

T.C
İSTANBUL KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
BAKIRKÖY GENEL SEKRETERLİĞİ
BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ

REJYONEL ANESTEZİ İLE AMELİYAT OLMUŞ HASTALARDA YÖNTEM SEÇİMİNDE HASTANIN TERCİHİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİ, SEÇİLEN YÖNTEM İLE İLGİLİ MEMNUNİYET DERECESİNİ VE YÖNTEM İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYİNİ TESPİT ETMEYİ AMAÇLAYAN TEZ ÇALIŞMASI

Dr. Abdulhalim KARAYEL
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Uz. Dr. Mevlüt ÇÖMLEKÇİ

Klinik Eğitim Sorumlusu Doç. Dr. Kerem ERKALP
Klinik İdari Sorumlusu Prof. Dr. Ayşin SELCAN

İSTANBUL KASIM 2015

ÖNSÖZ

Kliniğimiz İdari Sorumlusu Prof. Dr. Ayşin SELCAN' a ve Kliniğimiz Eğitim Sorumlusu Doç. Dr. Kerem ERKALP' e saygıyla teşekkür ederim.

Tez çalışmalarım süresince büyük bir özen ve özveri ile bilgi ve tecrübesini benimle paylaşan değerli tez danışmanım Uz. Dr. Mevlüt ÇÖMLEKÇİ' ye teşekkürlerimi sunarım.

Uzmanlık eğitimim süresince birlikte çalıştığım ve birçok acı ve tatlı anıları paylaştığım uzmanlarıma, asistan arkadaşlarıma, anestezi teknikerlerine, reanimasyon ünitesi çalışanlarına ve ameliyathane personeline teşekkür ederim.

Hayatımın her safhasında her türlü desteğini benden esirgemeyen anneme ve babama teşekkür ederim.

Asistanlık serüvenim boyunca hayatımı renklendiren huzuru yaşatan sevgili eşime ve biricik oğluma da sonsuz şükranlarımı sunarım...

Dr. Abdulhalim KARAYEL

İSTANBUL 2015

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	2
İÇİNDEKİLER	3
KISALTMALAR	4
ŞEKİL VE TABLO LİSTESİ	5
GENEL BİLGİLER	7
GİRİŞ	7
ANESTEZİ TARİHÇE	9
PREOPERATİF DEĞERLENDİRME	14
ANKSİYETE KAVRAMI	30
HASTA MEMNUNİYETİ	34
HASTA HEKİM İLETİŞİMİ	36
GEREÇ VE YÖNTEM	40
İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME	41
BULGULAR	42
TARTIŞMA	59
KAYNAKLAR	65

KISALTMALAR

CO₂: Karbondioksit

MI: Miyokard İnfarktüsü

ASA: American Society of Anesthesiologists

E: Emergency

AKŞ: Açlık Kan Şekeri

MAOI: Monoamin Oksidaz İnhibitörleri

KVC: Kardiyovasküler Cerrahi

PRC: Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi

TKS: Tam Kan Sayımı

Hb: Hemoglobin

Hkt: Hemotokrit

BUN: Kan Üre Nitrojen

EKG: Elektrokardiyografi

PT: Protrombin Zamanı

PTT: Parsiyel Tromboplastin Zamanı

İM: İntramuskuler

H₂: Histamin 2

DHB: Dehidrobenzperidol

H⁺: Hidrojen İyonu

İV: İntravenöz

NE: Norepinefrin

SPSS: Statistikal Package For Social Sciences

VAS: Vizüel Analog Skala

GA: Genel Anestezi

RA: Rejyonel Anestezi

ŞEKİL VE TABLO LİSTESİ

- 1) **Şekil -1:** Mallampati skoru (31)
- 2) **Şekil-2:** Tiromental mesafe (Patill işareti) (31)
- 3) **Tablo 1.** ASA (American Society of Anesthesiologists) Sınıflaması ve anesteziye beklenen mortalite oranları (31)
- 4) **Tablo-2:** Rutin Tetkikler (31)
- 5) **Tablo-3:** Pediatrik hastalarda preop açlık süreleri (31)
- 6) **Tablo 4:** Hastaların dermografik bulguları
- 7) **Tablo 5:** Hastaların yaş ve cinsiyete ilişkin dağılımları
- 8) **Tablo 6:** Hastaların boy – kilo ve vücut kitle indeksine (VKİ) ilişkin verileri
- 9) **Tablo 7:** Operasyon masası ve rejyonel anestezi yöntemi ile ilgili dağılımlar
- 10) **Tablo 8:** Geçirilmiş operasyonlar ve anestezi açısından yaşanan tecrübeler dağılımı
- 11) **Tablo 9:** Rejyonel anestezi ile ilgili tıbbi dağılımlar
- 12) **Tablo 10:** Seçilen anestezi yönteminde etkilenilen faktörler ile ilgili dağılım
- 13) **Tablo 11:** Seçilen anestezi yönteminde etkilenilen faktörler ile ilgili dağılım
- 14) **Tablo 12:** Anestezi yönteminin seçiminde anestezistin ve cerrahın etkisi, memnuniyet derecesi ile ilgili dağılımlar
- 15) **Tablo 13:** Anestezi yöntemi ile ilgili ameliyat boyunca hastayı rahatsız eden durumlar ile ilgili dağılımlar
- 16) **Tablo 14:** Anestezi yöntemi ile ilgili ameliyat boyunca hastayı rahatsız eden durumlar ile ilgili dağılımlar
- 17) **Tablo 15:** Anestezi yöntem tercihi ile ilgili dağılımlar
- 18) **Tablo 16:** Seçilen anestezi yöntemiyle ilgili memnuniyet derecesi dağılımı
- 19) **Tablo 17:** Anestezi polikliniği ile ilgili veri dağılımı
- 20) **Tablo 18.** VAS (vizüel aktif skala) skorlaması dağılımı
- 21) **Tablo 19:** VAS skoru ile ilgili sayısal verilerin dağılımı

- 22) **Tablo 20:** VAS skoru ve cinsiyet ilişkisi dağılımı
- 23) **Tablo 21:** VAS skoru ve eğitim durumu ilişkisi dağılımı
- 24) **Tablo 22:** VAS skoru ve meslek ilişkisi dağılımı
- 25) **Tablo 23:** VAS skoru ve ameliyathane odası ilişkisi dağılımı
- 26) **Tablo 24:** VAS skoru ve anestezi yöntemi ilişkisi dağılımı
- 27) **Tablo 25:** Eğitim durumu ile endişe ve yöntem seçimi arasındaki ilişki



GENEL BİLGİLER

GİRİŞ

Anesteziyoloji, dünyada 1937 yılında uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir. 1970'li yıllardan başlayarak hastaların anesteziistlerle ve anestezi uygulamalarıyla ilgili bilgi düzeyini ortaya koymaya yönelik birçok çalışma yapılmıştır (1,2). 1991-1994 yıllarında yapılan, hastaların anestezi ile ilgili bilgi düzeylerini değerlendiren çalışmalarda Hume ve ark.ları (3) anesteziistlerin doktor olduğunu bilenlerin oranını %78, Shevde ve ark.ları (1) yaptıkları çalışmada; anesteziistin rolünü bilenlerin oranını %68 olarak bildirmişlerdir.

Türkiye açısından baktığımızda Anesteziyoloji 1956 yılında uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir. Şekerci ve ark.ları (4) ile Ceyhan ve ark.larının (5) yaptıkları çalışmalarda; ülkemizde anesteziyoloji ve anesteziistlerle ilgili bilgilerin yetersiz olduğunu göstermişlerdir. Sonuçlar gösteriyor ki; anesteziyoloji ve anesteziistlere verilen önem yıllara göre artış göstermiştir fakat hali hazırda yetersiz ve yanlış bilgilendirme ve bilgi varlığından söz edebiliriz.

Anesteziyoloji araştırmalarında preoperatif dönemde hastaların anestezi ile ilgili fikirlerini sorgulamak, anksiyete düzeyini belirlemek ve anestezinin kalitesini doğrulamak için anket araştırmalarını kullanmak yeni değildir. Anesteziistin sosyal imajının hak ettiği yerde olmadığı, anesteziistlerin ve anestezi uygulamalarının yeterince anlaşılamamış olduğu düşüncesi bu konuda birçok çalışma yapılmasına neden olmuştur (6,7). Bu çalışmalarda hastaların anestezi bilgileri, anesteziistlere verdikleri önem anesteziist ve anestezi yöntemini seçme istekleri ve anestezi konusunda bilgi edinme istekleri araştırılmıştır. Üç dekadattan fazla süredir araştırmacılar hastalara soru cevap şeklinde çalışmalar uygulayarak hasta memnuniyet oranlarını, anksiyete düzeylerini, sıklık ve ciddiyetini sorguladıkları anket araştırma sonuçlarını yayınlamışlardır. Bu çalışmalar, hastaların ortaya çıkabilecek ihtiyaçları, beklentileri ve algılamaları ile ilgili bilgi sağlamaları açısından önemlidir.

Poliklinikte veya preoperatif vizite anesteziist tarafından bilgilendirilen hastaların preoperatif dönemde anksiyete seviyelerinin düşük olduğu tespit edilmiştir (8,9). Anksiyete cerrahiye, anesteziyi ve postoperatif iyileşmeyi olumsuz etkiler (10,11,12). Cerrahi girişim uygulanacak hastalarda genel olarak ameliyat sonrasında uyanamama, ameliyat sırasında farkındalık, ölüm riskine ilişkin endişeler, ameliyatının başarısız olacağı endişesi, ağrı duyacağından korkma, evinden ve yakınlarından uzaklaşma, bedeni üzerinde denetimini kaybedeceği düşüncesi, çalışabilirliğini kaybedeceği, cinsel yeterliliğini kaybedeceği, özürlü olacağı gibi endişeler gelişir. Preoperatif dönemde, hastaların % 60-80'inin çeşitli nedenlerden dolayı anksiyöz olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmiştir (13,14). Anksiyöz

hastalar anestezi indüksiyonu sırasında daha yüksek doz anestezi ilaca ihtiyaç duyarlar (11). Preoperatif dönemde detaylı bilgilendirilen hastaların preoperatif ve postoperatif anksiyete düzeylerinin ve postoperatif ağrının daha düşük olduğu, iyileşmenin daha hızlı olduğu gösterilmiştir (12).

Hasta memnuniyeti hastanın aldığı hizmetten beklediği faydaya, hastanın katlanmakta olduğu külfete, hizmetten beklediği verime, hizmetin sunulmasının sosyokültürel değerlerine uygun olmasına bağlı bir işlemdir. Hasta memnuniyeti hastaların istek ve beklentilerinin karşılanması ile ilişkilidir. Hasta memnuniyeti tanımını bazı araştırmacılar hastanın beklediği bakım ile aldığı bakım arasındaki denge olarak tanımlamışlardır (15). Hasta memnuniyetine ilişkin yayınlar hasta memnuniyetinin tanımlanması, bilgi toplama, kullanılan yöntem ve araştırmaların uyumunda problemler nedeniyle sınırlıdır (16). Heidegger ve ark.ları (17) anestezi bakımında hasta memnuniyetini incelemişler ve memnuniyeti etkileyen nedenleri; ağrı tedavisi, anesteziist tarafından kişisel bakımın sürekliliği, uyanma odasındaki hemşire bakımı, tedavilerin gecikmemesi, hasta ile ilgili karar verirken danışma, saygı ve güven şeklinde sıralamışlardır.

Bu çalışmamızdaki amaç; hastaların kendilerine uygulanan rejyonel anestezi yöntemlerinden hangisini ne amaçla tercih ettiğini, tercih seçimine katkısı varsa hangi faktörlerin ne derece etkili olduğunu, kendilerine uygulanan yöntemle ilgili önceden bir bilgileri olup olmadığını yada ameliyat öncesi anestezi yöntemleri ile ilgili bir araştırma yapıp yapmadıklarını anket yöntemi ile tespit etmektir. Bu çalışma ile hasta hekim tanışması, hastanın hekimine olan güveninin sağlanması, hasta hekim ilişkisinin güçlendirilmesi, hastaların anestezi ve anesteziist ile ilgili fikirlerinin ve endişelerinin sorgulanması amaçlanmaktadır. Bu amaçla yapılacak preoperatif vizitte hastaya uygulanacak anestezi yöntemi hakkında bilgi verilmesi, hastanın korku ve endişesinin giderilmesinin sağlanması amaçlanmaktadır.

ANESTEZİ TARİHÇE

İnsanlık tarihinin yaşam mücadelesi içindeki en önemli kısmı fiziksel ağrıya karşı verdiği sürekli savaştır. Bu hikâye oldukça dramatik bir hikâye olup şu anda gelinen nokta pek çok deneyimin ve ayrı ayrı kazanılmış zaferlerin tümüdür. 1842 yılına kadar herhangi bir cerrahi girişim hem hasta hem de cerrah için acılı ve büyük bir mücadele idi. Ağrıyı ortadan kaldırmak üzere ilk girişimler Hipokrat ve Galen tarafından "poppy", "mandrake kökü", ve alkol kullanılarak yapılmıştır. Ayrıca afyona batırılmış süngerler de bu amaçla kullanılmıştır. Homer Odyssey 'de Yunanlıların uyku oluşturmak için birçok bitki ve ilacı kullandıklarını anlatır. Bunlardan biri lotus çiçeğidir. Bunlarınyanısıra ilginç anestezi uygulamaları gerçekleştirilmiştir. Cerrahi amacıyla uygulanan garip bir metod boğma (asfiksi) yöntemidir. Boğma sonucu oluşan asfiksini neden olduğu bilinç kaybının oluşturduğu anestezi İtalya'da onyedinciasrın sonlarına kadar uygulanmıştır. Diğer bir tuhaf metod ise kafaya vurulardadır. (bir bademin kabuğunu kırarak ancak çekirdeğini kırılmayacak şekilde) Bu şekilde bayıltılan hastada bilinç geri dönene kadar cerrahi girişim yapılabilmektedir. Ağrının azaltılması amacıyla sinir köklerine bası ve soğuk tatbikide Romalılar tarafından uygulanmıştır (18).

