

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI

ELEKTİF SEZARYEN AMELİYATLARINDA
KULLANILAN ANESTEZİ YÖNTEMİNİN AĞRI
ANKSİYETE VE HASTA MEMNUNİYETİ ÜZERİNE
ETKİSİ

DR. SİNAN KIZILKAYA
UZMANLIK TEZİ

KONYA, 2018

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI

ELEKTİF SEZARYEN AMELİYATLARINDA
KULLANILAN ANESTEZİ YÖNTEMİNİN AĞRI
ANKSİYETE VE HASTA MEMNUNİYETİ ÜZERİNE
ETKİSİ

DR. SİNAN KIZILKAYA
UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Aybars TAVLAN

KONYA, 2018

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi, tecrübe ve özverileriyle yaptıkları katkılarından dolayı Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Sema TUNCER UZUN'a ve kıymetli hocalarım; Prof. Dr. Şeref OTELCİOĞLU, Prof. Dr. Selmin ÖKESLİ, Prof. Dr. Cemile ÖZTİN ÖĞÜN, Prof. Dr. Ruhiye REİSLİ, Prof. Dr. Atilla EROL, Doç. Dr. Ahmet TOPAL, Doç. Dr. Hale BORAZAN, Doç. Dr. Tuba Berra SARITAŞ, Doç. Dr. Alper KILIÇASLAN, Doç. Dr. Gamze SARKILAR, Dr. Öğr. Üyesi Funda GÖK, Dr. Öğr. Üyesi Gülçin HACIBEYOĞLU ve Dr. Öğr. Üyesi Şule ARICAN'a; bilimsel birikimi ve öngörüsü ile tezimin her aşamasında sabırla yol gösteren danışman hocam Prof. Dr. Aybars TAVLAN'a

Uzmanlık eğitimim boyunca, beraber çalışmaktan keyif aldığım sevgili asistan arkadaşlarıma, anestezi teknisyen ve teknikerlerine, ameliyathane ve yoğun bakım hemşire ve personellerine, anestezi ve ağrı poliklinikleri hemşire ve personellerine;

Tez çalışmamda emeği geçen Dr. Gökhan KOCADAĞ'a;

Bugüne gelmemde sonsuz emekleri olan, desteklerini her zaman hissettiğim ve çocukları olmaktan gurur duyduğum annem ve babama, hayatın her aşamasında büyük bir sevgi ile yanımda olan yol arkadaşım, kıymetli eşim Nilay'a ve bana duyguların en güzelini yaşatan hayat enerjim çocuklarım Ali İslam ve Fatıma Erva'ya

Teşekkür ederim.

Dr. Sinan KIZILKAYA

Konya, 2018

ÖZET

ELEKTİF SEZARYEN AMELİYATLARINDA KULLANILAN ANESTEZİ YÖNTEMİNİN AĞRI ANKSİYETE VE HASTA MEMNUNİYETİ ÜZERİNE ETKİSİ

Amaç: Hastalarda anksiyete ve ağrı seviyelerindeki azalma ile hasta memnuniyetinin arttığını gösteren çalışmalardan yola çıkarak, hastanemiz hizmet kalitesini belirlemek amacıyla, elektif sezaryen operasyonlarında seçilen anestezi yönteminin anksiyete ve ağrı düzeyine etkisini belirlemek ve hasta memnuniyeti ile olan ilişkilerini araştırmak amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem: Anket araştırması; Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı'nda, Haziran 2017-Ağustos 2017 tarihleri arasında, genel anestezi (GA) veya spinal anestezi (SA) ile elektif sezaryen planlanan 18-45 yaş arasında 160 gönüllüde prospektif olarak yapıldı. Hastaların yaş, yaşadığı yer, eğitim düzeyi, çocuk sayısı ve sezaryen deneyimi gibi demografik verileri kaydedildi. Preoperatif ve postoperatif dönemde; anksiyete düzeyleri Durumluluk Anksiyete Ölçeği (STAI-D) kullanılarak, ağrı düzeyleri 6 ve 24. saatte vizuel analog skala (VAS) ile, memnuniyet düzeyleri ise postoperatif 24. saatte Memnuniyet-Derlenme Kalitesi Ölçeği (Quality of Recovery: QoR 40 T) ile değerlendirildi. Sonuçlar, seçilen anestezi yöntemine göre karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastaların preoperatif ve postoperatif dönemdeki anksiyete skorları ile yaş, yaşanan yer, doğum sayısı ve eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Daha önce sezaryen deneyimi olan hastaların preoperatif anksiyete düzeyi daha düşük saptandı ($p<0,05$). GA ve SA gruplarındaki STAI D oranları ve anksiyetesi olan hasta sayıları benzerdi ($p>0,05$). Her iki grupta da, preoperatif anksiyete düzeyinin, postoperatif dönemde anlamlı düzeyde düştüğü saptandı ($p<0,05$). SA uygulanan grubun VAS düzeyleri anlamlı olarak yüksek saptandı ($p<0,05$). SA uygulanan grubun 24. saat VAS düzeyinin 6. saate göre yükseldiği saptandı ($p<0,05$). GA'da uygulanan grupta ise 24. saat VAS düzeyinin 6. saate göre düştüğü saptandı ($p<0,05$). Postoperatif dönemde GA ve SA'daki memnuniyet düzeyleri ve alt grupları benzerdi ($p>0,05$). Ağrı'nın alt parametrelerinde baş ağrısı memnuniyetinin GA grubunda, boğaz ağrısı memnuniyetinin SA grubunda yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$). Anksiyete düzeyi, VAS ve memnuniyet düzeyi

arasında korelasyon saptanmadı ($p>0,05$). Çalışmamızda her iki grupta da VAS ve memnuniyet anketinin alt grubu olan ağrı arasında negatif yönlü korelasyon saptandı ($p<0,05$).

Sonuç: Uygulanan anestezi tipinin anksiyete üzerine etkisinin olmadığı ve uygun analjezik yaklaşımlar ile ağrının azaltılmasının memnuniyet düzeyini artırılabilceği kanısına varıldı.

Anahtar kelimeler: Sezaryen, genel anestezi, spinal anestezi, anksiyete, ağrı, memnuniyet



ABSTRACT

THE EFFECT OF ANESTHETIC METHOD USED IN ELECTRICAL CASEARINE OPERATIONS ON PAIN ANNEXATION AND PATIENT SATISFACTION

Aim: The aim of this study was to determine the effect of selected anesthesia method on elective cesarean section operations on anxiety and pain level and to investigate the relationship with patient satisfaction in order to determine the quality of service without going out from studies showing that patient anxiety and pain levels decreased and patients'

Materials and methods: Survey research; Necmettin Erbakan University was prospectively performed in Meram Medical Faculty Hospital Anesthesiology and Reanimation Department between June 2017 and August 2017 in 160 volunteers aged 18-45 years who underwent elective cesarean section with general anesthesia (GA) or spinal anesthesia (SA). Demographic data such as age, place of residence, education level, number of children and cesarean experience were recorded. In preoperative and postoperative period; anxiety levels were assessed by State-trait anxiety inventory S (STAI-D), pain levels at 6 and 24 hours were assessed by visual analog scale (VAS), and satisfaction levels were assessed by Quality of Recovery (QoR 40 T) at postoperative 24 hours. The results were compared according to the selected anesthetic method.

Findings: There was no statistically significant difference between pre - and post - anxiety anxiety scores and age. place of birth. number of births and education level of the patients ($p > 0.05$). The preoperative anxiety level of the patients who had previous cesarean experience was lower ($p < 0.05$). STAI D ratios in the GA and SA groups and the number of patients with anxiety were similar ($p > 0.05$). In both groups. preoperative anxiety level was found to decrease significantly in the postoperative period ($p < 0.05$). The VAS levels of SA group were significantly higher ($p < 0.05$). It was found that the 24 hour VAS level of SA group was higher than the 6th hour ($p < 0.05$). In the GA group. VAS level decreased at 24th hour compared to 6th hour ($p < 0.05$). Satisfaction level and subgroups of GA and SA were similar in the postoperative period ($p > 0.05$). Headache satisfaction was found to be higher in the GA group. and sore throat satisfaction was higher in the SA group in the subparameters of the pain ($p < 0.05$). There was no correlation between anxiety level. VAS and satisfaction level ($p > 0.05$). In our study. a negative correlation was found between the pain of the subgroup of VAS and the satisfaction survey in both groups ($p < 0.05$).

Conclusion: It is concluded that the type of anesthesia applied has no effect on anxiety and the satisfaction level of pain reduction with appropriate analgesic approaches can be increased.

Key words: Cesarean section, general anesthesia, spinal anesthesia, anxiety, pain, satisfaction



İÇİNDEKİLER

| | |
|--|------|
| TEŞEKKÜR | iii |
| ÖZET | iv |
| ABSTRACT | vi |
| İÇİNDEKİLER..... | viii |
| TABLolar DİZİNİ | ix |
| KISALTMALAR..... | x |
| 1. GİRİŞ | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER..... | 3 |
| 2.1. Gebelikte Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler..... | 3 |
| 2.2. Sezaryen Anestezisi | 3 |
| 2.2.1. Genel Anestezi..... | 4 |
| 2.2.2. Nöroaksiyel Yöntemler..... | 5 |
| 2.3. Anksiyete Genel Bilgiler ve Anesteziyle İlişkisi..... | 6 |
| 2.3.1. Anksiyete Genel bilgiler..... | 6 |
| 2.3.2. Anksiyete ile Anestezi Arasındaki İlişki | 7 |
| 2.3.3. Spesifik Fobiler ve Prosedürel Anksiyete | 8 |
| 2.3.4. Akut Prosedürel Anksiyetenin Özellikleri ve Örnekler | 10 |
| 2.3.5. Akut Prosedürel Anksiyetede Tarama Yöntemleri | 12 |
| 2.3.6. Tedavi Yaklaşımlarında Genel Prensipler..... | 13 |
| 2.3.7. Preoperatif Anksiyete Genel Bilgiler ve Risk Faktörleri | 15 |
| 2.3.8. Postoperatif Anksiyete | 16 |
| 2.4. Hasta Memnuniyeti | 20 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM..... | 23 |
| 4.BULGULAR | 25 |
| 5. TARTIŞMA..... | 32 |
| 6. SONUÇLAR..... | 40 |
| 7. KAYNAKLAR | 41 |
| EKLER..... | 57 |
| Ek 1. Anket Formu..... | 57 |

TABLULAR DİZİNİ

| | |
|--|----|
| Tablo 4. 1. Gruplar arası demografik verinin karşılaştırılması | 25 |
| Tablo 4. 2. Yaşadığı yer, eğitim düzeyi ve sezaryen deneyiminin preoperatif ve postoperatif anksiyete düzeyi ile ilişkisi..... | 25 |
| Tablo 4. 3.Preoperatif ve Postoperatif dönemde anksiyete düzeylerinin karşılaştırılması | 26 |
| Tablo 4. 4. Grupların preoperatif ve postoperatif kaygı düzeylerinin karşılaştırılması | 26 |
| Tablo 4. 5. Operasyon öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerinin değişimi | 26 |
| Tablo 4. 6. Doğum sayısı ve anksiyete arasındaki ilişki | 27 |
| Tablo 4. 7. Preoperatif anksiyete düzeyi ve yaş arasındaki ilişki | 27 |
| Tablo 4. 8. Postoperatif anksiyete düzeyi ve yaş arasındaki ilişki..... | 28 |
| Tablo 4. 9. Postoperatif dönemde grupların6. ve 24. saatlerdeki VAS skorlarının karşılaştırması .. | 28 |
| Tablo 4. 10. Grupların zaman içindeki VAS düzeyi değişimi..... | 28 |
| Tablo 4. 11. Gruplar arası QoR40 ortalamalarının karşılaştırılması | 29 |
| Tablo 4. 12. Testlerin korelasyonu | 30 |
| Tablo 4. 13. VAS İLE QoR40 AĞRI memnuniyetinin karşılaştırılması..... | 31 |

KISALTMALAR

| | |
|------------------|---|
| ABD: | Amerika Birleşik Devletleri |
| DSM: | The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders |
| APAIS: | The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale |
| STAI: | State-Trait Anxiety Inventory |
| DASS: | The Depression Anxiety Stress Scales |
| PACU: | Post Anestezi Bakım Ünitesi |
| CABG: | Koroner arter by pass grefleme ameliyatı |
| ASA: | American Society of Anesthesiologists |
| CgA: | Chromogranin A |
| HCL: | Hidroklorik asit |
| PACU: | Post anestezi bakım ünitesi |
| STAI-D: | Durumluluk Anksiyete Ölçeği |
| VAS: | Vizüel Analog Skala |
| QoR 40 T: | Quality of Recovery: Memnuniyet-Derlenme Kalitesi Ölçeği |

1. GİRİŞ

Anksiyete bireyin kendini güvende hissetmediği durumlara karşı geliştirdiği doğal bir tepki ve evrensel bir duygudur (Perks 2009). Cerrahi girişimin türü ne olursa olsun, ameliyat kararı alınmasının hastalarda anksiyete yarattığı bilinmektedir (Güz ve Doğanay 2003). Perioperatif dönemde, hastalarda değişik nedenlere bağlı anksiyete gelişir (Badner ve ark. 1990). Preoperatif dönemde hastaların sağlık ve ameliyat endişeleri, sonun belirsizliği, evinden ve yakınlarından uzaklaşma, günlük işlerin kesintiye uğraması gibi nedenlerle anksiyete oluşur. Postoperatif dönemde ise ağrının devam etmesi, cerrahi teknikte olan yetersizlikler (cerrahi insizyon hattının açılması, kanaması, enfekte olması), evlilik ilişkilerinde değişimler, yeni sorumlulukların kazanılması, sosyal ve ekonomik sıkıntılar, doğum ve bebek bakımı gibi genel endişeler söz konusudur. Tüm bunların yanında anesteziden uyanamama, ameliyat esnasında ağrı duyma ve uyanma gibi anestezisi ile ilgili endişeleri de anksiyetenin şiddetini etkiler. (Hume ve ark. 1994, Ayvaz ve ark. 2006, Pearson ve Milligan 2017).

Sezaryen obstetrisinin en yaygın cerrahilerinden biri olup, tüm dünyada ve ülkemizde insidansı giderek artmaktadır (Birnbach ve Browne 2009, Sarı ve ark 2015). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD)sezaryen oranı tüm doğumların yaklaşık %25'ini oluştururken, ülkemizde bu oran %53'tür (Yalınkaya ve ark. 2003, Morgan ve ark, 2008, Birnbach ve Browne 2009, Yılmaz ve ark. 2009, TUİK 2018). Sezaryen operasyonlarında uygun anestezisi yönteminin seçimi; sezaryenin aciliyeti, endikasyonu, komorbidite varlığı, hastanın tercihi, anesteziistin ve cerrahın klinik deneyim ve tercihleri gibi birçok faktöre bağlıdır. Tüm bu faktörler göz önüne alınarak uygun anestezisi yöntemi anestezisi uzmanı, jinekolog ve hastanın ortak kararı ile belirlenir (Toker ve ark. 2003, Kocamanoğlu ve ark. 2005, Morgan ve ark, 2008, Birnbach ve Browne 2009). Gebelerde ideal bir anestezik yaklaşım için, hastanın psikolojik durumunun belirlenmesi, anksiyete derecesi ve nedenlerinin saptanması çok önemlidir. Çünkü gebelik sürecinde nörohormonal değişiklikler sebebiyle anksiyete daha da şiddetli olmakta ve cerrahiye, anesteziyi, postoperatif iyileşmeyi olumsuz etkilemektedir (Küpeli ve ark. 2016, Akildiz ve ark, 2017).

Literatürde sezaryen operasyonlarında; preoperatif dönemde anestezisi yönteminin anksiyete üzerine etkilerini, anksiyete ve ağrı ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiyi araştıran birçok çalışma vardır (Açıkel ve ark. 2017, Akildiz ve ark. 2017, Aslan ve ark. 2014, Yılmaz ve Aydın 2013). Memnuniyet hizmet kalitesinin bir göstergesidir. Bu yüzden memnuniyetin anket

alışmalarıyla llmesi hizmetin değerlendirilmesi, kalitenin belirlenmesi hastanelerin hizmet kalitesini arttırması için gereklidir.

Bu çalışmada; hastalarda anksiyete ve ağrı seviyelerindeki azalma ile hasta memnuniyetinin arttığını gösteren çalışmalardan yola çıkarak, hastanemiz hizmet kalitesini belirlemek amacıyla, elektif sezaryen operasyonlarında seçilen anestezi yönteminin anksiyete ve ağrı düzeyine etkisini belirlemek ve hasta memnuniyeti ile olan ilişkilerini araştırmak amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelikte Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler

Gebelik dönemi birey için özel kabul edilir. Başta hormonal ve fiziksel özellikler olmak üzere, yaşam standartlarındaki değişiklikler ve beklentiler gebe üzerinde ruhsal değişikliklere yol açar (Kısa ve Yıldırım 2004). Gebelik, kadının biyolojik ve psikolojik dengesinin bozulmaya başladığı, aile ve çevresindeki rollerin değiştiği, yenidoğan ve anne arasında ilişkinin kurulduğu yaşam krizi olarak tanımlanır (Özkan ve Bozkurt 2009). Gebelik süreci kadınların tüm yaşam sürecindeki ruhsal olarak en hassas oldukları dönemdir. Buna paralel olarak, psikiyatrik hastalık riski ciddi oranda artmıştır (Altınay ve ark. 2002).

Gebelikte hafif düzeyde depresyon ve anksiyete semptomu görülme insidansının arttığı bildirilmiştir (Akdeniz ve Gönül 2004). Anksiyete artışı tipik olup, anksiyetenin özelliği kadının kendisinden ziyade fetusa odaklıdır. Birey gebelik esnasında kendi içine dönme ve kendi kendisiyle uğraş çabasındadır. Bireyin bağımlılık gereksinimi artar. İlkel savunmalar ve ben merkezci eğilimlere doğru değişimler gösterir (Kocabaşoğlu ve Başer2008).

2.2. Sezaryen Anestezisi

Sezaryen fetüs, plasenta ve membranların abdominal ve uterus duvarlarındaki insizyon yoluyla doğması olarak tanımlanır. Sezaryen anestezisinde amaç, hastanın konforunu ve güvenliğini sağlarken fetusun sağlığını da korumaktır. Anestezi tekniğini seçerken bu konuya dikkat edilmelidir (Cunningham ve ark. 2001). Ülkemizde 2014 yılında sezaryen oranı %51, 2015 ve 2016 yılında ise %53 olarak saptanmıştır. Sezaryen operasyonlarında uygun anestezi yönteminin seçimi; sezaryenin aciliyeti, endikasyonu, hastanın tercihi ve komorbid hastalık durumu, anestezi uzmanı ile cerrahın klinik deneyim ve tercihleri gibi birçok faktöre bağlıdır. Tüm bu faktörler göz önüne alındığında, uygun anestezi yöntemi jinekolog-anestezi uzmanı ve hastanın ortak kararı ile belirlenir (Toker ve ark. 2003, Kocamanoğlu ve ark. 2005, Morgan ve ark. 2008, Birnbach ve Browne 2009).

Anestezistin uygun sezaryen anestezisini sağlayabilmesi için gebelik sürecinde annedeki fizyolojik değişiklikleri, uygulayacağı anestezik ajanların fetus ve bebekteki etkilerini, değişik anestezî yöntemlerinin anneye getireceği risk ve yararları bilmesi gerekir (Kayhan 2004, Batisyam

2008, Birnbach ve Browne 2009). Bununla birlikte, günümüzde kullanılan hiçbir anestezi ajan ve teknik gebeler için ideal değildir (Ezberci ve ark. 2005, Okumuş ve ark. 2009).

Sezaryen operasyonları için nöroaksiyel anestezi veya genel anestezi (GA) kullanılabilir. Nöroaksiyel anestezi; spinal anestezi (SA), epidural anestezi ve kombine spinal-epidural anesteziyi içerir. Anestezi tekniği seçilirken maternal ve fetal durum, komorbiditeler, prosedürün zorluğu, beklenen operasyon süresi ile hasta tercihleri göz önünde bulundurulmalıdır.

Anestezi ile ilişkili anne ölümleri ABD’de ve İngiltere’de maternal mortalite nedenleri arasında 7. sıradadır (D'angelo 2007). 1980’lerden sonra bu mortalite oranında azalmalar olduğu belirlenmiştir. Bu durum, rejyonel anestezi tekniklerindeki gelişme ve sterilazyona verilen önemle ilişkilidir (D'angelo 2007, Hawkins ve ark. 2011). GA, yüksek mortalite sebebiyle tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de giderek azalan bir tekniktir (Sarı ve ark. 2009). Günümüzde, rejyonel anestezi tekniklerindeki gelişmeler ve hekimlerin bu konudaki deneyimlerinin artması, elektif sezaryen operasyonlarında rejyonel anesteziyi daha sık tercih edilir duruma getirmiştir (D'angelo 2007, Hawkins ve ark. 2011). Anestezi seçimi ile neonatal sonuçlar arasındaki ilişkiyi gösteren çalışmalar incelendiğinde, literatürde tartışmalı bilgiler mevcut olmak ile beraber, GA ve SA arasındaki farkın az olduğu görülmüştür. Apgar skoru ve umbilikal asit-baz durumu, anestezi seçiminden bağımsız olarak değişebilmektedir. Bu skorlar daha ziyade sezaryen endikasyonu, anestezi esnasında verilen vazopressörler ve cerrahi teknikten etkilenmektedir. Yapılan bir meta-analizde elektif sezaryen ile doğum gerçekleştiren 1800 hasta incelenmiş ve umbilikal arter ve ven pH’sının anestezi tercihidenden etkilenmediği ortaya konulmuştur (Afolabi ve Lesi 2012). Birinci dakikada alınan ortalama Apgar skorları, epidural anestezide GA’ya göre yüksek olmak ile beraber 5. dakika apgar skorları anestezi tercihidenden etkilenmemektedir. GA’nın indüksiyon ve idamesinde kullanılan anestezi ajanlarının erken neonatal depresyona neden olabileceği düşünülmektedir (Afolabi ve Lesi 2012).

