasına göre; ‘*bulantı-kusma*’ (%25,7), ‘*ameliyat sonrası ağrı*’ (% 18,8) ve ‘*ameliyat sonrası uzun süre uyumak*’ (%12,9 ) olarak ifade edilmiştir..

**Şekil 11. Genel Kaygı Nedenleri**

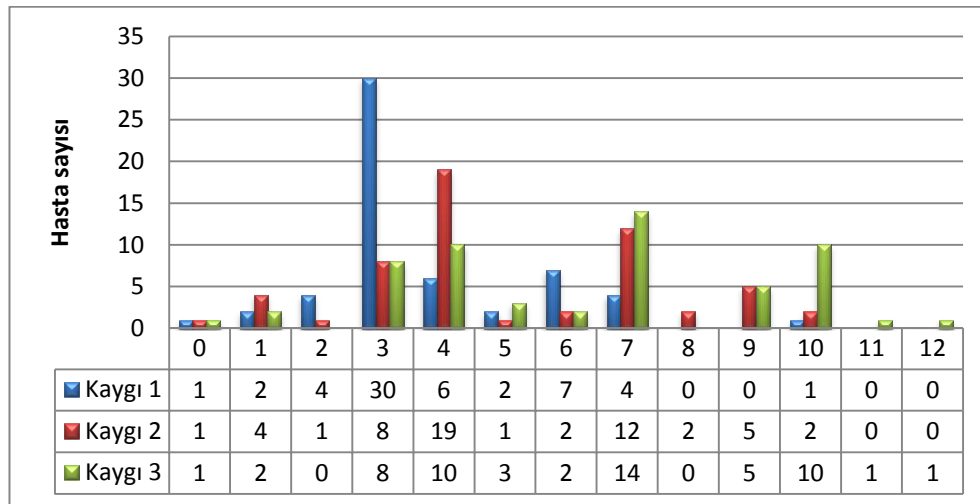


#### 4.4.1. Yaş Gruplarına Göre Kaygı Nedenleri

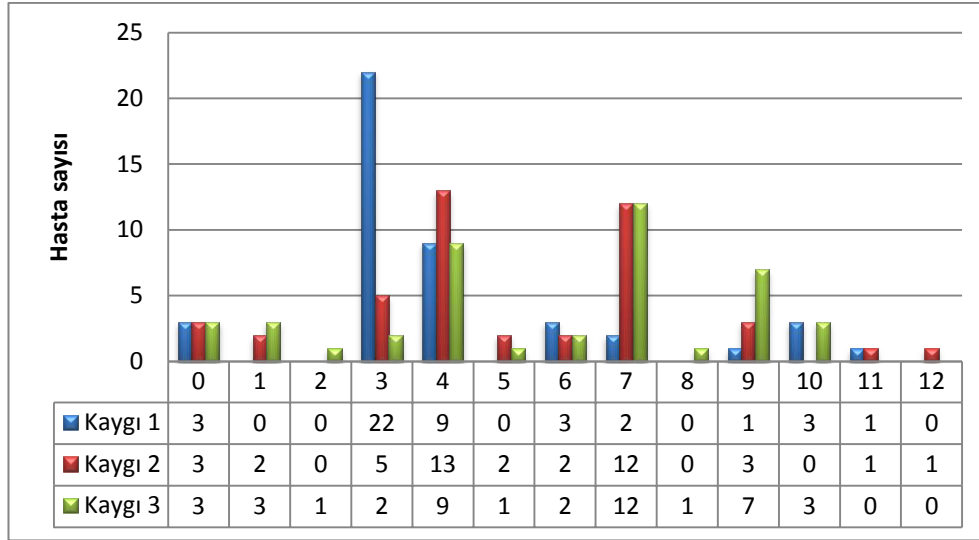
50 yaş altı gruptaki 57 hastanın 30'u (%52,6) 'Ameliyat sonrası uyanmamayı' en kaygı duydukları seçenek olarak işaretlemişlerdir. Hastaların 2.sırada en fazla kaygı duydukları sebep 19 hasta (%33,3) ile 'Ameliyat sonrası ağrı' ve 3.sırada ise 14 hasta (%24,6) ile 'bulantı-kusma' seçeneği olmuştur (Şekil 12).

50 yaş ve üstü grupta yer alan 44 hastada ise;1.kaygı nedeni 22 hasta (%50) 'Ameliyat sonra uyanmamak',2.kaygı nedeni 13 hasta (% 29,5) ile 'Ameliyat sonrası ağrı' ve 3.kaygı nedeni olarak ise 12 hasta (%27,3) ile 'bulantı kusma' seçenekleri olmuştur (Şekil 13).

Yaş grubuna göre anesteziye yönelik kaygıların önceliğinde ve nedeninde herhangi bir ayırım gözlenmemiştir.



Şekil 12. Yaş Gruplarına Göre Kaygı Nedenleri (50 Yaş Altı)



**Şekil 13. Yaş Gruplarına Göre Kaygı Nedenleri (50 Yaş ve Üstü)**

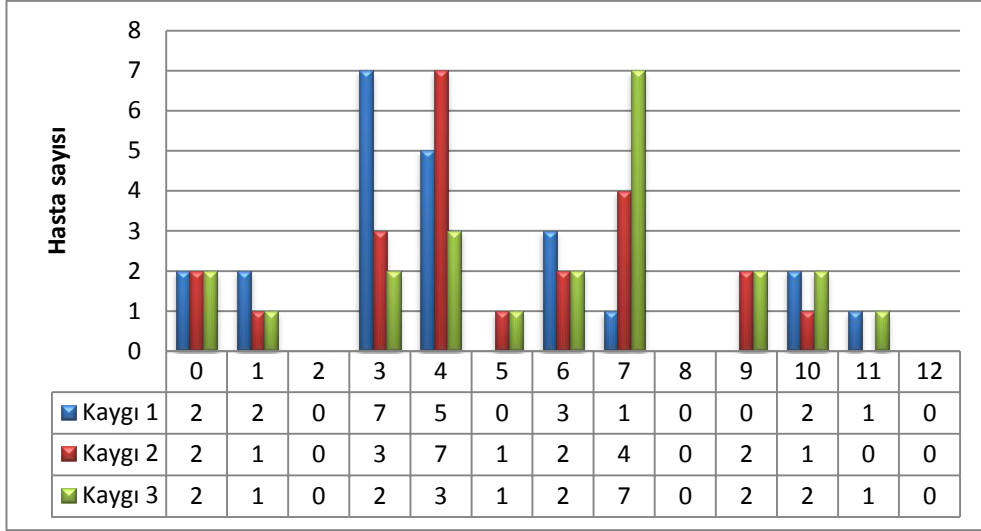
#### 4.4.2. Eğitim Durumuna Göre Kaygı Nedeni

Okuryazar olmayan grupta yer alan 23 hastanın 7'si (%30,4) 'ameliyat sonrası uyanmamak' durumunu en fazla kaygı duydukları neden olarak belirtmiştir. İkinci sırada yine 7 hasta (%30,4) 'ameliyat sonrası ağrıyı' ve üçüncü sırada da 7 hasta (%30,4) 'ameliyat sonrası bulantı kusmayı' kaygı nedeni olarak belirtmişlerdir (Şekil 14).

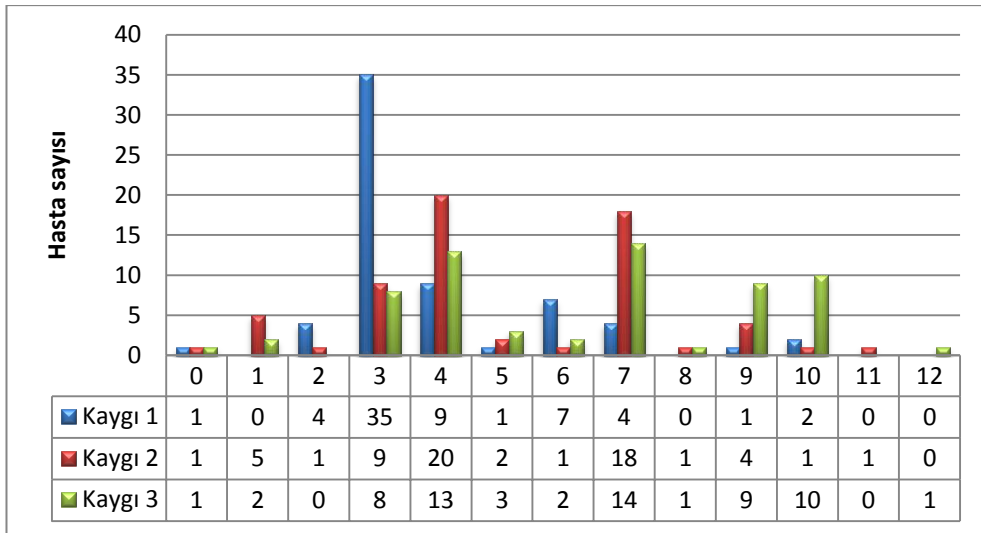
İlköğretim mezunu olan 64 hastanın 35'i (%54,7) birinci kaygı nedenini 'ameliyat sonrası uyanmamak' olarak seçerken; 20 hasta (%31,3) ikinci neden olarak 'ameliyat sonrası ağrıyı' ve 14 hasta (%21,9) üçüncü neden olarak 'bulantı kusmayı' seçmişlerdir (Şekil 15).

Lise ve üstü mezuniyet durumu olan 14 hastadan 10'u (%71,4) birinci neden olarak 'ameliyat sonrası uyanmamak', 5'i (%35,7) ikinci neden olarak 'ameliyat sonrası ağrıyı' ve 5'i (%35,7) üçüncü neden olarak 'bulantı kusma'yı kaygı nedeni olarak ifade etmişlerdir (Şekil 16).