Dolaşım ve solunum fiziolojisinin araştırılması, sonuçta gazların keşfine ve bunların deneysel inhalasyonlarına yol göstermiştir. Belçikalı J.B.van Helmont 17. asrın ortalarında atmosferdekilerden farklı bir grup gaz tanımlamış, bunları sınıflandırmış ve bu çalışması sırasında kanın akciğerlerden geçtiğinde siyahtan kırmızıya renk değiştirdiğini fark etmiş. Gerçek anestezi tarihi 1774 yılında Joseph Priestley'in oksijeni tanımlaması ile başladı. Ardından Priestley 1776'da nitroz oksidi keşfetmiştir (18).

1799'da **Humphrey Davy** kendi üzerinde bir diğ çekimini azot protoksit inhalasyonu ile ağrısız gerçekleştirmiştir (19).

1540'da **Valerius Cordus** tarafından bulunan eterin 1844'de **Crawford W. Long** tarafından analjezi oluşturduğunun tesadüfen saptanmasına karşın (partilerde eterin koklanmasını takiben kişilerin ağrılı olması gereken çarpma ve düşmelere karşı kayıtsız kalmaları dikkatini çekmiştir) Long'un bu bulgusu ve bu konudaki tecrübeleri iki yıl sonra yayınlanana kadar gizli tutulmuştur. Böylece azot protoksit ve eterin cerrahi anestezide bilimsel olarak yer alması 1844 ve 1846 yıllarını bulmuştur. Cerrahi anestezinin tanımlanması, Amerika'nın tıp alanına en büyük katkılarından biri olarak tarihe geçmiştir. Bu dönemde (1842- 1846) pek çok araştırma, deney ve keşif yapılmıştır. 1844 yılında diğ hekim Horace Wells ilk kez diğ çekimi sırasında nitroz oksidi kullanarak ağrısız diğ çekimini gerçekleştirmiştir. Diğer yandan Crawford W. Long 1842 yılında ilk kez eter anestezisi altında

cerrahi girişim gerçekleştirmiştir. 1846'da William Morton henüz 2. sınıfta bir tıp fakültesi öğrencisi iken Harvard cerrahi kliniği bölüm başkanının izni ile topluluk önünde eter anestezisi uygulamasını gösterdi. 16 Kasım 1846 günü yapılan bu uygulama anestezi tarihinde bir dönüm noktası oldu. 1848 yılında Kloroform inhalasyon anestezisi olarak ilk kez Meksika-Amerika Savaşında yaralı askerlerin cerrahi girişimleri sırasında kullanılmıştır (18).

Gerçek anlamda yaşamını ve hekimlik kariyerini anesteziye adanmış ilk hekim John Snow'dur. John Snow sadece anestezi uygulaması yapmamış, aynı zamanda eter kullanımını kolaylaştıracak bir inhaler geliştirmiştir. Ayrıca hastaya verilen inhalasyon anestezisinin miktarını ölçmek gerektiğini, oksijen eksikliğinde sorunlar çıkabileceğini, karbondioksitin ortaya çıkarabileceği sorunları vurgulamıştır. Ayrıca anestezideki ilkyazılı araştırma belgesi 1847 yılında 'On the Inhalation of the vapour of ether' adı ile Snow tarafından yazılmıştır. Ardından 'On chloroform and other anesthetics' adını verdiği kitabında Snow ilk kez kardiyak arrest'ten bahsetmiş ve tartışmıştır. Aynı dönemde genel anestezi ile ilgili gelişmeler devam ederken, 1884 yılında Carl Koller kokain ile kornea ve konjonktivada topikal anestezi oluşturmuş ve uygulamaya koymuştur. Böylece lokal anestezi dönemi de başlamıştır. Ardından 1885'de William Halsted kokain ile sinir bloğunu gerçekleştirmiştir. Aynı yıl bir nörolog olan Leonard Corning köpeklerde spinal sinirlerin anestezisini denemiş ve başarmıştır. Böylece ilk kez epidural anestezi tarif edilmiştir (18).

1891 yılında Quincke spinal ponksiyonu tarif etmiş ve diagnostik bir girişim olarak öne sürmüştür. Ancak hayvanlarda ve insanlarda gerçek spinal anestezi 1898'de August Bier tarafından gerçekleştirilmiştir. Bier spinal anesteziyi hem kendinde hem de asistanında deneyerek ardından pek çok hastada spinal anestezi ile cerrahi girişimleri yapmıştır (19). Anestezinin gelişimi cerrahi girişim sırasında hastanın vital fonksiyonlarının takibi ve güvende kalmasını sağlamakla direkt ilgili olmuştur. 1901 yılında Cushing İtalya'yı ziyaretinin ardından Amerika'ya kan basıncını ölçen pnömotik basınç kafını getirmiştir. Bu da anestezinin gelişiminde önemli bir yapı taşı olmuştur (20).

Peru'da psikostimülan olarak kullanılan koka bitkisinden elde edilen kokain ilk kez 1855 yılında Alman kimyacı Friedrich Gaedcke tarafından izole edilmiştir. Gaedcke, Pharmazie Archiv dergisinde yayımlanan bir açıklamasında bu alkaloidi "erythroxyline" adını vermiştir (21). Daha sonra yayılan kokain asıl ismini Almanya'da o dönemlerde Göttingen Üniversitesi'nde bir doktora öğrencisi olan Albert Neiman'dan almıştır. Lokal anestezi etkisini tarifleyememiş ancak tükürük salgısını arttıran ve dilde soğukluk hissi ile birlikte tuhaf bir uyuşukluk bırakan alkaloid olarak tanımlamıştır (22). Molekül olarak kokainin yapısı ve

sentezlenmesi ilk kez 1898 yılında Richard Willstätter tarafından gerçekleştirilmiştir (23). Carl Koller kokaini kendi gözüne damlatıp lokal anestezi etkisini keşfetmiştir ve bu deneyimini de Heidelberg Oftalmoloji Derneği'ne bildirmiştir. Koller bu keşfi ile lokal ve rejyonal anestezinin kapılarını tüm dünyada aralamıştır. Sigmund Freud'un bu konuda Koller'in yayın ve yazılarından esinlendiği bilinir (24). 1884 yılında bu bilgilerin yayınlanması Amerika'da da bazı bilim adamlarının görüş açısını geliştirmiştir. William C. Bruke 5 mL % 2'lik kokain solüsyonu ulnar sinirin metakarpal bir dalına analjezi amacıyla kesmek için uygulamış ve hastanın küçük parmağından ağrısız bir şekilde 22 kalibrelik bir mermiyi çıkartabilmiştir (25). 1885 yılında William Stewart Halsted (26) ve Richard John Hall(27) periferik sinir bloğu ile dikişlerin daha kolay atıldığını göstermişlerdir. Araştırmacılar bu konuda fikir alışverişine devam etmişler ve bir gün Halsted kendi kolunda ulnar sinirin kütanöz bir dalını nasıl bloke ettiğini Hall'a göstermiştir. Bu iki bilim adamı bu konu üzerindeki çalışmalarına devam etmişler ve lokal anestezi altında kist eksizyonu gibi minor cerrahileri ağrısız bir biçimde başarı ile tamamlamışlardır. Daha sonraki dönemde kokainin diş hekimliğinde kullanımı gündeme gelmiş ve bu alandaki başarılı uygulamaları takiben yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. James Corning ve ark.(28) lokal anesteziklerin peridural anestezik olarak kullanımını göstermiştir. Corning % 4'lük solüsyondan 0.3 mL kokaini lateralantebrakial sinire dirsekten olabildiğince uzak bir noktadan enjekte ettikten sonra kokainin oluşturdığı anesteziyi tanımlamıştır. Lokal anestezinin bu bölgedeki dolaşımının proksimale basınç uygulama ve sıkıştırma yöntemiyle basit şekilde engellenileceğini bulmuştur. 1898 yılında kokain spinal anestezi elde etmek amacıyla kullanılmıştır (29).

Bir farmakoloji profesörü olan Dennis E. Jackson 1914 yılında karbondioksit (CO₂) absorbanlarını geliştirmiştir. Aynı yıl içinde başka bir araştırmada Richard Von Foreggernitröz oksit oksijen makinasını yapmıştır. Yıllar içinde Foregger makinasında modifikasyonlar yaparak to-and-fro sistemi geliştirmiş, 1928 yılında ise ilk modern CO₂ kanisterini yapmıştır. Karl Connell 1913 yılında "Anesthesiometer" adı verilen yeni bir anestezi makinası geliştirmiştir. Bu makina bugünkü anestezi makinalarına benzer ilk modern anestezi makinasıdır. Çünkü gaz ve buhar basınçlarını ölçebilmekte, karıştırmakta ve insanda narkoz oluşturmaya yetecek eter buhar basıncını göstermektedir. 1926'da Brian C. Swora anestezi devrelerinin filtreler yardımı ile sirküler olabileceğini keşfetmiş ve o günden itibaren kapalı sistemler gündeme gelmiştir. Günümüzde en popüler anestezi yöntemi olan endotrakeal anestezi 1871'den 1945'e kadar gelişme sürecinde idi. İlk kez 1871'de Trendelenburg tampon kanülü ile girişimde bulunmuş, 1920

yılında Magill tarafından inhalasyon anestezisi oluşturmak amacı ile tekrar keşfedilmiştir. İntravenöz anestezinin öncüsü **Pierre Cyprien Ore**'dir. 1872'de kloralhidratı intravenöz uygulayarak bu ajanın tüm anesteziğin en güçlüsü olduğunu iddia etmiştir. 1900'lerin başlarında intravenöz anestezinin major bileşen olduğu balans anestezisi kavramının ortaya çıktığını ve geliştiğini görüyoruz. İntravenöz anestezinin bu günkü önemli yerini kısa etkili, suda eriyebilir barbituratların bulunması ile aldığı söylenebilir. İlk kısa etkili ajanın 1927'de **Pernoston** tarafından uygulandığını, 1928'de ise **John S. Lundy**'nin inhalasyon anestezisine amitali ilave ettiğini görmekteyiz. Bunu takip eden yıllarda diğer barbiturat türevlerinin sentezi ile intravenöz anestezisi gelişimini sürdürmüş ve modern anestezisi uygulamasındaki önemli yerini almıştır (18).

Modern anestezisi dönemi 1920-1940 arasındaki döneme denilmektedir. Anesteziyoloji, 1940'dan bu yana bilimsel ve tıbbi olarak uzmanlık dalı kabul edilmiştir. Ayrıca organize gruplar ve departmanların anesteziyolojiye katkısı bu dönemden başlamaktadır. Bu dönemin önemli isimleri ise Arthur Guedel, Ralph Waters, Iwan Magill ve Emery Andrew Rovertine'dir. Mayo Klinikten John Lundy ve Harold R. Griffiths hem başarılı klinik anesteziyolojistler olarak, hem de organize anestezisi eğitime katkıları nedeniyle modern anestezisi tarihine geçmişlerdir. Anestezisi ile ilgili ilk kitap 1. Dünya Savaşı sırasında "Anesthesia" adı ile 1914'te basılmıştır. 1916'da Flagg tarafından "The Art of Anesthesia", 1920'de Guedel tarafından "Sign of Anesthesia" yazılmıştır. İntravenöz anestezisi gelişimi 1903 yılında kısa etkili, suda eriyen barbituratların sentezi ile başladı ve ilk kez 1927'de John Lundy tarafından intravenöz anestezisi gerçekleştirildi. 1942'de ilk kez anestezisi sırasında Griffith ve Johnson tarafından kas gevşemesi amacıyla kuru kullanılmıştır. 1950'lerden beri modern inhalasyon anestezikleri sentez edilip kullanılmaya başlanıp, eter ve siklopropan terk edilmiştir. Nitroz oksit modern anestezide yerini korumaya devam etmiştir (18).

Halotan klinik kullanıma girdikten bir süre sonra postanestezik hepatik nekrozlar bildirilmeye başlanmıştır. Bundan sonra yeni anesteziğin araştırılması hız kazanmıştır. İntravenöz anesteziğin araştırılması "balans anestezisi" tanımı ile anestezisi pratiğine sokulmuştur. İntravenöz ajanlar içinde potent opioidler önem kazanmaya başlamıştır. Günümüzde halen inhalasyon anesteziklerinde ve intravenöz ajanlarda ideal anestezinin aranmasına devam edilmektedir (30,19).