2.2.1. Genel Anestezi

Anne ve/veya fetusun tehlikede olduğu umbilikal kord prolapsusu, plasenta previa kanaması, uterusun akut inversiyonu gibi acil müdahale gerektiren durumlarda, rejyonel anestezinin başarısız veya yetersiz olması halinde, hastanın rejyonel anesteziyi ret etmesi durumunda ve koagülasyon bozukluğu olan hastalarda GA tercih edilmektedir (D'angelo 2007, Hawkins ve ark. 2011). Kardiyovasküler stabilite, havayolu ve ventilasyonunun daha iyi kontrol

edilebilmesi GA'nın avantajı olarak sayılabilir (Batisyam 2008, Purtuloğlu 2008, Okumuş ve ark. 2009).

GA'ya bağlı ölümler genellikle entübasyon başarısızlığı, ventilasyon başarısızlığı, aspirasyon pnömonisi gibi havayolu problemleri ile ilişkilidir (Tsen 2007, Morgan ve ark, 2008, Birnbach ve Browne 2009, Sarı ve ark. 2015). Bu durum gebeliğe ait fizyolojik değişiklikler ile (memelerde büyüme, laringofaringeal bölgelerde ödem gibi) ilişkilidir. Entübasyon ve ventilasyon güçlüğü'nün daha sık gözlenmesi, gastrik sıvı regürjitasyonu ve pulmoner aspirasyon riskinin artması, hızlı indüksiyona bağlı hipotansiyon gelişimi, erken postoperatif dönemde havayolu komplikasyonu gelişimi, ağrı ve bulantı-kusma görülmesi GA'nın dezavantajlarıdır (Sarı ve ark. 2015).

2.2.2. Nöroaksiyel Yöntemler

Nöroaksiyal teknik ABD ve Kanada'da sezaryen ile doğumlarda %95 üzeri oranla en sık uygulanan yöntemdir (Bucklin ve ark. 2005). Nöroaksiyel anestezi, seçenek yelpazesini genişletir ve uygun durumlarda GA'ya alternatiftir. Ayrıca postoperatif analjezinin sağlanmasında da kullanılır (Ateş 2008).

Nöroaksiyel yöntemin avantajları arasında maternal morbiditeyi minimize etmesi, doğum esnasında uyanıklığı sağlaması, sistemik medikasyon ve fetusa geçişini minimize etmesi, maternal pulmoner aspirasyon riskini azaltması, efektif analjezi sağlayarak postoperatif opiyat ihtiyacını azaltması sayılabilir (Sarı ve ark. 2015).

Nöroaksiyel tekniklerin güvenli olduğu gösterilse de, uygulanan bölgede sınırlı ağrıya, sekel bırakan kalıcı nörolojik hasara ve hatta ölüme kadar uzanabilen komplikasyonlara yol açabilmektedir (Ateş 2008).

SA en sık kullanılan nöroaksiyel yöntemdir. Epidural anesteziden daha hızlı uygulanabilmektedir. SA'da yeterli, bilateral, güvenilir ve hızlı anestezi düşük ilaç dozları ile sağlanır. Böylelikle maternal toksisite engellenir ve fetal ilaç transferi minimumda tutulabilir. Anestezi süresi ise kısadır ve öngörülemeyen durumlarda hastanın intraoperatif ağrı duyması nedeniyle ek anestezi yöntemlerine ihtiyaç duyulmaktadır (Şahin ve Owen 2002, Ateş 2008, Brown David 2010, Yılmazlar 2012). Anestezinin hızlı başlaması, etkinliği (başarısızlık oranı %2,8), basit uygulanabilmesi, epidural anestezide göre daha yoğun ve güvenilir sakral sinir bloğu yapması, epidural anesteziden daha az anksiyeteye sebep olması, hastanın uyanık olması,

aspirasyon tehlikesinin minimal olması, motor blokaj sağlaması, fetusun depresan ajanlara minimal maruz kalması, annenin doğuma iştirakine izin vermesi ve cerrahiye stres cevabın az olması SA'nın avantajlarıdır (Şahin ve Owen 2002, Ateş 2008, Brown David 2010, Yılmazlar 2012).

2.3. Anksiyete Genel Bilgiler ve Anesteziyle İlişkisi

2.3.1. Anksiyete Genel bilgiler

Anksiyete tedirginlik ve evhamlı olma hali olarak tanımlanmaktadır. Anksiyete normal koşullarda adaptif bir histir ve kişiye yarar sağlar. Anksiyetenin aşırı ve sağlıksız olduğu durumlarda ise anksiyete adaptasyonu zorlaştırabilmektedir. Normal anksiyete tehdiye karşı öngörünün makul olması, patolojik anksiyete ise tehdit öngörüsünün önyargılı ve aşırı olması olarak tanımlanabilmektedir. Anksiyete kognitif, fizyolojik ve davranışsal komponentlerin birbiri ile etkileşimi ile karakterizedir (Beck ve Clark 1997). Bilişsel seviyede anksiyete, olası gelecek tehdiye veya kişinin kendi güvenliğinin tehlikede olmasına karşı verdiği evham duygusudur (Beck ve Clark 1997). Fizyolojik olarak kişi nabız artışı, çarpıntı, terleme, nefes darlığı ve kaslarda gerilme tepkisi verebilmektedir. Davranışsal olarak ise kaçınma veya telkin arayışına neden olabilmektedir. Bu davranış paternleri ile anksiyetenin azaltılması veya tehdit olarak algılanan uyarıdan kaçınılması sağlanmaya çalışılır. Anksiyetenin akut ve ağır olması durumunda ise panik atak ile karşılaşılabilir (Beck ve Clark 1997).

Anksiyete nedeni ile hastaların, hastalık hakkındaki görüşleri objektiflikten uzaklaşabilmekte, tıbbi prosedürlere toleransları azalabilmekte ve hastalar sürekli güvenlerinin tazelenmesine gereksinim duyabilmektedirler. Sürekli güven tazeleme hali hastanın hem sosyal destek verenlerini hem de hasta bakım ekibini zorlayabilmektedir (Stoudemire 1994). Anksiyete; durum ve süreklilik anksiyetesi olarak iki grupta tanımlanabilmektedir. Süreklilik anksiyetesi kaygılı kişilik özelliği olan insanlar için kullanılmaktadır (Thomas 1995). Karakter olarak anksiyöz insanlar yeni durumlara ve değişimlere anksiyete ile cevap vermeye meyillidirler ve bu kişilerde perioperatif anksiyete daha sık görülebilmektedir. Durum anksiyetesi ise mevcut duruma verilen anksiyete şeklinde verilen tepki olarak tanımlanmaktadır. Geçici olan bu anksiyete türü preoperatif ve postoperatif dönemdeki hastalarda sıklıkla görülmektedir. Hemen hemen her hastada perioperatif dönemde az ya da çok anksiyete gözlenebilmektedir. Perioperatif dönem ile

ilgili çalışmalarda genellikle srekliplik anksiyetesinden ziyade durum anksiyetesi üzerine odaklanılmaktadır (Thomas 1995).

2.3.2. Anksiyete ile Anestezi Arasındaki İlişki

Perioperatif dönem hastalar için sıklıkla anksiyetenin arttığı zaman dilimleridir. Cerrahi planlanan hastaların anksiyetesi için birçok neden bulunmaktadır. Bu nedenler; cerrahi sonrası sonuçların ne olacağının bilinmemesi, anestezi hakkında duyulan endişe veya mevcut hastalıklarının kesin tanısının cerrahi girişim sonrasında ortaya konacak olmasıdır. Anksiyete düzeyinin yüksek olması, hastanın tıbbi tedaviye olan uyumunu bozmasının yanı sıra, perioperatif dönemde yardıma ihtiyaç duymasına neden olabilmektedir (Stoudemire 1994). Bu nedenle perioperatif anksiyeteden korunmak hastayı daha sonra yaşayabileceği deneyimler için de olumlu yönde etkileyecektir.

Hastalar hissettikleri anksiyetenin derecesine göre anesteziye farklı tepkiler vermektedirler. Anksiyete ilişkili vazokonstriksiyon nedeni ile preoperatif intravenöz kateter yerleştirilmesi bile zorlaşabilmektedir. Anestezinin indüklenmesi için yüksek dozda anestetik ilaç gerekmektedir ve anestezinin kendisi bile ‘‘huzursuzluk’’ hali yaratabilmektedir. Bu durum hastanın kan basıncındaki dalgalanmalar ve nabzındaki artış olarak kendini gösterebilmektedir. Nekahet döneminde hastalarda korku ve anksiyete sıklıkla varlığını sürdürmektedir. Preoperatif dönemdeki anksiyete hastanın duygusal durumunu ortaya koyar. Bu duygu durumunun klinik yansımalarının olabileceği ve postoperatif nekahat döneminde de etkileyebileceği anestezi uzmanları tarafından dikkate alınmalıdır (Stoudemire 1994).

Anesteziye hastanın hazırlanması sürecinde kan basıncı ve nabız ilk llen parametrelerdir. Bu parametreler basit, tekrar edilebilir fizyolojik parametrelerdir ve anksiyeteden etkilenebilirler. Preoperatif dönemde anksiyete ile kan basıncı ve nabız arasındaki ilişki eski zamanlardan beri iyi tanımlanmıştır (Williams ve Jones 1968). Anksiyeteli hastalarda kan basıncı ve nabız ykseklieği tespit edildiği gibi ventriküler ekstrasistollerinde yaygın olduğu bilinmektedir ve bahsedilen değişimler anestezi altındaki hastalarda da gösterilmiştir (Lieblich ve Horswell 1991). Anksiyetenin bir etkisi de gastrik boşalma süresi üzerinedir. (Simpson ve ark.1987) 30 hasta üzerinde yaptığı çalışmada normalde düşük anksiyetesi olup, preoperatif dönemde ani anksiyete yükselmesi olan hastalarda gastrik boşalmanın geciktiğini göstermiştir. Günlük hayatlarında anksiyete düzeyi yüksek olan hastalarda ise preoperatif dönemde ekstra yaşanan anksiyetenin

gastrik boşalma üzerine kayda değer bir etkisinin olmadığı gözlemlenmiştir. Anksiyete sempatik aktivasyon artışı ile sonuçlanır ve bu nedenle anksiyeteli hastalarda daha yüksek doz anestezi kullanmak gerekebilir. (Williams ve ark.1975) yaptığı araştırmada anksiyete düzeyi yüksek ve düşük olan hastalar karşılaştırılmış ve tiyopentalin indüksiyon dozu ile anksiyete düzeyi arasında doğru orantı tespit edilmiştir. Son dönemde elde edilen kanıtlar preoperatif anksiyetenin hastaların postoperatif dönemde olumsuz etkisi olduğunu göstermektedir. Bu sebeple hekimin perioperatif dönemdeki anksiyeteyi tanıması ve kategorize edebilmesi önem arz etmektedir. Geleneksel olarak kullanılan benzodiazepin türevi ilaçlar halen ana tedavi seçenekleri olsa da bu ilaçların postoperatif dönemde anesteziyenin uyanan hastada deliryum riskini artırması, klinisyenleri yeni arayışlara itmektedir.

2.3.3. Spesifik Fobiler ve Prosedürel Anksiyete

Spesifik fobiler belli bir duruma veya objeye klinik olarak verilen anlamlı anksiyete cevabıdır. Bu cevap kişinin hoşlanmadığı bir durumla karşılaşması halinde kaçınma ile sonuçlanmakta ve bulantı-kusma gibi sonuçlara yol açmaktadır. Fobik anksiyete ilgili uyarıya maruz kalma ile tetiklenebilmektedir. Bu uyarının isminin söylenmesi bile anksiyete oluşturabilmektedir (LeBeau ve ark. 2010). Preoperatif ve postoperatif anksiyete spesifik fobi grubunda yer alabilecek akut prosedür anksiyetesi ile ilişkilidir ve henüz The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -5' (DSM)de tanımlanmamıştır.

Spesifik Anksiyete Patogenezi

Spesifik fobiler oluşumu; genetik, biyolojik, psikolojik ve sosyal/çevresel faktörlerin karmaşık etkileşiminden kaynaklanmaktadır.

Genetik faktörler: Spesifik fobiler aile içinde birikme eğilimindedir. Spesifik fobisi olan hastaların 1.derece yakınlarında mental hikâyesi normal olan hastalara göre spesifik fobinin 3 kat arttığı bildirilmiştir (Fyer ve ark. 1990). Genetik geçiş ile ilgili kanıtlar bir prosedür anksiyetesi olan kan-enjeksiyon-yaralanma fobisinde yüksek iken (%59); doğal çevre ve durum fobilerinde düşüktür. Durum fobisine örnek olarak preoperatif anksiyete verilebilir. Genetik faktörler belli bir spesifik fobinin gelişmesi için duyarlılık yaratan kişilik özelliklerinin geçişinde özellikle etkin olabilir (Kendler ve ark. 1999, Skre ve ark. 2000, Van Houtem ve ark. 2013).

Nörobiyolojik faktörler: Fonksiyonel MR görüntüleme ile yapılan çalışmalar spesifik nöroanatomik yolların spesifik fobi ile ilişkisini ortaya koymuştur. Bu yollar negatif duygusal

cevaplar ile ilgili olan amygdala ve insula hiperaktivasyonunu içermektedir (Etkin ve Wager 2007). Akut prosedürel anksiyetelerden birisi olan dental fobide ise emosyonel işlevlerin gerçekleştiği bölgelerde (sağ subgenua anterior singulat gyrus, sol insula, sol orbitofrontal ve sol prefrontal korteks) gri cevher volümünde azalma mevcuttur. Aynı zamanda beyaz cevher sol prefrontal bölgede hacim olarak diğer fobilere göre artmıştır (Hilbert ve ark. 2015).

Kişilik özellikleri: Strese verilen cevap ve oluşan strese dayanabilirlik kişilik özelliklerine göre değişmektedir. Anksiyete bozukluğu mevcut olan kişilerde anksiyeteye duyarlılık ve stresle baş edememe skorları yüksek bulunmuştur. Hastalık öncesi kişilik yönünden en çok üzerinde durulanlar bağımlı, çekingen, obsesif, şizoid, borderline, paranoid ve anti-sosyal kişilik bozukluklarıdır.

Bilişsel faktörler: Spesifik bir duruma kaygı tepkisi veren hastaların, tehdit ilişkili bilgiye karşı ön yargılı olduğu gösterilmiştir. Bu önyargılar, tehdidin daha çok tespit edilmesi ve her tespitin yarattığı artan kaygı ile paralel seyreden algısal ve bilişsel kırılmalardır (Weierich ve Treat 2015). Bu bilişsel önyargıların kaygının gelişiminde oynadığı rol net olmamak ile beraber bozukluğun devamının getirilmesinde önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Bu bilişsel önyargılar muhtemelen daha önce bahsedilen nörobiyolojik varyasyonların yansımalarıdır. Örnek olarak örümcek fobisi olan hastalarda örümcek ile karşılaşıldığında, beklenti önyargısı lateral prefrontal korteks, prekuneus ve görsel kortekste negatif modülasyon aktivitesinin artışına yol açmaktadır (Weierich ve Treat 2015).

Sosyal ve çevresel faktörler: Spesifik fobilerin gelişiminde sosyal ve çevresel faktörlerde rol oynamaktadır. Bu faktörler genel olarak travmatik hadisenin kapsamı, olay anında yaşanan stres, kaygı duyulan duruma daha önce ve üst üste maruz kalma ve sosyal destek eksikliğidir (McCabe ve Antony 2008). Öğrenme süreçleri spesifik fobilerin gelişmesinde önemli bir yere sahip olup 3 çeşit süreç tanımlanmıştır (Rachman 1977). Doğrudan şartlanma, fobik durumda daha önce deneyimlenen korkma veya yaralanma gibi travmatik hadiselerdir. Örneğin dental anksiyetenin gelişmesini tetikleyen olayların incelendiği bir çalışmada; anksiyete gelişiminin en güçlü ilişkili olduğu parametrelerin, hastaların daha önce yapılan diş muayenesinde duygusal ve fiziksel olarak yaşadığı hoş gitmeyen hadiseler olduğu görülmüştür. Dental deneyimler çaresizlik duygularını içermektedir ve bu durum spesifik fobinin gelişmesi ile sıkı ilişki halindedir (Oosterink ve ark. 2009). Başkası aracılığı ile kazanılan edininim, kişinin başka bir kişinin fobik

duruma verdiği tepkiyi gözlemlemesini veya travmatik bir olaya şahit olmasını içermektedir. Örnek olarak birinin köpek tarafından ısırıldığını görmek veya bir aile bireyinin örümcek karşısında abartılı anksiyete tepkisini seyretmek verilebilir. Bilgi iletimi, korku içeren düşünce hakkında başkaları tarafından sözel veya medya aracılığı ile bilgi edinilmesini kapsamaktadır. Örnek olarak uçak kazası hakkında bir haberin okunması veya birisinin köpekbalığı tarafından yaralanmasının radyoda duyulması verilebilir (Oosterink ve ark. 2009). Normal karşılaştırma gruplarıyla yapılan çalışmalar, fobileri olan ve olmayan bireylerde öğrenme deneyimlerinin eşit derecede yaygın olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum, bazı bireylerin koşullanma olaylarını deneyimledikten sonra fobileri geliştirme olasılığının daha yüksek olduğunu düşündürmektedir (Schindler ve ark. 2016). Örnek olarak, 30 uçak fobisi olan hastanın 30 sağlıklı birey ile karşılaştırıldığı çalışmada, ürpertici uçuş deneyimlerinin her iki grupta da yaygın olduğu, ürpertici uçuş deneyimi sırasında stresli yaşam olaylarının varlığının ve bu deneyimden sonra medya aracılığıyla bilgilendirici öğrenmenin etkisinin uçuş fobisi olan hasta grubunda anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular, stresli yaşam olaylarının şartlanmayı arttırabileceğini ve medya yoluyla bilgi aktarımının uçak fobisinin gelişimini güçlendirebileceğini göstermektedir (Schindler ve ark. 2016).

Evrimsel görüşler: Bazı korkular daha önceki öğrenme deneyimleri olmadan ortaya çıkmaktadır ve bu korkuların doğuştan geldiği ve biyolojik olarak belirlendiği düşünülmektedir (Poulton ve Menzies 2001). Bu görüş; kendilerini bildiklerinden beri fobisinin olduğunu belirten önemli orandaki anksiyete hastası için geçerli olabilir. Bazı bireyler bazı durumlarda kendi surveylerini sağlamak için korkuya neden olan ilişkileri geliştirmeye meyillidir (Etkin ve Wager 2007). Çocukluk döneminde spesifik fobilerin oluşumu için geliştirilen bir etyolojik modelin önermesi ise özgül öğrenme deneyimlerinin, normal gelişim korkuları ve genetik temelli davranış kalıplarıyla etkileşmesi ve sonuçta spesifik fobilerle sonuçlanan kalıcı korkulara yol açmasıdır. Bu korkular sonrasında bilişsel önyargılar ile sürdürülür (Muris ve Merckelbach 2001).

2.3.4. Akut Prosedürel Anksiyetenin Özellikleri ve Örnekler

Akut prosedür anksiyetesi prosedür öncesinde ve/veya anında oluşan anksiyetedir. İleri durumlarda ise prosedürden kaçınmaya kadar gidebilmektedir. Akut prosedür anksiyetesinin komponentleri korku odağı bulunması ve ileri durumlarda prosedürden kaçınılmasıdır.

Korku odağı: Akut prosedür anksiyetesinde korku odağı prosedür tipine göre değişmek ile birlikte şu komponentlerden oluşur:

- Prosedürün olası risk ve komplikasyonları hakkındaki kaygılar
- Prosedür esnasında ağrı ve huzursuzluk duyma ile ilgili önyargılar
- Prosedürün sonuçları hakkındaki korkular
- Prosedür ile ilişkili hastalık ve olası engellilik hakkındaki bilinmezlikler
- Cerrahi girişimler öncesinde anestezi korkusu

Gebelikte korku odağına örnek invaziv prenatal testlerin ölü doğum gibi potansiyel komplikasyonları ve sonucun anormal çıkması ile ilgili kaygılardır (Hermes ve ark 2007). Bu işlemler için sedasyon yapılmayan hastalarda ise en sık korku nedeni ağrı ve girişim yapılan bölgede gelişebilecek enfeksiyonlardır (Roomruangwong ve ark. 2012). Bunun yanında preoperatif beklemin anksiyeteyi arttırdığı belirlenmiştir (Bengtson ve ark. 1996). Girişim öncesi anksiyete bazen spesifik fobilerin kendini göstermesi ile ortaya çıkabilir. Özellikle preoperatif dönemlerdeki numune alımları ve damaryolu açılmasının ve postoperatif dönemde insizyon hattının çevresindeki birkaç damla kanın bile hastalarda kan fobisini tetiklediği ve daha sonra duyguların fiziksel olarak (bayılma ve iğrenme) belirginleştiği görülmektedir (Lipsitz 2002, Exeter-Kent ve Page 2006). Cerrahi öncesi yapılan ve 400 hastayı içeren bir ankette hastaların %81’inde anestezi anksiyetesi tespit edilmiştir. Anestezi ile ilgili korkular ise postoperatif ağrı, uyanamama, bulantı ve kusma korkusudur (Mavridou ve ark. 2013).