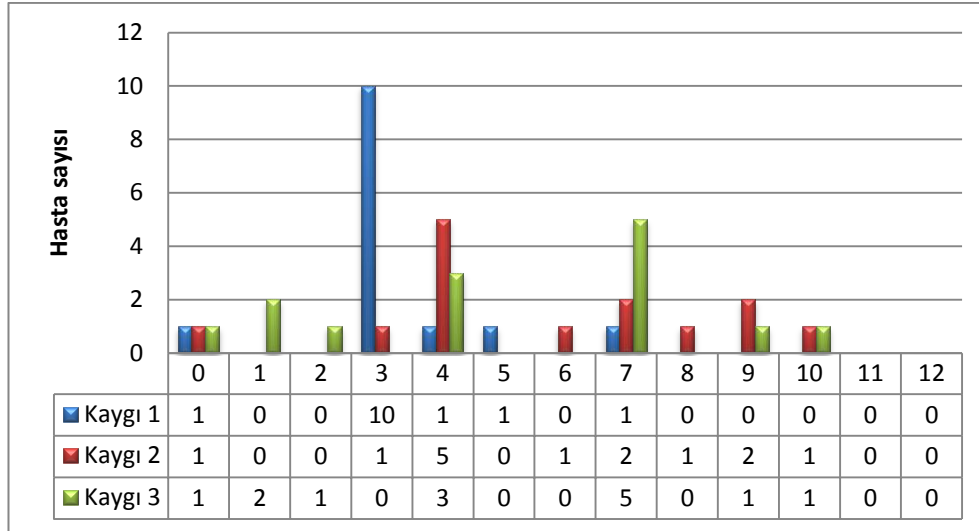
Eğitim durumları açısından da hastaların öncelikli olarak kaygı duydukları nedenleri ve öncelik sıralamasını da aynı şekilde belirtildiği görülmektedir.



Şekil 14. Eğitim Durumuna Göre Kaygı Nedeni (Okuryazar Değil)



Şekil 15. Eğitim Durumuna Göre Kaygı Nedeni (İlköğretim)



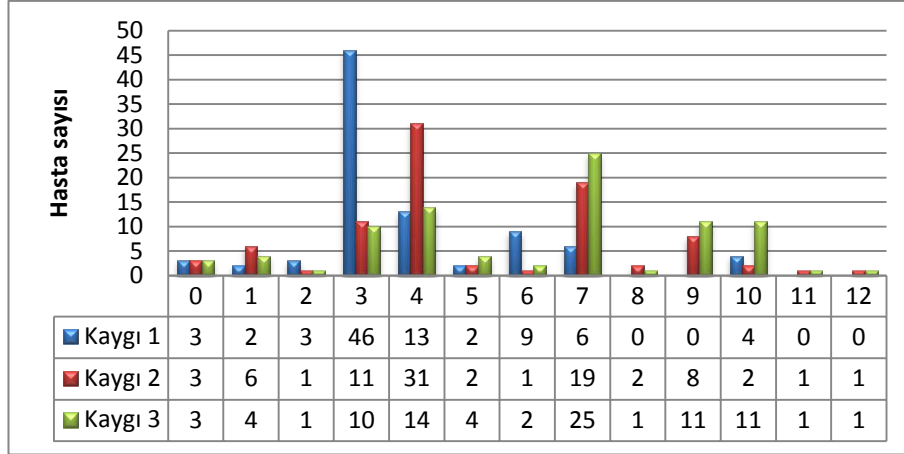
**Şekil 16. Eğitim Durumuna Göre Kaygı Nedeni (Lise ve Üstü)**

#### 4.4.3. Medeni Hale Göre Kaygı Nedeni

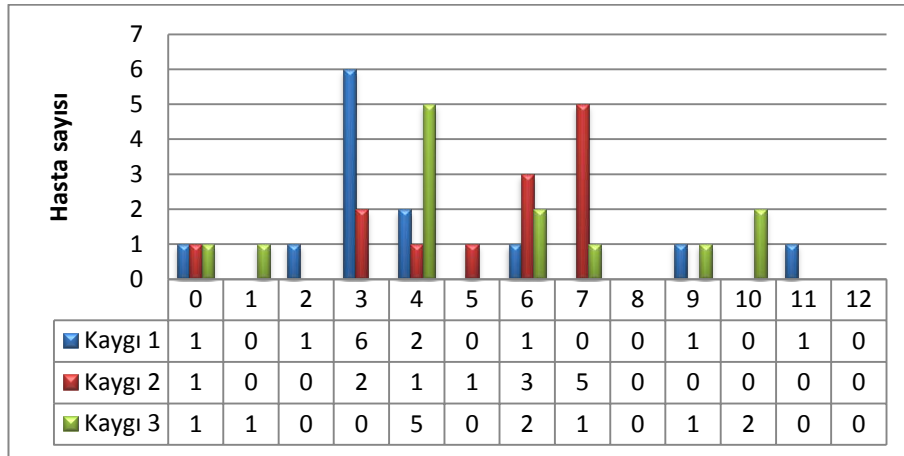
Evli hastalardan oluşan 88 kişilik gruptan 46'sı (%52,3) kaygı sıralamasında en başa 'ameliyat sonrası uyanmamayı' koymuşlardır. Hastaların 31'i (%35,2) ikinci sırada 'ameliyat sonrası ağrı' ve 25 hasta (%28,4) ise üçüncü sırada 'bulantı kusma' olarak kaygılarını belirtmişlerdir (Şekil 17).

Bekar ve dul hastalardan oluşan 13 kişilik grupta 6 hasta (%46,2) birinci kaygı nedeni olarak 'ameliyat sonrası uyanmamak', 5 hasta (%38,5) ikinci kaygı nedeni olarak 'bulantı kusma' ve 5 hasta (%38,5) üçüncü sebep olarak 'ameliyat sonrası ağrı'yı belirtmişlerdir. (Şekil 18).

Medeni duruma göre de hastaların ilk 3 sırada kaygı duydukları sebepler değişmezken her iki grup da en kaygı duyulan durumu 'ameliyat sonrası uyanmamak' olarak bildirirken, evli grubun ikinci sırada ağrı ve üçüncü sırada bulantı kusma olarak belirttiği durumlar bekar/dul grubunda tersine ifade edilmiştir.



**Şekil 17. Medeni Hale Göre Kaygı Nedeni (Evli)**



**Şekil 18. Medeni Hale Göre Kaygı Nedeni (Bekar/Dul)**

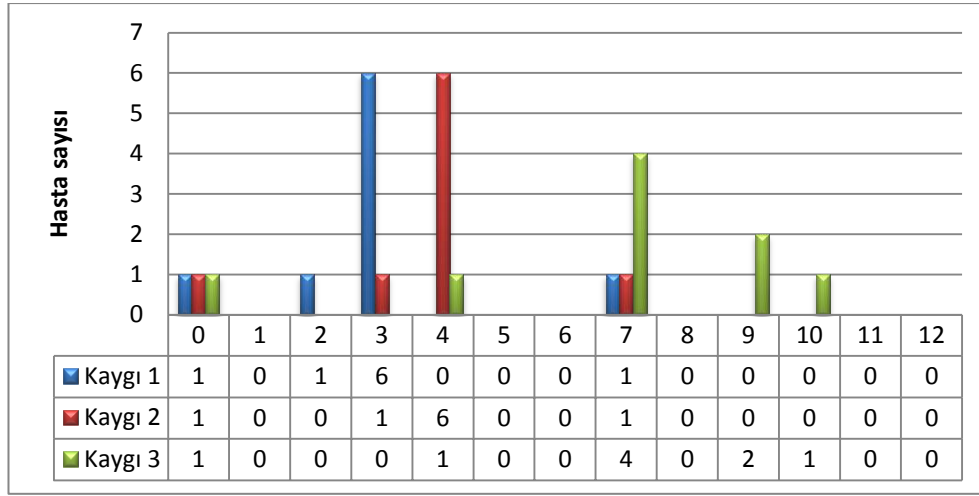
#### 4.4.4. Çocuk Sayısına Göre Kaygı Nedeni

Çocuk sahibi olmayan grupta yer alan 9 hastanın 6'sı (%66,6) 'ameliyat sonrası uyanmamak' durumunu en fazla kaygı duydukları neden olarak belirtmiştir. İkinci sırada yine 6 hasta (%66,6) 'ameliyat sonrası ağrı'yı ve üçüncü sırada da 4 hasta (%44,4) 'ameliyat sonrası bulantı kusma' yı kaygı nedeni olarak belirtmişlerdir (Şekil 19)

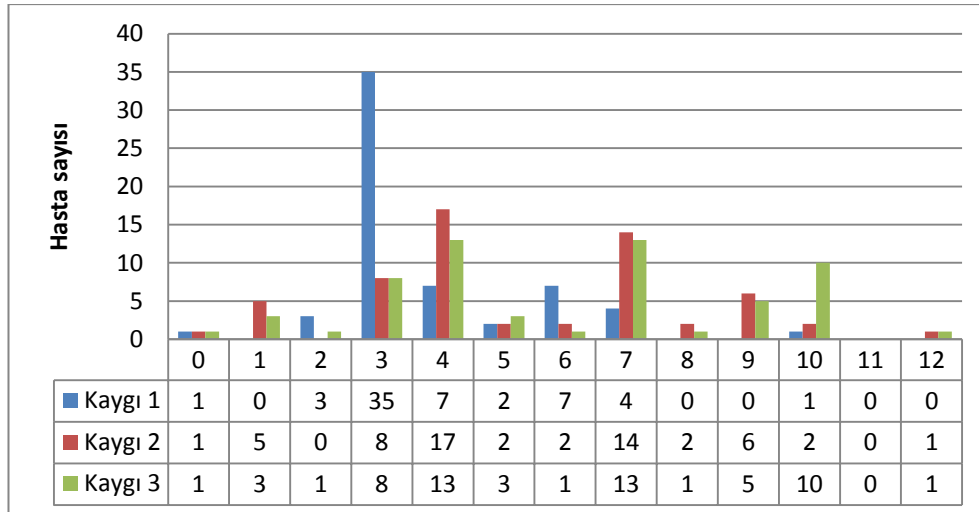
1 ile 3 arası çocuk sahibi olan 60 hastanın 35'i (%58,3) birinci kaygı nedenini 'ameliyat sonrası uyanmamak' olarak seçerken; 17 hasta (%28,3) ikinci neden olarak 'ameliyat sonrası ağrı'yı' ve 13 hasta (%21,7) üçüncü neden olarak 'bulantı kusma'yı seçmişlerdir (Şekil 20).

4 ve üzeri sayıda çocuk sahibi olan 32 hastadan 11'i (%31,4) birinci neden olarak 'ameliyat sonrası uyanmamak', 9'u (%28,1) ikinci neden olarak 'ameliyat sonrası ağrıyı' ve 9'u (% 28,1) üçüncü neden olarak 'bulantı kusma'yı kaygı nedeni olarak ifade etmişlerdir (Şekil 21).