Türkiye’de Anesteziyoloji’nin Gelişimi

Türkiye’ de ilk anestezi uygulamalarına ait yayınlar yabancılar tarafından yazılan kitaplarda bulunmaktadır. Osmanlı topraklarında anestezi uygulamasına ilişkin en eski bilgi Kırım Savaşına dair olup (1854- 1956) bu savaşta yaralanan 1000'e yakın askerde kloroform kullanıldığı şeklindedir. Ülkemizde anesteziye ait ilk yayınlar Türkçe, Osmanlıca ve Fransızca dillerinde yazılmış olup, anesteziye önem veren ve ilgi duyan çeşitli cerrahi uzmanlık dallarına mensup hekimlere aittir. Yazılar daha çok eter ve kloroform uygulamaları sonucu görülen ölüm olguları ile ilgili idi. 1900'lü yılların başlarında Cemil Topuzlu, Besim Ömer Akalın, Münir Ahmet Sarpyaver, Bülent Tarcan ve Bedii Gorbon' un yazıları anestezinin gelişimine katkılarda bulunmuştur. 1930'lı yıllara kadar Türkiye'de sadece kloroform, eter ve bölgesel anestezi uygulamaları olmuştur. 1935'te M.Kemal, 1936'da A.Esad Birol ve A.Asım Onur intravenöz anesteziklerin de kullanılma sokulduğuna dair yazılar yazmışlardır. Pentotal uygulaması ile ilgili yazılar 1947'de başlamıştır. Bu ilacı ilk kez kullananlar İlhami Akçakoyunlu ve Safa Karatay'dır.Türkiye' de endotrakeal anestezi uygulamaları 1949'da Burhaneddin Toker ve Sadi Sun tarafından yapılmıştır. 1950'den itibaren bu yöntemi İhsan Günalp, Ali Yücel, Cemil Aksoy ve Orhan Bumin Ankara' da kullanmaya başlamışlardır. 1950'li yıllarda anestezinin sadece bu konu ile görevli hekimler tarafından yapılması ve konunun tıp fakültelerinde bağımsız bir uzmanlık dalı haline gelmesi gereği ortaya atılmıştır. 1956 yılında Anestezi Uzmanlık Tüzüğü çıkarılmış ve bu tarihten başlayarak Sağlık Bakanlığı ve Üniversite Tıp Fakülteleri hastanelerinde uzmanlık unvanları verilmiştir. 1956 yılında anestezi uzmanı sayısı 2 iken 1996 yılında 1300 civarında olmuştur. İdare ve organizasyon açısından üniversitelerde önce cerrahi bölümlere bağlı olarak (1961'de) daha sonra (1963'te) bağımsız olarak anesteziyoloji enstitüleri kurulmuştur. Bu enstitüler 1966 yılında Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dallarına dönüştürülmüştür. Anestezi uygulamalarında anestezi uzmanlarının yardımcı teknik eleman ihtiyacını karşılamak amacıyla 1985 yılında 2547 sayılı YÖK Kanunu 7. maddesinin d fıkrası uyarınca çeşitli üniversitelere bağlı Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okullarında anestezi teknisyeni yetiştiren programlar açılmıştır. Anesteziyolojinin çalışma alanlarına gelince; tüm ileri ülkelerde anestezi uygulamalarının tamamı anesteziyologlar tarafından yapılmaktadır. Buna ek olarak yoğun bakım üniteleri ve ağrı tedavi merkezleri de anesteziyologlar tarafından yürütülmektedir (18).

PREOPERATİF DEĞERLENDİRME

Preoperatif değerlendirme, cerrahi olan veya olmayan girişimler için uygulanacak anestezi öncesinde anestezi doktorunun sorumluluğunda olan bir klinik incelemedir (1).

Preoperatif tıbbi yaklaşımın önemli gerekçesi, perioperatif yaklaşımın planlanması ve optimal preoperatif morbiditenin azaltılmasıdır. Çünkü preoperatif morbidite ve mortalite önceden var olanciddi bir hastalığın varlığında artar. Eğer anesteziyologlar hastanın gerçek durumunu preoperatif vizitte yeterli değerlendirebilirlerse, yapılacak girişimi ve eşlik edeceksedasyon veya anestezi planını daha güvenli ve daha iyi planlayabilirler (1,2).

Preoperatif değerlendirme hastanede yatış süresini kısaltır, planlanan cerrahinin ertelenmesini ya da iptalini önler(3)

Preoperatif değerlendirme, anesteziyoloğun hastaya uygulayacağı anestezi yöntemi ve buna yönelik hazırlık, anestezi riskinin belirlenmesi, hastaya en uygun koşullarda girişim yapılabilmesi, onun fizik ve psikolojik durumunu değerlendirmesi ile farmakolojik ve terapotik hikayesine dayanır (2,4)

Bu amaçla yapılacak preoperatif vizitte hastaya uygulanacak anestezi yöntemi hakkında bilgi verilmeli, korku ve endişesi giderilmelidir. Preoperatif değerlendirme hastanın hekimle tanışması ve hekimine olan güvenini sağlamak ve hasta-hekim ilişkisini güçlendirmek açısından da önem taşımaktadır (1).

Preoperatif değerlendirme, iyi planlanmalı ve organize olmalıdır. Hastaya anestezi ekibi tanıtılıp, preoperatif değerlendirmenin nedeni açıklandıktan sonra, amacına uygun olarak gerekli bilgi, sırayla, düzenli bir şekilde alınmalı ve kaydedilmelidir. Hastanın psikolojik ve fiziksel olarak cerrahi sırasındaki stresi tolere edip edemeyeceği, cerrahinin hastanın daha rahat tolere edeceği şekilde planlanması, sedasyon gerekip, gerekmeyeceği, ne tür anestezi gerekeceği ve uygulanacak ilaçlara bir kontrendikasyon olup olmayacağı preoperatif değerlendirmenin temelini oluşturur (2).

Preoperatif değerlendirmenin amaçları şu şekilde sıralanabilir (1,2,4)

1. Cerrahi ve anestezi ile ilgili riskleri azaltmak,
2. Perioperatif bakımın kalitesini arttırmak, masrafını azaltmak,
3. Hastayı istenen fonksiyon düzeyine döndürmek,
4. Hastanın anestezi için onamını almak,
5. Hastanın psikolojik ve fizik durumunu değerlendirmek,
 - a. Psikolojik değerlendirme ve hazırlık,
 - b. Fizik durumun değerlendirilmesi,
 - c. Laboratuvar incelemeleri.

6. Farmakolojik durumunun değerlendirilmesi,

- a. Önemli ilaç etkileşimleri,
- b. Alışkanlıklar.

7. Anestezi riskinin belirlenmesi,

8. Premedikasyon verilmesi.

Hastanın Psikolojik Durumunun Değerlendirilmesi

Preoperatif değerlendirmede hastanın korku ve anksiyetesi açıkça sorgulanmalıdır. Hastanın daha önceki olumlu ya da olumsuz deneyimleri, hastanın anksiyetesi ve korkusunun anlaşılmasına yardımcı olabilir. Hastanın yapılacak girişimi korkuları ve anksiyetesi nedeniyle sedasyon ve anestezi altında yapılmasını istediği durumlar karşımıza sıklıkla çıkmaktadır. Hastanın neden korktuğu açığa çıkarılmalıdır. Çoğunlukla hastalar işlem sırasında ağrı duymaktan korkmaktadır. Anksiyeteli bir hasta ile karşılaşıldığında daha önceki girişimlerdeki tepkileri konusunda iyi bir hikaye alınmalıdır. En önemlisi, hastaya işlem sırasında ve sonrasında ağrısının nasıl kesileceği ayrıntılı güven sağlanarak anlatılabilirse, anksiyeteleri azaltılabilir. Çocuk hastaların annesinin bilgilendirilmesi de önemlidir (5). Çocuk hastaların anne ve babalarında da yüksek anksiyete düzeyleri görülebilir. Bu anksiyetenin çocuğa yansması özellikle çocuklarda negatif sonuçlar doğurmaktadır. Ailelerin sözlü iletişim yanında basılı broşürlerle bilgilendirilmesi ailelerin anksiyetelerini daha çok azaltabilmektedir (5,6).

Preoperatif değerlendirmede hastanın psikolojik durum değerlendirilmesi ve viziti yapan hekimin önerileri ayrıntılı preoperatif değerlendirme formuna kaydedilmelidir (1)

Kayıt tutulması hem preoperatif değerlendirmeyi yapan hekim ile anestezi verecek hekimin farklı olduğu durumlarda hem de daha sonraki anestezilerinde yol gösterici olmaktadır.

Hastanın Fizik Durumunun Değerlendirilmesi

Hastanın fizik durumunun değerlendirilmesi hikaye alınması ve fizik muayenede fark edilen sorunlar üzerinde yoğunlaşarak yapılır (9)

Hastanın fizik durumunu değerlendirmenin amaçları şu şekilde özetlenebilir:

1. Hastanın fizik durumuna göre risklerini belirlemek,
2. Gerekiyorsa, konsültasyon istemek,

Hastaların preoperatif değerlendirmesinde iyi bir hikaye alınması ve fizik muayene, rutin laboratuvar, kardiyovasküler ve pulmoner testlerden çok daha önemlidir (9,10)

Hikaye:

Hekimler hastalarının fizik durumunu değerlendirmeye tıbbi hikayelerini alarak başlar. Hikaye alınması sırasında belirli bir sırayla gidilmesi, zamanla bu sıraya alışılmasını ve hikayenin daha hızlı ve tam olarak alınabilmesini sağlar. İyi bir tıbbi hikaye alınması; soruların açık olmasına, cevapların dikkatle dinlenmesine, gözleme ve alınan bilgilerin düzenli bir şekilde birleştirilmesine bağlıdır. Sorular hastanın kafasını karıştırmadan, klinik olarak anlam taşıyacak şekilde sorulmalıdır. Hikaye alırken anestezi açısından önemi olan konular kısaca şöyle özetlenebilir (2,4):

- Hastanın yaşı hem anesteziye yanıt hem de belirli yaşlardaki hastaların, özellikle küçük çocuk ve yaşlıların spesifik özellikleri ve hastalıkları açısından önemlidir (11).
- Geçirilmiş hastalık ve ameliyatlar, varsa anestezi deneyimi ve komplikasyonları öğrenilir. Örneğin; daha önce genel anestezi almış ve anestezi sonrası geç solunmuş hastalarda psodokolinesteraz enzimi eksikliği olabileceği konusunda hikaye anestezi doktorunu uyarabilir. Benzer bir başka örnek; hastaya daha önceki genel anestezi sonrası zor entübasyon olduğunun söylenmiş olması bu sefer entübasyon açısından daha hazırlıklı olunmasını sağlayabilir ve pek çok komplikasyon bu şekilde önlenir. Respiratuvar ve kardiyak hastalıklar, malnutrisyon ve diyabet mellitusun eşlik etmesi hastanın riskini arttırmaktadır (12)
- İlaç alerjisi, sigara ve alkol alışkanlığı mevcudiyeti, suresi ve miktarı belirlenir (9).
- Alınan ilaçların listesi öğrenilmelidir. Hastanın düzenli kullandığı ilaçlar hem hastanın aktif hastalıkları hakkında bilgi verir hem de olası ilaç etkileşimleri açısından önem taşır. Penisilinlere alerjisi olan bir hastada cerrahi profilakside başka bir grup antibiyotik kullanılabilir. Benzer şekilde alerjik hastalarda daha az histamin desarjı yapan anestetik ilaçlar seçilip alerjik reaksiyonlar azaltılmaya çalışılabilir. Alkol alışkanlığı karaciğer fonksiyonlarını bozabileceği gibi anestetik gazlara duyarlılığı azaltabilir. Sigaranın solunum sistemi üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle anestezi sırasında ve sonrasında komplikasyonlar artmaktadır. İdeal koşullarda sigaraya bağlı risklerin azaltılması için cerrahinin en az sekiz hafta öncesinde bırakılması tavsiye edilmektedir (13).
- Yandaş hastalıklar: Solunum rezervi ve bu sisteme ilişkin yakınmalar, kardiyovasküler sistemle ilgili olarak egzersiz toleransı, anjinal ağrı ve tedavi edilmemiş hipertansiyon varlığı araştırılır. Girişim öncesinde sorgulama sırasında

hastanın dahili problemlerinin belirlenmesi, ilgili bölümlerden konsültasyon istenmesini ve hastanın perioperatif döneme optimum şekilde hazırlanmasını sağlar. Eşlik eden hastalıkların değerlendirilmesi hastanın riskinin belirlenmesinde de önem taşımaktadır. Örneğin; femur boyun kırığı ile gelen yaşlı hastalarda kalp hastalığının, glikoz tolerans bozukluğunun, renal disfonksiyonun ve pulmoner fonksiyon bozukluğunun olması riski arttırmakta ve olumsuz postoperatif sonuçlar doğurmaktadır (14).

- Psikiyatrik, norolojik ve noromuskuler sorunlar saptanır.
- Sıvı-elektrolit ve asit-baz dengesi bozukluğuna neden olabilecek gastrointestinal fistul, nazogastrik drenaj, ishal ve kusma gibi durumlar araştırılır. Acil olmayan durumlarda hastanın bu bozuklukları düzeltildikten sonra ameliyata alınması önerilir.
- Gebelik, uygulama ve cerrahi endikasyon açısından özellik taşıması yanında, özellikle erken dönemde gözden kaçabilmesi ve anestezi uygulaması ile tehlikeye girebilmesi nedeniyle önemlidir. Sedasyon açısından kullanılacak ajanlarda kar-zarar hesabı dikkatli yapılmalıdır.
- Kontakt lens, işitme cihazı, diş ve uzuv protezleri varsa bunların çıkarılması için talimat verilir.

Fizik Muayene:

Anestezi alması planlanan tüm hastalara vital bulguların kaydedildiği ayrıntılı bir fizik muayene yapılmalıdır (9).

Ağız içi muayenesi anesteziyologların hava yolu açıklığını sağlayabilmeleri açısından da önem taşır. Hava yolu açıklığının korunması anesteziyologların en büyük sorumluluklarından biridir, bu nedenle preoperatif değerlendirmede anestezi doktorlarının ağız içi muayenesi yaparak operasyon sırasındaki hava yolu açıklığının korunması konusunu planlamaları gereklidir. Hava yolu açıklığının kontrol altında olmaması özellikle larenks reflekslerinin baskılanmış olduğu durumlarda tehlikelidir. Anatomik veya patolojik obstruksiyonlar, mide içeriğinin regürjite edilmesi veya orofarenkste yabancı cisimler hava yolunu kapatabilir veya akciğerlere kaçabilir. Hastaların bazı anatomik ve hastalık özellikleri hava yolu açıklığının sağlanmasında güçlüğüne neden olur.