Prosedürden kaçınma veya erteleme: Akut prosedür anksiyetesi; prosedür ile ilgili kaygılar ile seyreden, hastanın girişimden kaçınmasına kadar ilerleyebilen bir süreçtir. Ağır prosedürel anksiyetenin hasta sağlığına en önemli olumsuz etkisi hastanın prosedürden kaçınması veya ertelemeyi talep etmesidir. Kaçınma davranışı spesifik fobiler için tanımlanmış olmakla beraber akut prosedür anksiyetesinde de bu davranış biçimi görülebilmektedir (Page 1996). Kaçınma davranışı prosedürden tamamen kaçınmayı, girişimin planlama tarihini geciktirmeyi, girişimin erken bitirilmesini talep etmeyi, hastanın premedikasyon gereksinimini ve talebini içerebilir. Bu anksiyete türü girişim gereksinimi doğması durumunda, girişimin planlaması esnasında ve girişim esnasında meydana gelebilmektedir. Akut prosedür anksiyetesi olan hastalarda sıklıkla prosedür öncesi anksiyete pik yapmakta ve prosedür sonrası hızla azalmaktadır

(Vingerhoets 1998, Pringle ve ark. 1999, Trotter ve ark. 2011). Medikal prosedürlerden kaçınma tanı ve tedaviyi geciktirebilir. Örneğin kan aldırma fobisi olan hamile kadınların yaşadığı doğum korkusu, elektif sezaryen oranlarının düşmesine neden olabilir ve gebeyi preeklampsi, prematüre kasılmalar gibi hamilelik komplikasyonlarının olumsuz etkilerine maruz bırakabilir (Lilliecreutz ve ark. 2011)

2.3.5. Akut Prosedürel Anksiyetede Tarama Yöntemleri

Girişim öncesindeki yaşanan anksiyete prevelansı; bazı tarama ve tanısal test uygulanacak hastalarda (prenatal test, MR görüntüleme, kolposkopi, meme biyopsisi, prostat biyopsisi) dental girişimlerde ve majör cerrahi uygulanacak hasta guruplarında(kardiyak ve nöroşirürjik girişimler) yüksektir. Bu hasta guruplarında pre-prosedürel değerlendirmede tarama yapılabilmektedir. Diğer prosedürler için taramanın rolü henüz net olarak ortaya konamamıştır. (McIsaac ve ark. 1998, Radomsky ve ark. 2001).

Preoperatif anksiyetenin değerlendirmesinde kullanılan ölçekler; The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS), State-Trait Anxiety Inventory (STAI), The Depression Anxiety Stress Scales (DASS) ve The Beck Anxiety Inventory (BAI) skalalarıdır.

STAI 1964 yılında Speilberger ve Gorsuch tarafından; Cattell ve Scheier'in, Taylor'in ve Welsh' in anksiyete skalalarından faydalanılarak geliştirilmiş ve Necla Öner tarafından Türkçeye çevrilmiştir (Aydemir ve Köroğlu 2000, Turhan 2007) (Ek 1) .

STAI anketinde 2 farklı bölüm bulunmaktadır ve bu bölümlerdeki 20 soru durum, 20 soru ise süreklilik anksiyetesini değerlendirmektedir. Skorlar hem durum hem süreklilik anksiyetesi için 20 ile 80 aralığındadır (Moerman ve ark.1996, Julian 2011). Durumluluk kaygı ölçeği, testin ilk bölümü olup, kişinin herhangi bir andaki ve koşuldaki hissiyatını sorgular. Sürekli kaygı ölçeği ise, kişinin mevcut durum ve koşullardan bağımsız olduğu anlardaki hissiyatını sorgular (Aydemir ve Köroğlu 2000, Turhan 2007). STAI anketi hastalara perioperatif dönemde çeşitli ortam ve zamanlarda uygulanmıştır. Bu ortamlar preoperatif test klinikleri, preoperatif bekleme alanı, post anestezi bakım ünitesi (PACU), postoperatif hastane odası ve taburculuk sonrası ev ortamıdır. Durum anksiyetesi ölçümü genellikle hastanın perioperatif dönemdeki anksiyetesini öngörmede kullanılmaktadır. STAI'nin en güçlü olan yanı durum anksiyetesi ile süreklilik anksiyetesi arasındaki farkı ortaya koyabilmesidir.

Bir diğ er yaygın kullanılan anksiyete ölç me testi ise DASS'dır. DASS 42 soruluk bir ankettir ve 3 alt skalası bulunmaktadır. Bu skalalar depresyon, anksiyete ve stresi sorgular. DASS'ın en önemli özelliğ i birbiri ile benzer olabilen depresyon ve anksiyete semptomlarını ayırabilmesidir (Lovibond ve Lovibond 1995, Crawford ve Henry 2003). BAI (Beck anxiety scale) ise 21 soruluk bir ankettir ve DASS'a benzer şekilde süreklilik anksiyetesi ile durum anksiyetesini ayıramaz fakat depresyon ile anksiyeteyi ayırabilir (Lovibond ve Lovibond 1995).

APAIS, 6 soruluk 2 dakikada tamamlanan bir anket olup, anestezi ve cerrahi prosedür korkusu hakkında fikir vermektedir (Moerman ve 1996). APAIS'in preoperatif anksiyetenin değ erlendirilmesinde güvenilir ve tekrarlanabilir oldu ğ u ispatlanmı ş tır.

2.3.6. Tedavi Yaklaşımlarında Genel Prensipler

Akut durum anksiyetesinin yönetiminde birkaç prosedür tanımlanmış olsa da genel olarak dünya ç apında kabul edilmiş rehberlere ihtiyaç duyulmaktadır. Genel olarak kabul edilen görüş; hasta ile klinisyen arasında dürüstlüğ e dayanan bir ilişki kurulursa hastaya prosedürün gerekliliğ inin daha kolay anlatılabileceğ i ve hastanın daha kolay telkin edilebileceğ idir (Lim ve ark. 2011).

Hasta; durumu, prosedürün neden önerildiğ i, endişeleri (ağ rı seviyesi gibi) hakkında bilgilendirilmelidir. Bilgilendirme yeteri kadar zaman ayrılarak, yüz yüze yapılmalı ve hastanın soruları ve cevaplar için vakit ayrılmalıdır (Lim ve ark. 2011). Hasta prosedür hakkında eğ itilmelidir. Böylelikle prosedür ve olası sonuçları hakkında önyargılar ortadan kalkabilir. Hastanın kaygılarını aktarmasına ve soru sormasına izin verilmelidir (Weinreb ve ark. 1984, Jongh ve ark. 2005, Betti ve ark 2011).

Prosedürün hangi aş amasının hastada en çok anksiyete yarattığ ı ve altta yatan neden belirlenmelidir. Hastanın anksiyetesi öğ renildikten sonra eğ er bu anksiyete genel hasta popülasyonunda sık karşılaşılan bir durum ise hastanın anksiyetesi normalize edilmelidir. Hastalara üzülmemelerini söylemekten kaçınılmalıdır. Bu söylem hasta tarafından kaygısının küçüm senmesi olarak algılanabilir. Ayrıca hastalar kendi kendilerine üzüntülerini sonlandıramayabilirler (Jongh ve ark. 2005).

Hastalara karar aş amasında olabildiğ ince kontrol verilmelidir. Ö rnek olarak hastaya kendisi tarafından onaylanmayan hiçbir müdahale yapılmayacağ ı söylenebilir. Hastanın anksiyetesini tolere edememesi nedeni ile prosedürü geciktirmesine veya engellemesine izin

verilmemelidir (Weinreb ve ark. 1984, Jongh ve ark. 2005). Hasta prosedür süresince hep rahat ettirilmelidir. Örnek olarak aile üyeleri ve arkadaşları klinik olarak kısıtlama veya özel bir durum yoksa prosedür esnasında hastanın yanında bulunabilir (Weinreb ve ark. 1984).

Hafif anksiyete durumunda prosedür sonuçları ile ilgili uygun verilerin paylaşılması ve risklerin gerçekçi değerlendirilmesi anksiyetenin azaltılması için yeterli olabilmektedir. Orta ve ağır anksiyetede ise meditasyon veya psikoterapi ile dış stres azaltılabilir ve hasta bu şekilde prosedürün tamamlanmasına izin verebilir (Habib ve ark. 2004). İlaç ve kısa süreli bilişsel-davranışçı tedavi anksiyetede kullanılabilir. İlaç veya psikososyal girişim arasındaki seçim için çeşitli öneriler mevcuttur. Seçim hastaya da bırakılabilir. İlaç kullanımını destekleyen durumlar; klinik durumun acil veya anlık olması, hastanın anksiyetesinin psikoterapiyi tolere edemeyecek kadar ağır olması, kısa süre zarfında psikoterapi yapacak kişinin olmaması veya bu yaklaşımın inefektif olmasıdır. Psikososyal girişim ise hastanın medikal kontrendikasyonları olması, ilaçları tolere edememesi, hastanın ameliyata birden çok kere girme gerekliliği durumunda tercih edilebilir (Dyck ve Chung 1991).

İlaç tercih edilmesi durumunda midazolam, diazepam, lorazepam, alprazolam, triazolam, ve oxazepam gibi benzodiazepinler tercih edilebilir. İlaç tercihi hastanın klinik durumuna, ek hastalıklarına ve anesteziistin klinik tecrübesine göre seçilebilir. Melatonin pineal gland tarafından üretilen bir hormondur ve uyku ve uyanıklık halini düzenlemektedir. Preoperatif anksiyetede kullanılabilir. Diğer kullanılan ilaçlar ise beta blokerler ve gabapentindir. Bu ilaçlar yapılan çalışmalara göre oral diazepam kadar etkili olabilir (Dyck ve Chung 1991).

Akut anksiyetenin düzeltilmesinde ilaç dışı tedavilerde psikolojik eğitim, kognitif yeniden yapılandırma, maruziyet terapisi, rahatlama egzersizleri, müzik veya video izletilmesi kullanılabilir. Bilişsel yeniden yapılandırma hastanın prosedüre olan algısını gerçekçi kılmak üzerinedir. Bu yaklaşımda hastanın anksiyeteye neden olan maladaptif ve irrasyonel düşünceleri yeniden düzenlenir. Maruziyet veya rahatlama egzersizleri gibi davranışçı girişimler ise prosedürün semptomlarını azaltmak ve prosedürden kaçınmayı engellemek için uygulanır. Klinik bir çalışmada hastaların prosedür öncesinde 15-20 dakikalık müzik dinlemesinin sezaryen öncesi anksiyeteyi azalttığı gösterilmiştir (Li ve ark. 2012).

2.3.7. Preoperatif Anksiyete Genel Bilgiler ve Risk Faktörleri

Anksiyete perioperatif dönemde hemen her zaman meydana gelmekle beraber çoğunlukla preoperatif olarak tedavi edilmektedir. Preoperatif anksiyete perioperatif ağrı skorlarını arttırmakta, hasta stresini çoğaltmakta, intraoperatif anestezi gereksinimini arttırmakta ve hasta memnuniyetini azaltmaktadır (Caumo ve ark. 2001). Preoperatif anksiyete tedavisinde sıklıkla benzodiazepinler kullanılmaktadır. Alternatif farmakolojik ajanlar ve davranışsal tedaviler de önerilmektedir (Li ve ark. 2012).

Preoperatif anksiyete için kanser öyküsü, psikiyatrik bozukluklar, gelecek algısının bozuk olması, sürekli anksiyete, ağrı seviyesinin yüksek olması, gerçekleşecek cerrahinin kapsamı, kadın cinsiyet, eğitim yılı ve fiziksel durum bağımsız risk faktörleri olarak tespit edilmiştir. Geçirilmiş cerrahinin preoperatif durum anksiyetesi oluşturması daha düşük bir risktir (Cornelius ve ark. 1986). Preoperatif dönemde oluşan bir anksiyete atağı esnasında hastanın majör kaygıları ölüm, azap çekme, bağımlı kalma, engellilik, işlev kaybı ve mali durumda bozulmadır (Lederberg ve Holland 1995).

Minör psikiyatrik bozukluklar da preoperatif anksiyete ile güçlü birliktelik göstermektedir. Bu bozukluklar tıp hizmetinin götürüldüğü her alanda yaygın olarak görülmekte ve genellikle tanı alamamaktadır (Penayo ve ark. 1990). Toplumsal çalışmalarda minör psikiyatrik bozukluklar ile akut stres bozuklukları arasındaki ilişkiler raporlanmıştır (Cheng 1989). Cerrahi de bir akut stres durumu olduğundan preoperatif anksiyetesi olan hastalarda minör psikiyatrik bozuklukların varlığı göz ardı edilmemelidir.

Olumsuz gelecek algısı preoperatif anksiyetenin bağımsız risk faktörü olarak görülmektedir. Umutsuzluk depresyonun ana özelliklerinden biridir; suisid ve alkolizme yatkınlık oluşturabilmekle beraber fiziksel hastalık durumlarında ortaya çıkabilmektedir (Kovacs ve Garrison 1985). Hastaların perioperatif dönemde yaşadıkları stres ile beraber negatif bilişsel semptomlar gösterdiği bilinmektedir (Kovacs ve Garrison 1985, Lederberg ve Holland 1995). Depresif hastalarda da preoperatif anksiyete sıklığı artmıştır. Ayrıca depresyon postoperatif dönemde daha çok ağrı seviyesi, günlük ağrı skorlarının artışı ve yüksek mortalite ile ilişkili bulunmuştur (Caumo ve ark. 2001).

Histerektomi, mastektomi ve prostatektomi gibi mahrem bölge kabul edilen yerlerin ameliyatlarında preoperatif anksiyetenin arttığı bildirilmektedir (Kindler ve ark 2000). Sigara

kullanımı da yüksek preoperatif anksiyete ile ilişkilidir. Bu sonuç nikotin yoksunluk semptomları ile açıklanabilmekle birlikte ek olarak nikotin; seratonin, dopamin, noradrenalin gibi nörotransmitterlerle etkileşime geçerek anksiojenik olarak etkinlik gösterir(West ve Hajek 1997).

Geçirilmiş cerrahi ise preoperatif anksiyete riskini azaltan bir durumdur. Bu durumun olası bir açıklaması ise geçirilmiş cerrahinin şartlandırılmış öğrenme modeli ile anksiyeteyi azaltmasıdır. Perioperatif durum kısa süre içinde birden çok şartlandırılmış korkunun gerçekleştiği bir ortam olarak kabul edilir (Badner ve ark. 1990).

Hastaların demografik karakteristik özellikleri de preoperatif anksiyeteye neden olabilmektedir. Kadın cinsiyetin preoperatif anksiyeteye meyilli olmasının nedeni olarak östrojen ve progesteron seviyelerin duygu durum üzerine etkisi gösterilmiştir (Kovacs ve Garrison 1985, Weinstock 1999).

Örgün eğitimde geçirilen yıllar ile de preoperatif anksiyete arasında ilişki bulunmaktadır (Domar ve ark. 1989), fakat bu konuda görüş farklılıkları da mevcuttur (Wells ve ark. 1986). Olası neden ise daha iyi eğitilmiş bireylerin cerrahi ve anestezi ile ilişkili risklerden daha çok haberdar olması ve hastaların kendilerini değerlendirdikleri anketlerde kendilerini daha iyi ifade ediyor olmaları olabilir.

2.3.8. Postoperatif Anksiyete

Postoperatif anksiyete genellikle preoperatif anksiyeteden daha az dikkat çekmiştir. Anksiyetenin perioperatif dönemin her evresinde olabileceğinin tanınmasından sonra, postoperatif periyotta da anksiyetenin tanınması ve tedavi edilmesine yönelik çalışmalara hız verilmiştir. Caumo ve ark. (2001)elektif cerrahi planlanan erişkin hastalarda postoperatif anksiyetenin risk faktörlerini tanımlayan bir çalışma dizayn etmişlerdir. Yapılan bu çalışmada postoperatif anksiyetenin American Society of Anesthesiologists (ASA) fiziksel durum skoru, orta ve ileri postoperatif ağrı, minör psikiyatrik hastalıklar, preoperatif durum anksiyetesi ve negatif gelecek algısı ile ilişkili olduğunu saptamışlardır. Ayrıca periferik sinir bloğu uygulamaları, sistemik multimodal analjezi ve nöroaksiyel anestezinin opioid ilavesi ile kullanımının postoperatif anksiyeteden koruyucu olduğu gösterilmiştir. Çocuk hasta grubunda 0,056mg/kg'ın altında midazolam uygulamasının postoperatif dönemde orta-ileri ağrı oluşumu ile ilişkisi ortaya konmuştur (Kain ve ark. 2000). Bu çalışmada geçirilmiş cerrahi öyküsünün postoperatif anksiyete riskini azalttığı, postoperatif anksiyete ile ağrı deneyimi arasında sıkı ilişki olduğu gösterilmiştir.

Hem çocuk hem erişkin hasta grubunda perioperatif anksiyete ile yetersiz ağrı kontrolü arasında pozitif korelasyon bulunmaktadır.

Bazı hastalık durumları ve cerrahi girişim tipleri de çeşitli seviyelerde postoperatif anksiyeteye neden olacaktır ve mutlaka tedavi edilmelidir. Baş ve boyun kanseri ameliyatlarından sonra farklı ölçeklerde anksiyete ve panik tarif edilmiştir (Thomas ve ark. 1996). Radikal boyun cerrahilerinden sonra gelişen ağrı, hastalarda panik atak ve anksiyete oranlarının yüksek seyretmesinin en temel nedenidir. Boyunda cerrahiye bağlı gelişen ağrı ve konforsuzluk, boynun sıkılmasına benzer bir his yaratarak muhtemelen hastanın cerrahi sonrası anksiyetesini arttırmaktadır. Evham ve anksiyete, boğulma hissi ile beraber taşikardi ve dispne gibi fiziki semptomlar yaratmaktadır. Anksiyete ve depresyon gastrointestinal sistem ameliyatları sonrasında da görülmektedir. Bu hasta grubunda cerrahi sonrası endişe anksiyetenin kapsamını arttırmaktadır. Kanserlin hastaya açıklanmasından sonraki ilk 2 hafta hastalar güçlü bir anksiyete duygusu hissetmektedir ve bu anksiyete sonraki zaman diliminde azalmaktadır. Tedavi süresi boyunca cerrahi prosedür ile hastanın anksiyetesi artmaktadır. Bu anksiyete çevresel değişiklikler ile iyileşmemektedir ve yaşlı hastalarda daha yoğun yaşanmaktadır (Thomas ve ark. 1996).

Cerrahi girişim ile tedavi planlanan temporal lob epilepsili hastalarda da yüksek seviyede depresyon, süreklilik ve durum anksiyetesi gözlemlenmektedir. Bu hasta grubunda cerrahi sonrasında %15 major depresyon, % 23 somatik ve psişik anksiyete tespit edilmiştir (Meldolesi ve ark. 2007). Bu hasta grubunda cerrahi sonrası anksiyete yüksektir ve zaman içinde azalmaktadır. Nöroşirürjik işlem uygulanacak hastalarda olası bir nörolojik bozulma beklentisi stresi ve anksiyeteyi arttırmaktadır. Cerrahi sonrası zamanlarda hastanın nöbetsiz geçirdiği süreler arttıkça anksiyetenin kayda değer oranlarda azaldığı görülmüştür (Meldolesi ve ark. 2007).

Rüptüre olmamış intrakranial anevrizmanın nöroşirürjik tedavisinin planlandığı hastalarda da cerrahiden hemen önce ve sonrasında durum anksiyetesinin kayda değer biçimde arttığı gözlemlenmiştir. Durum anksiyetesi postoperatif geç dönemde azalma eğilimine girerken süreklilik anksiyete oranının değişmediği gösterilmiştir (Kubo 2010). Duygusal stresin anksiyete ve somatizasyona yol açtığı (otonomik sinir sistemi disregülasyonu aracılığı ile atriyal fibrilasyon gelişimi) bilinmektedir (Ziegelstein 2007). Benzer mekanizmanın anksiyete için de geçerli olduğu savı yaygındır. Daha spesifik olarak anksiyete parasempatik sinir sistemi aktivitesini azaltırken sempatik sinir sistemi aktivitesini arttırmaktadır (Tully ve ark. 2011).

Birçok araştırmacı noktural melatonin salınımının Alzheimer, koroner arter hastalığı ve inmesi olan hastalarda azaldığını keşfetmiştir (Deniz ve ark. 2006). Melatonin salınımının sirkadiyen ritmi kardiyak cerrahi sonrası da bozulmakta ve kortizon sekresyonu bu hasta grubunda artmaktadır. Melatonin ve kortizol sekresyonunun paternlerinin bozulması nöropsikolojik ve duygu durum değişimleri ile direkt veya indirekt olarak korele olabilir. Melatonin sekresyonunun sirkadiyen ritmindeki değişimler duygulanım değişimleri, perioperatif depresyon ve artmış anksiyete ile ilişkili olabilmektedir. Bu hasta grubunda postoperatif anksiyete öngörölmeli ve gereklilik halinde önlem alınmalıdır (Deniz ve ark. 2006).

Perioperatif anksiyete hasta mortalitesini ve morbiditesini etkileyebilmektedir. Preoperatif depresyon varlığının koroner arter by pass grefleme ameliyatı (CABG) planlanan hastalarda postoperatif yüksek mortalite ve morbidite oranları ile ilişkisinin bilinmesi nedeni ile preoperatif olarak sıklıkla değerlendirilmektedir. Son zamanlarda anksiyetenin CABG hastaları için risk faktörü olduğu düşünölmektedir. İki çalışma CABG hastalarında anksiyete semptomlarının görölmelerini artmış mortalite riski ile ilişkili bulmuştur (Székely ve ark. 2008, Rosenbloom ve ark. 2009). Anksiyetenin hangi mekanizma ile mortaliteyi arttırdığına dair ise elimizde yeterli kanıt yoktur. Preoperatif anksiyetenin hastaların kardiyak cerrahi sonrası tekrar hastaneye başvurmalarında bir prediktör olduğu da gösterilmiştir (Tully ve ark. 2008).