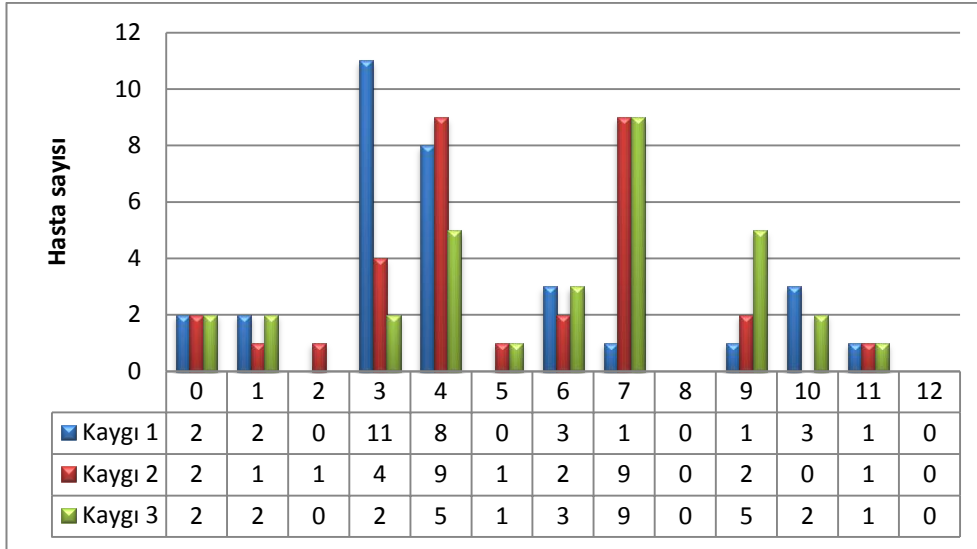
Çocuk sahibi olma durumuna göre hastaların kaygı önceliği ve nedenlerini de aynı şekilde belirtildiği görülmektedir.



Şekil 19. Çocuk Sayısına Göre Kaygı Nedeni (Çocuğu Yok)



Şekil 20. Çocuk Sayısına Göre Kaygı Nedeni (1-3 Çocuğu Olan)



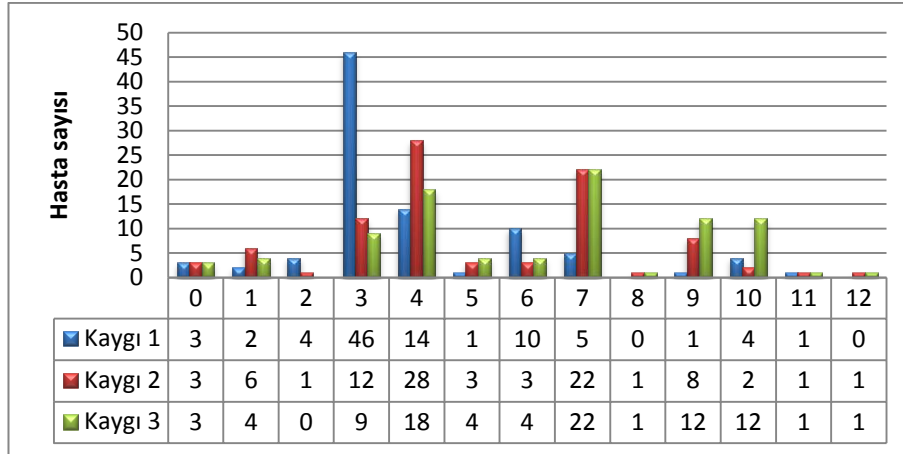
**Şekil 21. Çocuk Sayısına Göre Kaygı Nedeni (4 ve Üzeri Çocuğu Olan)**

#### 4.4.5. Meslek Durumuna Göre Kaygı Nedeni

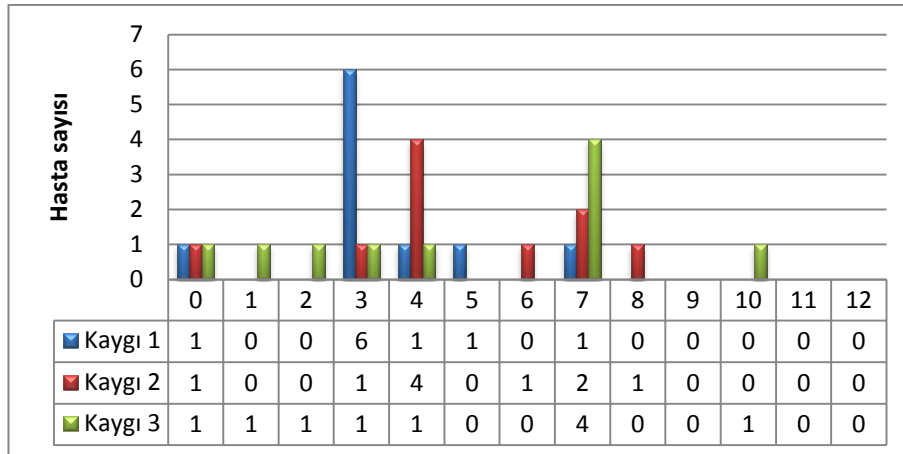
Meslek sahibi olmayan 91 hastanın 46'sı (%50,5) 'Ameliyat sonrası uyanmamayı' en kaygı duydukları seçenek olarak işaretlemişlerdir. Hastaların 2.sırada en fazla kaygı duydukları sebep 28 hasta (%30,8) ile 'Ameliyat sonrası ağrı' ve 3.sırada ise 22 hasta (%24,62) ile 'bulantı-kusma' seçeneği olmuştur (Şekil 22).

Meslek sahibi olan 10 hastanın ise; 1.kaygı nedeni 6 hastada (%60) 'Ameliyat sonrası uyanmamak', 2.kaygı nedeni 4 hasta (% 40) ile 'Ameliyat sonrası ağrı' ve 3.kaygı nedeni olarak ise 4 hasta (% 40) ile 'bulantı kusma' seçenekleri olmuştur (Şekil 23).

Meslek sahibi olma durumuna göre anesteziye yönelik kaygıların öncelik sırasında ve nedeninde herhangi bir farklılık saptanmamıştır.



Şekil 22. Meslek Durumuna Göre Kaygı Nedeni (Mesleği Yok)



Şekil 23. Meslek Durumuna Göre Kaygı Nedeni (Mesleği Var)

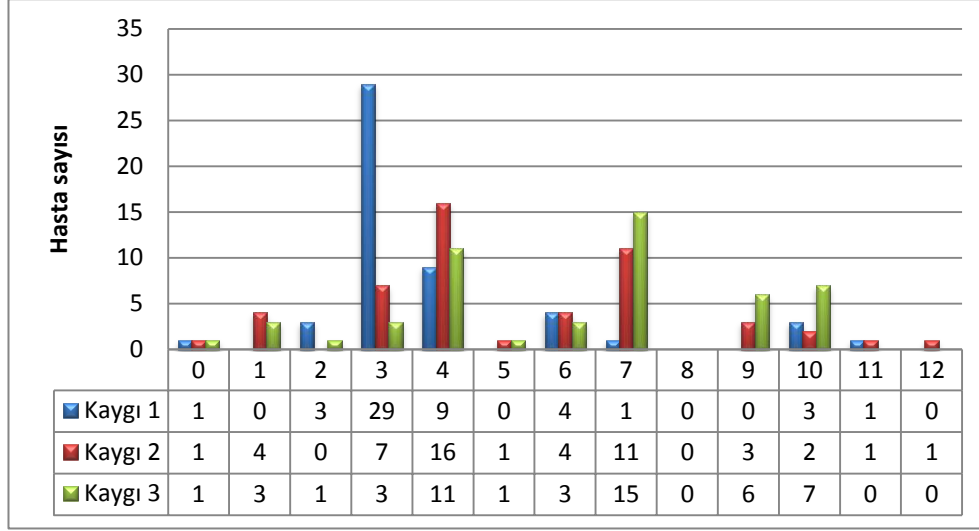
#### 4.4.6. Operasyon Öyküsüne Göre Kaygı Nedeni

Operasyon öyküsü olmayan 51 hastanın 29'u (%56,9) 'Ameliyat sonrası uyanmamayı' en kaygı duydukları seçenek olarak işaretlemişlerdir. Hastaların 2.sırada en fazla kaygı duydukları sebep 16 hasta (% 31,4) ile 'Ameliyat sonrası ağrı' ve 3.sırada ise 15 hasta (%29,4) ile 'bulantı-kusma' seçeneği olmuştur (Şekil 24).

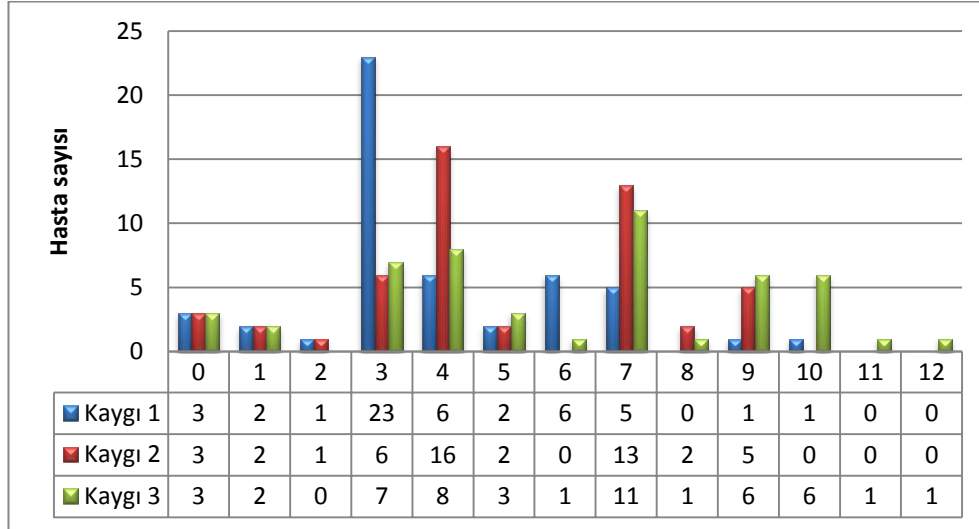
Operasyon öyküsü olan 50 hastanın ise;1.kaygı nedeni 23 hastada (% 46) 'Ameliyat sonrası uyanmamak',2.kaygı nedeni 16 hasta (% 32) ile 'Ameliyat sonrası ağrı' ve 3.kaygı nedeni olarak ise 11 hasta (% 22) ile 'bulantı kusma' seçenekleri olmuştur (Şekil 25).