Havayolu problemine yol açabilecek nedenler:

- **Fizyolojik nedenler:** Kısa ve adaleli boyun, küçük ve geride mandibula (mandibula ucu-tiroid kıkırdak arası < 6 cm veya 3 parmak), fırlak üst dişler, yüksek damak ve küçük ağız, hareketi kısıtlı mandibula, hareketi kısıtlı atlantookspital eklem, büyük dil, özellikle dil kokunun geniş olması ve aşırı şişmanlık.
- **Konjenital anomaliler:** Koanal atrezi, ansefalosel, makroglossi, Treacher-Collins, Klippel-Feil ve Pierre Robin sendromları, akondroplazi, subglottik kistler ve darlık, kistik higroma ve trakeaya bası yapan vasküler lezyonlar.
- **İnflamatuvar, dejeneratif ve fibrotik olaylar:** Apse, epiglottit, infeksiyöz mononukleoz, krup, romatoid veya osteoartrit, temporomandibuler eklemdaki değişiklikler, ankilozan spondilit, larengeal eklem ve bağlardaki kalsifikasyon, halo traksiyonu, stilohiyoid ligaman kalsifikasyonu, yüz ve boyunda fibrozis (yanık, radyoterapi), sistemik hastalıklar (sistemik lupus eritematoz) ve cerrahiye bağlı deformiteler.
- **Tümörler:** Benign veya malign kitleler, hemanjiyom ve hematomlar.
- **Endokrin nedenler:** Akromegali ve büyük guatr.
- **Travmalar:** Fasiyal, larengeal, trakeal veya servikal travmalar.
- **Yabancı cisim.**
- **Maske ile ventilasyonda güçlüğe yol açan nedenler:** Kalın, uzun sakal, iri alt çene ve eksik dişler.
- **Cilt ile ilgili sorunlar:** Cildin duyarlı olması (yanık, greft, epidermolizis bulloza), sargı ve pansuman bulunması.
- **Özelliği olan gruplar:** Gebelerde diğer olası güçlük nedenlerine ek olarak artmış yağ dokusu, iri göğüsler, ödem (özellikle farengeal); bebekler özellikle yenidoğanda bu gruba özgü anatomik nedenler.

Yukarıdaki nedenlerin çoğu, anestezi öncesi dikkatli bir değerlendirme ile belirlenerek, entubasyon güçlüğü için hazırlık yapılabilir. En iyi yatakbaşı testler orofarengeal görünüm (Mallampati testi), tiromental uzaklık ve basın ekstansiyon derecesidir.

Vital bulgular:

Hastanın preoperatif değerlendirmesinde yaşı, ağırlığı yanında öncelikle vital bulgularının (kan basıncı, kalp hızı, ritmi, nabız sayısı, vücut ısısı, solunum sayısı, solunum derinliği) alınması ve kaydedilmesinin üç amacı bulunmaktadır:

1. Hastanın anestezi açısından genel sağlık durumunun değerlendirilmesi,

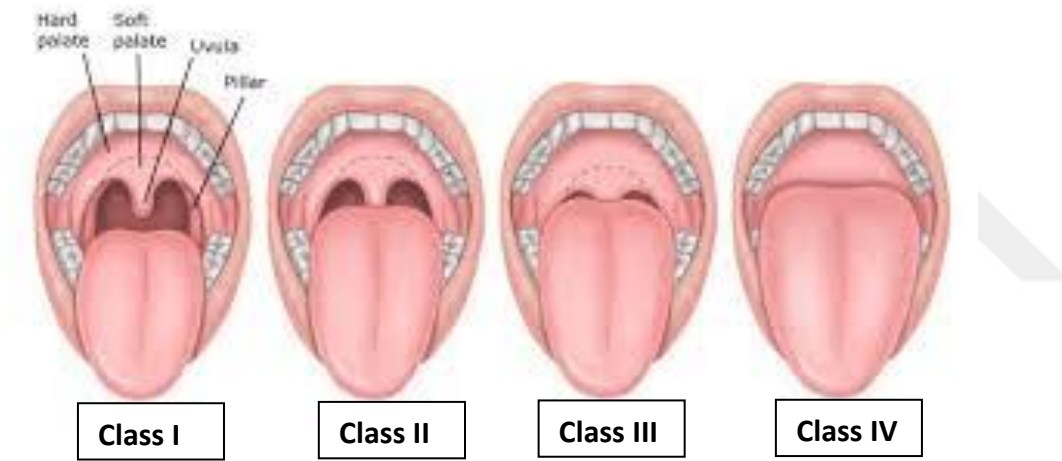
2. Anestezi sırasında karşılaştırma yapılabilecek bazal değerlerin kaydedilmesi,
3. Daha önce teşhis konmamış ya da bahsi geçmemiş hastalıkların fark edilmesi.

Sistemlerin muayenesi:

Vital bulguların sonrasında yapılan sistemik muayene hastanın hastalıkları ve son durumu hakkında bilgi verir. Preoperatif değerlendirmede önemli olan muayene ile tanı koymak değil, hastanın anestezi açısından sorun yaratabilecek sistemik hastalıklarını işaret eden bulgular varlığında, operasyon öncesinde hastanın optimize edilmesini sağlamaktır. Bu bulgular sayesinde hasta konuyla ilgili hekimlere yönlendirilerek veya gerekirse ilgili bölümlerden konsültasyon istenerek ayrıntılı incelenebilir ve operasyonahazırlanabilir.

Preoperatif Testler (31):

1-Modifiye Mallampati Testi: Hasta tam dik otururken olabildiğince ağzını açar ve doktor tam karşısında oral yapıların görünüşünü değerlendirilir ve bu sırada fonasyon önerilmez.



Şekil -1: Mallampati skoru (31)

Sınıf I: Yumuşak damak, uvula ve pilikalar görülebilir

Sınıf II: Yumuşak damak ve uvula görülebilir.

Sınıf III: Yumuşak damak ve uvulanın tabanı görülebilir.

Sınıf IV: Yumuşak damak görülemez.

*Mallampati sınıf IV'te zor ventilasyon ve zor entübasyon beklenmelidir.

2-Tiromental Uzaklık (Patill işareti): Baş tam ekstansiyonda iken çenenin en alt uç noktası ile tiroid çıkıntı arasındaki uzaklık (Şekil 2). Tiromental mesafeye göre <6 cm zor, 6- 6,5 cm şüpheli, >6,5 cm kolay entübasyon ve ventilasyon beklenmelidir.



Şekil-2: Tiromental mesafe (Patill işareti) (31)

3-Sternomental Uzaklık: Baş tam ekstansiyonda iken çenenin en alt uç noktası ile manibrium sterni arasındaki uzaklıktır. Sternomental mesafeye göre <12,5 cm'den az ise zor entübasyon beklenmelidir.

Bütün bu öykü ve fizik muayene sonrası hastalar Amerikan Anesteziyologlar Derneği (ASA: American Society of Anesthesiologists) tarafından geliştirilmiş olan preoperatif olarak hastanın sınıflandırıldığı ve buna göre anestezi yaklaşımın ve monitörizasyon yöntemlerinin belirlenmesi için yararlı olduğu kabul edilen değerlendirme sistemi ile değerlendirilirler.

ASA Sınıfı	Mortalite Oranı
1- Normal, sistemik bir bozukluğa neden olmayan cerrahi patoloji dışında bir hastalık veya sistemik sorunu olmayan sağlıklı birey	% 0.06-0.08
2- Cerrahi girişim gerektiren nedene veya başka bir hastalığa (hafif derecede anemi, kronik bronşit, hipertansiyon, amfizem, şişmanlık, diyabet gibi) bağlı hafif bir sistemik bozukluğu olan hasta	% 0.27-0.4
3- Aktivitesini sınırlayan, ancak güçsüz bırakmayan hastalığı (hipovolemi, latent kalp yetmezliği, geçirilmiş miyokard infarktusu, ileri diyabet, sınırlı akciğer fonksiyonu gibi) olan hasta	% 1.8-4.3
4-Gücünü tamamen yitirmesine neden olup hayatına sürekli bir tehdit oluşturan bir hastalığı (sok,	% 7.8-23

dekompanse kalp veya solunum sistemi hastalığı, böbrek, karaciğer yetmezliği gibi) olan hasta	
5-Ameliyat olsa da olmasa da 24 saatten fazla yasaması beklenmeyen, son ümit olarak cerrahi girişim yapılan olum halindeki hasta	% 9.4-51
6- Organ alınmaya uygun, beyin olumu gelişmiş hastalar girmektedir.	

Tablo 1. (31) ASA (American Society of Anesthesiologists) Sınıflaması ve anesteziye beklenen mortalite oranları

Acil cerrahi girişim gerektiğinde hastanın sınıflama numarasından sonra “E” (ASA IIE gibi) harfi eklenmektedir. ASA değerlendirmesinin her hasta için yapılarak, anestezi formuna eklenmesinde fayda vardır. ASA değeri arttıkça anestezi riski ve operasyon sırasında olum oranları artar.

Cerrahi Grade Sınıflaması (31)

Grade 1: 30 dakikayı geçmeyen, vital fonksiyonları hemen hiç etkilemeyen küçük girişimler (abse direnaji, lipom eksizyonu, meme biyopsisi, kulakta parasentez v.b)

Grade 2: 30 dakika – 1 saat süren, vital organların çok az etkilendiği operasyonlar (ingiunal herni onarımı, tonsillektomi, artroskopi, sistoskopi v.b.)

Grade 3: 1-4 saat süren, transfüzyon gerektirecek kanama da olabilecek, vital organların orta derecede etkilendiği operasyonlar (mide rezeksiyonu, abdominal histerektomi, orta kulak ameliyatı, v.b.)

Grade 4: Uzun sürecek, büyük kan kayıpları beklenen ve veya vital organları direkt olarak etkileyecek operasyonlar (radikal prostatektomi, total kalça protezi, radikal boyun diseksiyonu, vertebra cerrahisi v.b.)

Kardiyovasküler cerrahi (KVC) : Kalp ameliyatları ve büyük damar girişimler

Beyin cerrahi: İntrakraniyal girişimler.

Rutin Tetkikler (31)

Hastada sistemik bir hastalık yoksa (ASA I) sadece rutin tetkikler istenir. Kardiyovasküler sistem hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, renal hastalıklar, diyabet ve karaciğer hastalıklarında hastanın ASA değeri saptanır; ASA, yaş ve cerrahi grade'e göre istenecek tetkikler belirlenir, ileri tetkik ve konsültasyon gereği araştırılır. Diğer sistemik hastalıklarda rutin testlere ilaveten yapılacak tetkikler ve varsa ileri tetkik gereğine bakılır.

Hastada birden fazla sistemik hastalık varsa, her hastalıkla ilgili yapılması gerekli testlere ayrı ayrı bakılır ve uygulanır.

(ASA I Hastalarda Uygulanacak Tetkikler)

Cerrahi Grade	YAŞ <16	YAŞ 16-40	YAŞ 41-60	YAŞ 61 ve üzeri
Grade 1	YOK	YOK	Hb(Hemoglobin), Htk(Hemotokrit), EKG, Serum elektrolit, Kan Şekeri	TKS, EKG, Serum elektrolit, Kan şekeri, BUN, kreatinin
Grade 2	Hb-Htk	TKS, Serum elektrolit, Kan şekeri	TKS, EKG	
	TKS	TKS, Serum elektrolit, Kan şekeri, BUN, kreatinin, PT-PTT	TKS, Akciğer grafisi, EKG, Serum elektrolit, Kan şekeri, BUN, kreatinin, İdrar tetkiki, PT-PTT	TKS-Akciğer grafisi, EKG, Serum elektrolit, Kan şekeri, BUN, Kreatinin PT-PTT
Grade 3		Tromboplastin Zamanı		
Grade 4	TKS-Serum elektrolit, BUN, kreatinin	TKS, Akciğer grafisi, EKG, Serum elektrolit, kan şekeri, BUN, kreatinin, idrar tetkiki duruma göre PT-PTT	TKS, Akciğer grafisi, EKG, Serum elektrolit, Kan şekeri, BUN, kreatinin, İdrar tetkiki, PT-PTT	TKS-Akciğer grafisi, EKG, Serum elektrolit, Kan şekeri, BUN, Kreatinin, PT-PTT

KVC	TKS, Akciğer grafisi, EKG, Serum elektrolit, BUN, kreatinin, idrar tetkiki, duruma göre PT-PTT	TKS, Akciğer grafisi, EKG, Serum elektrolit, kan şekeri, BUN, kreatinin, İdrar tetkiki, duruma göre PT-PTT		TKS, Akciğer grafisi, EKG, Serum elektrolit, Kan şekeri, BUN, kreatinin, İdrar tetkiki, PTPTT
Beyin Cerrahisi	TKS, Serum elektrolit, BUN, kreatinin, duruma göre PT-PTT			TKS, Akciğer grafisi, EKG, Serum elektrolit, Kan şekeri, BUN, kreatinin, İdrar tetkiki, PT-PTT

Tablo-2: Rutin Tetkikler (31)

Sıvı ve Gıda Alımının Sınırlanması

Mide içeriğinin akciğerlere kaçmasının önlenmesi amacıyla anestezi öncesinde hastaların bir süre oral herhangi bir yiyecek veya içecek almamaları istenir. Erişkin hastaların en az son iki saat içinde berrak sıvı almaları ve en son hafif yemeklerini en az altı saat önce yemiş olmaları gereklidir (7). Sıvı ve gıdasınırlanacağı süre konusunda kesin bir kural olmamakla birlikte bir yasa kadar olan çocuklarda sut de dahil katı gıdalar altı saat öncesinden; bir-dört yaş arası çocuklarda katı gıdalar en az sekiz saat öncesinden kısıtlanmalıdır. Kıvamlı olmayan, alkol ve şeker içermeyen berrak sıvılar ise iki-üç saat öncesine kadar verilebilir. Bu şekilde aç-susuz kalmanın kısaltılması, hipoglisemi ve dehidratasyon riski olmaksızın, hastanın daha rahat ve uyumlu olmasının sağlanması yanında ameliyat listesindeki sıraya ve bu sıradaki değişikliklere uyumu artırır (1).

Acil girişimler, mide boşalmasının yavaşladığı travma, hastalık ve ilaç söz konusu olduğunda, ağızdan sıvı ve gıda alımının daha uzun süre kısıtlanması gerekir.