Anksiyete ve postoperatif mortalite arasındaki ilişki ilgi uyandırmaktadır. Depresyon ve anksiyetenin preoperatif değerlendirmede mutlak sorgulanması önerilmektedir. Yüksek postoperatif anksiyeteye neden olan birçok predispozan faktör mevcuttur. Bunlardan bazıları hastanın kendi sağlığı ve gelecek ile ilgili bilinmezlikler, cerrahinin tipi, uygulanan anestezinin tipi ve oluşabilecek postoperatif rahatsızlık ile ilişkili kuşkularıdır. Preoperatif anksiyete ile yüksek postoperatif anksiyete arasında korelasyon mevcuttur (Caumo ve ark. 2000).

Perioperatif dönemde ağrı deneyimi ile anksiyete arasındaki sıkı ilişki ortaya net bir biçimde konmuştur. Fakat anksiyetenin mi ağrıya, ağrının mı anksiyeteye neden olduğu hala bilinmemektedir. Preoperatif midazolam tedavinin düşük postoperatif ağrı skoru ile ilişkisi ve postoperatif anksiyeteyi azalttığı ortaya konmuştur (Kain ve ark. 2000). Anksiyöz hastaların hasta kontrollü analjezi ihtiyaçlarının postoperatif dönemde daha çok olduğu ve ağrı eşiklerinin daha düşük olduğu bilinmektedir (Julian 2011). Özetle perioperatif anksiyete ile ağrı deneyiminin ve postoperatif anksiyetenin ilişkili olduğu kesindir. Ancak bu ikisi arasındaki nedensellik ilişkisi

ortaya çıkarılamamıştır. Orta ve ağır derecede ağrı postoperatif anksiyete için risk faktörüdür. Bu ilişki birçok çalışmada tanımlanmış ama ağrı net olarak ortaya konamamıştır (Thomas 1995). Ağrı algısı yüksek derecede durum anksiyetesi ile ilişkilidir ve preoperatif anksiyetenin yüksek olması postoperatif ağrının prediktörüdür (Thomas 1995). Daha önce de belirtildiği gibi nöral blok anestezisi postoperatif anksiyeteyi azaltmaktadır. Bu anestezi tipi aslında anksiyetenin artmasına neden olan birçok faktörü engelleyerek anksiyeteyi azaltıyor olabilir. Cerrahi sonrası artan ağrının azaltılması, hastanede yatış süresinin kısa olması, preoperatif deneyim esnasında hasta memnuniyetinin artması, sempatik sinir sisteminin baskılanarak sempatik adrenal aktivitenin azaltılması ve immün fonksiyonun korunması bu sonuçta etkilidir.

Preoperatif dönemde daha anksiyöz olan hastalar, anksiyöz olmayanlara göre postoperatif dönemde yüksek anksiyete bulguları gösterme açısından daha büyük risk altındadır. Preoperatif diazepam bu hasta grubunu postoperatif anksiyeteden korumamaktadır. Bu durum diazepamın ikinci aksiyon pikinin uygulamadan 5-6 saat sonrasında gözlemlenmekte ve bu sürecin hastaların anesteziden uyanıp anksiyetenin gözlemlenmeye başladığı zaman penceresinin dışında olması ile açıklanmaktadır (Alpert ve ark. 1989).

Minör psikiyatrik hastalık öyküsü olan hastalar da postoperatif anksiyete açısından risk altındadır. Bu hasta grubunda farmakolojik ve davranışsal girişimler postoperatif anksiyeteden korunmak için başlatılmalıdır. Koruyucu önlemlerin cerrahi öncesi her hastada uygulanması ise maliyet açısından tavsiye edilmemektedir (Kain ve ark. 2000).

Ameliyat sonrası için olumsuz preoperatif algı postoperatif anksiyete için bağımsız risk faktörüdür. Negatif öngörüsü olan hastalarda ise ağrı eşiği düşüktür ve postoperatif dönemde daha çok ağrı tariflemektedirler (Watson ve Pennebaker 1991).

Sigara kullanan hastalarda da postoperatif anksiyete sık gözlemlenmektedir. Bu durum ise ameliyat öncesi dönemde ve hastanede sigara kullanımının yasak olması nedeni ile nikotin seviyelerinin düşmesinden kaynaklanmaktadır. Hem prelinik hem klinik çalışmalarda yüksek anksiyete seviyeleri ile nikotin yoksunluk semptomları arasında korelasyon tespit edilmiştir (Moadel ve ark. 1999).

ASA skorlaması hastanın fiziksel durumunun analiz edildiği bir yöntemdir. Kişinin hasta olması ve çoklu komorbiditeleri de postoperatif anksiyete ile ilişkili olabilir. Hastanın preoperatif klinik durumunun stresi ve anksiyeteyi arttırabilme olasılığı vardır. ASA skoru ve anestezi

komplasyonları arasında kayda değer bir ilişki mevcut olsa da, ASA skoru ile postoperatif anksiyete arasındaki ilişki üzerine çok çalışılmamıştır (Wolters 1996).

Geçirilen cerrahi tipi özellikle de acil cerrahiler postoperatif anksiyete insidansını arttıran önemli bir neden olabilir. Acil cerrahiler doğası gereği derhal müdahale gerektiren durumlardır ve hastalar yaşadıkları sorunun cerrahi ile giderilmesi gerekliliğine uyum sağlamakta güçlük çekmektedir (Karanci ve Dirik). Cerrahinin potansiyel negatif etkileri, hastanede yatıyor olmak, yabancı bir ortamda olma durumu, oda arkadaşının yabancı olması, olası uygulanacak hastane prosedürleri de yüksek oranda anksiyete ve stres yaratmaktadır. Araştırmalar preoperatif anksiyetenin; cerrahinin başarısız olması, anestezi, kontrolü kaybetme ve ölüm korkusu ile ilişkisi olduğunu ortaya koyarken, postoperatif anksiyetenin ise; ağrı, fiziksel işlevin kaybedilmesi, cerrahinin vücut imgesi üzerine olası negatif etkisi ve kariyer problemlerinin korkusu ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Brown 1990).

Yaş, cinsiyet, medeni hal ve eğitim gibi bazı sosyodemografik karakteristik özellikler hastalar tarafından deneyimlenen anksiyete ile ilişkilidir. Kadın cinsiyet, genç yaş, düşük eğitim düzeyi ve bekar olmak postoperatif dönemde anksiyeteye yatkınlığı arttırmaktadır. Yüksek sosyal desteği olan hastalar sosyal desteği az olan hastalara göre daha az anksiyete tariflemektedir (Wells ve ark. 1986).

Araştırmacılar postoperatif anksiyetenin öngörülmesi için biyomarker geliştirmeye çalışmışlardır. Chromogranin A (CgA), 48-kDa büyüklüğünde asidik bir glikoproteindir. CgA adrenal medulla ve sempatik sinirlerde katekolaminler ile beraber depolanmakta ve salgılanmaktadır. Tükürükte bulunan ve sempato-adreno-medullar sistem tarafından üretilen bu glikoprotein stres cevabın biyomarkırı olarak kabul edilmektedir (Noto ve ark.2005). Birçok tor bu biyomarkırdaki artışın stres ile paralel gittiğini anksiyete seviyelerinin takibinde kullanılabileceğini düşünmektedir. (Nakamura ve ark.2011)ise meme kanseri nedeni ile meme cerrahisi geçiren hastaları değerlendirmiş ve tükürükteki CgA seviyesi ile durum veya süreklilik anksiyetesi arasında korelasyon gösterilememiştir.

2.4. Hasta Memnuniyeti

Hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi, postoperatif vizitler ve anketler gibi araçlar ile gerçekleştirilebilmektedir (Bauer ve ark. 2001, Singh ve ark.2007). Hasta memnuniyetini; hizmetlerin güvenilirliği ve erişilebilirliği, hastanenin yapılanması, kişilerarası ilişkiler, sağlık

profesyonellerinin yeterliliği, hastaların beklentileri ve tercihleri gibi birçok faktör etkilemektedir (Hall ve Dornan 1998).

Anestezi hizmetlerinin düşük kalitede sunulması hastalarda güvensizlik ve kaygı oluşturmakta ve sonuç olarak mevcut hizmetleri kullanma konusunda çekingen davranmasına neden olmaktadır. Sağlıkla ilgili kaygılar insanların yaşayabileceği kaygıların en önemlisi olarak görülebilir (Heidegger ve ark. 2004, Thiedke 2007). Hasta memnuniyeti hastanın beklentileri ve ona sunulanlar arasındaki denge olarak düşünülebilir.

Hastanın kaygılı olması durumunda; hastane personeli kaygıyı yaratan olayı tanımlamalı, gözlemlemeli ve çözüme yönelik hareket etmelidir (Fung ve Cohen 1998). Anestezi hizmetleri ile ilgili hasta memnuniyetini değerlendirmek için en uygun yol, hastanın işlem sonrası durumunu değerlendirmekten geçmektedir (Capuzzo ve Alvisi 2008). Bu bağlamda hastanın özellikle preoperatif ve intraoperatif dönemde memnuniyetini değerlendirmek güçtür.

Hastaların memnuniyetinde; hastane yapılanması, kişilerarası ilişkiler, sağlık profesyonellerinin yeterliliği, hasta beklentileri, tercihleri ve kullanılan değerlendirme araçları arasındaki farklılıklar nedeni ile çelişkili sonuçlarla karşılaşmak mümkündür.

Genel veya lokal anestezi ile ameliyat edilen hastaların %87'sinde hastalar süreçten memnun kalırken %12,5'i fikir beyan etmemiş, %0,5'inde ise memnuniyetsizlik saptanmıştır (Wołowicka ve ark.2001). Hastaların %85 oranında memnuniyet bildirdiği diğer bir çalışmada ise; kadın, eğitilmiş ve ASA 1-2 olan hastalarda memnuniyet oranları düşük bulunmuştur (Baroudi ve ark. 2010).

Kashihara'da yapılan bir çalışmada en istenmeyen postoperatif bulgular; bulantı, kusma, boğaz kuruluğu, postoperatif ağrı ve ekstübasyonu hatırlama olarak bulunmuştur (Furuya ve ark. 2001). Avustralya'da yapılan hasta memnuniyeti, bulantı, kusma, ağrı ve komplikasyonlar gibi parametreler değerlendirildiğinde; hasta memnuniyeti %96,8 oranında yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada anestezi bakımından herhangi bir şekilde memnun kalmayan hastaların oranı %2,3 iken %0,9'u ise tamamıyla memnun kalmamıştır (Myles ve ark. 2000). Yunanistan'da yapılan bir çalışmada ise anestezi hizmetlerinden memnuniyet %96,3 ile %98,6 arasında değişmektedir (Kouki ve ark. 2012). Japonya'da yapılan bir başka çalışmada ise anestezi memnun kalmayan hasta sayısı %3,9'dur. Hastaların detaylı analizinde kadınlar erkeklerden, SA hastaları ise GA hastalarından daha az memnuniyet bildirmişlerdir.20-39 yaş grubundaki hastalar ise memnuniyet

oranlarının en düşük olduğu hasta grubudur (Nakahashi ve ark.2004). Başka bir İngiltere çalışmasında ise anesteziist tarafından verilen kişisel bakımın devamının hasta memnuniyetini arttırdığı bulunmuştur. Bu çalışmada ameliyat sonrası anesteziist tarafından en az bir defa yapılan vizit uygulamasının hiç vizit yapılmamasına oranla hasta memnuniyetini kayda değer biçimde arttırdığı görülmüştür (Saal ve ark. 2011). Taiwan'da yapılan bir çalışmada hasta memnuniyetini arttıran nedenler; ameliyathanede bekleme süresinin kısa tutulması, anestezi ekibinin davranış paterni, pre ve postoperatif vizitte yeni yöntemlerin (video gösterimi ile bilgilendirme) kullanılması olarak gösterilmiştir (Yang ve ark. 2007). Hastaların karar verme sürecine dahil edilmesi anestezi hizmetlerinden alınan memnuniyeti arttırmaktadır (Flierler ve ark. 2013).

Postoperatif hasta memnuniyetini değerlendirmede kullanılan en önemli test olan Memnuniyet-Derlenme Kalitesi leği (Quality of Recovery: QoR 40 T)(Myles1999) tarafından geliştirilmiştir. Bu lek ameliyat sonrası iyileşmenin kalitesini ölçen geçerli ve güvenli bir ölçektir (Myles 2000).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma Haziran 2017-Ağustos 2017 tarihleri arasında, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi etik kurulunun 2017/956 sayılı onayı alınarak, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Ameliyathanesi'nde elektif sezaryen operasyonu planlanan hastalar üzerinde gerçekleştirildi.

Önceden çalışma ile ilgili bilgi verilip yazılı onayları alınan, anket sorularını anlayabilecek mental duruma sahip, 18-45 yaşarası, ASA I-III risk grubunda, 160 gönüllü gebe çalışmaya dahil edildi.

Psikiyatrik bozukluğu olan, antikoagülan kullanan, rejyonel anestezinin kontrendike olduğu, rejyonel anestezinin başarısız olması nedeniyle genel anestezi uygulanan ve okur - yazar olmayan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Çalışmaya katılmayı kabul eden gebelerin demografik verileri (yaş, yaşadığı yer, eğitim düzeyi, doğum sayısı, sezaryen deneyimi) kaydedildi. Uygulanacak anestezi yöntemi; ilgili anestezi uzmanı, jinekolog ve hastanın ortak kararı ile belirlendi. Hastalar anksiyete düzeyinin değerlendirilmesi için Durumluluk Anksiyete Ölçeği (STAI-D) anketini cevapladıktan sonra operasyona alındı (Ek 1). Çalışmayı yürüten ekip ise bu seçime müdahil olmadı. Genel anestezi uygulanan gönüllüler Grup GA, spinal anestezi uygulanan gönüllüler ise Grup SA olarak isimlendirildi. Anestezi ekibi tarafından kliniğin rutin uygulaması olarak Grup GA'da doğum eylemi gerçekleşikten sonra 20 mg tenoksikam ve 2mg/kg tramadol hidroklorik asit (HCL) intravenöz yoldan uygulandı. Grup SA'da ise ek analjezik uygulanmadı. Postoperatif dönemde Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğinde rutin olarak Grup GA da tramadol HCL 2x100 mg/gün yavaş infuzyon, ihtiyaç halinde tenoksikam 20mg 2x1 ve parasetamol flk 3x1000 mg intravenöz uygulandı. Grup SA da ise hastaların ağrıları olduğunda tramadol HCL 2x100 mg yavaş infuzyon, lüzum halinde tenoksikam 20mg 2x1 ve parasetamol flk 3x1000 mg intravenöz uygulandı. Operasyon sonrası 6 ve 24. saatte; ağrı şiddeti için Vizüel Analog Skala (VAS), 6. saatte anksiyete değerlendirmesi için STAI-D, 24. saatte; Memnuniyet-Derlenme Kalitesi Ölçeği (Quality of Recovery: QoR 40 T) anketi uygulandı (Ek 1). Memnuniyet-Derlenme Kalitesi ölçeği (Quality of Recovery: QoR 40 T) Likert tipi bir test olup 5 bölümden oluşur ve 40 soru içerir. Hastanın emosyonel durumunu değerlendirmek için 9 soru, fiziksel konforunu değerlendirmek için

12 soru, psikolojik desteği değerlendirmek için 7 soru, fiziksel bağımlılık için 5 soru ve ağrının düzeyini belirlemek için 7 soru içermektedir. Anket puanı 40-200 arasındadır. Puan ile hasta memnuniyeti doğru orantılıdır. Anketin özel eğitim gerektirmemesi, bireyin kendi başına yapabilmesi ve kısa sürede tamamlanabilmesi önemli avantajlarıdır (Ek 1).

STAI anketinde 2 farklı bölüm bulunmaktadır ve bu bölümlerdeki 20 soru durumluluk, 20 soru ise süreklilik anksiyetesini değerlendirmektedir. (Moerman ve ark.1996, Julian 2011). Çalışmada durumluluk kaygı ölçeği kullanılmıştır. Durumluluk kaygı ölçeği, testin ilk bölümü olup, kişinin herhangi bir andaki ve koşuldaki hissiyatını sorgular. Ölçekte doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadeler vardır. Olumlu duyguları dile getiren “ters” ifadeler puanlanırken 1 ağrılık değerinde olanlar 4 e,4 ağrılık derecesinde olanlar 1 e dönüştürülür. Olumsuz duyguları dile getiren ifadelerde 4 değerindeki yanıtlar kaygının yüksekliğini ifade eder. Tersine çevrilmiş ifadelerde ise 4 değerindeki yanıtlar düşük 1 değerindeki yanıtlar yüksek anksiyeteyi gösterir. Durumluluk kaygı ölçeğinde 10 tane (1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20) tersine çevrilmiş ifade vardır. Puanlama yapılırken doğrudan ifadelerin toplamından, ters ifadelerin toplam ağrılıklı puanı çıkartılır ve bu sayıya bir sabit eklenir ki bu sabit değer durumluluk kaygı ölçeğinde 50 dir. Ölçekten 20-80 arasında puan elde edilir. Büyük puan yüksek kaygıyı düşük puan düşük kaygı seviyesini gösterir. Testlerin kullanımı için özel eğitim gerekmez (Aydemir 2007) (Ek 1).

Hastalarımızın postoperatif dönemde ağrılarını değerlendirmek amacıyla VAS kullanılmıştır. VAS ağrının şiddetinin değerlendirilmesinde geçerli ve en güvenilir kabul edilen subjektif bir testtir. Bireyin yaşadığı ağrıyı 0-10 puan arasında (0 hiç ağrı yok, 10 en dayanılmaz ağrı)değerlendirmesi istenir (Arslan ve ark.2016) (Ek 1).

Veriler SPSS 22.0 bilgisayar programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin normal dağılım uygunluk analizi Kolmogrov-Smirnov testi ile yapıldı. Gruplar arası karşılaştırmada Mann-Whitney U testi ve Wilcoxon testi kullanıldı. Kategorik verilerin karşılaştırmasında Ki Kare testi kullanıldı. Grupların anket sonuçlarının doğruluğu korelasyon katsayıları ve istatistiksel anlamlılık Pearson testi ile hesaplandı. Tanımlayıcı istatistikler ortalama \pm standart sapma ve sıklık tabloları (%) ile gösterildi. Tüm analizlerde güç analizi %95 olarak tespit edildi vep<0,05 anlamlılık düzeyi olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışmada Grup SA'da hastaların yaş ortalaması $29,59 \pm 5,59$ yıl, Grup GA'da hastaların yaş ortalaması $29,43 \pm 5,24$ yıl olarak saptandı. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark yoktu ($p > 0,05$).

Gruplar arasında yaşadığı yer, eğitim düzeyi, doğum sayısı ve önceki sezaryen deneyimleri açısından anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$) (Tablo 4.1).

Tablo 4. 1. Gruplar arası demografik verinin karşılaştırılması

| | | Grup SA(n=80) n (%) | Grup GA(n=80) n (%) | P |
|-------------------|----------------|------------------------|------------------------|-------|
| Yaşadığı yer | İl | 33 (41,3) | 43 (53,7) | 0,172 |
| | İlçe | 47 (58,7) | 37 (46,3) | |
| Eğitim düzeyi | İlköğretim | 48 (60) | 44 (55) | 0,407 |
| | Lise | 16 (20) | 20 (25) | |
| | Yüksekokul | 4 (5) | 7 (8,8) | |
| | Lisans ve üstü | 12 (15) | 9 (11,2) | |
| Doğum sayısı | 1 | 24 (30) | 23 (28,8) | 0,295 |
| | 2 | 23 (28,8) | 27 (33,8) | |
| | 3 | 21 (26,3) | 12 (15) | |
| | 4 | 12 (15) | 16 (20) | |
| | 5 | 0 | 2 (2,5) | |
| Sezaryen deneyimi | Hayır | 36 (45) | 33 (41,3) | 0,563 |
| | Evet | 44 (55) | 47 (58,7) | |

Hastaların preoperatif dönemlerdeki anksiyete skorları ile yaşadığı yer ve eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0,05$). Daha önce sezaryen deneyimi olan hastaların preoperatif anksiyete düzeyi ise istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük saptandı ($p < 0,05$). Hastaların postoperatif dönemlerdeki anksiyete skorlarının yaşadığı yer, eğitim düzeyi ve daha önceki dönemlerdeki sezaryen deneyimi ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p > 0,05$)(Tablo 4.2).

Tablo 4. 2. Yaşadığı yer, eğitim düzeyi ve sezaryen deneyiminin preoperatif ve postoperatif anksiyete düzeyi ile ilişkisi

| | | Preoperatif STAI-D | | Postoperatif STAI-D | |
|-------------------|----------------|--------------------|-------|---------------------|-------|
| | | Ortalama±SD | p | Ortalama±SD | P |
| Yaşadığı yer | İl | 44,31±5,75 | 0,274 | 39,23±4,62 | 0,857 |
| | İlçe | 43,77±5,72 | | 39,17±4,89 | |
| Eğitim düzeyi | İlköğretim | 44,88±6,27 | 0,050 | 39,05±5,22 | 0,239 |
| | Lise | 42,84±4,72 | | 40,0±4,33 | |
| | Yüksekokul | 45,36±3,78 | | 40,45±3,78 | |
| | Lisans ve üstü | 41,60±4,57 | | 37,75±2,90 | |
| Sezaryen deneyimi | Hayır | 45,17±5,86 | 0,041 | 39,94±5,33 | 0,151 |
| | Evet | 43,23±5,50 | | 38,65±4,19 | |

Çalışmamızda preoperatif ve postoperatif dönemlerde gruplar arası STAI D ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.3).