Operasyon öyküsü olma durumuna göre anesteziye yönelik kaygıların öncelik sırasında ve nedeninde herhangi bir farklılık saptanmamıştır.



Şekil 24. Operasyon Öyküsüne Göre Kaygı Nedeni (Operasyon Öyküsü Yok)



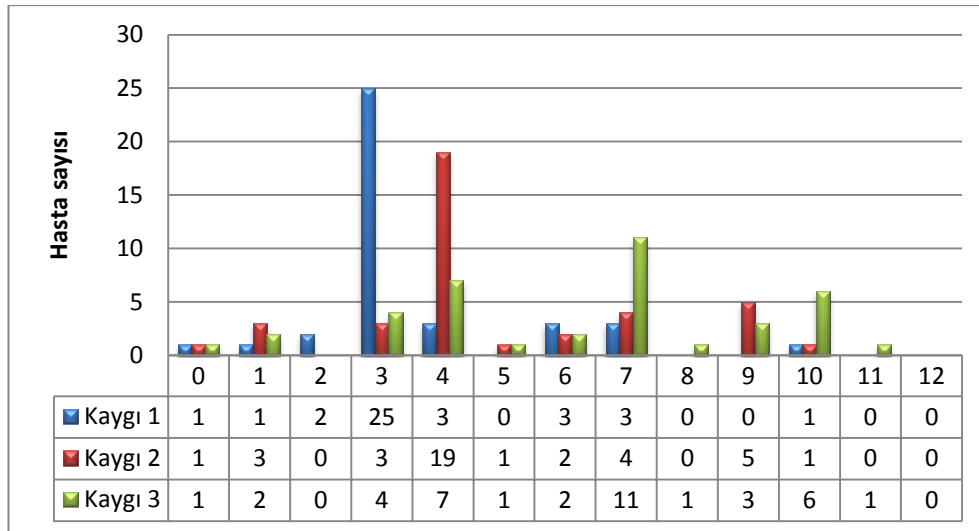
Şekil 25. Operasyon Öyküsüne Göre Kaygı Nedeni (Operasyon Öyküsü Var)

#### 4.4.7. Fiziksel Durum Skalasına (ASA) Göre Kaygı Nedeni

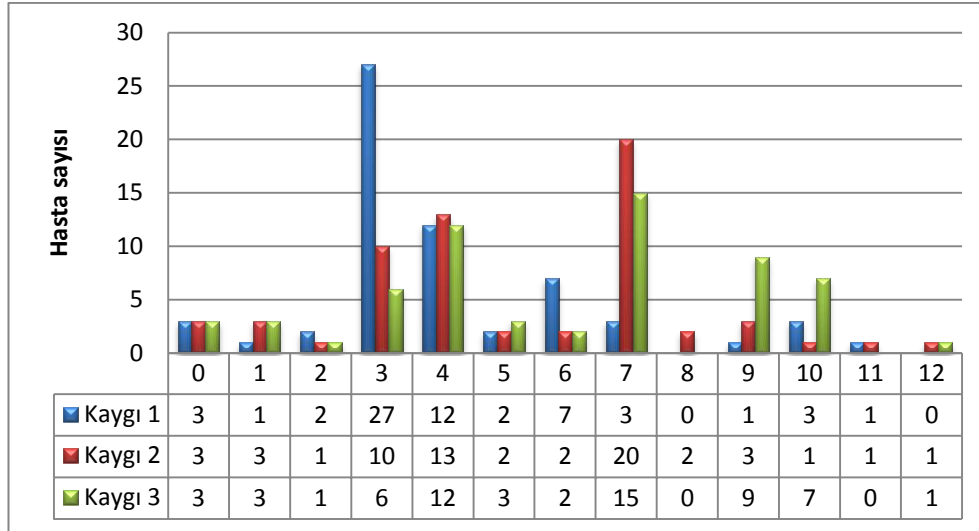
ASA I grupta yer alan 39 hastanın 25'i (% 64,1) 'Ameliyat sonrası uyanmamayı' en kaygı duydukları seçenek olarak işaretlemişlerdir. Hastaların 2.sırada en fazla kaygı duydukları sebep 19 hasta (% 48,7) ile 'Ameliyat sonrası ağrı' ve 3.sırada ise 11 hasta (% 28,3) ile 'bulantı-kusma' seçeneği olmuştur (Şekil 26).

ASA II grubundaki 62 hastanın ise;1.kaygı nedeni 27 hastada (% 43,5) 'Ameliyat sonrası uyanmamak',2.kaygı nedeni 20 hasta (% 32,3) ile 'bulantı kusma' ve 3.kaygı nedeni olarak ise 15 hasta (% 24,2) ile yine 'bulantı kusma' seçenekleri olmuştur (Şekil 27).

ASA I grubunun kaygı nedenleri ve önceliği diğer gruplandırmalardaki gibiyken; ASA II grubunda dikkat çeken özellik birinci kaygı nedeni yine ameliyat sonrası uyanmamak iken ikinci ve üçüncü neden bulantı kusma olarak belirtilmiştir.



Şekil 26. ASA Durumuna Göre Kaygı Nedeni (ASA I)



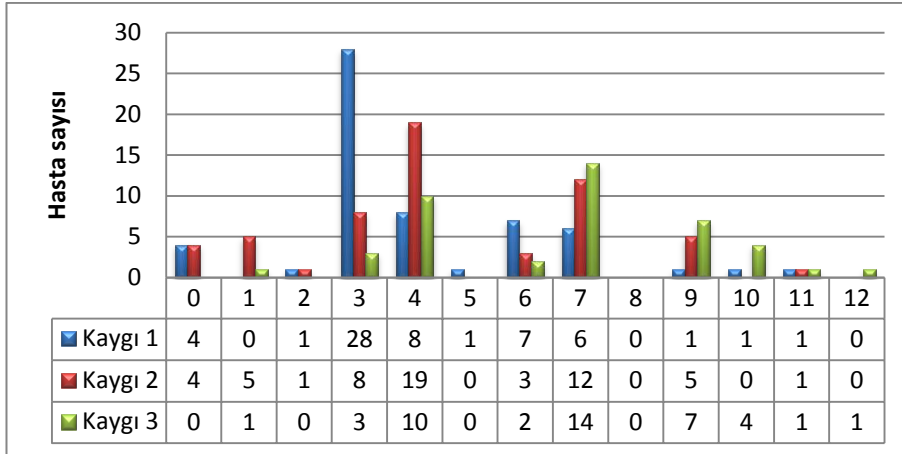
**Şekil 27. ASA Durumuna Göre Kaygı Nedeni (ASA II)**

#### 4.4.8. Anestezi Türüne Göre Kaygı Nedeni

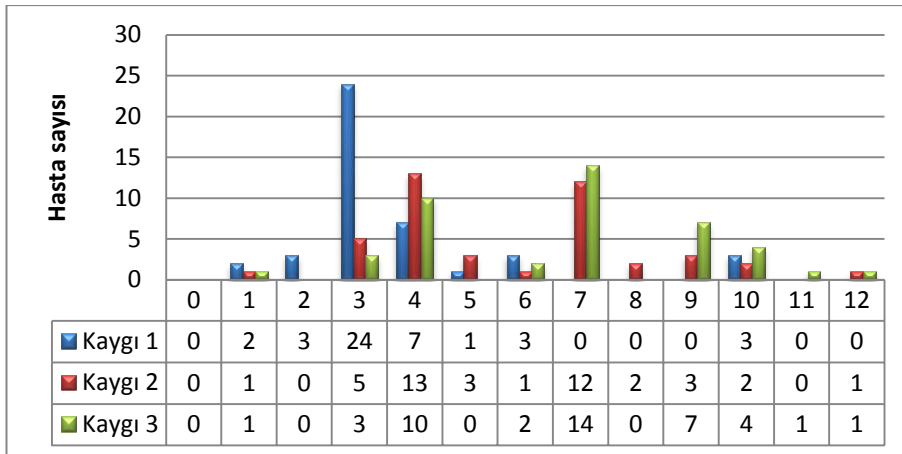
Genel Anestezi grubunda yer alan 58 hastanın 28'i (% 48,3) 'Ameliyat sonrası uyanmamayı' en kaygı duydukları seçenek olarak işaretlemişlerdir. Hastaların 2.sırada en fazla kaygı duydukları sebep 19 hasta (% 32,8) ile 'Ameliyat sonrası ağrı' ve 3.sırada ise 14 hasta (% 24,1) ile 'bulantı-kusma' seçeneği olmuştur (Şekil 28).

Spinal Anestezi grubundaki 43 hastanın ise;1.kaygı nedeni 24 hastada (% 55,8) 'Ameliyat sonrası uyanmamak',2.kaygı nedeni 13 hasta (% 30,2) ile 'bulantı kusma' ve 3.kaygı nedeni olarak ise 14 hasta (% 32,6) ile yine 'bulantı kusma' seçenekleri olmuştur (Şekil 29).

Genel Anestezi ve Spinal anestezi gruplarının kaygı nedenleri ve önceliği diğer gruplandırmalardaki gibi belirtilmiştir.