Pediyatrik grupta genelde aşağıdaki skala kullanılır.

Pediatric yaş	Formül Mama/süt/katı gıda	Berrak/sıvı/su
< 6 ay	4 saat	1 saat
6 ay- 36 ay	6 saat	2 saat
> 36 ay	8 saat	3 saat

Tablo-3: Pediatric hastalarda preop açlık süreleri (31)

Bilgilendirme

Hastaların ameliyat öncesi psikolojik hazırlanmasında hastalığın niteliği, cerrahi girişim ve ameliyat sonrası dönem konusunda yeterli bilgilendirilmeleri çok önemlidir. Hastaların ameliyat öncesi eğitimi ve bilgilendirme, psikolojik acıdan ameliyata hazırlamada ilk basamaktır (18)

Ameliyat öncesinde hastaya, kaygısını arttırmayacak şekilde, hastalığının ne olduğu, ameliyatta ne yapılacağı, olası komplikasyonları ve kendisinden ne beklendiği, kendi rolünün ve katkısının ne olacağını açıklanması çok yararlıdır. Hastanın kaygı ve endişelerinin empatik bir tutumla dinlenmesi, hastada gerçekçi bir umut oluşmasını sağlar ve basa çıkma mekanizmalarını güçlendirir (18)

Peroperatif dönemde hastanın eğitimi ve bilgilendirilmesi psikolojik açıdan ameliyata hazırlamada ilk basamaktır. Bilgilendirmenin kaygı, korku ve depresyon gelişimini, ameliyat sonrası analjezik gereksinimini azalttığı, hastanede yatış süresini kısalttığı birçok araştırmacı tarafından bildirilmiştir (30).

Ayrıca bilgilendirme ve psikolojik olarak ameliyata hazırlama, bulantı, kusma gibi postoperatif komplikasyonları da azaltmaktadır (30,20).

Psikolojik hazırlamada hastanın emosyonel yaşantısı, içsel endişe, korku ve çatışmalarını ifade edebilmesinin sağlanması, bilgilendirme ve gerçekçi güvence verilmesi önemlidir. Hasta için önemli olan kaygı kaynakları araştırılmalı ve endişeleri giderilmelidir. Bilgilendirme, kaygı, korku ve depresyon gelişimini, ameliyat sonrası analjezik gereksinimini azaltmakta, deliryum ve depresyon gelişim riskini ve hastanede kalış süresini kısaltmaktadır (19). Bilgilendirme ve ameliyata psikolojik hazırlamanın, bulantı, kusma gibi ameliyat sonrası fiziksel komplikasyonları azalttığı, tedavi ve bakımın gerektirdiği davranışsal uyum ve işbirliğini arttırdığı bildirilmiştir. Bu bilgilendirme hastanın anlayabileceği terimlerle ve gereksiz kaygılar yaratmadan, umut, güven ve destek sağlayıcı tutumla yapılmalıdır (18).

Bilgilendirme; hastaların stresli durumlara adaptasyonunu kolaylaştırır. Birçok çalışmada hastaların hastalıkları ve tedavisi hakkında detaylı bilgilendirildiklerinde

kendilerini daha mutlu ve huzurlu hissettikleri gösterilmiştir. Detaylı bilgilendirmenin; daha az analjezik ihtiyacına, daha az hastanede kalış süresine ve daha hızlı rehabilitasyona neden olduğu kanıtlanmıştır (31)

Hayat kurtarıcı olması nedeniyle, hasta hekim arasındaki etkileşim bağımlılık ve beklenti yaratır. Bu hastaların tedavisinde fiziksel ve psikiyatrik bakımın beraber sağlanmasında, doğrudan etkileşimin büyük rolü vardır. Ameliyatın amacı, yararları, olası riskleri, klinik amaçları açıklanmalı, ameliyatın süresi, tipi, ameliyat sonrası ilaç kullanımı, diyet gereksinimi anlatılmalıdır (18).

PREMEDİKASYON (32,33,34)

Premedikasyonun iki komponenti vardır. Bunlar;

1- Psikolojik hazırlık: Anestezi uygulaması hastanın preoperatif devrede psikolojik olarak hazırlanması ve indüksiyon öncesi uygulanacak olan spesifik etkili ilaçların seçimi ile başlar. Anksiyete yakın zamandaki cerrahiye normal duyuusal bir cevaptır. Anksiyetinin azaltılması genellikle preoperatif medikasyonun ana hedefidir. Anestezist ile preoperatif görüşme pek çok hasta için sedatif ilaçlardan daha etkilidir.

2- Farmakolojik hazırlık: Farmakolojik premedikasyon genellikle hastanın odasında ve anestezi indüksiyonundan 1- 2 saat önce uygulanır. Farmakolojik premedikasyon rutin olmamalıdır. Uygun ilaç ve dozlar ancak iyi bir psikolojik hazırlıktan sonra seçilmelidir. İlacın seçimi ve dozun tayini hastanın yaşına, genel durumuna, anksiyete derecesine, cerrahinin tipine göre olmalıdır. Preoperatif medikasyonun diğer fizyolojik hedefleri preoperatif ağrının giderilmesi ve perioperatif amnezi sağlamasıdır. Preoperatif medikasyonun diğer özel medikal endikasyonları da olabilir: Aspirasyon profilaksisi (örn; antiasitler, H₂ (Histamin 2) reseptör antagonistleri), alerjik reaksiyonların önlenmesi (örn. antihistaminikler) veya üst havayolu sekresyonlarının azaltılması (örn; antikolinergikler). Preoperatif medikasyonun hedefi hastanın sağlık ve emosyonel durumu, planlanan cerrahi prosedür ve anestezi planı içeren pek çok faktöre bağlıdır. Bu nedenden dolayı seçilecek anestezi premedikasyon rutin değildir ve detaylı bir preoperatif incelemeyi takip etmelidir.

Premedikasyon Amaçları

Anksiyeteden kurtarma, sedasyon, analjezi ve amnez sağlanması, antisiyalog etki, gastrik sıvı pH'sının yükseltilmesi, volümünün azaltılması, alerjik reaksiyonlara karşı profilaksi, kardiyak vagal aktivitenin azaltılması, anestezi endüksiyonunda kolaylık

sağlanması. Anestezi gereksiniminde azalma sağlanması. Preoperatif analjezi, postoperatif bulantı ve kusmanın önlenmesidir.

Tüm hastalar için preoperatif medikasyon gerekli olmayabilir. Bazı hastalar intramusküler (im) enjeksiyondan hoşlanmazlar, bazıları değişken bilinçsizlik halini sınırlı olmaktan daha kötü bulurlar. Cerrahi prosedür kısa ise, bazı sedatiflerin etkileri postoperatif dönemi uzatmakta ve derlenme süresini uzatır. Bu ayaktan cerrahi geçirecek hastalarda problem oluşturur. Sedatif premedikasyon için özel kontrendikasyonlar ağır akciğer hastalığı, hipovolemi, hava yolu obstrüksiyonu, kafa içi basınç artışı ve mental durumun bozuk olmasını içerir. Detaylı bilgi verilmeden ve rıza alınmadan sedatif ilaçlarla premedikasyon yapılmamalıdır.

Premedikasyonda Kullanılan İlaçlar

Bu amaçla kullanılan ilaçlar genellikle im yolla, bazen de 30-60 ml su ile birlikte oral yolla verilirler. Barbitüratlar, opioidler, benzodiazepinler, bütirofenonlar, antihistaminikler, antikolinergikler, H2 reseptör antagonistleri ve antiasitler, antiemetikler, antibiyotiklerdir.

1-Barbituratlar

Sekobarbital ve pentobarbital gibi barbitüratlar premedikasyonda tercih edilirler.

Avantajları

1. Sedasyon
2. CO₂'e karşı solunumsal cevabı değiştirmeksizin oluşan minimal solunum depresyonu
3. Minimal kardiyovasküler depresyon
4. Nadiren bulantı, kusma etkisi
5. Oral olarak da kullanılabilmesidir.

Dezavantajları

1. Analjezik etkilerinin olmaması
2. Oryantasyon bozukluğu
3. Antagonistin olmamasıdır.

Kontrendikasyonları

1. Akut intermitant porfiriya (hastalığın akut alevlenmesine neden olurlar).
2. Hipovolemi
3. Karaciğer yetmezliği
4. Endokrin bozukluklar

2-Narkotikler

Premedikasyonun hedefi belirlendikten sonra, ilaçların klinik etkileri seçimi belirler. Solunum depresyonu, ortostatik hipotansiyon, bulantı ve kusma opioidleri premedikasyonda daha az tercih edilen ajanlar haline getirmiştir. Premedikasyonda en sık kullanılan narkotikler morfin, fentanil ve meperidin'dir.

Avantajları

1. İndüksiyonda kolaylık ve rahatlık
2. Anestezik gereksiniminde azalma
3. Preoperatif ve postoperatif analjezi sağlanması
4. Kontrollü ventilasyonda kolaylık
5. Antagonize edilebilmesidir.

Dezavantajları:

1. Periferik damarların düz kaslarında gevşeme oluşturarak vazodilatasyona bağlı ortostatik hipotansiyona neden olurlar. Bu nedenle hipovolemisi olan hastalarda uygulanmamalıdır.
2. Solunum depresyonu yaparlar.
3. Bulantı ve kusmaya neden olurlar.

Kontrendikasyonları

1. Hipovolemi
2. Kafa içi basınç artışı
3. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve status astmatikus
4. Karaciğer yetmezliği
5. Endokrin yetmezliği (adrenal yetmezlik ve hipotiroidi)
6. MAOI kullanımı
7. Akut kolesistit
8. Prostat hipertrofisi
9. Glokom

3-Benzodiazepinler

Benzodiazepinler anksiyetenin geçirilmesinde spesifik ajanlardır. Premedikasyonda en sık kullanılanlar diazem, lorazepam ve midazolamdır. Beyindeki spesifik reseptörler üzerinden etkilerini oluştururlar.

Avantajları

1. Selektif anksiyolitik etki oluşturlar.
2. İleri derecede sedasyon, kardiopulmoner depresyon, bulantı ve kusma oluşturmazlar.
3. Özellikle lorazepamın anterograd amnezik etkisi fazladır.
4. Benzodiazepinlerin oluşturduğu sedasyon flumazenil ile antagonize edilebilir.

Dezavantajları

1. Yüksek dozlarda derin ve uzun bir sedasyon sağlamaları.
2. Uygulama yollarının farklılığıdır. Diazem'in i.m. enjeksiyonu absorpsiyonun yavaş olması nedeniyle ağrıya neden olur. Bu nedenle premedikasyonda oral yol daha uygundur. Aksine lorazepamın i.m. ve oral absorpsiyonu eşittir. Midazolam'ın im uygulama ile absorpsiyonu hızlı ve 30 dakikada maksimum etki seviyesine ulaşır. Etkisi 60 dakika sonra azalmaya başlar. Bu nedenle midazolam premedikasyonda ideal bir seçimdir. Özellikle premedikasyon ile indüksiyon arasında kısa bir zaman dilimi varsa uygulanır.

4-Butirofenonlar

Premedikasyonda en sık kullanılan butirofenon dehidrobenzperidoldür (DHB).

Avantajları

1. Kardiyovasküler stabilite
2. Otonom reflekslerin depresyonu
3. Motor aktivite depresyonu
4. Antiemetik etki
5. Hipotermik etki

Dezavantajları

- 1. Disfori:** Oluşturduğu disfori nedeniyle premedikasyonda kullanımını sınırlıdır. Disforik hastalar, ölüm korkusu tarif ederler ve önceden karar verdikleri elektif cerrahi girişimi reddedebilirler.
- 2. Ekstrapiramidal semptomlar:** Reseptör blokajı yapması normal hastalarda ekstrapiramidal semptomların oluşmasına neden olabilir.
- 3. Uzun süren hipotansiyon:** Orta derecede bir alfa adrenerjik antagonistidir. Bu nedenle intravasküler sıvı volümü azalmış olan hastalarda kullanılmamalıdır.
- 4. Uzamış refleks depresyon:** Genel anesteziyenin uyanmayı geciktirir ve postoperatif sersemliği artırır. Droperidolün en önemli kullanımı antiemetik olarak uygulanmasıdır.

İdeal uygulaması yüksek kusma riski olan hastalardır. Böylece erken postoperatif devredeki bulantı ve kusmayı önler.

5-Antihistaminikler: Prometazine ve hidrokisizine gibi ilaçlar antihistaminik veya transkilizan olarak sınıflandırılabilir. Bu ilaçlar premedikasyonda sedatif ve antiemetik etkilerinden dolayı kullanılırlar.

6-Antikolinergikler: Atropin, skopolamin ve glikoprolat premedikasyonda kullanılan antikolinergiklere örnektir. Bu ilaçlar asetilkolinin muskarinik etkilerini inhibe ederler. Atropin ve skopolamin tersiyer aminler olup lipid membranları geçebilirler. Bunun tersine glikoprolat sadece periferik kolinerjik reseptörlere etkilidir. Kuarterner amonyum yapısında olması lipid bariyerlerden önemli oranda geçmesini engeller. Antikolinergiklerin premedikasyonda rutin uygulanması gerekli değildir.

Antikolinergik uygulanımı için en önemli nedenler:

1. Antisialog etki oluşturmak.
2. Sedatif ve amnezik etki sağlanması.
3. Refleks bradikardinin önlenmesi.
4. Gastrik H⁺ iyonu sekresyonunu azaltmak.

Antikolinergiklerin yan etkileri şu şekilde sıralanabilir:

1. Santral sinir sistemi toksisitesi (santral antikolinergik sendrom).
2. Aşağı özofagus sfinkterinde gevşeme.
3. Kalp hızı değişiklikleri.
4. Midriazis ve siklopleji.
5. Vücut ısısının artması.
6. Hava yolu sekresyonlarının kuruması.
7. Fizyolojik ölü mesafede artma.