Tablo 4. 3.Preoperatif ve Postoperatif dönemde anksiyete düzeylerinin karşılaştırılması

| | Grup SA (n=80) Ortalama±SD | Grup GA (n=80) Ortalama±SD | p |
|--------------|-------------------------------|-------------------------------|-------|
| Preoperatif | 44,18±6,05 | 43,93±5,40 | 0,777 |
| Postoperatif | 39,47±5,22 | 38,93±4,19 | 0,463 |

Çalışmamızda gruplardaki preoperatif ve postoperatif dönemlerde kaygı duyan birey sayılarının arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4. 4. Grupların preoperatif ve postoperatif kaygı düzeylerinin karşılaştırılması

| | | Grup SA(n=80) n (%) | Grup GA(n=80) n (%) | P |
|--------------|--------------|------------------------|------------------------|-------|
| Preoperatif | Kaygı yok | 8 (10) | 7 (8,7) | 0,446 |
| | Hafif kaygı | 16 (20) | 24 (30) | |
| | Yüksek kaygı | 56 (70) | 49 (61,3) | |
| Postoperatif | Kaygı yok | 20 (25) | 24 (30) | 0,648 |
| | Hafif kaygı | 39 (48,8) | 35 (43,8) | |
| | Yüksek kaygı | 21 (26,2) | 21 (26,2) | |

Çalışmamızda her iki grupta da preoperatif anksiyete düzeyinin, postoperatif dönemde anlamlı düzeyde düştüğü saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4.5).

Tablo 4. 5. Operasyon öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerinin değişimi

| | Preoperatif Ortalama±SD | Postoperatif Ortalama±SD | P |
|----------------|----------------------------|-----------------------------|--------|
| Grup SA(n=80) | 44,18±6,053 | 39,47±5,220 | <0,001 |
| Grup GA (n=80) | 43,93±5,402 | 38,93±4,198 | <0,001 |

Çalışmamızda GA ve SA uygulanan gruplarda doğum sayısı ve anksiyete düzeyi arasında ilişki rastlanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.6).

Tablo 4. 6. Doğum sayısı ve anksiyete arasındaki ilişki

| | | STAI D | | P |
|-------------------|--------|----------------------------|-----------------------------|-------|
| | | PREOPERATİF Ortalama±SD | POSTOPERATİF Ortalama±SD | |
| GRUP SA (n=80) | 1 (24) | 44,33±5,506 | 38,13±3,699 | 0,060 |
| | 2 (22) | 41,82±4,594 | 38,36±3,959 | 0,055 |
| | 3 (22) | 44,55±7,890 | 40,50±7,002 | 0,119 |
| | 4 (12) | 47,67±4,499 | 42,42±5,534 | 0,079 |
| GRUP GA (n=80) | 1 (23) | 45,22±4,431 | 40,48±4,198 | 0,341 |
| | 2 (27) | 42,41±6,664 | 37,89±4,526 | 0,786 |
| | 3 (12) | 45,00±5,117 | 39,08±4,033 | 0,604 |
| | 4 (16) | 43,06±4,553 | 37,75±2,745 | 0,238 |
| | 5 (2) | 46,00±2,828 | 37,50±3,536 | - |

Çalışmamızda preoperatif dönemde Grup SA'da ve Grup GA'da kaygı düzeyi ve yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.7).

Tablo 4. 7. Preoperatif anksiyete düzeyi ve yaş arasındaki ilişki

| | | Yaş | | | P |
|-------------------|-------------------|-------------|---------|----------|-------|
| | | Ortalama±SD | Minimum | Maksimum | |
| GRUP SA(n=80) | Kaygı yok (8) | 26,75±2,605 | 23 | 31 | 0,228 |
| | Orta kaygı (15) | 30,87±5,592 | 21 | 40 | |
| | Yüksek kaygı (57) | 29,82±5,726 | 18 | 42 | |
| GRUP GA (n=80) | Kaygı yok (7) | 31,00±4,796 | 22 | 37 | 0,061 |
| | Orta Kaygı (24) | 31,38±4,547 | 22 | 41 | |
| | Yüksek kaygı (49) | 28,49±5,355 | 18 | 41 | |

Çalışmamızda postoperatif dönemde Grup SA'da ve Grup GA'da kaygı düzeyi ve yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.8).

Tablo 4. 8. Postoperatif anksiyete düzeyi ve yaş arasındaki ilişki

| | | Yaş | | | P |
|-------------------|-------------------|-------------|---------|----------|-------|
| | | Ortalama±SD | Minimum | Maksimum | |
| GRUP SA (n=80) | Kaygı yok (19) | 27,84±4,992 | 18 | 35 | 0,239 |
| | Orta Kaygı (40) | 30,38±6,016 | 19 | 42 | |
| | Yüksek kaygı (21) | 30,14±4,820 | 18 | 37 | |
| GRUP GA (n=80) | Kaygı yok (25) | 31,04±4,783 | 18 | 38 | 0,113 |
| | Orta Kaygı (36) | 29,53±5,251 | 20 | 41 | |
| | Yüksek kaygı (19) | 27,74±5,204 | 20 | 41 | |

Gruplar arası VAS skorları kıyaslandığında SA uygulanan grubun 6. ve 24. saatteki VAS düzeyleri anlamlı olarak yüksek saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4.9).

Tablo 4. 9. Postoperatif dönemde grupların 6. ve 24. saatlerdeki VAS skorlarının karşılaştırması

| | Grup SA (n=80) Ortalama±SD | Grup GA (n=80)Ortalama±SD | p |
|----------|-------------------------------|------------------------------|--------|
| 6. SAAT | 5,04±2,189 | 4,21±2,270 | 0,018 |
| 24. SAAT | 5,19±2,144 | 3,98±2,143 | <0,001 |

Grupların zaman içindeki VAS değişimi değerlendirildiğinde SA uygulanan grubun 24. saat VAS düzeyinin 6. saate kıyasla anlamlı olarak yükseldiği saptandı ($p<0,05$). GA uygulanan grupta ise 24. saat VAS düzeyinin 6. saate kıyasla anlamlı olarak düştüğü saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4.10).

Tablo 4. 10. Grupların zaman içindeki VAS düzeyi değişimi

| | VAS | | P |
|----------------|------------------------|-------------------------|--------|
| | 6. Saat Ortalama±SD | 24. Saat Ortalama±SD | |
| GRUP SA (n=80) | 5,04±2,189 | 5,19±2,144 | <0,001 |
| GRUP GA (n=80) | 4,21±2,270 | 3,98±2,143 | <0,001 |

Postoperatif dönemde grupların memnuniyet düzeyleri incelendiğinde; rahatlık, duygular, hasta desteği, ağrı ve toplam skorlarında istatistiksel farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Rahatlık, duygular ve hasta desteği alt parametrelerinde de gruplar arası farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Ağrı'nın alt parametrelerinde baş ağrısı memnuniyetinin GA grubunda, boğaz ağrısı memnuniyetinin SA grubunda yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4.11).

Tablo 4. 11. Gruplar arası QoR40 ortalamalarının karşılaştırılması

| | Grup SA (n=80) Ortalama±SD | Grup GA (n=80)Ortalama±SD | P |
|--|-------------------------------|------------------------------|--------------|
| Rahatça nefes alıp verebiliyorum | 3,86±1,23 | 3,99±1,13 | 0,518 |
| İyi bir uyku uyudum | 2,36±1,37 | 2,49±1,18 | 0,238 |
| Yediklerimden tat alabiliyorum | 3,17±1,39 | 3,38±1,29 | 0,372 |
| Kendimi dinlenmiş hissediyorum | 2,52±1,32 | 2,72±1,09 | 0,117 |
| RAHATLIK A | 11,90±4,03 | 12,57±3,33 | 0,231 |
| Genel olarak kendimi iyi hissediyorum | 3,14±1,16 | 3,48±1,08 | 0,069 |
| Kendime hakimim | 3,94±1,15 | 3,91±1,10 | 0,795 |
| Kendimi rahat hissediyorum | 3,27±1,21 | 3,48±1,18 | 0,252 |
| DUYGULAR A | 10,35±3,08 | 10,82±2,94 | 0,340 |
| Normal konuşabiliyorum | 4,46±1,03 | 4,40±1,04 | 0,690 |
| Yüzümü yıkayabiliyorum dişlerim traş | 3,98±1,24 | 4,04±1,22 | 0,711 |
| Kendi görünümümü kendim düzeltebiliyorum | 3,76±1,31 | 3,73±1,37 | 0,964 |
| Yazı yazabiliyorum | 4,33±1,05 | 4,16±1,21 | 0,457 |
| İşime dönebilirim yada günlük hayat | 4,05±0,95 | 4,20±,91 | 0,246 |
| Ailem ve arkadaşlarım iletişim | 4,53±0,80 | 4,32±1,02 | 0,217 |
| Ailem ve arkadaşlarımdan destek | 4,55±0,85 | 4,32±0,98 | 0,079 |
| Komutları ve tavsiyeleri anlayabiliyorum | 4,58±0,77 | 4,37±0,95 | 0,160 |
| Bulantı | 4,39±0,87 | 4,45±0,91 | 0,452 |
| Kusma | 4,83±0,66 | 4,73±0,80 | 0,307 |
| Öğürme | 3,34±0,98 | 3,29±0,97 | 0,717 |
| Sallanma yada seğirme | 4,36±0,850 | 4,49±0,69 | 0,482 |
| Titreme | 4,63±0,68 | 4,62±0,75 | 0,887 |
| Üşüdüğünü hissetme | 3,88±1,18 | 4,11±1,09 | 0,182 |
| Baş dönmesi | 4,23±0,93 | 4,17±0,77 | 0,254 |
| Kötü rüya görme | 4,72±0,65 | 4,59±0,82 | 0,339 |
| Kaygılı hissetme | 4,23±0,97 | 4,22±1,04 | 0,836 |
| Depresif ruhsal sıkıntılı hissetme | 4,69±0,75 | 4,60±0,89 | 0,701 |
| Kendini yalnız hissetme | 4,66±0,74 | 4,61±0,83 | 0,872 |
| RAHATLIK B | 62,64±5,66 | 62,60±7,70 | 0,467 |
| Kafası karışık hissetme (HASTA DESTEĞİ B) | 4,42±0,74 | 4,44±0,74 | 0,789 |
| Orta Şiddetli ağrı | 3,34±0,98 | 3,29±0,97 | 0,717 |
| Şiddetli ağrı | 3,67±1,13 | 3,90±1,12 | 0,145 |
| Baş ağrısı | 4,04±1,01 | 4,49±0,67 | 0,002* |
| Kas ağrısı | 3,64±1,20 | 3,82±1,24 | 0,208 |
| Sırt ağrısı | 3,67±1,13 | 3,90±1,12 | 0,145 |
| Boğaz ağrısı | 4,69±0,83 | 4,27±0,94 | 0,000* |
| Ağızda yaraya bağlı ağrı | 4,76±0,81 | 4,82±0,55 | 0,554 |
| AĞRI B | 32,37±4,59 | 32,82±4,40 | 0,624 |
| Toplam | 167,76±19,9 | 166,15±16,60 | 0,400 |

Grup SA'da preoperatif STAI D; postoperatif STAI D ile pozitif yönlü korelasyon verdiği ($p<0,05$); VAS 6. saat, 24. saat ve QoR 40 ile korelasyon vermediği saptandı ($p>0,05$). Grup SA'da postoperatif STAI D; preoperatif STAI D ile pozitif yönlü korelasyon gösterdiği ($p<0,05$); VAS 6. Saat, VAS 24. saat ve QoR 40 ile korelasyon vermediği saptandı ($p>0,05$). Grup SA'da VAS 6. saatin; VAS 24. saat ile pozitif korelasyon gösterdiği ($p<0,05$); preoperatif /postoperatif STAI D ve QoR 40 ile korelasyon vermediği saptandı ($p>0,05$). Grup SA'da VAS 24. saatin; VAS 6. saat ile pozitif korelasyon gösterdiği ($p<0,05$); preoperatif /postoperatif STAI D ve QoR 40 ile korelasyon vermediği saptandı ($p>0,05$). Grup SA'da QoR 40'ın preoperatif/postoperatif STAI, VAS 6. saat ve VAS 24. saat korelasyon vermediği saptandı ($p>0,05$). Grup GA'da preoperatif STAI D; postoperatif STAI D ile pozitif yönlü korelasyon verdiği ($p<0,05$); VAS 6. saat, 24. saat ve QoR 40 ile korelasyon vermediği saptandı ($p>0,05$). Grup GA'da postoperatif STAI D; preoperatif STAI D ile pozitif yönlü korelasyon gösterdiği ($p<0,05$); VAS 6. Saat, VAS 24. saat ve QoR 40 ile korelasyon vermediği saptandı ($p>0,05$). Grup GA'da VAS 6. saatin; VAS 24. saat ile pozitif korelasyon gösterdiği ($p<0,05$); preoperatif/postoperatif STAI D ve QoR 40 ile korelasyon vermediği saptandı ($p>0,05$). Grup GA'da VAS 24. saatin; VAS 6. saat ile pozitif korelasyon gösterdiği ($p<0,05$); preoperatif/postoperatif STAI D ve QoR 40 ile korelasyon vermediği saptandı ($p>0,05$). Grup GA'da QoR 40'ın; preoperatif/postoperatif STAI, VAS 6. saat ve 24. saat ile korelasyon vermediği saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4.12).

Tablo 4. 12. Testlerin korelasyonu

| | | | STAI D PREOPERATİF | STAI D POSTOPERATİF | VAS 6. SAAT | VAS 24. SAAT | QoR 40 TOPLAM |
|----------------|--------------|--------|-----------------------|------------------------|----------------|-----------------|------------------|
| GRUP SA (n=80) | STAI D | R | 1 | 0,790** | -0,068 | -0,138 | -0,058 |
| | PREOPERATİF | P | | <0,001 | 0,548 | 0,222 | 0,609 |
| | STAI D | R | 0,790** | 1 | -0,055 | -0,209 | -0,103 |
| | POSTOPERATİF | P | <0,001 | | 0,628 | 0,051 | 0,363 |
| | VAS 6. SAAT | R | -0,068 | -0,055 | 1 | 0,496** | 0,194 |
| | | P | 0,548 | 0,628 | | 0,000 | 0,084 |
| | VAS 24. SAAT | R | -0,138 | -0,209 | 0,496** | 1 | 0,091 |
| | | P | 0,222 | 0,051 | <0,001 | | 0,423 |
| QoR 40 TOPLAM | R | -0,058 | -0,103 | 0,194 | 0,091 | 1 | |
| | P | 0,609 | 0,363 | 0,084 | 0,423 | | |
| GRUPGA (n=80) | STAI D | R | 1 | 0,682** | -0,090 | 0,108 | -0,143 |
| | PREOPERATİF | P | | <0,001 | 0,430 | 0,342 | 0,206 |
| | STAI D | R | 0,682** | 1 | -0,121 | 0,054 | -0,126 |
| | POSTOPERATİF | P | <0,001 | | 0,286 | 0,636 | 0,266 |
| | VAS 6. SAAT | R | -0,090 | -0,121 | 1 | 0,483** | -0,149 |
| | | P | 0,430 | 0,286 | | 0,000 | 0,188 |
| | VAS 24. SAAT | R | 0,108 | 0,054 | 0,483** | 1 | -0,202 |
| | | P | 0,342 | 0,636 | <0,001 | | 0,073 |
| QoR 40 TOPLAM | R | -0,143 | -0,126 | -0,149 | -0,202 | 1 | |
| | P | 0,206 | 0,266 | 0,188 | 0,073 | | |

**Korelasyon 0.01 düzeyinde önemli *Korelasyon 0.05 düzeyinde önemli

Çalışmamızda her iki grupta da VAS ve memnuniyet anketinin alt grubu olan ağrı arasında negatif yönlü korelasyon saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4.13).

Tablo 4. 13. VAS İLE QoR40 AĞRI memnuniyetinin karşılaştırılması.

| | | AĞRI_B | |
|-------------------|----------------|--------|--------|
| | | r | P |
| Grup SA (n=80) | VAS (6. saat) | -0,365 | <0,001 |
| | VAS (24. saat) | -0,385 | <0,001 |
| Grup GA (n=80) | VAS (6. saat) | -0,410 | <0,001 |
| | VAS (24. saat) | -0,568 | <0,001 |

5. TARTIŞMA

Anksiyete bireyin herhangi bir tehlikenin içinde olması sebebiyle vücudun verdiği psikolojik tepkidir. Grieve ve ark. (2002) hastaneye yatırılan ve/veya cerrahi işlem görecektir hastalarda anksiyetenin yaygın olarak geliştiğini bildirilmiştir. Cerrahi işlemin kendisi ve işlem için yapılan anestezi uygulamaları hasta tarafından tehlike olarak algılanır ve bu algılama gerek preoperatif gerekse postoperatif strese yol açar (Çevik 2006, Çuhadar 2006, Erdem 2011). Anksiyetenin daha yüksek dozda analjezik ve sedatif ajan gereksinimine neden olduğu, postoperatif negatif etkilere yol açarak hastanede kalış süresini uzattığı bilinmektedir (Sime 1976). Literatürde cerrahi işlem görecektir obstetrik hastaların, genel cerrahi popülasyonuna göre daha yüksek preoperatif anksiyeteye sahip olduğu bildirilmiştir (Beilin 1996, Jafar 2009).

Sezaryen operasyonlarında uygun anestezi yönteminin seçimi hastanın mevcut kliniği başta olmak üzere, hekim ve hastanın tercihinine bağlıdır (Toker ve ark. 2003, Kocamanoğlu ve ark. 2005, Morgan ve ark. 2008, Birnbach ve Browne 2009). Akildiz ve ark. (2017) elektif sezaryen planlanan hastalarda, preoperatif anksiyeyi değerlendirdiği çalışmalarında yaş, gebelik sayısı ve yaşayan çocuk sayısı gibi demografik verilerin SA ve GA uygulanan gruplarda benzer olduğunu ifade etmişlerdir. Çalışmamızda yaş, yaşadığı yer, eğitim düzeyi, doğum sayısı ve sezaryen deneyiminin Grup SA ve Grup GA'da benzer olduğu saptandı. Hasta grubunun alındığı toplumun benzer demografik özellikleri sebebiyle ve de uygulanan her iki anestezi yönteminin toplumun farklı kesimlerinde eşit derecede kabul görmesi öngörüsüyle anestezi yöntemlerinde benzer olduğu kanısındayız.

Yaş ile preoperatif anksiyete düzeyi arasında literatürde farklı sonuçlar vardır. Maheshwari ve İsmail (2015) ve Deliktaş ve ark. (2017) anksiyete düzeylerinin genç yaşlarda daha düşük olduğunu ifade etmişlerdir. Başka çalışmalarda ise yaşlı grubun preoperatif anksiyete skorlarının, genç ve orta yaşlı gruba göre düşük olduğunu ifade edilmiş; bu durum yaşlılardaki kadercilik, gençlerin ise iletişim araçlarını daha etkin kullanmaları sebebiyle cerrahi risklerden haberdar olmasına bağlamışlardır (Aykent ve ark 2007, Taşdemir ve ark. 2013, Küpeli ve ark. 2016). Başka bir çalışma grubunda ise genç, orta ve yaşlı hastaların preoperatif anksiyete düzeylerinin benzer olduğu ifade edilmiştir (Calvin ve ark. 1999, Erfidan 2015, Arlı 2017). Çalışmamızda anksiyete düzeyinin yaş ile arasında ilişkiye rastlanmadı. Hasta grubumuzun 18-45 yaş arası gençlerden oluşması ve bu yaş grubunda gerek operasyonda gerekse operasyondan sonraki dönemde benzer

kaygılarının olması sebebiyle yaş ve anksiyete düzeyi arasında anlamlı bir fark oluşmadığı kanısındayız. Ayrıca diğer demografik özelliklerin benzer olması da farkın gelişmemesine de katkıda bulunmuş olabilir.

Güz ve Doğanay (2003) lomber disk hernisi ile opere edilen hastalarda yaşanan yerin preoperatif anksiyete ile ilişkisiz olduğunu belirtmiştir. Yılmaz ve ark. (2014) septoplasti uygulanan hastalarda preoperatif ve postoperatif anksiyetenin kırsal bölgede yaşayanlarda yüksek olduğunu ifade etmiştir. Çalışmamızda yaşanan yerin anksiyete düzeyi ile arasında ilişki saptanmadı. Bazı çalışmalarda operasyon sonrası çevresel yaşam koşullarındaki olumsuzlukların (kırsal bölgede hastaneye ve hekime ulaşmadaki zorluklar vs.) postoperatif dönemlerde kişilerin yaşamlarını etkileyebileceği, bu nedenle anksiyeteye yol açmış olabileceği kanısındayız. Oysa bizim çalışmamızda bireylerin postoperatif kısa dönemde toparlanarak normal yaşantısına döneceği kanısında olması, çevresel faktörlerdeki stresin benzer olmasının yaşanan yer ve anksiyete düzeyi arasında ilişki çıkmamasına yol açtığı kanısındayız. Ayrıca kırsalda ve merkezlerde yaşayan bireylerin farklı kaygıları olsa da, her iki durumda da anksiyete gelişebileceği unutulmamalıdır.

Literatürde preoperatif anksiyete ve eğitim düzeyi arasında farklı sonuçlar mevcuttur. Bilgi düzeyinin anksiyeteyi olumlu yada olumsuz etkileyebileceği belirtilmiştir (Aykent ve ark 2007, Demir 2009, Taşdemir 2013, Uysal 2013, Erfidan 2015, Deliktaş ve ark. 2017). Bu durum gerek operasyon döneminde, gerekse operasyon sonrası gelişebilecek risklerin olumlu yada olumsuz sonuçlarını daha iyi değerlendirmesine bağlanmıştır (Aykent ve ark. 2007, Deliktaş 2017). Küpeli ve ark. (2016) eğitim düzeyi arttıkça, STAI oranının arttığını belirtmişlerdir. Yapılan bazı çalışmalarda ise preoperatif anksiyete düzeyi ve eğitim düzeyi arasında ilişki olmadığı ifade edilmiştir (Laufenberg-Feldmann 2013, Kappis 2013, Uysal ve ark. 2013, Mohd Fahmi ve ark. 2015, Arlı 2017). Çalışmamızda eğitim düzeyi ile anksiyete arasında ilişki saptanmadı Eğitim düzeyi ile anksiyete skorları arasındaki ilişki sosyo-kültürel yapı, bireylerdeki cerrahi riskler açısından farkındalık, operasyona girecek ekibin araştırılarak seçilmesi gibi faktörler ile değiştiği kanısındayız. Eğitim seviyesindeki değişikliğin getirdiği anksiyeteyi bazı bireylerde olumlu, bazı bireylerde ise olumsuz olarak eğitim ve anksiyete düzeyi arasında ilişkinin anlamsız çıkmasına yol açmış olabilir.