**Şekil 28. Anestezi Türüne Göre Kaygı Nedeni (Genel Anestezi)**



**Şekil 29. Anestezi Türüne Göre Kaygı Nedeni (Spinal Anestezi)**

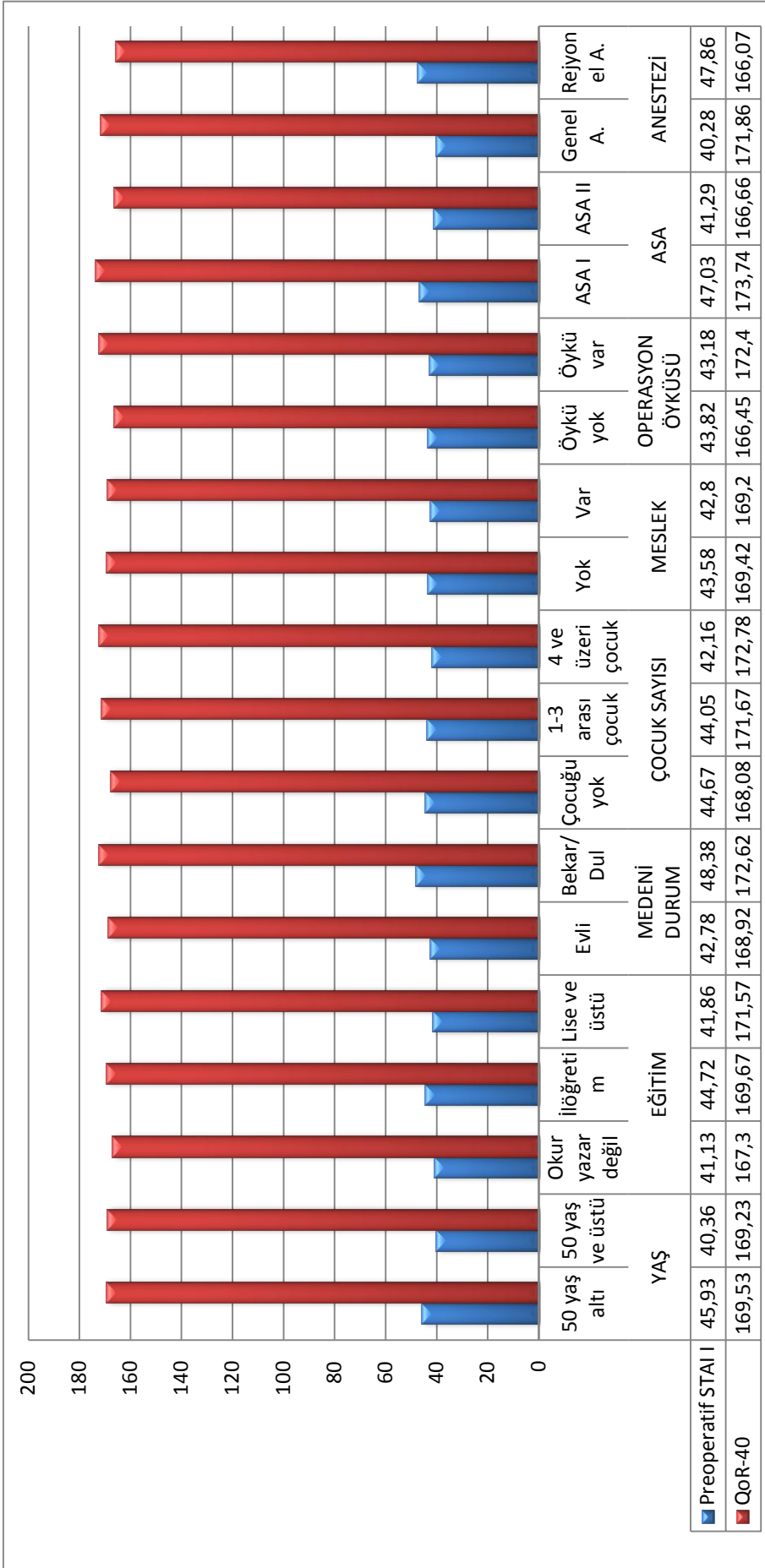
#### 4.5. Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi

Hasta memnuniyeti ile ilgili puanlama Tablo 23 ve Şekil 30'da gösterilmiştir. Toplamda 40 ile 200 puan arasında değişen değerler içeren Memnuniyet Ölçeği Skorlarına göre hastaların memnuniyeti skorları 166,07 ile 173,74 arasında değişmiştir. En az memnuniyet Spinal anestezi grubunda (166,07), en fazla memnuniyet ise ASA I grubunda (173,74) gözlenmiştir. Bekar/dul grubu, en yüksek ortalama STAI-I değeriyle en fazla anksiyeteye sahip grup olarak görünmektedir, ancak memnuniyet skor ortalamasında ise üçüncü sırada yer almıştır. Bu bulgunun aksine Spinal Anestezi grubunun preoperatif

STAI-I ortalaması ikinci en yüksek değerken, aynı grubun memnuniyet skor ortalaması en düşük düzeydedir. ASA-I grubunun preoperatif STAI-I ortalaması üçüncü en yüksek değerken, memnuniyet skoru aksine yine yüksek ölçülmüştür. Genel Anestezi grubu en düşük anksiyete skoruna sahipken memnuniyet skoru yüksek ölçülmüştür. Bu bulgular ışığında preoperatif STAI-I değerleriyle postoperatif memnuniyetin birbiriyle ilişkili olmadığı görülmektedir.

**Tablo 23. Ameliyat Sonrası Memnuniyet Ölçeği Skorları (QoR40)**

		<b>N</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Std. Sapma</b>
YAŞ	50 yaş altı	57	169,53	15,844
	50 yaş ve üstü	44	169,23	16,142
EĞİTİM	Okuryazar değil	23	167,30	21,531
	İlöğretim	64	169,67	14,678
MEDENİ DURUM	Lise ve üstü	14	171,57	10,082
	Evli	88	168,92	15,801
ÇOCUK SAYISI	Bekar/Dul	13	172,62	16,805
	Çocuğu yok	9	168,08	18,821
MESLEK	1-3 arası çocuk	60	171,67	17,998
	4 ve üzeri çocuk	32	172,78	18,702
OPERASYON ÖYKÜSÜ	Mesleği yok	91	169,42	16,462
	Mesleği var	10	169,20	9,852
ASA	Öykü yok	51	166,45	16,573
	Öykü var	50	172,40	14,734
ANESTEZİ	ASA I	39	173,74	12,582
	ASA II	62	166,66	17,201
	Genel Anestezi	58	171,86	17,970
	Spinal anestezi	43	166,07	11,981



**Şekil 30. Memnuniyet (QoR 40) Skorları**

## 5. TARTIŞMA

Çalışmaya alınan hastaların sosyodemografik özellikleri değerlendirildiğinde, hastaların yaş ortalaması  $49,71 \pm 8,68$  yıl olup, 64 hasta (%63,4) ilköğretim mezunu, 88 hasta (%87,1) evli, 92 hasta (%91,1) çocuk sahibi ve 91 hasta (%90,1) ev hanımıydı. Bu bulgular eşliğinde örneklemin doğurganlık çağında ve okur-yazar evli ve çocuklu hasta grubundan oluştuğu söylenebilir.

Preoperatif dönemde hasta değerlendirilmesi ve operasyona hazırlık preoperatif vizit sırasında gerçekleştirilir. Birçok çalışmada anksiyete ölçüm zamanı preoperatif vizit sırasında yapılmıştır<sup>4,7,59,60</sup>. Arellano ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada preoperatif vizitin 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 yansıtip yansıtmadığını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada; her iki dönemde ölçülen anksiyete düzeyleri arasında %70 gibi yüksek bir korelasyon olduğunu bildirmişlerdir<sup>5</sup>. Badner ve arkadaşları da operasyondan önceki öğleden sonra ile operasyondan hemen önce ölçülen anksiyete dereceleri arasında %73 korelasyon gösterdiklerini bildirmişlerdir<sup>4</sup>. Biz çalışmamızda anksiyete ölçümünü operasyondan bir gün önce yaptık.

Norris ve Baird 352'si jinekolojik hastalardan oluşan 500 kişilik hasta grubunun %60'ının anksiyöz olduğunu bildirmişlerdir. Ramsey 382 hastada yaptığı çalışmada anksiyöz hasta oranını %73 olarak bildirmiştir. Domar ve arkadaşlarının %57'sini jinekolojik hastaların oluşturduğu 523 hasta üzerinde yapılan çalışmada STAI ölçeğine göre ortalama anksiyete skorunu 45 olarak bildirmişlerdir<sup>28</sup>. Gönüllü ve arkadaşları da 83 hastada preoperatif anksiyete düzeyini araştırmak amacıyla yaptıkları çalışmada cerrahiden iki gün önce hastalara STAI uygulamışlar ve ölçülen anksiyete değerini 40,76 olarak tespit

etmişlerdir<sup>7</sup>. Biz çalışmamızda hastaların preoperatif STAI-I puan ortalamasını 43,50 olarak saptadık ve bizim örneklemlerimizdeki anksiyete değerlerinin daha önce yapılan çalışmalarda bildirilen anksiyete düzeyleri ile paralellik gösterdiğini gördük.

Yaşın preoperatif anksiyete düzeyleri ile ilişkisi konusunda literatürde çelişkili sonuçlar vardır. Daha önceki çalışmalarda ileri yaştaki hastalarda preoperatif anksiyete düzeyi daha düşük olarak bildirilmiştir<sup>61,62</sup>. Shevde ve Panagopoulos yaşlı hastalarda endişe düzeyinin daha düşük olduğunu belirtmişlerdir<sup>1</sup>. 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<sup>4,28,32</sup>. Jennings ve Muhlenkamp'ın yaptığı çalışmada yaş etkisi gösterilememiştir. Özcengiz ve Turhan çalışmasında da benzer şekilde yaş ile anksiyete ilişkisi gösterilememiştir<sup>64</sup>. Bizim çalışmamızda 50 yaş altındaki hasta grubunda anksiyete skorlarının (45,93) , 50 yaş ve üzerindeki gruba (40,36) oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Birçok çalışmada kadınlarda anksiyete düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir<sup>28,42</sup>. 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<sup>4,28</sup>. Özcengiz ve Turhan 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<sup>64</sup>. Bizim çalışmamızda sadece kadınlar değerlendirmeye alınmış olup kadınlar arasındaki farklılık araştırılmıştır.

Bazı çalışmalarda artan eğitim düzeyi ile birlikte anksiyetenin de arttığı bildirilirken, bazı çalışmalarda eğitim durumunun anksiyete derecesini etkilemediği bildirilmiştir<sup>28,62</sup>. Caumo ve arkadaşları tarafında 12 yıldan uzun eğitim almış kişilerde preoperatif anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Özcengiz ve Turhan çalışmasında eğitim



düzeyle anksiyete arasında birlişki olmadığı saptanmıştır<sup>64</sup>. Bizim çalışmamızda en yüksek STAI ortalaması ilköğretim mezunu olan grupta olmakla birlikte okur yazar olmayan ve lise ve üstü mezun grubun STAI değerleri birbirine yakın bulunmasına rağmen istatistiksel açıdan eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.

Genel olarak tümör cerrahisi veya organ kaybıyla sonuçlanacak operasyonlarda hastaların anksiyetelerinin daha yüksek olduğu kabul edilmektedir<sup>8</sup>. Norris ve Baird, Jinekoloji hastalarında anksiyete görülme oranının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Başka bir çalışmada da majör cerrahi planlanan hastalarda anksiyete düzeyinin, minör cerrahi uygulananlardan yüksek olduğu gösterilmiş ve operasyon türünün preoperatif emosyonel durum üzerinde etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Bazı çalışmalarda ise operasyon türünün anksiyete düzeyini etkilemediği bildirilmiştir<sup>4,28</sup>. Özcengiz ve Turhan çalışmasında operasyon türü ile anksiyete arasında istatistiksel anlamlılığı olan bir ilişki saptanmamıştır<sup>64</sup>. Bizim çalışmamızda organ kaybıyla sonuçlanan Histerektomi operasyonu geçirecek hastalar çalışmaya alınmıştır.