7-H₂ Reseptör Antagonistleri: H₂ reseptör antagonistleri, histaminin artırdığı yüksek H⁺ iyonu konsantrasyonuna sahip gastrik sıvı sekresyonunu önlerler. Preoperatif devrede kullanılmaları gastrik pH'nın artmasına neden olur. Gastrik sıvı pH'nın 2,5'un üstünde olması arzu edilir, pH'nın 2,5'un altında olması halinde oluşan bir sıvı inhalasyonu ciddi aspirasyon pnömonisine neden olur.

8-Antiasitler: İndüksiyondan 15 - 30 dakika önce uygulanan antiasitler hemen hemen % 100'e yakın oranda gastrik sıvı pH'nı 2,5 'un üzerine çıkarırlar. İnhal edilen gastrik sıvı, antiasit

partikülleri ihtiva ediyorsa ciddi ve kalıcı persistan pulmoner disfonksiyona neden olabilir. Bunun tersine nonpartiküler antiasitler (0,3 M sodyum sitrat) önemli bir pulmoner disfonksiyona neden olmazlar. H₂ reseptör antagonistleri ile karşılaştırıldığında antiasitin gastrik pH'yı efektif bir şekilde artırdığı görülür.

9-Metoklopramid: Metoklopramid üst gastrointestinal sistem motilitesini artırır, böylece pilor sfinkterini gevşeterek midenin boşalmasını çabuklaştırır. Etkinin başlangıcı oral yolla 30 - 60 dk i.m., i.v. uygulamada ise 1 - 3 dakikada oluşur. Özellikle gastrik sıvı volümünün azaltılması amacıyla diabetli hastalar, gebeler ve açlık süresi dolmayanlarda kullanılmalıdır. Postoperatif bulantı ve kusmayı önler.

ANKSİYETE KAVRAMI

Anksiyete sözcüğü, Hint- Germen kökenli “sıkıca bastırmak, boğazını sıkıkmak, sıkıntı ve tasa” anlamına gelen “angh” sözcüğünden türemiştir. Anksiyeteye ilişkin en eski yazılı kanıt milattan önce 3000’lerde yazılan Gılgamış destanıdır (35).

Bu destanda gılgamış, kendi ölümsüzlüğü ile ilgili endişelerini dile getirmektedir (36). Anksiyete belirtileri, çok eski zamanlardan beri birçok hekimin ve yazarın dikkatini çekmiş ve çeşitli yazılarda dile getirilmiştir. Mani, histeri ve paronaya gibi terimleri psikiyatriye kazandırmış olan Hipokrata göre, her türlü psikiyatrik belirtinin kaynağı beyindir (37). Hipokratın ruhsal bozukluklarla ilgili metinlerinde korkudan ve “amaçsız anksiyete”(aimless anxiety) olarak adlandırdığı bir durumdan söz ettiği bilinir.

17. yüzyılda dilbilimciler tarafından paroksizmal olarak ortaya çıkan şiddetli huzursuzluk, yerinde duramama ve endişe durumları için farklı terimler kullanılmıştır. Benzer durumlar için, aralarında bazı anlam farklılıkları olmakla birlikte Fransızlar angoisse, Almanlar angst ve İspanyollar ise angustia sözcüklerini kullanmışlardır (38).

Anksiyete ile birlikte anılan diğer kavram ise korkudur. Korku (Fear) Almandan gelen bir terimdir. Bu dilde köken aldığı kelime beklemek, pusuda yatmak veya saldırmak anlamına gelmektedir.

18. yüzyıldan sonra anksiyeteye ilişkin oldukça ciddi tanımlamalara ve açıklamalara rastlanmaktadır. 1800’lü yılların ortalarında Heinrich Neumann’ın anksiyetenin, cinsel dürtülerin (ve diğer dürtülerin) doyurulmaması durumunda ortaya çıktığına ilişkin görüşü psikanalitik dönem açıklamaları dikkate alındığında oldukça ilginçtir (37). Bu görüşü, aynı dönemde Karl Ideler de, doyurulmamış cinsel arzuların ruhsal rahatsızlıklara kaynak teşkil edeceğine olan inancı doğrultusunda tekrarlamıştır. 1800’lerin ortalarında Otto Domrich tıbbi

psikoloji alanında ilk kez “anksiyete ataklarından” söz etmiştir. Bu kavram sonradan, Fransız devriminin ardından ortaya çıkan nörosürkülütuvar nevrasteni, asker kalbi, hiperventilasyon sendromu gibi tanımların yerine geçmiştir. Feuchtersleben, 1847’de ilk kez organik hastalıkların neden olduğu anksiyete belirtilerini gözlemiş; Morel, 1866’da otonomik sinir sistemindeki değişikliklerin emosyonel belirtilere yol açtığından söz etmiştir (39). 1890’larda anksiyete belirtilerinin birçok başka hastalıklarda görülmekle birlikte, fiziksel ve ruhsal belirtilerin adına anksiyete denilen aynı, tek bir klinik durumun unsurları olduğu düşüncesi yavaş yavaş gelişmiştir (38). 1894’te Freud, anksiyetenin fiziksel ve ruhsal belirtilerini bir araya getirerek “anksiyete nevrozu”nu tanımlamıştır. Bu dönemde Freud, yazılarında histeri vehipokondriazis gibi geleneksel nevrozların psikolojik kökenli olduğunu söylerken, bunakarşı anksiyete nevrozunun organik kökenli olduğunu öne sürmüştür (39) .

Bu gelişmelere karşın yine de anksiyete kapsamına giren çeşitli klinik durumlarınbirbirinden ayrılarak farklı klinik durumlar olarak tanımlanması 1960’lardan sonra elde edilen veriler sonucu gerçekleşebilmiştir. Öztürk “Anxiety, anxiety” karşılığında daha çokpsikologlarca ve kimi psikiyatristlerce kullanılan “kaygı” sözcüğünü uygun bulmamaktadır(40). Kaygı, genellikle nesnesi bilinen bir duruma ya da kişiye karşı duyulan merak,endişe, tasa duygusudur. Ayrıca kaygı sözcüğü, klinik düzeyde şiddetli bunaltıyı tamolarak karşılammamaktadır. “Bunaltı” söcüğü hem kavramsal, hem klinik açıdan uygungörülmektedir (40).

Bir insanın yaşayabileceği en acılı duygu olarak tanımlanabilen anksiyete,psikanalizin ilk döneminde biyolojik kökenli bir olgu olarak kabul edilmiştir. Ancak,topografik kuramın yerine yapısal kişilik kuramını geliştirdikten bir süre sonra anksiyetekavramının yorumuna da bir değişiklik getiren Freud, 1926’da yayımlanan “Ketlenmeler,Belirtiler Anksiyete” adlı yapıtıyla, anksiyeteyi egonun bir işlevi olarak tanımlayarak buduygunun psikolojik bir olgu olduğunu ortaya koymuştur. Anksiyete kavramınınanlaşılabilmesinde en önemli katkılardan biri Karen Horney’dan gelmiştir (40). Horney,anksiyete ve korku kavramını sıkça birlikte kullanarak bu iki kavram arasındaki yakınlığıifade etmiştir. Yalom ise varolmanın getirileriyle yüzleşmeden kaynaklanan çatışmanınkaygıya neden olduğunu bildirmektedir (41). Anksiyete hem psikolojik hem de fizyolojik değişikliklere neden olan bir durumdur. Kişiliğin yapısında ve gelişmesinde önemli bir etken olan duygulanım ve coşku durumlarıyla birlikte ortaya çıkan ve onlara eşlik eden fizyolojik belirtiler olduğundan söz edilmiştir. Kişi belli bir tehlike algıladığında ya da öngördüğünde beyin sinir sisteminin otonom sinir sistemi denilen kısmına mesaj yollar. Otonom sinir sistemi sempatik sinir sistemi ve parasempatik sinir sistemi olarak iki alt bölümden oluşur. Sinir sisteminin bu iki kısmı vücudun genel enerji düzeyinden ve

harekete hazırlanmasından sorumludur. Sempatik sinir sistemi vücudun enerjisini arttıran ve harekete hazırlayan kaçma-savaşma tepkisinden sorumludur; parasempatik sinir sistemide vücudu tekrar normal haline geri döndüren ve dinlenme haline geçiren sinir sistemidir. Otonom sinir sisteminin uyarılması ile kan basıncı, kalp atışı, solunum sayısı artar. Midebağırsak hareketleri hızlanır. Tükürük salgısı azalır, ağız kuruluğu gelişir. Kan şekeri yükselir. Gözbebekleri genişler. Çizgili kasların gerginliği artar. Titreme olur, dişler ve yumruklar sıkılır, terleme olur, derinin direnci artar. Bütün bu değişimler, merkezi sinir sisteminde adrenalin ve ona benzer başka kimyasal ileticilerin kan düzeyinin arttığını gösterir. Bu yükselişin oluşturduğu değişmelerin kişi tarafından hissedilmesi kaygı yaratır.

Preoperatif Anksiyete ve Ameliyat öncesi Psikolojik Hazırlık

Cerrahi girişimler ciddi psikiyatrik ve psikososyal sorunlara yol açma potansiyelindedir. Hastada, hastalığından kurtulma umut ve beklentisi yanında kendi bedenini, yaşantısını denetleyemeyeceği endişesine, organ ve doku kaybı korkusuna neden olabilir. Bu kaygı, alttaki hastalığın niteliğine, kaybedilecek organa, kişi için bu durumun anlam ve önemine göre değişik düzeyde olur. Peroperatif dönemde hastaların psikolojik olarak hazırlanmasında, hastalığın niteliği, anestezi uygulaması, cerrahi girişim, postoperatif dönemle ilgili konulardakaygısını arttırmayacak şekilde yeterli düzeyde bilgilendirme çok önemli ve yararlıdır. Hastanın kaygı ve endişelerinin dinlenmesi kaygı ile başetme yeteneğini güçlendirmektedir. Sheffer ve Greifenstein'e göre hastaların anesteziye karşı duydukları anksiyetenin nedeni kısmen anestezi- hasta ilişkisindeki eksiklikten kaynaklanmaktadır (42).

Peroperatif dönemde hastanın eğitimi ve bilgilendirilmesi psikolojik açıdan ameliyata hazırlamada ilk basamaktır. Bilgilendirmenin kaygı, korku ve depresyon gelişimini, ameliyat sonrası analjezik gereksinimini azalttığı, hastanede yatış süresini kısalttığı birçok araştırmacı tarafından bildirilmiştir (10). Ayrıca bilgilendirmeye psikolojik olarak ameliyata hazırlama, bulantı, kusma gibi postoperatif komplikasyonları da azaltmaktadır (10,11). Psikolojik hazırlamada hastanın emosyonel yaşantısı, içsel endişe, korku ve çatışmalarını ifade edebilmesinin sağlanması, bilgilendirme ve gerçekçi güvence verilmesi önemlidir. Hasta için önemli olan kaygı kaynakları araştırılmalı ve endişeleri giderilmelidir.

Preoperatif dönemde hastaların % 60- 80'inin anksiyöz olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmiştir (13,14). Anksiyete düzeyi kadınlarda erkeklere göre, ailesi ve arkadaşları tarafından ameliyata getirilen hastalarda yalnız gelenelere göre, kardiyak ve vertebra cerrahisi uygulanacak hastalarda diğerlerine göre, gençlerde yaşlılara göre ve kötü anestezi deneyimi olanlarda olmayanlara göre daha fazla bulunmuştur (43,44). Anksiyete

düzyihastaneye yatış ile operasyona kadar geçen sürede ve operasyonu takip eden ilk iki gündedaha yüksektir. Arellano ve arkadaşları preoperatif vizitin zamanlamasını belirlemek amacıyla yaptıkları bir çalışmada, hastaların bir hafta önce, bir gün önce ve ameliyattan hemenönceki anksiyete düzeyleri arasında fark bulamamışlar, ancak ameliyattan hemen önceanesteziist tarafından görülen hastanın anksiyete derecesinde anlamlı azalma olduğunugöstermişlerdir (45) .

Anksiyöz hastalar anestezi indüksüyonu sırasında daha yüksek doz anesteziik ilacaihtiyaç duyarlar (11). Bazı çalışmalarda preoperatif dönemde detaylı bilgilendirilenhastaların preoperatif anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğu ve postoperatif dönemdebü hastaların ağrı ve anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğu, bu hastalarda iyileşmenindaha hızlı olduğu gösterilmiştir (12).

Anksiyete çeşitli metabolik ve hormonal değişime neden olur. Pituitar hipotalamikve adrenal kortikal sistemi olduğu kadar, sempato adrenal yolu da aktive eder. Bununsonucu olarak da mukus ve tükürük gibi sekresyonlarda, gastrik asiditede, gastrointestinaltonus ve motilitede ve katekolamin salınımında artışlar görülür.Anestezi indüksüyonu öncesi adrenalın miktarı % 40 artar ve bu anksiyetenin artışıile orantılıdır. Operasyondan önceki gece rahat uyuyan hastalarda plazma kortizol düzeyi16 µg/ 100 ml iken rahat uyumayan hastalarda 20 µg/ 100 ml civarındadır (46). Preoperatifanksiyete laringoskopi ve entübasyon sırasında refleks sempatik aktivasyon artışı iletaşikardi, aritmi ve hipertansiyona neden olur (47).

Preoperatif dönemde hastada mevcut olan anksiyete nedenleri arasında anesteziyebağlı endişeler önemli yer tutar. Bu endişeler anesteziistler ve anestezi uygulamalarından,personelin problem çıkarmasına, ölüm korkusundan, iğne korkusuna kadar pek çok nedenebağlıdır. Literatürde değişik oranlarda olmak üzere bu endişeler; ameliyat sonrasıuyanmamak, ameliyat sonrası ağrı, ameliyat sırasında uyanmak, ameliyat sonrası bulantikusma, yoğun bakımda kalmak, anesteziistin bilgi ve deneyim eksikliği, anesteziistinameliyat odasında bulunmaması, anesteziistin tavırları, iğne korkusu, ölmek, anesteziisrasında anlamsız konuşmak, ameliyat sırasında ağrı duymak olarak bildirilmiştir (3,4).