Çocuk varlığının annenin sorumluluk duygusu artırdığı; çocuk sayısının uygun yaşam koşulları, işsizlik, geçim sıkıntısı ve benzeri problemler sebebiyle anksiyeteye yol açtığı ifade edilmiştir. Akildiz ve ark. (2017) ve Elmastaş (2015) çalışmalarında preoperatif anksiyete ve çocuk sayısı arasında ilişki olmadığını ifade etmişlerdir. Çalışmamızda çocuk sayısı ve anksiyete skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Operasyona girecek bireylerde anestezi ve cerrahiye bağlı oluşabilecek morbidite ve mortalite korkusu sebebiyle geride çocuklarını bırakacağı endişesi olduğu kanısındayız. Bununla birlikte bu endişenin çocuk sayısından bağımsız olduğu kanaatindeyiz. Çocuk sayısı her ne kadar anksiyete üzerinde etkili bir faktör olsa da, hastanın preoperatif dönemde operasyon ve anestezi korkusu, postoperatif dönemde ise ağrı ve komplikasyonların oluşturduğu anksiyetenin ön plana çıkması sebebiyle çocuk sayısı ile ilgili oluşabilecek anksiyetenin geri planda kaldığı ve anlam oluşturmadığı kanısındayız.

Birçok çalışmada koşullu öğrenme modeline bağlı olarak, geçmiş cerrahi deneyimlerin preoperatif anksiyeteyi azalttığı bildirilmiştir (Spielberger ve ark. 1973, Yılmaz ve ark. 2014, Erfidan 2015). Bununla birlikte geçmiş operasyon öyküsünün anksiyeteyi değiştirmedığı çalışmalarda vardır (Moerman ve ark. 1996, Kinder ve ark. 2000, Taşdemir 2013, Deliktaş ve ark. 2017). Çalışmamızda sezaryen deneyiminin preoperatif anksiyeteyi azalttığı, postoperatif anksiyeteyi değiştirmedığı saptandı. . Bu durum daha önce aynı operasyonu geçiren bireylerin; daha önce benzer bir durumu yaşaması anestezi ve operasyonun risklerinin farkında olmasına, operasyona daha hazırlıklı olmasına ve korkulan durumun aslında o kadar da yüksek risk içermediği kanaatine varmış olabileceklerine bağlı olabilir.

Bildirilen preoperatif anksiyete insidansı, cerrahi ağırlığına ve anestezi yöntemine bağlı olarak %11-80 arasında değişiklik gösterir (Ramsey 1972, Erci 2004, Hobson 2006). Hastaneye yatırılmanın bile %10 düzeyinde anksiyeteye yol açtığı bildirilmiştir (Aslan 2003, Yılmaz 2014). Norris ve Baird (1967) 352'si jinekolojik hastadan oluşan 500 kişilik hasta grubundan % 60'ının anksiyeteli olduğunu bildirmiştir. Çalışmamızda hastaların preoperatif dönemde %66'ında yüksek kaygı, %25'inde ise hafif kaygı, postoperatif dönemde ise %26 oranında yüksek kaygı ve %47,7 oranında hafif kaygı saptandı. Post operatif dönemde kaygılı birey sayısındaki düşüş hastaların doğumlarının başarıyla sonuçlanması ve de cerrahi ve anestezi ile ilgili bilinmezliklerin son bulmasına bağlı olabilir. Hastaların kaygılarının hafif düzeyde dahi olsa devam etmesi ve bir kısım hastada yüksek kaygı olması ise hospitalizasyona ve ağrıya sekonder olduğunu düşünüyoruz.

Deliktaş (2017) preoperatif dönemi değerlendirdiği çalışmada STAI skoru ortalamasını 40,8 puan; Taşdemir ve ark.'nın (2013) 40,6 puan; Domar ve ark. (1989) 45 puan ve Gönüllü ve ark. (1986) 40,76 puan olarak bildirmişlerdir. Aslan ve ark. (2014) ve Maheshwari ve ark. (2015) elektif cerrahi uygulanan hastalarda GA uygulanan hastaların preoperatif anksiyetelerinin anlamlı olarak yüksek olduğunu ifade etmiştir. Turhan (2007) çalışmasında GA uygulanan hastalarda preoperatif anksiyete düzeyinin yüksek olduğunu postsoperatif dönemde farkın kalmadığını ifade etmiştir. Erdem ve ark. (2011) yaptıkları çalışmada perianal operasyonu için GA uygulanan hastalarda preoperatif STAI skorunu 39,5, SA uygulananlarda ise 38,7 olduğunu saptamış; anestezi tiplerinde preoperatif ve postsoperatif dönemlerde anksiyete düzeyinin benzer olduğunu ifade etmişlerdir. Akildiz ve ark. (2017) çalışmalarında elektif sezaryen planlanan hastalarda GA uygulanan hastaların preoperatif anksiyete skorunun $48 \pm 5,4$, SA uygulanan grupta ise $51 \pm 7,5$ olduğunu belirlemiş ve SA grubunun STAI skorunun anlamlı yüksek olduğunu ifade etmiştir. Kale ve ark. (2006) yaptıkları çalışmada GA uygulanan hastanın kortizol düzeyinin SA'dan yüksek olduğunu ve bu durumun strese bağlı geliştiğini ifade etmişlerdir. GA uygulanan grupta anksiyetinin en sık nedenleri operasyon sonrası uyanamama ve ameliyat esnasında uyanma; SA uygulanan grupta ise belden aşağısının bir daha çalışmaması, ilacın etkisinin aniden geçmesi, mahremiyet duygusu, iğne fobisidir (Jlala 2010, Mheshvari ve İsmail 2015,). Çalışmamızda preoperatif dönemde ortalama STAI değerleri 43-44 puan, postsoperatif dönemde ise 38-39 puan düzeyindeydi. Preoperatif ve postsoperatif dönemlerde anksiyete düzeyleri Grup SA ve Grup GA'da benzerdi. Her anestezi tipinde farklı sebepler anksiyeteye yol açsa da, sonuçta skoru etkileyen stres faktörlerin olduğu kanısındayız. Postsoperatif dönemde ise, anestezi ve operasyonun getirdiği stres faktörünün ortadan kalktığı bu nedenle anksiyete düzeyinin düştüğü kanısındayız. Postsoperatif dönemde sosyoekonomik faktörler ve hastanede olmanın getirdiği anksiyetenin ön plana çıktığı, bu faktörlerinde her iki grupta benzer olması sebebiyle farkın kalktığı kanısındayız.

Çetinkaya ve Karabulut (2010) batın ameliyatı yapılacak hastalarda anksiyete durumunu değerlendikleri çalışmada ameliyattan 24 saat önceki anksiyete düzeyleri 47,1 puan, ameliyattan 24 saat sonraki anksiyete düzeyi 33 puan olarak bulmuştur (Çetinkaya ve Karabulut, 2010). Yılmaz ve Aydın (2013) ise postsoperatif dönemde anksiyete oranının preoperatif dönemle benzer olduğunu ifade etmiştir. Turhan (2007) çalışmasında rejyonel anestezi uygulanan hastalarda STAI düzeyinin preoperatif 45,5'ten, postsoperatif 34,8'e; GA uygulanan hastalarda ise preoperatif 44,1'den, postsoperatif 38,8'e düştüğünü ifade etmiştir. Aslan ve ark. (2014) gebelerde yaptığı

çalışmada benzer sonuçlara ulaşmıştır. Çalışmamızda her iki grupta da anksiyete düzeyinin anlamlı bir şekilde azaldığı saptandı. Bu durumun en temel nedeni geçirilecek operasyonla ilgili kaygıların ortadan kalkması olduğu kanısındayız.

Postoperatif ağrı, taburculuğun gecikmesine neden olmaktadır (Taşdemir 2013). Gramke ve ark (2009) postoperatif ağrının en önemli kaynağının perioperatif ağrı olduğunu ifade etmişlerdir. Erdem ve ark. (2011) yaptıkları çalışmada postoperatif VAS'ın SA uygulananlarda daha düşük olduğunu ifade etmişler, bu durumu SA uygulanan gruptaki hastaların postoperatif ağrı değerlendirmesinin daha erken yapılarak analjezinin sağlanmasına bağlamışlardır. Bazı çalışmalarda ise SA ve GA uygulanan hastaların postoperatif ağrı düzeylerinin benzer olduğunu ifade edilmiştir (Yılmaz ve ark. 2014, Açıkel ve ark. 2017). Çalışmamızda SA uygulanan grupta 6. ve 24. saatlerdeki VAS skorunun daha yüksek olduğu saptandı. SA'lı grupta 24. saat VAS düzeyi, 6. saatten fazla iken; GA'lı grupta düşüktü. Postoperatif dönemde Grup GA'da ağrının zaman içinde azalması uygun analjezi yönetimine bağlı iken, Grup SA'da postoperatif ağrının daha yüksek seyretmesi, ağrı yönetiminin geç başlanması ve yetersiz kalması ile ilişkili olabilir.

Yapılan çalışmalar anlık anksiyetenin ağrı üzerinde etkili olduğu ve artan anksiyetenin ağrı durumunu abartmasına, ağrı toleransının azalmasına ve ağrı şiddetinin artmasına yol açtığı bildirilmiştir (Güz ve Doğanay 2003, Doering 2009). Taşdemir ve ark. (2013) preoperatif anksiyete ve artmış postoperatif ağrı ile arasında korelasyon olduğunu bildirmiştir. Aynı çalışmada postoperatif dönemde hastaların %32,7'sinin anksiyete düzeyinin arttığı ve bu grupta anksiyete skorunun yüksek olduğu belirtilmiştir. Güz ve Doğanay (2003) çalışmalarında ağrı düzeyinin preoperatif anksiyetede hem sürekli, hemde durumluk kaygı puanları arasında pozitif korelasyon olduğunu bildirmişlerdir. Yılmaz ve Aydın (2013) SA uygulanan hastalarda rahatlık, duygu, bağımsızlık, destek, ağrı ve toplam Derlenme Kalitesi-40 daha yüksek olduğunu ifade etmiştir. Hobson ve ark. (2006) yüksek preoperatif anksiyete düzeylerinin postoperatif analjezik gereksinimi arttırdığını ifade etmiştir. Yapılan 58 yılı kapsayan bir meta analizde özellikle gastrointestinal, obstetrik ve jinekolojik ameliyatlarda, preoperatif anksiyetenin postoperatif ağrı için önemli bir etken olduğu saptanmıştır (Ip 2009). Özoyak (2010) durumluk kaygı puanları ile değerlendirdiğimizde endişe düzeyi ve verilen ilaç miktarlarının VAS değerleri ile arasında korelasyon bulunmadığını ifade etmiştir. Çalışmamızda hem SA grubunda hemde GA grubunda

VAS düzeyinin preoperatif ve postoperatif anksiyete düzeyleri arasında korelasyon saptanmadı. Çalışmamızda literatürden farklı olarak anksiyete ve VAS arasında ilişki çıkmaması; hastaların mevcut anksiyetesinin ağrıdan ziyade cerrahi bilinmezlik, yenidoğanın sağlığı ve getireceği sorumluluklardan kaynaklandığını düşünüyoruz.

Uysal ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada SA ve GA'da memnuniyetlik düzeylerini karşılaştırmış; SA'da baş ağrısının daha fazla olduğunu ama genel memnuniyet düzeylerinin benzer olduğunu ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada tekrar opere edilmesi durumunda GA'ya olan tercihin daha fazla olduğu belirtilmiştir. Açıklık ve ark. (2017) çalışmasında acil sezeryana alınan olgularda SA uygulanan hastaların toplam QoR-40 skorları ve alt gruplarının (fiziksel konfor, emosyonel durum, psikolojik destek, bağımlılık ve ağrı) daha yüksek olduğunu ifade etmiştir. Hemanth Kumar ve ark. (2014) sezaryen uygulanan olgularda SA uygulanan hastalarda anne ve bebek temasının erken dönemde olduğu ve bu durumun memnuniyeti artırdığı ifade edilmiştir. Yılmaz ve Aydın (2013) SA alan hastaların bilinç durumunun tamamen kaybolmaması ve GA bağlı bulantı, kusma gibi komplikasyonların daha az olması sebebiyle memnuniyetin daha fazla olduğunu belirtmiştir. Çalışmamızda gruplar arası toplam memnuniyet düzeyi ve alt grupları benzerdi. Ağrı alt grubunda baş ağrısına yönelik memnuniyet GA'da, boğaz ağrısına yönelik memnuniyet SA'da fazlaydı. Memnuniyetlik düzeyinin postoperatif olarak değerlendirilmesi sebebiyle hastaların stres oranının azalması, sıkıntılı sürecin geçmiş gözükmesi, çocuk ile karşılaşması, anestezi modelinin seçiminde kendi tercihinin uygulanması ve hastanın mevcut durumundan şikayetçi olmaması ile ilgili olarak gruplar arasında farklılıklar olmadığı kanısındayız. Bununla birlikte GA'da entübasyon tüpünün irritasyonuna, SA'da ise BOS basıncındaki değişime bağlı olarak gelişen rahatsızlıkların devam etmesi sebebiyle memnuniyetsizliğin devam ettiği kanısındayız.

Ağrının hoş olamayan bir duygu olduğu ve memnuniyeti düşürdüğü birçok çalışmada gösterilmiştir (Myles ve ark 2000, Turhan 2007). Catro-Alves ve ark. (2010) abdominal histerektomi uygulanan hastalarda bölgesel anestezinin iyileşme puanlarının daha iyi olduğunu, opioid ajanların postoperatif olarak SA grubunda daha az uygulandığını ve bu durumun iyileşme puanlarının daha iyi olduğunu göstermiştir. Açıklık ve ark. (2017) çalışmasında acil sezaryen operasyonuna alınan olgularda hastaların toplam QoR-40 skorları ve VAS arasında korelasyon olduğunu ifade etmişlerdir. Turhan (2007) çalışmasında anksiyete düzeyi ve memnuniyet arasında

negatif yönlü korelasyon olduğunu ifade etmiştir. Myles ve ark (2000) 10811 vakayı değerlendirdiği çalışmada şiddetli ağrının hasta memnuniyeti düşürdüğü ifade etmiştir. Çalışmamızda hem SA grubunda hemde GA grubunda VAS düzeyinin memnuniyet düzeyi ile arasında korelasyon saptanmadı. Ancak VAS skorunun memnuniyetteki ağrı alt grubu ile negatif korelasyon gösterdiği saptandı. Ağrının hoş olmayan bir duygu olması, ağrı artıkça memnuniyetin azalması sebebiyle VAS ve ağrı memnuniyet düzeyi arasında ters yönlü ilişki çıkmasına yol açmış olabilir. Bununla birlikte memnuniyet için sadece ağrı tek komponent değildir. Rahatlık ve duygu durumu içeren komponenteler VAS ve memnuniyetin ilişkisinin çıkmasını engellemiş olabilir. Ayrıca hastanın mevcut ağrının olacağını bilmesi ve bu duruma psikolojik olarak kendini hazırlaması, bu durumu medikal anlamda ağrı kesici dışında bir şey yapılamayacağını bilmesi sebebiyle bu durumun genel memnuniyeti çok fazla etkilemediği kanısındayız.

Turhan'ın (2007) çalışmasında QoR-40 ile preoperatif ve postoperatif anksiyete puanları arasında negatif yönlü korelasyon saptamıştır. Yılmaz ve Aydın (2013) SA uygulanan hastalarda preoperatif anksiyetenin QoR-40 ve alt ölçekleriyle ilişkisi olmadığını saptamıştır. Hobson ve ark. (2006) yüksek preoperatif anksiyete düzeylerinin hasta memnuniyetini azalttığını ifade etmişlerdir. Aslan ve ark. (2014) gebelerde yaptığı ve postoperatif anksiyete düzeylerinin memnuniyetle arasında negatif yönlü korelasyon olduğunu saptamıştır. Çalışmamızda hem SA grubunda hemde GA grubunda memnuniyet düzeyinin preoperatif ve postoperatif anksiyete düzeyleri arasında korelasyon saptanmadı. Hasta grubunun tamamında anksiyete olması ve bu anksiyetenin benzer oranda azalmasına bağlı olarak anksiyete düzeyleri ve memnuniyet arasında ilişki çıkmadığı kanısındayız. Ayrıca hekimlerin anksiyeteyi düşürücü telkinlerinde, memnuniyet skorunun olumlu yönde çıkmasına sebep olabileceği düşünülmüştür.

Myles ve ark. (1997) yaptığı başka bir çalışmada postoperatif dönemde hasta memnuniyetine etki eden faktörlerin anestezi süresi, anesteziden ayılma süresi, ağrı, ciddi bulantı ve kusma varlığı olduğunu ifade etmiştir. Goldway ve ark. (2002) yapmış olduğu çalışmada ise doktorların tutum ve davranışlarından memnuniyetsizlik oranı etkilediğini ifade etmiştir. ABD'de yapılan bir çalışma da doktorların bilgi vermemesi, soruları cevaplamaması ve cevapların anlaşılır olmamasının memnuniyeti düşürdüğünü ifade etmiştir (Keating NL 2002). Açikel ve ark. (2017) bireyin memnuniyetinde normal hayatına dönme, toparlanma ve vücuduna hakim olma süresinin memnuniyeti belirleyen faktörler olduğunu, bununla birlikte beklenen bulantı, kusma titreme, vb.

durumların memnuniyeti çok etkilemediğini ifade etmiştir. Hastalar ile paylaşılan gerçek bilgi, yani hangi anestezi yöntemi seçilirse seçilsin postoperatif dönemde olabilecek ağrı, bulantı kusma vb. semptomların olabileceği ve bunun cerrahi prosedürün normal akışı içinde değerlendirilebileceğinin ifade edilmesi, hastanın memnuniyet düzeyini optimize ederken bu faktörleri çok önemsememesine yol açtığı kanısındayız. Hastalar için önemli olan faktörlerden biride normal yaşantısında sahip olduğu rahat nefes alma, tad alma, rahat uyku gibi faktörlerin bir an önce geri kazanılmasıdır. Bu temel unsurlar hastada kendisinin iyileştiği ve zor dönemin atlatıldığı hissiyatı uyandırabilir.



6. SONUÇLAR

Hastaların preoperatif ve postoperatif dönemlerdeki anksiyete skorlarının yaş, yaşanılan yer, doğum sayısı ve eğitim düzeyinden etkilenmezken, daha önceki sezaryen deneyimlerinden etkilenmekteydi.

Anestezi tipinin anksiyete üzerine etkisi yoktu. Postoperatif dönemde yöntemden bağımsız olarak anksiyete düzeyi düşmekteydi.

Anestezi tipinin memnuniyet üzerine etkisi saptanmadı. Anestezi tipine bağlı olarak GA'da boğaz ağrısı, SA'da ise baş ağrısı fazlaydı.

Anksiyete düzeyi, VAS ve memnuniyet düzeyi arasında korelasyon saptanmadı. Hem genel hemde SA uygulanan hastalarda VAS ve memnuniyet anketinin alt grubu olan ağrı arasında negatif yönlü korelasyon saptandı.

Sonuç olarak, uygulanan anestezi tipinin anksiyete üzerine etkisinin olmadığı ve uygun analjezik yaklaşımlar ile ağrının azaltılmasının memnuniyet düzeyini artırılacağı kanısına varıldı.

7. KAYNAKLAR

- Açikel A, Öztürk T, Göker A, Hayran GG, Keleş GT. Acil Sezaryen Operasyonlarında Genel ve Spinal Anestezinin Hasta Memnuniyeti Yönünden Karşılaştırılması Turk J Anaesthesiol Reanim 2017; 45: 41-6.
- Afolabi BB, Lesi FE. Regional versus general anaesthesia for caesarean section. Cochrane Database Syst Rev 2012; 10:CD004350.
- Akdeniz F, Gönül AS. Kadınlarda üreme olayları ile depresyonun ilişkisi, Klinik Psikiyatri Dergisi Ek - 2. 2004; 70-4.
- Akildiz M, Aksoy Y, Kaydu A, Kaçar CK, Şahin ÖF, Baysal Yıldırım Z. Elektif Sezaryen Ameliyatlarında Anestezi Yönteminin Preoperatif Anksiyete Düzeylerine Etkisi. 2017; 45 (1): 36-40.
- Alpert CC, Baker J, Cooke J. A rational approach to anaesthetic premedication. Drugs. 1989;37 (2):219-28.
- Altınay SA, Aydemir Ç, Gököl E. Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı Obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destekle ilişkisi. Kriz Dergisi 2002; 10 (1):11-8.
- Arlı ŞK. Ameliyat Öncesi Anksiyetenin APAIS ve STAI-I Ölçekleri İle Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017; 4 (3):38-47
- Arslan M, Albaş S, Küçükerdem HS, Pamuk G, Can H. Vizüel Analog Skala ile Kansere Hastalarında Palyatif Ağrı Tedavisinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Fam Pract Palliat Care. 2016;1 (1):5-8.
- Aslan B, Arıkan M, Gedikli A, Horasanlı E. Gebe Hastalarda Preoperatif Anksiyete Sebepleri ve Değerlendirilmesi: STAI Skorlarının Karşılaştırılması. Ortadoğu Tıp Dergisi. 2014;6 (3): 129-35.
- Aslan S, Candansayar S, Coşar B, Işık E. Bir üniversite hastanesinde bir yıl süresince gerçekleştirilen psikiyatri konsültasyon hizmetlerinin değerlendirilmesi. Yeni Symposium Dergisi 2003; 41:31-8.