Yapılan bir çalışmada anesteziye bağılı endişe nedenleri;%23 ameliyat sonrası uyanamamak,%20 maske ve iğne korkusu,%16 ameliyat sırasında ağrı duymak, %6 postoperatif dönemde bulantı kusma, %6 anestezi sırasında anlamsız konuşma ve %5 postoperatif ağrı olarak bildirilmiştir. Shevde ve Panagopoulos'un çalışmasında anesteziye bağılı endişe nedenleri %45 ile anestezistin bilgi yetersizliği, %43 ile anestezistin deneyim eksikliği, %37 ile ameliyat sonrası uyanamamak ve %34 ile postoperatif ağrı olarak rapor edilmiştir<sup>62</sup>. 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<sup>30,59</sup>. Ülkemizde yapılan çalışmalarda anesteziye bağılı 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<sup>31</sup>. Başka bir çalışmada, en çok endişe duyulan neden ameliyat sonrası uyanamamaktı, bunu postoperatif dönemde ağrı, ameliyat sırasında uyanma ve yoğun bakımda kalmak izliyordu. Birçok çalışmada en sık endişe nedeni ameliyat sonrası uyanmamak olarak bildirilmiştir. Özcengiz ve Turhan çalışmasında da yine en fazla

endişeye neden olan düşünce ameliyat sonrası uyanmamak (%42,5), ameliyat sonrası ağrı (%26,7) ve yoğun bakımda kalmak (%26,7) olarak saptanmıştır<sup>64</sup>. Bizim çalışmamızda ise; ameliyat sonrası uyanmamak (%51,5), ameliyat sonrası ağrı (%31,7) ve ameliyat sonrası bulantı kusma (%25,7) olarak saptanmıştır.

Bazı çalışmalarda preoperatif dönemde anksiyetesi düşük olan hastalarda iyileşmenin daha hızlı olduğu gösterilmiştir<sup>3</sup>. İyileşmenin daha hızlı olması da hasta memnuniyetini artıran bir faktör olarak değerlendirilebilir. Özcengiz ve Turhan çalışmasında preoperatif kaygı düzeyi yüksek olan bireylerin memnuniyet düzeylerinin düşük, preoperatif kaygı düzeyleri düşük olan bireylerin ise postoperatif memnuniyet düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur<sup>64</sup>. Bizim çalışmamızda bekar/dul grubunda preoperatif kaygı düzeyi en yüksek değere sahipken postoperatif memnuniyet skoru en yüksek üçüncü grup olmuştur. Yine Spinal Anestezi grubunun preoperatif kaygı düzeyi ikinci en yüksek değerken, aynı grubun memnuniyet skor ortalaması en düşük düzeydedir. ASA-I grubunun preoperatif kaygı düzeyi üçüncü en yüksek değerken, memnuniyet skoru aksine yine yüksek ölçülmüştür. Genel anestezi grubu en düşük anksiyete skoruna sahipken memnuniyet skoru yüksek ölçülmüştür. Bizim çalışmamızda preoperatif kaygı düzeyleri ile postoperatif memnuniyet düzeyleri arasında bir ilişki kurulamamıştır.

Erişkin hastalarda yüksek preoperatif anksiyetenin postoperatif ağrıyı artırdığı, analjezik ve sedatif ilaç gereksiniminde önemli bir artışa neden olduğu bildirilmiştir. Myles ve arkadaşlarının 10811 hastayla yaptıkları başka bir çalışmada ise orta ya da şiddetli ağrının düşük hasta memnuniyeti ile ilişkili olduğu bildirilmiştir<sup>63</sup>. Yine Dexter ve arkadaşları ağrının düşük hasta memnuniyeti ile ilişkili olduğunu bildirdiler<sup>50</sup>. Bizim çalışmamızda ise bu yönde bir anlamlı sayılabilecek bir bulguya rastlanmamıştır.

## 6. SONUÇLAR

Hasta olmak, hastalığını anlatabilmek ve neticesinde alınacak tedaviyi beklemek kaygılı bir durumdur. Hasta bu aşamalarda her seferinde ‘yeni bir sıkıntı çıkmasın’ diye kafasında bir takım düşünceler planlarken bunu anksiyeteye dönüştürdüğünün farkında değildir. Yapılan değişik çalışmalar hastalarda değişik derecelerde kaygı skorlarının ortaya konulduğunu göstermiştir. Hastanın aldığı tedaviler neticesine iyileşmeye katkı sağlayıp sağlamadığına dair çeşitli çalışmalar da bulunmaktadır. Biz bu çalışmayı planlarken daha önceki çalışmalardan yola çıkarak konuyu bir noktaya çekmek istedik. Diğer çalışmalar hastaları cinsiyet ayrımı yapmadan değerlendirmiş ve kadınlarda anksiyete durumunun erkeklerden daha fazla olduğunu bulmuşlardır. Yine diğer çalışmalarda her tür operasyon değerlendirilmiştir. Biz çalışmamızda sadece kadınlar üzerinde anksiyeteyi araştırmak istedik. Yine bu araştırmada tek bir operasyona bağlı kalarak kadınlarda anksiyeteyi en fazla artıracağını düşündüğümüz, organ kaybını da içeren histerektomi vakalarından faydalandık.

‘Genç olmak, bekar olmak, çocuk sahibi olmamak, eşi tarafından beğenilmemek, ekonomik açıdan sıkıntı yaşamak, daha önceki operasyonların tecrübesi, ek hastalığın varlığı ve ameliyat sırasında olayın farkındalığı araştırmamızda konu ettiğimiz anksiyeteye bir katkı sağlıyor mu?’ sorusunun yanıtını araştırmaya çalıştık.

Değişik parametreler üzerinden yaptığımız anket çalışmaları göstermiştir ki; hasta yaşının genç olması ve henüz doğurganlık çağında olunması bu tür ameliyatlara öncesinde hasta anksiyetesini artırmaktadır. Eğitim düzeyiyle anksiyete durumunda anlamlı bir farklılık olmamakla birlikte operasyon öncesinde hastaların ciddi biçimde anksiyeteye sahip olduğu görülmüştür. Medeni halin anksiyeteye yaptığı katkı bekar hastalarda bariz bir fark ortaya koymuştur. Evli olmamak hastada cinsel kimliğin elden alınması yönünde bir durum yaratmış olabileceğini düşündürmüştür ve bu yönde yapılacak çalışmalar durumu daha net ifade edecektir diye düşünmekteyiz. Çocuk sahibi olup olmama açısından

hastalarda anlamlı bir fark olmadığı görülmüş ancak yine operasyonun kaygıya katkı sağladığı gerçeği değişmemiştir. Ekonomik açıdan bir meslek sahibi olunması ya da mesleğin olmamasında da kaygı durumu farklılık göstermemiştir. Daha önceden operasyon geçiren hastalarla ilk kez opere olacak hastalar arasında da fark olmadığı verilen cevaplarla elde edilen skordardan anlaşılmaktadır. Hastaların ek sistemik hastalığının olması belki de yeterli derecede kaygıyla yaşamaya alışmanın etkisiyle anksiyeteyi ASA I hastalara kıyasla daha az göstermiş olmakla birlikte operasyonun yarattığı kaygıyı azaltmadığı anlaşılmıştır. Hastaların ameliyat esnasında olan biteni duymasına imkan tanıyan Spinal anestezi eşliğinde ameliyat olmalarının da kaygıya katkı sağladığı sonucuna varılmıştır.

Bu çalışmamız gerek cerrahinin gerekse anestezinin hastalar üzerinde önemli bir stres faktörü olduğunu göstermektedir. Anksiyete düzeyleri ile postoperatif hasta memnuniyeti arasında anlamlı bir ilişki kurulamamıştır. Anestezide hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri belirlemeye ve sağlıklı ölçüm yöntemleri geliştirmeye yönelik araştırmalar gerekmektedir.

Hastalar bu kaygıları yaşarken sözel ifadelerinde ameliyat sonrası uyanmamak, ameliyat sonrası ağrı duymak, bulantı kusma hissi oluşması ve ameliyat sırasında uyanmak gibi nedenleri sıralamışlardır.

Günümüzde hasta-doktor arasında diyalog eksikliği olduğu hastalar tarafından ifade edilmektedir. Bu durumun da; hastanın doktoruna güvendiği kadar bir o kadar da doktorundan korktuğu yönündeki ifadeleri ile ameliyat öncesi anksiyeteye katkı sağladığı düşünülebilir.

Anestezi hastayı ameliyat öncesi gerek riskler açısından değerlendirmek gerek yapılacak işlemler hakkında bilgi vermek ve gerekse ameliyat öncesindeki kaygıların hastada operasyon esnasında yaratabileceği hemodinamik yanıtlara ve postoperatif iyileşme sürecini hızlandırması açısından sedasyon amaçlı farmakolojik tedavilerin yanında nonfarmakolojik metodları da uygulaması gerekmektedir. Elektif histerektomi operasyonu için Anesteziyoloji polikliniğine gelen hastaların beraberinde geldiği refakatçisinin yanında o anda yaşadığı ruhsal durumu ifade etmede güçlük çektiği düşünülerek hastalara ameliyattan bir gün önce ziyaret gerçekleştirilmiş olup hastaların sohbet etmekle rahatladıklarını ifade ettikleri görülmüştür. Hastayla yapılan bu ön görüşmenin, ameliyathanede bir tanıdık olması duygusu yarattığı ve ameliyathane

korkusunu da azalttığı, gece rahat bir uyku sonrası ameliyata girdikleri hastalar tarafından postoperatif dönem ziyaretinde ifade edilmiştir.

Anestezist tarafından yapılan bu ziyaretlerin narkoz korkusunu azaltabileceği, anestezi konusunda bilinen yanlışları düzeltebileceği, hastaların güven duygusuyla hemodinamisinin stabil tutulabileceği, tedavisine moralle katkı sağlanabileceğini düşünmekteyiz.

Bu alanda yapılacak çalışmalar anestezi uygulamalarının kalitesini artırmada açılım sağlayacaktır.