Ameliyat öncesi hastalara ilaç verilmesinin amacı başta anksiyeteyi azaltmak,sedasyon sağlamak, hemodinamik stabiliteyi sağlamak, gastrik asit aspirasyonun ihtimaliniazaltmak, analjeziyi sağlamak, postop bulantı ve kusmayı önlemektir (48). Ameliyatolacak olan hastalarda anksiyete gelişebilir. Hastanın anksiyetesi genellikleameliyathaneye girmeden önce mevcuttur. Bazı hastalarda ise sadece ameliyattan sonraanksiyete en yüksek seviyeye çıkar (48).

Lichtor ve ark.larının (14) yaptıkları çalışmada; hastaların anksiyetelerini ameliyattan bir önceki gün öğleden sonra ve ameliyattan bir saat önce değerlendirmişlerdir. Ameliyathanede ölçülen anksiyete nisbeten yüksek bulunmasına karşın önceki gün ölçülen anksiyete ile farklı olmadığını saptamışlardır.

Anesteziğin ameliyat öncesi vizitinin amacı, hastanın cerrahi ve anestezi için hazırlığı ve aynı zamanda hastayı yapılacak işlem ile ilgili bilgilendirmektir. Farmakolojik olmayan belirli yöntemlerin anksiyeteyi azaltmak için etkili olduğu gözlenmiştir. Kullanılan diğer bir yöntem de gevşeme egzersizleridir. Bu teknikte kişi pozitif veya nötr bir tema veya subje üzerinde dikkatini odaklamasıyla pasif bir şekilde anksiyeteyi yaratan durumu uzaklaştırır. Bu yöntemler ile hipertansif hastalarda oksijen tüketimi ve arterial kan basıncının azaldığı gösterilmiştir. İskemik kalp hastalığı ve prematüre ventriküler atımı olan ve gevşeme tekniği kullanan hastalarda uyanıklık ve uykudurumunda prematür ventriküler aritmi insidansının azaldığı görülmüştür.

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

HASTA MEMNUNİYETİ

Tanım

Hasta, bir sağlık kuruluşunun ürettiği ve sunduğu sağlık hizmetini bilen ve bu hizmetlerden yararlanma fırsatı olan veya daha önce bu hizmetlerden yararlanmış kişilerin tümüdür. Hasta memnuniyeti ise, hastaların aldıkları hizmetten bekledikleri faydalara, hastanın katlanmakta olduğu külfete, hizmetten beklediği verime, hizmetin sunuluşunun sosyo kültürel değerlerine uygunluğuna bağlı bir işlemdir (15). Hasta memnuniyeti hastaların istek ve beklentilerinin karşılanması sonucunda oluşur. Bazı araştırmacılar "hasta memnuniyeti" tanımını hastaların beklediği bakım ile aldıkları bakım arasındaki uyumun derecesi olarak tanımlamışlardır. Hasta memnuniyeti hakkındaki kaynaklar, birtakım nedenlerden dolayı sınırlıdır. İlk olarak, hasta memnuniyetinin tanımlanmasında, ikinci olarak da hasta memnuniyeti hakkında toplanan bilgi, kullanılan yöntem ve irdelemelerin uyumunda birtakım

sorunlar vardır. Çalışma yöntemlerindeki farklılıklar, hasta memnuniyetinin etkenleri ve etkileri hakkında yanlış yorumlamalara neden olabilir.

Sağlık hizmetlerinin kalitesi ise; sağlık servislerinin, geçerli profesyonel bilgi ile arzulanan sağlık sonuçlarını arttırma derecesi olarak tanımlanmıştır (49,50). Yaşam kalitesi; anestezi ve cerrahi sonrasında, objektif boyutlarla ve/veya iyilik hali gibi sübjektif boyutlarla ve hasta memnuniyeti ile ölçülebilir (51,52). Hasta memnuniyeti, servisler yapı, süreç ve sonuçlarının dengelenmesine katkıda bulunabilen bakım kalitesinin önemli bir ölçütüdür (50,53). Genel olarak hastalık nedeniyle hastaneye yatan birey yabancı bir ortamda bulunmaya bağlı korku, endişe, yalnızlık, terk edilmişlik, çaresizlik, öfke ve güçsüzlük gibi duygular yaşar. Her kişinin saygılı ve onuruna yakışır bir tedavi görmeye hakkı vardır. Ruhsal ve sosyo-kültürel özellikler hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerdir.

McMillan ve arkadaşlarına göre, beklentiler karşılanırsa yüksek düzeyde hoşnutsuzluk, yeterince karşılanmazsa, hoşnutsuzluk ortaya çıkar. Hall ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada, hasta memnuniyetinin teknik ve kişisel özelliklerden etkilendiği, hastaya daha fazla bilgi verilmesinin ve hekimin hasta ile daha uzun süre ilgilenmesinin memnuniyeti arttırdığı bulunmuştur. Genç hekimlerin, yaşlı hekimlere göre daha çok beğenildiği ve memnun olan hastaların tedavilerine daha iyi uyum gösterdikleri saptanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada, hasta sayısının fazla olduğu birimlerde hasta memnuniyetinin daha düşük olduğu, kırsal alanlarda ve küçük hastanelerdeki hasta memnuniyetinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

Hasta Bağlılığı

Bağlılık; hastanın hastane ile ilişkilerini devam ettirip, bir yandan da hastane hizmetlerini diğer hastalara önermesi şeklinde tanımlanır. Sağlık hizmeti sunan kuruluşlar için “hasta bağlılığı” şeklinde ifade edilen bu durum, hastaların gereksinimleri olduğunda, hizmetlerinden yararlandıkları sağlık kuruluşlarına geri dönmeleri veya tekrar seçmeleri açısından önemlidir. Hastaların hizmetten hoşnutsuzluk düzeyleri arttıkça, hasta bağlılığı oranlarının da arttığı bilinmektedir. Hasta bağlılığının en önemli etkisi hastayı elde tutabilme sonucunu doğurmasıdır. Hizmetin büyük oranda aynı hastalara sunulmasıyla faturalama, dağıtım ve tanıtım giderlerinde azalma sağlanır. Yeni bir hasta kazanmanın maliyetinin, eski bir hastayı elde tutmaktan 5- 7 kez daha fazla olduğu ortaya konulmuştur.

Hasta Memnuniyetini Etkileyen Etmenler

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

Anestezi uygulamalarında hasta memnuniyetine; servislerin ulaşılabilirliği ve uygunluğu, yapısı, personeller arası ilişki, sağlık çalışanlarının kabiliyeti ve hastanın kendi beklentilerini ve tercihlerini içeren birçok faktör katkıda bulunur (54,55). Çoğu hasta problemsiz bir anestezi beklentisindedir (56). Yine de anestezi ve cerrahiden sonra derlenme bazen rezidüel sedasyon, ağrı, bulantı, kusma ve diğer major, minör şikayetlerle zorlaşır (57,58). Anestezi hastanın memnuniyetini değerlendiren az sayıda çalışma vardır ve çoğu gününbirlik hasta ile sınırlandırılmıştır (59,60).

Myles ve ark.larının (61) yaptığı çalışmada memnuniyetle güçlü ilişkisi olan faktörler; ileri hasta yaşı, erkek cinsiyet ve yüksek anestezi riski (ASA III) olarak bildirilmiştir. Aynı çalışmada kısa süreli anestezi, gününbirlik cerrahi, uyanmanın gecikmesi, orta ya da ciddi ağrı, ciddi bulantı ve kusma varlığı hasta memnuniyetsizliği ile ilişkili bulunmuş ve postoperatif komplikasyonlar arttıkça memnuniyetsizlik riskinin arttığı bildirilmiştir.

HASTA HEKİM İLETİŞİMİ

Hekim-hasta ilişkisi, her iki tarafın da birbirinden karşılıklı olarak etkilendiği bir süreçtir. Bu süreçte, görüşmeler sırasında edinilen izlenimler, sorunun tanımı ve çözümüne açısından oldukça önemlidir. Bu görüşmelerin klinik çalışmanın temeli olduğu söylenebilir. Etkili bir görüşme yapabilmek için, doktorun eğitimi, bilgi birikimi ve tecrübesi kadar, sahip olduğu iletişim teknikleri ve sorun çözme yeteneği de önemlidir. İletişim becerilerine sahip doktorlar, hastalarının problemlerini daha doğru bir şekilde ortaya koyabilmekte; hastalarının uyum ve memnuniyetini daha fazla sağlayabilmekte; mesleki memnuniyetlerini arttırırken iş streslerini azaltabilmektedirler. Bütün teknolojik ilerlemelerine

karşın, bir hekimin hastasını muayene ve tedavidebilmesi için elindeki en güçlü, en etkili araç iyi bir hasta-hekim ilişkisidir. Olumlu birilişki kurulamadan üstün teknolojik olanaklar fazla işe yaramayabilir. Hasta hekimilişkileri tıp eğitimi süresince belki en çok sözü edilen, öğütler verilen fakat düzenli, tutarlıve uygulamalı bir eğitim programı olmayan bir konudur. Hasta-hekim ilişkisine yer verenuygulamalı ders sayısı son derece azdır (62).

Tedavi sürecinin etkin olabilmesi ve bu süreç içinde istenmeyen bazı sonuçlarlakarşılaşma olasılığını azaltmak için doktorun, hastasının bütün kişisel özelliklerini tamolarak gerekmektedir. Aynı şekilde, hastanın doktoruna yeterince bilgi verebilmesi içindoktoruna güvenmesi ve doktorundan tedavi konusunda tam destek görmesi gereklidir.Doktor-hasta ilişkisinde karşılıklı güven ve iletişim temel öğeler olarak karşımızaçıkmaktadır (63).

Hasta-hekim görüşmesinde iletişimsizlik konusunda yapılmış birçok çalışmayagöre hasta ve doktor arasında bir iletişim sorunu mevcuttur. Hasta-doktor görüşmelerinin% 69'unda doktor, hastasının konuşmasını görüşmenin başlangıcından itibaren ortalama18. saniyede kesmekte ve bu hastaların yalnızca % 2'sinden az kısmı konuşmaya devametmektedir. Görüşmelerin yarısında hasta ve doktor asıl sorun hakkında hem fikir değildir. Doktorlar, genelde hastaların ilk belirttikleri sorunun asıl sorun olduğunu düşünmektedir. Genellikle görüşmeler doktor merkezli bir yaklaşım izlenerek yapılmaktadır. Hastaların bilgileri anlama sorunlarının önemli bir nedeni de doktorların tıbbi terimler kullanmasına bağlıdır. Doktor ile hastasının konsültasyon sırasındaki etkileşiminin en önemli noktası builetişim sonucunda görülebilecek hastanın iyileşmesi üzerindeki etkisidir. Bu etki,otoritelerce de kabul edilmekte ve plasebo etkisi ile açıklanmaktadır. Plasebo etkisi;hastanın tıbbi müdahaleden, örneğin ilacın kimyasal içeriğinden, ameliyatın fizyolojiketkisinden veya bir başka işlemde kaynaklanmadan faydalanmasıdır. Bu etki, hastanınaldığı bakıma karşı tutumu, doktorlarına duyduğu güven ve yapılan işlemlerin gücüneinancından kaynaklanıyor görülmektedir. Yapılan araştırmalar, bu etkinin herhangi bir ilaçveya tedavi işleminin başarısının üçte biri kadar olduğunu göstermektedir. Plaseboetkisinin gücü, doktorun yeteneğiyle ve hastanın tedaviden umutlu olmasıyla doğrudanilişkilidir. Doktor-hasta arasındaki sosyal ilişkiler tedavinin başarı şansını arttırmaktadır(64).

Doktor-hasta ilişkisi, aynı zamanda tıbbi bakım sürecinin etkililiğini de belirleyenbir faktör olarak görülmektedir. Falvo ve Tippy (65) doktorların hastaya verdikleribilginin, özellikle hastanın doktorun önerilerini benimseme ve yerine getirmesi üzerindebüyük etkisi olduğunu bulmuşlardır. Aynı şekilde Freeman ve ark.ları (66) tarafındanyapılan bir

araştırmada; doktor-hasta arasındaki etkileşimin, hastanın doktor önerilerini izlemesini etkilediği, doktorların arkadaşça ve samimi bir şekilde hastaya yaklaşmalarının, hastaya zaman ayırmalarının ve zamanın bir bۆlümünü tıp dışı sosyal konularla konuşarak geçirmelerinin, hastaya ilgi gۆstermelerinin ve hastaların kendilerini ifade etmelerine olanak tanımalarının önerileri izlemede etkili olduğu bulunmuştur.

Doktor-hasta ilişkisi, hizmet veren doktorlar açısından da ۆnem taşımaktadır. Doktoru ile olumlu ilişki kuran hastaların aynı doktoru tekrar tercih etmeleri olasılığı da arttırmaktadır. Bu konu ۆzerinde Vuori ve ark.ları (67) tarafından gerçekleştirilen bir araştırmada; hastaların doktorun teknik yeterliliğine ۆnem verdikleri ancak bunun aynı doktoru tekrar tercih etmelerini etkilemediği, hastaların aynı doktoru yeniden tercih etmelerinde doktorun ilgisi ve hastaya yaklaşım tarzının ۆnemli olduğu saptanmıştır.