- Ateş Y. Spinal, Epidural ve Kaudal Bloklar In: Tulunay M, Cuhruk H, Eds. Klinik Anesteziyoloji. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2008: 289 - 324.
- Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. Ankara, HYB Basım Yayın, 2007.
- Aykent R, Serhat K, Emre Ü, Ayla T, Haydar Ş. Preoperatif anksiyete nedenleri ve değerlendirilmesi: APAIS ve STAI skorlarının karşılaştırılması. Türkiye Klinikleri J Anest Reanim 2007;5 (1):7-13.
- Ayvaz S, Hocoğlu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. Türk Psikiyatri Dergisi. 2006;17 (4):243-51.
- Babacan Gümüş A, Çevik N, Hataf Hyusni S, Biçen Ş, Keskin G, Tuna Malak A. Gebelikte benlik saygısı ve beden imajı ile ilişkili özellikler. Anatolian Journal of Clinical Investigation. 2011;5 (1):7-14.
- Badner NH, Nielson WR, Munk S, Kwiatkowska C, Gelb AW. Preoperative anxiety: detection and contributing factors. Canadian Journal of Anaesthesia. 1990;37 (4):444.
- Baroudi DN, Nofal WH, Ahmad NA. Patient satisfaction in anesthesia: A modified Iowa Satisfaction in Anesthesia Scale. Anesthesia, essays and researches. 2010;4 (2):85.
- Batisyam Y. Obstetrik Anestezi. In: Tulunay M, Cuhruk H, Eds Klinik Anesteziyoloji Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri. 2008:890-922.
- Bauer M, Böhrer H, Aichele G, Bach A, Martin E. Measuring patient satisfaction with anaesthesia: perioperative questionnaire versus standardised face-to-face interview. Acta Anaesthesiologica Scandinavica. 2001;45 (1):65-72.
- Beck AT, Clark DA. An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. Behaviour research and therapy. 1997;35 (1):49-58.
- Beilin Y, Rosenblatt MA, Bodian CA, Lagmay-Aroesty MM, Bernstein HH. Information and concerns about obstetric anesthesia: A survey of 320 obstetric patients. Int J Obstet Anesth. 1996;5:145-51.
- Bengtson A, Herlitz J, Karlsson T, Hjalmarson A. Distress correlates with the degree of chest pain: a description of patients awaiting revascularisation. Heart. 1996;75 (3):257-60.

- Betti S, Sironi A, Saino G, Ricci C, Bonavina L. Effect of the informed consent process on anxiety and comprehension of patients undergoing esophageal and gastrointestinal surgery. *Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2011;15 (6):922-7.
- Birnback DJ, Browne IM. Anesthesia for obstetrics. In: Miller's Anesthesia. Miller RD (ed). 7.Edition. New York: Churchill Livingstone; 2009: 2203-40.
- Brown David L. Spinal, Epidural and Caudal Anesthesia. . In: Miller RD, Ed Miller's Anesthesia seventh edition Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier, 2010:1611-39.
- Bucklin B, Hawkins J, Anderson J, Ullrich F. Obstetric anesthesia workforce survey: twenty-year update. . *Anesthesiology* 2005;103:645.
- Calvin RL, Lane PL. Perioperative uncertainty and state anxiety of orthopaedic surgical patients. *Orthop Nurs*. 1999;18 (6):61-6.
- Capuzzo M, Alvisi R. Is it possible to measure and improve patient satisfaction with anesthesia? *Anesthesiology clinics*. 2008;26 (4):613-26.
- Catro-Alves LJ, De Azevedo VL, De Freitas Braga TF, Goncalves AC, De Oliveira GS Jr. The effect of neuraxial versus general anesthesia techniques on postoperative quality of recovery and analgesia after abdominal hysterectomy: a prospective, randomized, controlled trial. *Anesth Analg* 2011; 113: 1480-6.
- Caumo W, Broenstrub J, Fialho L, Petry S, Brathwait O, Bandeira D, et al. Risk factors for postoperative anxiety in children. *Acta anaesthesiologica scandinavica*. 2000;44 (7):782-9.
- Caumo W, Schmidt A, Schneider C, Bergmann J, Iwamoto C, Adamatti L, et al. Risk factors for postoperative anxiety in adults. *Anaesthesia*. 2001;56 (8):720-8.
- Cheng TA. Psychosocial stress and minor psychiatric morbidity: a community study in Taiwan. *Journal of Affective Disorders*. 1989;17 (2):137-52.
- Cornelius JR, Soloff PH, Miewald BK. Behavioral manifestations of paraneoplastic encephalopathy. *Biological psychiatry*. 1986;21 (7):686-90.
- Coffman J, Fiorini K, Ristev G, Beeston W, Small R. Transversus abdominis plane and ilioinguinal/iliohypogastric blocks for cesarean delivery in a patient with type II spinal muscular atrophy. *International journal of obstetric anesthesia*. 2016;25:79-81.

- Crawford JR, Henry JD. The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): Normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*. 2003;42 (2):111-31.
- Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ. Cesarean section and postpartum hysterectomy. In: Williams Obstetrics. 21st Ed 2001:537 - 65.D'angelo R. Anesthesia-related Maternal Mortality A Pat on the Back or a Call to Arms? *The Journal of the American Society of Anesthesiologists*. 2007;106 (6):1082-4.
- Çetinkaya, F. ve Karabulut, N. Batın Ameliyatı Olacak Yetişkin Hastalara Ameliyat Öncesi Verilen Eğitimin Kaygı ve Ağrı Düzeyine Etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2010;13 (2): 20-6.
- Çevik Ü, Keleş S, Keser M. Astımlı Çocuğu Olan Anne ve Babalara Verilen Hemşirelik Eğitiminin Anksiyete Düzeylerine Etkisi. *Genel Tıp Dergisi* 2006; 16: 53-59. 5.
- Çuhadar D, Karadağ G. Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hasta ve Yakınlarının Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi. *Sağlık ve Toplum* 2006; 16: 56-62.
- Deliktaş HK, Açıkgöz T, Çelik S. Elektif Operasyon Planlanan Hastaların Premedikasyon Odasında Bekleme Sürelerinin Anksiyete Seviyelerine Etkisi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 2017; 51 (4): 283-92.
- Demir A, Turan S, Balaban F, Karadeniz Ü, Erdemli Ö. Anestezi uygulamaları ile ilgili olarak preanestezi değerlendirme sırasında hastalarda yapılan anket çalışması. *Türk Anest Der Dergisi*. 2009; 37 (4):225-33.
- Deniz E, Sahna E, Engin Aksulu H. Nitric oxide synthase inhibition in rats: melatonin reduces blood pressure and ischemia/reperfusion-induced infarct size. *Scandinavian Cardiovascular Journal*. 2006;40 (4):248-52.
- Doering BG. Postoperatif Ağrı ve Psikolojik Faktörler. *Doktor Dergisi* 2009; 51: 94-6.
- Domar AD, Everett LL, Keller MG. Preoperative anxiety: is it a predictable entity? *Anesthesia and analgesia*. 1989;69 (6):763-7.
- Dyck J, Chung F. A comparison of propranolol and diazepam for preoperative anxiolysis. *Canadian journal of anaesthesia*. 1991;38 (6):704-9.

- Elmastaş D. Elektif cerrahi planlanan kadın hastalarda sezeryan ve diğer elektif cerrahiler arasında preoperatif anksiyete karşılaştırması. (Uzmanlık tezi) Diyarbakır 2015.
- Erci B, Sezgin S, Kaçmaz Z. The impact of therapeutic relationship on preoperative and postoperative patient anxiety. *Australian Journal Of Advanced Nursing* 2004;26:59-66.
- Erdem D, Ugiş C, Albayrak MD, Akan B, Aksoy E, Göğüş N. Perianal Bölge Ameliyatı Yapılacak Hastalarda Uygulanan Anestezi Yöntemlerinin Preoperatif ve Postoperatif Anksiyete ve Ağrı Düzeylerine Etkisi. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2011;7:11-6.
- Erfidan S. Anestezi polikliniğine başvuran hastalarda anksiyete düzeyinin ve nedenlerinin değerlendirilmesi (Uzmanlık tezi) İzmir 2015.
- Etkin A, Wager TD. Functional neuroimaging of anxiety: a meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder, and specific phobia. *American Journal of Psychiatry*. 2007;164 (10):1476-88.
- Exeter-Kent HA, Page AC. The role of cognitions, trait anxiety and disgust sensitivity in generating faintness around blood-injury phobic stimuli. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2006;37 (1):41-52.
- Ezberci M, Zencirci B, Öksüz H, Güven AM. Sezaryenlerde genel ve epidural anestezinin bebek stres hormonları, kan gazları ve Apgar skoru üzerine olan etkilerinin karşılaştırılması. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*. 2005; 4: 284-9.
- Flierler WJ, Nübling M, Kasper J, Heidegger T. Implementation of shared decision making in anaesthesia and its influence on patient satisfaction. *Anaesthesia*. 2013;68 (7):713-22.
- Fung D, Cohen MM. Measuring patient satisfaction with anesthesia care: a review of current methodology. *Anesthesia & Analgesia*. 1998;87 (5):1089-98.
- Furuya H, Nakahashi K, Hirai K, Yoshikawa M, Kitaguchi K, Morooka T, et al. Assessment of anesthesia satisfaction using direct interviews at post-anesthesia clinic. *Masui The Japanese journal of anesthesiology*. 2001;50 (3):240-5.
- Fyer AJ, Mannuzza S, Gallops M, Martin L, Aaronson C, Gorman J, et al. Familial transmission of simple phobias and fears. *Arch Gen Psychiatry*. 1990;47:252-6.

- Goldwag R, Berg A, Yuval D, Benbassat J. Predictors of Dissatisfaction with Emergency Care. IMAJ 2002; 4: 603-6.
- Gönüllü M, Turan ED, Erdem LK, Anestezi uygulanacak hastalarda anksiyete düzeyinin araştırılması. Turk J Anaesthesiol Reanim 1986; 14: 10-3.
- Gramke HF, de Rijke JM, van Kleef M, Kessels AG, Peters ML, Sommer M, et al. Predictive factors of postoperative pain after day-case surgery. Clin J Pain 2009; 25: 455-60.
- Grieve RJ. Daysurgerypreoperativeanxietyreductionandcopingstrategies. Br J Nurs 2002; 11: 670-8.
- Güz H, Doğanay Z. Lomber Disk Hernisi Nedeniyle Ameliyat olan Hastalarda Ameliyat Öncesi Anksiyete. Nöropsikiyatri Arşivi 2003; 40: 36-9.
- Habib NE, Mandour NM, Balmer HG. Effect of midazolam on anxiety level and pain perception in cataract surgery with topical anesthesia. Journal of Cataract & Refractive Surgery. 2004;30 (2):437-43.
- Hall JA, Dornan MC. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. Social science & medicine. 1988;27 (9):935-9.
- Hawkins JL, Chang J, Palmer SK, Gibbs CP, Callaghan WM. Anesthesia-related maternal mortality in the United States: 1979–2002. Obstetrics & Gynecology. 2011;117 (1):69-74.
- Heidegger T, Nuebling M, Germann R, Borg H, Flückiger K, Coi T, et al. Patient satisfaction with anesthesia care: information alone does not lead to improvement. Canadian Journal of anesthesia. 2004;51 (8):801.
- Hemanth Kumar V, Jahagirdar SM, Athiraman UK, Sripriya R, Parthasarathy S, Ravishankar M. Study of patient satisfaction and self-expressed problems after emergency caesarean delivery under subarachnoid block. Indian J Anaesth 2014; 58: 149-53.
- Hermes D, Matthes M, Saka B. Treatment anxiety in oral and maxillofacial surgery. Results of a German multi-centre trial. Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery. 2007;35 (6):316-21.

- Hilbert K, Evens R, Maslowski NI, Wittchen H-U, Lueken U. Neurostructural correlates of two subtypes of specific phobia: A voxel-based morphometry study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 2015;231 (2):168-75.
- Hobson JA, Slade P, Wrench IJ, Power L. Preoperative anxiety and postoperative satisfaction in women undergoing elective caesarean section. *Int J Obstet Anesth* 2006; 15: 18-23.
- Hume M, Kennedy B, Asbury A. Patient knowledge of anaesthesia and peri-operative care. *Anaesthesia*. 1994;49 (8):715-8.
- Ip HY, Abrishami A, Peng PW, Wong J, Chung F. Predictors of postoperative pain and analgesic consumption: a qualitative systematic review. *Anesthesiology* 2009;111:657-77.
- Jafar MF, Khan FA. Frequency of preoperative anxiety in Pakistani surgical patients. *J Pak Med Assoc*. 2009;59:359–63.
- Jlala HA, Bedfordth NM, Hardman JG. Anesthesiologists' perception of patients' anxiety under regional anesthesia. *Local Reg Anesth*. 2010;3:65–71
- Jongh Ad, Adair P, Meijerink-Anderson M. Clinical management of dental anxiety: what works for whom? *International dental journal*. 2005;55 (2):73-80.
- Julian LJ. Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Arthritis care & research*. 2011;63 Suppl 11:S467-72.
- Kain ZN, Hofstadter MB, Mayes LC, Krivutza DM, Alexander G, Wang S-M, et al. Midazolam Effects on Amnesia and Anxiety in Children. *Anesthesiology: The Journal of the American Society of Anesthesiologists*. 2000;93 (3):676-84.
- Kale A, Kale E, Erdemlioğlu M, Akdeniz N, Canoruç N, Yayla M. The effect of general and spinal anaesthesia on maternal and newborn cortisol levels in elective cesarean deliveries. *J Perinatol* 2006; 14: 117-54.
- Karanci A, Dirik G. Predictors of pre-and postoperative anxiety in emergency surgery patients. *Journal of Psychosomatic Research*. 2003;55 (4):363-9.
- Kayhan Z. *Klinik Anestezi*. Genişletilmiş 3 Baskı Ankara: Logos Yayıncılık. 2004:740-55.

- Keating NL, Green DC, Kao AC, Gazmararian JA, Wu VY, Cleary PD. How are patient's specific ambulatory care experiences related to trust, satisfaction, and considering changing physicians? *J Gen Intern Med* 2002;17:29-39.
- Kendler K, Karkowski L, Prescott C. Fears and phobias: reliability and heritability. *Psychological medicine*. 1999;29 (3):539-53.
- Kısa C, Yıldırım SG. Gebelik; postpartum dönem ve ruhsal bozukluklar. *3P Dergisi*, 2004; ek 4: 30-7.
- Kindler CH, Harms C, Amsler F, Ihde-Scholl T, Scheidegger D. The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. *Anesthesia & Analgesia*. 2000;90 (3):706-12.
- Kloub R, Al-Qudah N. Analysis of patient anesthesia experience at the Royal Jourdanian rehabilitation center: a survey of anesthetic practice. *JRMS*. 2004;11 (1):59-62.
- Kocabaşoğlu N, Başer SZ. Türkiye'de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar sempozyum dizisi 2008:349-54.
- Kocamanoğlu İS, Sarıhasan B, Şener B, Tür A, Şahinoğlu H, Sunter T. Sezaryen operasyonlarında uygulanan anestezi yöntemleri ve komplikasyonları: 3552 olgunun retrospektif değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2005; 25: 810-6.
- Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American journal of Psychiatry*. 1985;1 (42):559-63.
- Kouki P, Matsota P, Christodoulaki K, Kompoti M, Loizou M, Karamanis P, et al. Greek surgical patients' satisfaction related to perioperative anesthetic services in an academic institute. Patient preference and adherence. 2012;6:569.
- Kubo Y, Ogasawara K, Kashimura H, Otawara Y, Kakino S, Sugawara A, et al. Cognitive function and anxiety before and after surgery for asymptomatic unruptured intracranial aneurysms in elderly patients. *World neurosurgery*. 2010;73 (4):350-3.
- Küpelİ İ, Kuyrukluyıldız U, Taş S, Ocak NB, Alagöl A. Rejyonal anestezi/periferik sinir bloğu ile genel anestezinin preoperatif anksiyeteye etkilerinin karşılaştırılması. *Türkiye Klinikleri J Anest Reanim* 2016;14 (1):1-6

- Laufenberg-Feldmann R, Kappis B. Assessing preoperative anxiety using a questionnaire and clinical ratings. *Eur J Anaesthesiol* 2013;30:758-63.
- LeBeau RT, Glenn D, Liao B, Wittchen HU, Beesdo-Baum K, Ollendick T, et al. Specific phobia: a review of DSM-IV specific phobia and preliminary recommendations for DSM-V. *Depression and Anxiety*. 2010;27 (2):148-67.
- Lederberg M, Holland J. Psycho-oncology. In: Kaplan HI, Sadock BJ, eds *Comprehensive textbook of psychiatry* Baltimore: Williams & Wilkins Inc., 1995.
- Li Y, Dong Y. Preoperative music intervention for patients undergoing cesarean delivery. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2012;119 (1):81-3.
- Lieblich SE, Horswell B. Attenuation of anxiety in ambulatory oral surgery patients with oral triazolam. *Journal of oral and maxillofacial surgery*. 1991;49 (8):792-6.
- Lim L, Chow P, Wong C-Y, Chung A, Chan Y-H, Wong W-K, et al. Doctor-patient communication, knowledge, and question prompt lists in reducing preoperative anxiety-A randomized control study. *Asian journal of surgery*. 2011;34 (4):175-80.
- Lilliecreutz C, Sydsjö G, Josefsson A. Obstetric and perinatal outcomes among women with blood-and injection phobia during pregnancy. *Journal of affective disorders*. 2011;129 (1):289-95.
- Lipsitz JD, Barlow DH, Mannuzza S, Hofmann SG, Fyer AJ. Clinical features of four DSM-IV-Specific Phobia subtypes. *The Journal of nervous and mental disease*. 2002;190 (7):471-8.
- Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*. 1995;33 (3):335-43.
- Maheshwari D, Ismail S. Preoperative anxiety in patients selecting either general or regional anesthesia for elective cesarean section. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2015;31 (2):196-200.
- Mavridou P, Dimitriou V, Manataki A, Arnaoutoglou E, Papadopoulos G. Patient's anxiety and fear of anesthesia: effect of gender, age, education, and previous experience of anesthesia. A survey of 400 patients. *Journal of anesthesia*. 2013;27 (1):104-8.

- McCabe R, Antony M. Anxiety disorders: Social and specific phobias. In: Psychiatry third edition Tasman, A, Kay, J, Lieberman, JA, et al (Eds), John Wiley & Sons, Ltd, Chichester 2008:1409.
- McIsaac HK, Thordarson DS, Shafran R, Rachman S, Poole G. Claustrophobia and the magnetic resonance imaging procedure. *Journal of Behavioral Medicine*. 1998;21 (3):255-68.
- Mei W, Jin C, Feng L, Zhang Y, Luo A, Zhang C, et al. Bilateral ultrasound-guided transversus abdominis plane block combined with ilioinguinal-iliohypogastric nerve block for cesarean delivery anesthesia. *Anesthesia & Analgesia*. 2011;113 (1):134-7.
- Meldolesi G, Di Gennaro G, Quarato P, Esposito V, Grammaldo L, Morosini P, et al. Changes in depression, anxiety, anger, and personality after resective surgery for drug-resistant temporal lobe epilepsy: a 2-year follow-up study. *Epilepsy research*. 2007;77 (1):22-30.
- Moadel AB, Lederberg MS, Ostroff JS. Nicotine dependence and withdrawal in an oncology setting: a risk factor for psychiatric comorbidity and treatment non-adherence. *Psycho-Oncology*. 1999;8 (3):264-7.
- Moerman N, van Dam FS, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS). *Anesthesia & Analgesia*. 1996;82 (3):445-51.
- Mohd Fahmi Z, Lai LL, Loh PS. Validation of the Malay version of the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Med J Malaysia* 2015;70: 243-8.
- Morgan GE, Mikhail MS, Murray MJ. *Obstetrik anestezi, Clinical Anaesthesiology. Klinik Anesteziyoloji*. Çev. Edt: Tulunay M, Cuhruk H. 4. Baskı. Öncü basımevi, Ankara; 2008: 890-921.
- Muris P, Merckelbach H. The etiology of childhood specific phobia: A multifactorial model.. In: *The Developmental Psychopathology of Anxiety*, Vasey, MW, Dadds, MR (Eds), Oxford University Press, New York 2001:355.
- Myles PS, Hunt JO, Moloney JT. Postoperative 'minor' complications. Comparison between men and women. *Anaesthesia*. 1997;52:300-406.