## 7. ÖZET

### GENEL VEYA SPİNAL ANESTEZİ ALTINDA YAPILAN ELEKTİF HİSTEREKTOMİ OPERASYONLARINDA, AMELİYAT ÖNCESİ VE SONRASI ANKSİYETE VE HASTA MEMNUNİYETİNİN ANKET ÇALIŞMASIYLA KARŞILAŞTIRILMASI

Preoperatif değerlendirme, hastanın hikâyesinin alınması, laboratuvar incelemeleri ve anestezi risk belirlemesini içerir. Bunu, hastanın bilgilendirilmesi ile farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemlerle preoperatif hazırlık takip eder. Preoperatif hazırlığın pek çok amacı vardır. Fakat en önemlisi anksiyetenin giderilmesidir. Anksiyete; cerrahi, anesteziyi ve postoperatif iyileşmeyi olumsuz etkiler. Preoperatif dönemde hastalarda birçok nedene bağlı anksiyete mevcuttur.

Bu çalışmada; elektif histerektomi planlanan hastalarda anestezi ile ilgili endişe nedenlerini belirlemek, preoperatif ve postoperatif anksiyete düzeylerini ölçmek, anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisini belirlemek amaçlanmıştır.

Hastaların demografik bilgileri, anestezi ile ilgili hastayı en çok endişelendiren üç nedeni soruldu. Durumsal ve sürekli anksiyeteyi ölçen STAI I ve STAI II testlerine yanıt vermesi istendi. Son bölümde ameliyat sonrası iyileşme kalitesini ölçen QoR-40 testini doldurmaları istendi.

Preoperatif dönemde STAI I değerlerinin STAI II değerlerinden yüksek olduğu ve STAI I değerlerinin postoperatif dönemde azaldığı görülmüştür. Hastalarda ciddi anlamda preoperatif anksiyete durumunun söz konusu olduğu anlaşılmaktadır. Ameliyat öncesi anestezi ile ilgili kaygı nedenleri ameliyat sonrası uyanamamak, ameliyat sonrası ağrı ve bulantı kusma olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda preoperatif kaygı düzeyleri ile postoperatif memnuniyet düzeyleri arasında bir ilişki kurulamamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Preoperatif Anksiyete, Anestezi Kaygısı, Postoperatif Memnuniyet.

## **8. SUMMARY**

### **COMPARISON OF ANXIETY AND PATIENT SATISFACTION BEFORE AND AFTER ELECTIVE HYSTERECTOMY UNDER GENERAL OR SPINAL ANESTHESIA**

Pre-operative evaluation of the patient starts with history, physical examination and lab tests and follows the pre-operative preparation with pharmacological and non-pharmacological methods of informing the patient. The purpose of preoperative preparation is many. But most importantly; anxiety, surgery, anesthesia and postoperative recovery are the majors.

In this study, patients scheduled for elective hysterectomy determined to measure the causes of concern related to anesthesia, preoperative and postoperative levels of anxiety measure, the relationship between anxiety and patient satisfaction.

Patients' were asked to answer STAI I and STAI II testing and section QoR-40 test that measures the quality of post-operative recovery were asked to complete.

Values in the preoperative period STAI I, STAI I and STAI II that the higher I values decreased in the postoperative period. Preoperative anxiety in patients with serious condition in question is understood as causes of concern related to the preoperative anesthesia after surgery oversleep oneself, has been identified as post-operative pain and nausea and vomiting. In our study, preoperative and postoperative anxiety levels established a relationship between the levels of satisfaction.

**Key Words:** Preoperative Anxiety, Anxiety Anesthesia, Postoperative Satisfaction.

## 9. KAYNAKLAR

1. **Boeke S, Jeletic M, Bonke B.** Preoperative anxiety variables as possible predictors of postoperative stay in hospital. *Br J Clin Psychol.* **1992**; 31-36.
2. **Goldman L, Ogg TW, Levey AB.** Hypnosis and day case anaesthesia: a study to reduce preoperative anaesthetic requirement. *Anaesthesia.* **1988**; 43: 466- 469.
3. **Weis OF, Sriwatanakul K, Weintraub M et al.** Reduction of anxiety and postoperative analgesic requirements by audiovisual instruction. *Lancet.* **1983**; 1: 43.
4. **Badner NH, Nielson WR, Munk S et al.** Preoperative anxiety detection and contributing factors. *Can Anaesth.* **1990**; 37: 444- 447.
5. **Lichter LJ, Johanson CE, Mhoon D et al.** Preoperative anxiety, does anxiety level the afternoon before surgery predict anxiety level just before surgery? *Anesthesiology.* **1987**; 67: 595-599.
6. **Hume MA, Kennedy B, Asbury AJ.** Patient knowledge of anaesthesia and peri-operative care *Anaesthesia* 1994;49:715-8.
7. **Gönüllü M, Turan ED, Erdem LK ve ark.** Anestezi uygulanacak hastalarda anksiyete düzeyinin araştırılması. *Türk Anes. ve Rean. Cem.* **1986**; 14:110- 113.
8. **Mackenzie JW.** Daycase anaesthesia and anxiety: A study of anxiety profiles amongst patients attending a day bed unit. *Anaesthesia.* **1991**; 44: 437.
9. **Ceyhan A, Basar H, İnan N ve ark.** Türk toplumu anestezi hakkında neler biliyor, neler bilmiyor? *Sendrom* 2000; 12:75-9.
10. **Şekerci S, Akpek E, Göktug A ve ark.** Hasta ve yakınları ile toplumun farklı kesimlerinin anestezi ve uygulamaları konusundaki bilgi ve davranışları. *Anestezi Dergisi* 2001;9:48-51.
11. **Tükel R, Aklın T.** *Anksiyete Bozuklukları.* Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, **2006.**
12. **Noyes R, Hoehn- Saric R.** *Anksiyete Bozuklukları,* Şar V( çeviri ed. ). İstanbul: Medical & Paramedical Yayıncılık, **1998.**



13. **Stone MH.** *Healing the Mind: A history of psychiatry from antiquity to the present.* New York; W.W Norton & Company, **1997.**
14. **Berrios GE.** *The History of Mental Symptoms.* Cambridge; Cambridge University Pres, **1996.**
15. **Nutt D, Argyropoulos S, Forshall S.** *Generalized Anxiety Disorder: Diagnosis, treatment and its relationship to other anxiety disorders.* London; Martin Dunitz, **1998.**
16. **Öztürk MO.** *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları.* 8. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, **2001.**
17. **Gençtan E.** *Psikanaliz ve Sonrası.* 10. Baskı, İstanbul: Metis Yayıncılık, **2004.**
18. **Yalom I.** *Varoluşçu psikoterapi.* İstanbul: Kabalcı Yayınevi, **2001.**
19. **Tükel R.** *Anksiyete Bozuklukları Tedavi Kılavuzu.* Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, **2004;** 285- 301.
20. **Marks IM.** *Fears, Phobias and Rituals.* New York: Oxford University Pres, **1987.**
21. **Akkoyun F.** *Danışma Psikolojisi Kuramları.* Ankara: Nobel Tıp Yayınevi, **1982.**
22. **Sadock BJ, Sadock VA.** *Kaplan & Sadoc's Comprehensive Textbook of Psychiatry.* 8. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, **2007.**
23. **Güleç C, Köroğlu E.** *Psikiyatri Temel Kitabı.* 2. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara: Medico Graphics Matbaası, **2007.**
24. **Kubzansky LD, Kawachi I, Spiro A et al.** *Is Worry Bad For Your Heart? Circulation.* **1997;** 95(4): 818-814.
25. **Özkan S.** *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi.* İstanbul: **1993;** 175-183.
26. **Voulgari A, Lykouras L, Papanikolaou M et al.** *Influence of psychological and clinical factors on postoperative pain and narcotic consumption. Anaesthesiology.* **1991;** 55: 191.
27. **Arellano R, Cruise C, Chung F.** *Timing of the anesthetist's preoperative outpatient interview. Anesth Analg.* **1989;** 68: 645-648.
28. **Domar AD, Everett LL, Keller.** *Preoperative anxiety: Is predictable entity? Anesth. Analg.* **1989;** 69: 763-770.
29. **Carabine UA, Milligan KR, Moore JA.** *Adrenergic modulation of preoperative anxiety. Anesth Analg.* **1991;** 73: 633-640.

30. **Hume MA, Kennedy B, Asbury AJ.** Patient knowledge of anaesthesia and perioperative care. *Anaesthesia*. **1994**; 49: 715- 718.
31. **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.
32. **Miller RD.** *Anesthesia: Psychological Preparation and Preoperative Medication*. New York: **1990**; 895-928.
33. **Engiz O.** *Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini*. 1. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, **1997**; 61-87.
34. **Lohr KN, Donaldson MS, Harris-Wehling J.** Medicare: a strategy for quality assurance. *Qual Rev Bull*. **1992**; 18: 120-126.
35. **Donabedian A.** The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. **1988**; 260: 1743-1748.
36. **Gill TM, Feinstein AP.** A critical appraisal of the quality-of-life measurements. *JAMA*. **1994**; 272: 619-626.
37. **Abbey A, Andrews FM.** Modelling the psychosocial determinants of life quality. *Soc Indicators Res*. **1985**; 16: 1-34.
38. **Pascoe G.** Patient satisfaction in primary health care. A literature review and analysis. *Evaluation Prog Planning*. **1983**; 6: 185-210.
39. **Westbrook ill.** Patient satisfaction. Methodological issues and research findings. *Aust. Health Rev*. **1993**; 16: 75-88.
40. **Ward SE, Gordon D.** Application of the American Pain Society quality assurance standards. *Pain*. **1994**; 56: 299-306.
41. **Dodds CP, Harding W, Moore DG.** Anaesthesia in an Australian private hospital: the consumers' view. *Anaesth Intensive Care*. **1985**; 13: 325-329.
42. **Moerman N, van Dam FSAM, Oosting J.** Recollections of general anaesthesia: a survey of anaesthesiological practice. *Acta Anaesthesiol Scand*. **1992**; 36: 767-771.
43. **Myles PS, Hunt JO, Moloney JT.** Postoperative 'minor' complications. Comparison between men and women. *Anaesthesia*. **1997**; 52: 300-406.
44. **Tong D, Chung F, Wong D.** Predictive factors in global and anesthesia satisfaction in ambulatory surgical patients. *Anesthesiology*. **1997**; 87: 85-89.

45. **Pineault R, Contandriopoulos AP, Valoris M, et al.** Randomised clinical trial of one day surgery: patient satisfaction, clinical outcomes and costs. *Med Care*. **1985**; 23: 171-182.
46. **Donald Fund MD, FRCPC, MSc.** Measuring satisfaction and quality of anaesthesia care: the value of psychometric methodology. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. **2001**; 15(4): 541-554.
47. **Guyatt G, Mitchell A, Molloy DW.** Measuring patient and relative satisfaction with level or aggressiveness of care and involvement in care decisions in the context of life threatening illness. *Journal of Clinical Epidemiology*. **1995**; 10: 1215–1224.
48. **Meterko M, Rubin H, Ware JEJ.** Patient judgements of hospital quality questionnaire. *Medical Care*. **1990**; 9:1–S44.
49. **Guyatt G, Kirshner B, Jaeschke R.** Measuring health status: what are the necessary measurement properties? *Journal of Clinical Epidemiology*. **1992**; 45:1347–1351.
50. **Dexter F, Aker J, Wright J.** Development of a measure of patient satisfaction with monitored anesthesia care. *Anesthesiology*. **1997**; 87:865–873.
51. **Williams B, Coyle J, Healy D.** The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. *Social Science Medicine*. **1998**; 47:1351–1359.
52. **Brown DL, Warner ME, Schroeder D et al.** Effect on intra-operative anesthetic events on post-operative patient satisfaction. *Mayo Clinic Proceedings*. **1997**; 72:20–25.
53. **Zvara DA, Nelson JM, Broker RF.** The importance of the postoperative anesthetic visit: do repeated visits improve patient satisfaction or physician recognition? *Anesthesia and Analgesia*. **1996**; 83:793–797.
54. **Klock PA, Roizen M.** More or better-educating patients about the anesthesiologist's role as peri-operative physician. *Anesthesia and Analgesia*. **1996**; 83:671–672.
55. **Aydemir Ö, Köroğlu E.** *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*. Ankara: Hacettepe Taş Kitabevi, **2000**; 153-163.
56. **Myles PS, MB BS, MPH et al.** Development and Psychometric Testing of a Quality of Recovery Score After General Anesthesia and Surgery in Adults. *Anesth Analg*. **1999**; 88: 83-90.
57. **Myles PS, Weitkamp B, Jones K et al.** Validity and Reliability of a Postoperative quality of recovery score the QoR-40 . *Br J Anaesth*. **2000**; 84: 11-15.
58. **SPSS Inc.** *SPSS for Windows*. Version 11.0 , Chicago Inc., **2000**.

59. **Chew ST, Tan T, Tan TT.** A survey of patients knowledge of anaesthesia and perioperative care. *Singapore Med J.* **1998;** 39(9): 399-402.
60. **Moerman N, Van Dam FSAM, Muller MJ et al.** The Amsterdam preoperative anxiety and information scala. *Anasth Analg.* **1996;** 82: 445-451.
61. **Shafer A, Fish MP, Gregg KH et al.** Preoperative anxiety and fear: A comparison of assessments by patients and anesthesia and surgery residents. *Anesth Analg.* **1996;** 83: 1285-1291.
62. **Shevde K, Panagopoulos G.** A survey of 800 patients knowledge, attitudes and concerns regarding anesthesia. *Anesth Analg.* **1991;** 73: 190-198.
63. **Myles PS, Williams DL, Hendrata M et al.** Patient satisfaction after anaesthesia and surgery: results of a prospective survey of 10811 patients. *British Journal of anaesthesia.* **2000;** 84(1): 6-1
64. **Özcengiz D, Turhan Y.** Elektif cerrahi operasyon planlanan hastalarda preoperatif ve postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisi. *Çukurova Üniversitesi Anesteziyoloji ve Rean. AD Uzmanlık Tezi.* **2007**

## 10. EKLER

### Ek 1. Bilgilendirme ve Onay Formu

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

Anestezi uygulanan Histerektomi Operasyonu planlanan hastalarda preoperatif ve postoperatif anksiyete düzeyleri ve hasta memnuniyetinin ölçümünün karşılaştırılması çalışması.

### **BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU**

Araş. Gör. Dr. Mustafa Levent ÇETİN, Yrd. Doç. Dr. Davut DOHMAN, Doç. Dr. Ahmet Can ŞENEL ve Prof. Dr. Nesrin ERCİYES tarafından yürütülmekte olan bu araştırma, anestezi (narkoz) uygulanacak hastaların ameliyat öncesi ve sonrası kaygı düzeylerini ve hasta memnuniyetini belirlemeyi amaçlamaktadır. Bu amaçla çalışmaya katılan hastalar kaygı ve memnuniyet anketleri ile değerlendirilecektir.

Araştırma; ameliyattan 24 saat önce yapılacak olan Anestezi doktoru vizitinde kaygı durumunu değerlendirme anketi ve ameliyattan 24 saat sonraki vizite kaygı durumu ve hasta memnuniyetini değerlendirme anketi olmak üzere 2 bölümden oluşmaktadır.

Bu çalışmada hasta fiziksel ve ruhsal yönden zarar görmeyecektir. Çalışma mevcut tedavinizi ve uygulanacak olan anestezi seçiminizi etkilemeyecektir. Size uygulanacak anestezinin seçimi operasyon odasında görevli anestezi ekibi tarafından size sorulacak ve sizin seçiminize göre anestezi uygulanacaktır.

**Araştırma sonuçları bilimsel amaçla kullanılacak, kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Normal tedavi giderleri dışında size ve sosyal güvenlik kurumunuza ek mali yük oluşturmayacak bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Bu hakları kullanmanız tedavinizde bir aksamaya yol açmayacaktır. Ek bilgi talebiniz olursa sözlü olarak karşılanacaktır.**

**Araştırmanın amacı ameliyat öncesi ve sonrası kaygıyı azaltmak, hasta memnuniyetini artırmaktır.**

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

**YUKARIDA BELİRTİLEN KOŞULLAR ÇERÇEVESİNDE ÇALIŞMAYA KATILMAYI KABUL EDİYORUM.**

**ADI SOYADI** :  
**TARİH** :  
**İMZA** :

**Ek 2. Demografik Bilgi Formu**

**Adı Soyadı** : **Tarih** :

**Doğum Tarihi** : **Dosya No** :

**Eğitim Durumu** : **ASA** :

**Medeni Durum** : **Ek Hastalık** :

**Çocuk Sayısı** :

**Meslek** :

**Operasyon Öyküsü** :

**Uygulanan Anestezi** :

**Adres** :

**Telefon** :

**Yattığı Klinik** :

**Tanı** :

**Planlanan Ameliyat Tarihi** :

### Ek 3. Anestezi ile İlgili Endişe Nedenleri Formu

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

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

- 1-) .....
- 2-).....
- 3-).....

**Ek 4. STAI Form TX-I ve II**

**STAI FORM TX – I**

**YÖNERGE:** 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 sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

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



## Ek 4'ün Devamı

## STAI FORM TX – 2

YÖNERGE: 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 sarfetseniz **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

## Ek 5. QoR-40 Anket Formu

## QoR-40 ANKETİ (A)

Adı Soyadı :

Tarih :

Son 24 saatte kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Anestezi Tipi : Spinal ( )

Genel ( )

(1'den 5'e kadar: 1=hiçbir zaman (kötü) ve 5 = her zaman (mükemmel))

Örnek: Eğer her zaman rahat nefes alabiliyorsanız,5=her zaman seçeneğini yuvarlak içine alarak gösteriniz:

	Hiçbir zaman	Bazen	Genellikle	Çoğu zaman	Her zaman
	1	2	3	4	(5)

	Hiçbir zaman	Bazen	Genellikle	Çoğu zaman	Her zaman
--	--------------	-------	------------	------------	-----------

**Konfor**

Rahat nefes alabilme 1 2 3 4 5

İyi uyku uyuyabilme 1 2 3 4 5

Yemekleri beğenme 1 2 3 4 5

Dinlenmiş hissetme 1 2 3 4 5

**Duygular**

Genel olarak iyi hissetme 1 2 3 4 5

Kendine hakim olma hissi 1 2 3 4 5

Konforlu hissetme 1 2 3 4 5

**Fiziksel Bağımlılık**

Normal Konuşma 1 2 3 4 5

Yıkabilme,diş fırçalayabilme, 1 2 3 4 5

Kendi dış görünüşü ile ilgilenebilme 1 2 3 4 5

Yazı yazabilme 1 2 3 4 5

Ev aktivitelerine ve işe dönebilme 1 2 3 4 5

**Hasta desteği**

Hastane çalışanları ile iletişim kurabilme 1 2 3 4 5

Arkadaşları veya ailesiyle iletişim kurabilme 1 2 3 4 5

Doktorlardan destek alabilme 1 2 3 4 5

Hemşirelerden destek alabilme 1 2 3 4 5

Arkadaşları veya ailesinden destek alabilme 1 2 3 4 5

Eğitim ve açıklamaları anlayabilme 1 2 3 4 5

## Ek 5'in Devamı

## QoR-40 ANKETİ (B)

Adı Soyadı :

Tarih :

Son 24 saatte aşağıdakileri hiç hissettiniz mi?

(5'ten 1'e kadar : 5=hiçbir zaman (kötü) ve 1 = her zaman (mükemmel))

	Hiçbir zaman	Bazen	Genellikle	Çoğu zaman	Her zaman
<b>Konfor</b>					
Bulantı	5	4	3	2	1
Kusma	5	4	3	2	1
Öğürme	5	4	3	2	1
Yorgun hissetme	5	4	3	2	1
Titreme veya seğirme	5	4	3	2	1
Ürperme	5	4	3	2	1
Üşüme hissi	5	4	3	2	1
Baş dönmesi	5	4	3	2	1
<b>Duygular</b>					
Kötü rüya görme	5	4	3	2	1
Gergin hissetme	5	4	3	2	1
Öfkeli olma	5	4	3	2	1
Depresif hissetme(kederli)	5	4	3	2	1
Yalnız hissetme	5	4	3	2	1
Uykuya dalmada zorlanma	5	4	3	2	1
<b>Hasta desteği</b>					
Bilinç bulanıklığı	5	4	3	2	1
<b>Ağrı</b>					
Orta dereceli ağrı	5	4	3	2	1
Şiddetli ağrı	5	4	3	2	1
Baş ağrısı	5	4	3	2	1
Kas ağrısı	5	4	3	2	1
Sırt ağrısı	5	4	3	2	1
Boğaz ağrısı	5	4	3	2	1
Ağız ağrısı	5	4	3	2	1