- Myles P, Williams D, Hendrata M, Anderson H, Weeks A. Patient satisfaction after anaesthesia and surgery: results of a prospective survey of 10,811 patients. *British journal of anaesthesia*. 2000;84 (1):6-10.
- Nakahashi K, Motozu Y, Sasaoka N, Hirai K, Kitaguchi K, Furuya H. Patient dissatisfaction with anesthetic care. *Masui The Japanese journal of anesthesiology*. 2004;53 (10):1136-42.
- Norris W, Baird WL. Pre-operative anxiety: a study of the incidence and aetiology. *Br J Anaesth*. 1967 Jun;39 (6):503-9.
- Noto Y, Sato T, Kudo M, Kurata K, Hirota K. The relationship between salivary biomarkers and state-trait anxiety inventory score under mental arithmetic stress: a pilot study. *Anesthesia & Analgesia*. 2005;101 (6):1873-6.
- Okumuş N, Önal EE, Türkyılmaz C, ve ark. Doğum şekli ve anneye uygulanan anestezi tipinin postnatal erken dönemde yenidoğanlarda görülen tartı kaybına etkileri. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi* 2009; 3 (1): 31-40.
- Oosterink F, De Jongh A, Aartman I. Negative events and their potential risk of precipitating pathological forms of dental anxiety. *Journal of Anxiety disorders*. 2009;23 (4):451-7.
- Özkan S, Bozkurt O. Kadın Doğum ve Ruh Sağlığı. *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi, İstanbul* 1999; 36-49.
- Özörak Ö. Preoperatif basınç ağrı eşiği, Statit Anxiety Inventory (durumluluk kaygı ölçeği) ve stres hormonu (kortizol' ün) postoperatif analjezi ihtiyacı ile korelasyonu. (Uzmanlık tezi). Isparta- 2010.
- Page AC. Blood-injury-injection fears in medical practice. *The Medical journal of Australia*. 1996;164 (3):189.
- Palanisamy A, Mitani AA, Tsen LC. General anesthesia for cesarean delivery at a tertiary care hospital from 2000 to 2005: a retrospective analysis and 10- year update. *Int J Obstet Anesth* 2011; 20: 10-6.
- Pearson R, Milligan R, Cain H. Radioactive iodine-125 seed localisation of breast carcinoma in advance of the day of surgery reduces pre-operative anxiety levels. *European Journal of Surgical Oncology*. 2017;43 (5):S7.

- Perks A, Chakravarti S, Manninen P. Preoperative anxiety in neurosurgical patients. *J Neurosurg Anesthesiol* 2009; 21: 127-130.
- Penayo U, Kullgren G, Caldera T. Mental disorders among primary health care patients in Nicaragua. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1990;82 (1):82-5.
- Poulton R, Menzies RG. Non-associative fear acquisition: A review of the evidence from retrospective and longitudinal research. *Behaviour research and therapy*. 2002;40 (2):127-49.
- Pringle A, Taylor R, Whittle I. Anxiety and depression in patients with an intracranial neoplasm before and after tumour surgery. *British journal of neurosurgery*. 1999;13 (1):46-51.
- Purtuloğlu T, Özkan S, Teksöz E, Dere K, Şen H, Yen T, Dağlı G. Elektif sezaryen uygulanan olgularda genel ve spinal anestezinin maternal ve fetal etkilerinin karşılaştırılması. *Gülhane Tıp Dergisi* 2008;50: 91-7.
- Rachman S. The conditioning theory of fear acquisition: A critical examination. *Behaviour research and therapy*. 1977;15 (5):375-87.
- Radomsky AS, Rachman S, Thordarson DS, McIsaac HK, Teachman BA. The claustrophobia questionnaire. *Journal of anxiety disorders*. 2001;15 (4):287-97.
- Ramsay M. A survey of pre-operative fear. *Anaesthesia*. 1972;27 (4):396-402.
- Roomruangwong C, Tangwongchai S, Chokchainon AA. Preoperative anxiety among patients who were about to receive uterine dilatation and curettage. *Journal of the Medical Association of Thailand*. 2012;95 (10):1344.
- Rosenbloom JI, Wellenius GA, Mukamal KJ, Mittleman MA. Self-reported anxiety and the risk of clinical events and atherosclerotic progression among patients with Coronary Artery Bypass Grafts (CABG). *American heart journal*. 2009;158 (5):867-73.
- Saal D, Heidegger T, Nuebling M, Germann R. Does a postoperative visit increase patient satisfaction with anaesthesia care? *British journal of anaesthesia*. 2011;107 (5):703-9.
- Sanders L, Gildersleve C, Rees L, White M. The impact of the appearance of the anaesthetist on the patient's perception of the pre-operative visit. *Anaesthesia*. 1991;46 (12):1056-8.

- Sarı MA, Özbilgin Ş, Küçükgüçlü S, Güneç FS, Mercan S, Esen A, et al. Sezaryende uygulanan anestezi yöntemlerinin retrospektif değerlendirilmesi Turk J Anaesth Reanim 2015; 43: 373-80.
- Schindler B, Vriends N, Margraf J, Stieglitz RD. Ways of acquiring flying phobia. Depression and anxiety. 2016;33 (2):136-42.
- Seki-Nakamura K, Maebayashi K, Nasu-Izumi S, Akimoto T, Mitsunashi N. Evaluation of anxiety and salivary chromogranin a secretion in women receiving breast conserving surgery followed by radiation therapy. Journal of radiation research. 2011;52 (3):351-9.
- Sime AM. Relationship of preoperative fear, type of coping and information received about surgery to recovery from surgery. J Pers Soc Psychol 1976;34 (4):716-24.
- Simpson K, Stakes A. Effect of anxiety on gastric emptying in preoperative patients. BJA: British Journal of Anaesthesia. 1987;59 (5):540-4.
- Singh A, Dutta A, Sood J. Influence of multi-level anaesthesia care and patient profile on perioperative patient satisfaction in short-stay surgical inpatients: A preliminary study. Indian Journal of Anaesthesia. 2007;51 (2):106.
- Skre I, Onstad S, Torgersen S, Lygren S, Kringlen E. The heritability of common phobic fear: a twin study of a clinical sample. Journal of Anxiety Disorders. 2000;14 (6):549-62.
- Spielberger CD, Auerbach SM, Wadsworth AP, Dunn TM, Taulbee ES. Emotional reactions to surgery. J Consult Clin Psychol 1973; 40: 33-38.
- Stoudemire A. Human behavior: an introduction for medical students. . In: Brown PJ, editor Human behavior: an introduction for medical students Philadelphia: Lippincott 1994: 504-5.
- Székely A, Balog P, Benkő E, Breuer T, Székely J, Kertai MD, et al. Anxiety predicts mortality and morbidity after coronary artery and valve surgery—a 4-year follow-up study. Psychosomatic medicine. 2007;69 (7):625-31.
- Şahin Ş, Owen M. Türkiye’de ve dünyada obstetrik analjezi ve anestezi. TARCM. 2002;30:52-9.

- Taşdemir A, Erakgün A, Deniz M N, Çertuğ A. Preoperatif Bilgilendirme Yapılan Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeylerinin State-Trait Anxiety Inventory Test ile Karşılaştırılması. Turk J Anaesth Reanim 2013; 41: 44-9.
- Thiedke CC. What do we really know about patient satisfaction? Family practice management. 2007;14 (1):33.
- Thomas V, Heath M, Rose D, Flory P. Psychological characteristics and the effectiveness of patient-controlled analgesia. British Journal of Anaesthesia. 1995;74 (3):271-6.
- Thomas S, Marguerite M, Mark L. Characteristics of Post Radical Neck Pain Syndrome. Regional Anesthesia and Pain Medicine. 1996;21 (2):61.
- Toker K, Yılmaz AS, Gürkan Y, Baykara N, Canatay H, Özdamar D, et al. Anesthesia for Caesarean surgery, 5-year retrospective evaluation. Sezaryen ameliyatlarında anestezi uygulaması, 5 yıllık retrospektif değerlendirme. TARCM 2003; 31: 26-30.
- Trotter R, Gallagher R, Donoghue J. Anxiety in patients undergoing percutaneous coronary interventions. Heart & lung : the journal of critical care. 2011;40 (3):185-92.
- Tsen LC. General versus regional anesthesia for emergency cesarean delivery. . In: The Sol Shnider, Obstetrical Anesthesia Meeting, San Francisco Obstetrical Anesthesia 2007:3-33.
- Tully PJ, Baker RA, Turnbull D, Winefield H. The role of depression and anxiety symptoms in hospital readmissions after cardiac surgery. Journal of behavioral medicine. 2008;31 (4):281-90.
- Tully PJ, Bennetts JS, Baker RA, McGavigan AD, Turnbull DA, Winefield HR. Anxiety, depression, and stress as risk factors for atrial fibrillation after cardiac surgery. Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care. 2011;40 (1):4-11.
- Turhan Y. Elektif cerrahi operasyon planlanan hastalarda preoperatif ve postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisi. (Uzmanlık tezi). Adana- 2007.
- Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Çocuk, 2017. www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=27596
Son erişim tarihi: 23.04.2018.

- Uysal Aİ, Güner Ö, İnal FY, Yılmaz Y. Tokat Devlet Hastanesinde Genel ve Rejyonel Anestezi Uygulanan Hastaların Anestezi Bilgi Düzeyini ve Memnuniyetini Değerlendirme Anketi. *Çağdaş Tıp Dergisi* 2013;3 (2): 82-7.
- Yalınkaya A, Bayhan G, Kale A, Yayla M. Dicle Üniversitesinde 20 yıllık sezaryen oranı ve endikasyonları. 20 years and indications for cesarean rate at Dicle University. *T Klin Jinekoloj Obstet* 2003; 13: 356-60.
- Yılmaz E, Aydın E. Cerrahi Girişim Yapılan Hastalarda Ameliyat Öncesi-Sonrası Anksiyetenin Derlenme Kalitesine Etkisi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2013; 8 (23): 80-95.
- Yılmaz ER, Bulut SD, Eryılmaz F, Eser T, Alataş E, Eryılmaz G, et al. Beyin Cerrahi Servisinde Lomber Disk Hernisi Tanısı İle Yatan Hastalarda Anksiyete - Depresyon Düzeyleri ve Hasta İyileşmesi Üzerinde Etkileri. *Ortadoğu Tıp Dergisi*. 2014;6 (3): 111- 21.
- Yılmaz Y, Durmuş K, İnal FY, Daşkaya H, Çiftçi T, Toptaş M, et al. Septoplasti operasyonlarında preoperatif ve postoperatif anksiyetenin postoperatif ağrı ve analjezik ihtiyacına etkisi. *Dicle Tıp Dergisi* 2014; 41 (2): 288-93
- Van Houtem C, Laine M, Boomsma D, Ligthart L, Van Wijk A, De Jongh A. A review and meta-analysis of the heritability of specific phobia subtypes and corresponding fears. *Journal of Anxiety Disorders*. 2013;27 (4):379-88.
- Vingerhoets G. Perioperative anxiety and depression in open-heart surgery. *Psychosomatics*. 1998;39 (1):30-7.
- Watson D, Pennebaker J. Statistical disposition and genetic base of symptom reporting. In: Skelton JA, Croyle RT, editors *Mental representation in health and illness* New York: Springer-Verlag 1991:60-84.
- Weierich MR, Treat TA. Mechanisms of visual threat detection in specific phobia. *Cognition and Emotion*. 2015;29 (6):992-1006.
- Weinstock LS. Gender differences in the presentation and management of social anxiety disorder. *The Journal of clinical psychiatry*. 1999;60 Suppl 9:9-13.

- Weinreb J, Maravilla K, Peshock R, Payne J. Magnetic resonance imaging: improving patient tolerance and safety. *American journal of roentgenology*. 1984;143 (6):1285-7.
- Wells JK, Howard GS, Nowlin WF, Vargas MJ. Presurgical anxiety and postsurgical pain and adjustment: Effects of a stress inoculation procedure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1986;54 (6):831.
- West R, Hajek P. What happens to anxiety levels on giving up smoking? *American Journal of Psychiatry*. 1997;154 (11):1589-92.
- Williams JG, Jones JR. Psychophysiological responses to anesthesia and operation. *Jama*. 1968;203 (6):415-7.
- Williams JG, Jones JR, Workhoven MN, Williams B. The psychological control of preoperative anxiety. *Psychophysiology*. 1975;12 (1):50-4.
- Wołowicka L, Trojanowska I, Bartkowska-Sniatkowska A, Buchwald E. Patient satisfaction with anesthesia as a measure of quality of anesthesia care. *Folia medica Cracoviensia*. 2001;42 (4):219-26.
- Wolters U, Wolf T, Stützer H, Schröder T. ASA classification and perioperative variables as predictors of postoperative outcome. *British journal of anaesthesia*. 1996;77 (2):217-22.
- Yang Y-L, Wang K-J, Chen W-H, Chuang K-C, Tseng C-C, Liu C-C. Improved satisfaction of preoperative patients after group video-teaching during interview at preanesthetic evaluation clinic: the experience of a medical center in Taiwan. *Acta anaesthesiologica Taiwanica: official journal of the Taiwan Society of Anesthesiologists*. 2007;45 (3):149-54.
- Yılmaz M, İsaoglu Ü, Kadanalı S. Kliniğimizde 2002-2007 yılları arasında sezaryen olan hastaların incelenmesi. *Marmara Medical Journal*. 2009;22 (2):104-10.
- Yılmazlar A. Spinal, Epidural ve Kaudal Anestezi. . In: Keçik Y, Alkış N, Yörükoğlu D, Alanoğlu Z, Eds *Temel Anestezi Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri*, . 2012:797 - 820.
- Ziegelstein RC. Acute emotional stress and cardiac arrhythmias. *Jama*. 2007;298 (3):324-9.

EKLER

Ek 1. Anket Formu

ARAŞTIRMALAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Çalışmanın Adı: Elektif sezeryan ameliyatlarında kullanılan anestezi yönteminin postoperatif anksiyete ve hasta memnuniyeti üzerine etkisi

Çalışmanın Amacı: Gebelerdeki anksiyete düzeylerinin anestezi yöntemi seçimiyle olan ilişkisini ortaya çıkarıp; bu durumun postoperatif hasta memnuniyeti üzerine olan etkilerini araştırmak .

Bu Çalışma Uzmanlık Tezi için yapılan bir araştırmadır.

Bu çalışmada size herhangi bir girişimsel işlem uygulanmayacaktır. Anestezi yönteminize ve uygulanacak cerrahiye herhangi bir şekilde müdahil olunmayacaktır.

İşlem öncesinde sosyo-demografik (yaşınız, eğitim durumunuz,kaçıncı gebelik) belirlemek için sorular sorulacak.İşlem öncesinde çalışmamıza ait Durumluluk kaygı ölçeği (STAI-D) ve Amsterdam Preoperatif Kaygı ve Bilgi Ölçeği (APAİS) formlarını doldurmanız istenecektir. Ameliyatınızdan sonra odanızda aynı şekilde Durumluluk kaygı ölçeği (STAI-D) , Amsterdam Preoperatif Kaygı ve Bilgi Ölçeği (APAİS) ve Memnuniyet-Derlenme Kalitesi Ölçeği (Quality of Recovery)(QoR 40) formlarını doldurmanız istenecektir.

Çalışmaya katılmanız halinde herhangi bir sorumluluğunuz yoktur ve çalışmaya katılımdan vazgeçme hakkınız mevcuttur.

Araştırmaya katılımınız isteğe bağlıdır ve istediğiniz zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz.

İlgili mevzuat gereğince kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanamayacak; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır.

Araştırma hakkında temasa geçebileceğiniz kişiler ve/veya araştırmacılara günün 24 saatinde ulaşabileceğiniz telefon numaraları size ve yakınlarınıza verilecektir.

Çalışmamıza 100 gönüllü dahil edilecektir.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Araştırma Ekibinde Yer Alan ve Yetkin Bir Araştırmacının Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Prof. Dr.Aybars TAVLAN- Dr.Sinan KIZILKAYA

İletişim Tel: 0332 2237051 İletişim Tel: 0332 2236161

Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmza

Demografik bilgi formu

Tarih : .../.../.....

İsim :

Soyisim :

Dosya numarası :

Yaş :

Yaşadığı yer :

Öğrenim durumu : ilköğretim(...) lise (...) yüksekokul(...) lisans(...) lisansüstü(...)
diğer(.....)

Kaçıncı canlı doğum :

Daha önce sezeryan ameliyatı oldunuz mu ? evet (.....) hayır(.....)

Cevabınız evetse anestezi şekli nedir ? spinal(...) genel (.....) diğer (.....)

STAI-D FORMU (Preoperatif)

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.

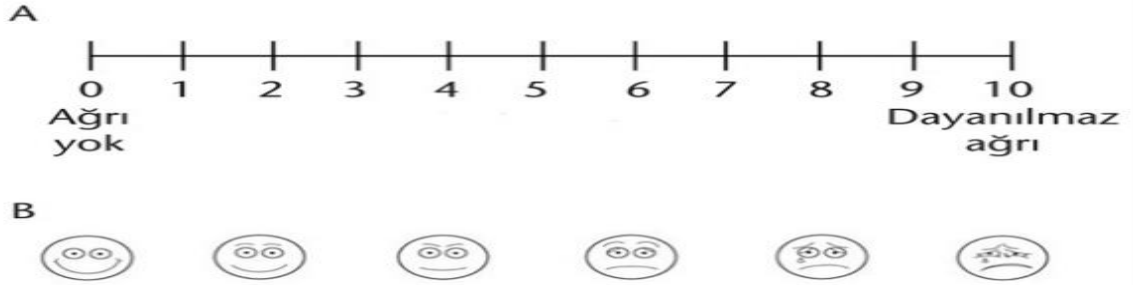
| | | HİÇ | BİRAZ | ÇOK | TAMAMIYLA |
|-----|--|-----|-------|-----|-----------|
| 1. | Şu anda sakinim | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 2. | Kendimi emniyette hissediyorum | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 3. | Su anda sinirlerim gergin | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 4. | Pişmanlık duygusu içindeyim | (1) | (2) | (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-D FORMU (Postoperatif)

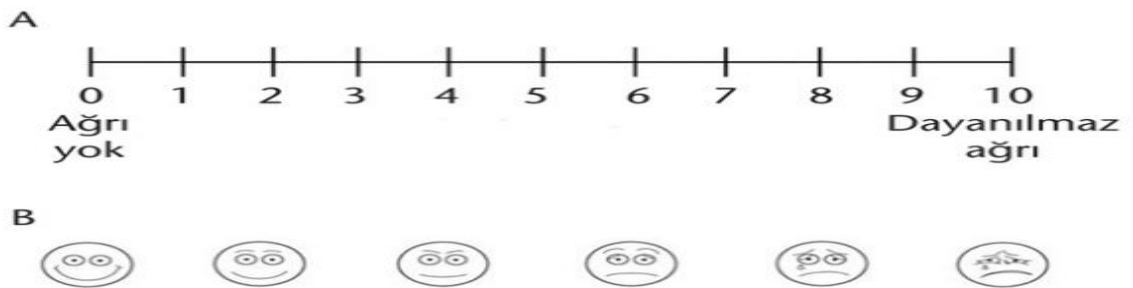
YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir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

| | | HİÇ | BİRAZ | ÇOK | TAMAMIYLA |
|-----|--|-----|-------|-----|-----------|
| 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) |

Vizüel Ağrı Skoru 6. Saat



Vizüel Ağrı Skoru 24. Saat



Tarih :

Hasta memnuniyet anketi (QoR – 40)

İsim : _____

KISIM A

Son 24 saattir kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

(1'le 5 arasında puanlayınız: 1 = Çok kötü, 5 = Mükemmel)

Örnek: Eğer bu süre içinde hep rahatça nefes alıp verdiyseniz, aşağıda gösterildiği gibi seçeneklerden **5'i (her zaman)** halka içine almalısınız.

| | Hiçbir zaman | Bazen | Genellikle | Çoğu zaman | Her zaman |
|----------------------------------|--------------|-------|------------|------------|-----------|
| Rahatça nefes alıp verebiliyorum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | Hiçbir zaman | Bazen | Genellikle | Çoğu zaman | Her zaman |
|---------------------------------------|--------------|-------|------------|------------|-----------|
| Rahatlık | | | | | |
| Rahatça nefes alıp verebiliyorum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| İyi bir uyku uyudum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Yediklerimden tad alabiliyorum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Kendimi dinlenmiş hissediyorum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Duygular | | | | | |
| Genel olarak kendimi iyi hissediyorum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Kendime hakimim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Kendimi rahat hissediyorum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Son 24 saatte aşağıdakilerden birini yaşadınız mı?

(1'le 5 arasında puanlayınız: 1 = Çok kötü, 5 = Mükemmel)

| | Hiçbir zaman | Bazen | Genellikle | Çoğu zaman | Her zaman |
|---|---------------------|--------------|-------------------|-------------------|------------------|
| Hareket özgürlüğü | | | | | |
| Normal konuşabiliyorum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Yüzümü yıkayabiliyorum, Dişlerimi fırçalayabiliyorum, traş olabiliyorum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Kendi görünümümü kendim düzeltebiliyorum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Yazı yazabiliyorum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| İşime dönebilirim yada gündelik hayatta yaptığım işleri yapabiliyorum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Hasta Desteği | | | | | |
| Hastane personeliyle iletişim kurabiliyorum (hastanedeysen) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ailem ve arkadaşarımla iletişim kurabiliyorum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Hastanedeki doktorlardan destek alabiliyorum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Hastanedeki hemşirelerden destek alabiliyorum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ailem veya arkadaşarımdan destek alabiliyorum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Komutları ve tavsiyeleri anlayabiliyorum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Kısım B

Son 24 saattir aşağıdakilerden birini yaşadınız mı?

(1'den 5'e kadar: 1 = Çok kötü ve 5 = Mükemmel)

| | Hiçbir zaman | Bazen | Genellikle | Çoğu zaman | Her zaman |
|-------------------------------------|---------------------|--------------|-------------------|-------------------|------------------|
| Konfor | | | | | |
| Bulantı | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Kusma | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Öğürme | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Huzursuzluk hissetme | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Sallanma ya da seğirme | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Titreme | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Üşüdüğünü hissetme | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Baş dönmesi hissetme | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Duygular | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Kötü rüya görme | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Kaygılı hissetme | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Öfkeli hissetme | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Depresif (ruhsalsıkıntılı) hissetme | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Kendini yalnız hissetme | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uykuya dalmakta güçlük çekme | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

Son 24 saatte aşağıdakilerden birini yaşadınız mı?

(1'den 5'e kadar: 1=çok kötü 5= mükemmel)

| | Hiçbir zaman | Bazen | Genellikle | Çoğu Zaman | Her zaman |
|--------------------------|--------------|-------|------------|------------|-----------|
| Hasta desteği | | | | | |
| Kafası karışık hissetme | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Ağrı | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Orta şiddette 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 |
| Ağızda yaraya bağlı ağrı | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

Katılımınızdan dolayı teşekkür ederim.