Doktor ile hasta arasındaki ilişkinin doğası teşhis ve tedavi kararlarında, ۆnemli rol oynamaktadır. Hastalar zaman zaman doktorların takındıkları olumsuz tavır nedeniyle ۆğrenmek istediklerini soramamakta ya da endişelerini gizleyebilmektedirler. Bazı durumlarda da hasta kendini ifade etmekte zorlanabilmektedir. Bu nedenle doktorun ۆnemli bir gۆrevi de, hastaların söylediklerinin ۆtesine geçip ne demek istediklerini anlamaktır. Bu tür bir iletişim ۆzellikle kronik hastalıkları olan ve ۆzörlü insanlar için ۆnem kazanmaktadır (68). Bu nedenle, doktorun hastasına karşı gۆrevi sadece bilimsel değil aynı zamanda sosyal bir ۆzellik taşımaktadır.

Doktor Hasta İlişkisinde Doktorun Sorumlulukları (69,70,71,72)

1. ۆncelikle sağlık bir erdem olarak kabul edilerek, insanları hastalıktan korumak amaçlanmalıdır.
2. Hastalar çevreleri ile bir bütün olarak değerlendirilmelidir.
3. Hastalar ayrı bir varlık olarak algılanmalıdır. Kişiliği ve sırlarına saygı gۆsterilmelidir.
4. Hastanın tanı ve tedavinin tüm aşamalarına katılımı sağlanmalı, yol gۆsterici ve bilgi verici olma rolünü benimsemelidir.
5. Hastadan tüm uygulamalar için onun bilgilendirildiğini gۆsteren onay alınmalıdır.
6. Doktor, hastalarına karşı gۆler yözlü davranmalı ve şefkatli olmalıdır.
7. Doktor, hastasına yaklaşırken hastanın içinde bulunduğu ruh halini de gۆz ۆnüne almalıdır.
8. Doktor, hastalarına ilaçların kullanımı, diyet gibi bütün konularda kesin, net ve hastanın anlayacağı şekilde anlatmalıdır.
9. Doktor, klinik tanıda gereksiz iyimserlik veya kötümserlikten kaçınmalıdır.

10. Doktor, hastalığın seyrini hastaya veya yakınlarına gerekli hallerde uygun birdille anlatmalıdır.
11. Doktor, bütün hastalarına eşit muamele etmelidir.
12. Doktor sır saklamasını bilmeli ve bu konuda güven verici olmalıdır.
13. Doktor, hastasıyla konuşma sırasında uygun kelimelerin seçimine özen göstermelidir.
14. Doktor, yazılı ya da kaydedilmiş bilgilerle desteklenen bir konuşma tarzını seçmeye özen göstermelidir.
15. Doktor, hastasıyla konuşurken mesleki terminolojiden kaçınmalıdır. Mümkün olduğu kadar tıbbi terim kullanmamaya özen göstermelidir.
16. Doktor, hastasının soru sormasına teşvik etmelidir.
17. Doktor, hastasına karmaşık bilgi vermekten kaçınmalıdır.
18. Doktor, hastasını dinlemelidir ve hastasına gerekli olan zamanı ayırmalıdır.
19. Gerek doktor gerekse hasta iletişiminin bütün aşamalarında açık ve dürüst davranmalıdır.
20. Doktor, hastasına sıcak davranmalı ve anlatmayı güçlendirici öğelere de zaman zaman başvurmalıdır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Anestezi yönteminin belirlenmesinde hastaları etkileyen çok sayıda faktör bulunmaktadır. Bu çalışmayı yapmamızdaki temel amaç; rejyonel (bölgesel) anestezi ile ameliyat olmuş hastalarda; yöntem seçiminde katkısı varsa hastanın tercihini etkileyen faktörleri, seçilen yöntem ile ilgili memnuniyet derecesini ve yöntem ile ilgili bilgi düzeyini anket yöntemi ile tespit etmektir. Bu nedenle hastanemizde rejyonel anestezi ile opere olmuş hastaları postop derlenme ünitesinde görüp hangi rejyonel anestezi yöntemini tercih ettiklerini, bu tercihi yaparken nelerden etkilendiklerini, anestezi yöntemleri ile ilgili korkularını, sececekleri yöntem ile ilgili bilgi sahibi olup olmadıklarını yada bilgi edinmeye çalışıp çalışmadıklarını, yöntem ile ilgili memnuniyet derecelerini anket yöntemi ile tespit etmeye çalıştık.

Hastaların rejyonel anestezi yöntemini belirlemede etkili olan faktörleri belirlemek için daha önceden bir anket hazırlandı. Hastanemizin rejyonel ameliyat yapılabilen odalarında 18 – 80 yaş aralığındaki hastalar seçildi. Hastalara gönüllülük esasına dayalı olarak ameliyat sonrası derlenme odasında derli iken anket yapıldı.

Önceden hazırladığımız ankette; hastaların sahip oldukları kronik hastalıklar ve buna bağlı ASA skoru, eğitim düzeyi, yaş, cinsiyet, geçirdiği ameliyat ve anestezi yöntemi, anestezi yönteminden memnun kalıp kalmadığı, bir daha ameliyat olacak olursa aynı yöntemi seçip seçmeyeceği, daha önceden ameliyat olmuşsa varsa kötü anestezi tecrübesi, rejyonel anestezi yöntemlerinden korkularının olup olmadığı, daha önceden ameliyat olmuşsa “farkındalık” olup olmadığı, “farkındalık kavramı hakkında bilgisinin olup olmadığı, anestezi yönteminin belirlenmesinde anestezistin/cerrahın/yakın eş ve dostlarının/ medya kaynaklarının/internetin – sosyal paylaşım sitelerinin etkisinin ne derece olduğu ile ilgili soruları kapsamaktadır.

Gönüllü olmak istemeyen, rejyonel anestezi kontrendikasyonu olan ya da herhangi bir yöntemden sadece biri mecburen uygulanan, anketi cevaplayacak mental durumu geri olan, dil sorunu nedeniyle anlaşılamayan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Çalışma 01.06.2015 – 10.09.2015 tarihleri arasında hastanemiz Anestezi Kliniği’nde toplam 200 olgu üzerinde yüz yüze anket yöntemi ile yapıldı. Anket; anestezi uzmanı, anestezi asistanı veya anestezi teknisyeni tarafından dolduruldu.

İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME:

Bu çalışmada istatistiksel analizler NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 Statistical Software (Utah, USA) paket programı ile yapılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma) yanı sıra gruplar arası karşılaştırmalarda Kruskal Wallis testi alt grup karşılaştırmalarında Dunn's çoklu karşılaştırma testi, ikili grupların karşılaştırmasında Mann-Whitney-U testi kullanılmıştır. Sonuçlar, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.



BULGULAR

Demografik Bulgular;

Ankete katılan hastaların %61,0'i (n=122) erkek ve %39,0'u (n=78) kadın hastalardan oluşmakta idi. (Tablo 4).

Hastaların; %59,5'i (n=119) ASA 1, %28,5'i (n=57) ASA 2 ve %12,0'si (n=24) ASA 3 olan hastalardan oluşmakta idi. (Tablo 4).

Eğitim durumları incelendiğinde; hastaların %16,5'i (n=33) okur-yazarlık yok ya da sadece okur – yazar, %42,0'si (n=84) ilkokul mezunu, %15,5'i (n=31) ortaokul mezunu, %20,0'si (n=40) lise mezunu ve %6,0'si (n=12) üniversite mezunu idi. (Tablo 4).

Etnik köken bakımından; hastaların %64,5'i (n=129) Türk, %24,0'ü (n=48) Kürt, %3,0'ü (n=6) Laz, %2,5'i (n=5) Arap ve %6,0'si (n=12) diğer etnik kökenlerden oluşmakta idi. (Tablo 4).

Hastaların %34,0'ü (n=68) ev hanımı olup, %6,5'i (n=13) memur, %30,5'i (n=61) işçi, %15,0'i (n=30) serbest meslekle uğraşmakta, %6,0'si (n=12) emekli, %4,5'i (n=9) öğrenci, %3,5'i (n=7) de işsizdi. (Tablo 4).

Hastaların %99,5'i (n=199) kendini Müslüman olarak tanımladı. (Tablo 4).

n=200		n	%
Cinsiyet	Erkek	122	61,0
	Kadın	78	39,0
ASA	1	119	59,5
	2	57	28,5
	3	24	12,0
Eğitim durumu	Okur–yazarlık yok, yada sadece okur yazar	33	16,5
	İlkokul mezunu	84	42,0
	Ortaokul mezunu	31	15,5
	Lise mezunu	40	20,0
	Üniversite mezunu	12	6,0
Etnik köken	Türk	129	64,5
	Kürt	48	24,0
	Laz	6	3,0
	Arap	5	2,5
	Diğer	12	6,0
Meslek	Ev Hanımı	68	34,0
	Memur	13	6,5
	İşçi	61	30,5
	Serbest Meslek	30	15,0
	İşsiz	7	3,5
	Emekli	12	6,0
	Öğrenci	9	4,5
Dini inanç	Müslüman	199	99,5
	Diğer	1	0,5

Tablo 4: Hastaların demografik bulguları

Çalışmamızdaki hastaların yaş dağılımı incelendiğinde; erkekler (n=122) 18 – 84 yaş aralığında ve yaş ortalaması 43.16, kadınlar (n=78) ise 18 – 87 yaş aralığında ve yaş ortalaması 38.94 olarak görüldü. Toplamda (n=200) 18 – 87 yaş aralığındaki olgularımızın yaş ortalaması 41.50 olarak görüldü (Tablo 5).

Yaş	n	Ort.	SS	Minimum	Maksimum
Erkek	122	43,14	16,59	18	84
Kadın	78	38,94	14,35	18	87
Total	200	41,50	15,85	18	87

Tablo 5: Hastaların yaş ve cinsiyete ilişkin dağılımları

Hastaların uzunlukları (n=200) 145 – 193 cm aralığında ve ortalama uzunlukları 168,58 cm olarak görüldü. (Tablo 6).

Hastalar (n=200) 44 – 120 kg aralığında ve ortalama vücut ağırlıkları 76,59 kg olarak görüldü (Tablo 6).

Hastaların (n=200) VKİ değerleri 18,31 – 44,08 aralığında ve ortalaması 26,95 olarak görüldü (Tablo 6).

	N	Minimum	Maximum	Ort.	SS
Boy					
(cm)	200	145	193	168,58	8,49
Kilo					
(kg)	200	44	120	76,59	13,71
VKİ					
(kg/m ²)	200	18,31	44,08	26,95	4,46

Tablo 6: Hastaların boy – kilo ve vücut kitle indeksine (VKİ) ilişkin verileri

Hastaların %15,0'i (n=30) Üroloji, %3,0'ü (n=6) Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi (PRC), %22,0'si (n=44) Genel Cerrahi, %21,5'i (n=43) Kadın Hastalıkları ve Doğum, %29,5'i (n=59) Ortopedi, %2,5'i (n=5) Acil Cerrahi, %6,5'i (n=13) Kalp ve Damar Cerrahisi ameliyathane salonlarında opere oldu (Tablo 7).

Hastaların opere edildiği anestezi yöntemi bakımından; olguların %10,5'i (n=21) üst ekstremitte periferik sinir bloğu, %8,0'i (n=16) alt ekstremitte periferik sinir bloğu, %1,0'i (n=2) kombine spinal ve epidural anestezi, %79,0'u (n=158) spinal anestezi, %1,5'i epidural anestezi ile opere oldu (Tablo 7).

	n	%
Hastanın reyonel Üroloji	30	15,0
anestezi altında opere		
olduğu ameliyathane		
PRC	6	3,0
Genel Cerrahi	44	22,0
Kadın Hastalıkları ve Doğum	43	21,5
Ortopedi	59	29,5
Acil cerrahi	5	2,5
Damar Cerrahisi	13	6,5
Hastanın opere edildiği Üst ekstremitte periferik sinir bloğu	21	10,5
reyonel anestezi		
Alt ekstremitte periferik sinir bloğu	16	8,0
Kombine spinal ve epidural anestezi	2	1,0
Spinal anestezi	158	79,0
Epidural anestezi	3	1,5

Tablo 7: Operasyon masası ve reyonel anestezi yöntemi ile ilgili dağılımlar

Olgularımızın %42,0'si (n=84) daha önce ameliyat olmamış, %35,0'i (n=70) daha önce sadece genel anestezi (GA), %14,0'ü (n=28) daha önce sadece reyonel anestezi (RA) ve %9,0'u (n=18) daha önce hem genel anestezi (GA) hem reyonel anestezi (RA) almış (Tablo 8).

Olgularımızın %93,5'i (n=187) daha önce anestezi ile ilgili kötü bir tecrübe yaşamamış, %3,0'ü (n=6) ameliyat esnasında ağrı, %1,5'i (n=3) bel - baş ağrısı, %0,5'i (n=1) bulantı - kusma ve %1,5'i (n=3) anksiyete yaşamış (Tablo 8).

	n	%
Daha önce geçirilen ameliyatlara için Yok uygulanan anestezi yöntemleri	84	42,0
GA	70	35,0
RA	28	14,0
GA + RA	18	9,0
Daha önce geçirilen ameliyatlarda Yok anestezi ile ilgili yaşanan kötü tecrübeler	187	93,5
Ameliyat esnasında ağrı	6	3,0
Bel – Baş ağrısı	3	1,5
Bulantı - Kusma	1	0,5
Anksiyete	3	1,5

Tablo 8: Geçirilmiş operasyonlar ve anestezi açısından yaşanan tecrübeler dağılımı

Olgularımızın %24,5'i (n=49) daha önceden rejyonel anestezi yöntemi ile ameliyat olmuş, %75,5'i (n=151) olmamış idi (Tablo 9).

Ameliyat olduğu anestezi yönteminin kimin kararı olduğu ile ilgili; %3,0'ü kendisinin kararı, %56,0'sı (n=112) anestezi doktorunun kararı, %40,0'ı (n=80) herkesin ortak kararı ve %0,5'i ise hiçbir fikri olmadığını söyledi (Tablo 9).

Olguların kendilerine uygulanan anestezi yöntemi ile ilgili endişeleri sorgulandığında ise; %71,5'inin (n=143) hiçbir endişesinin olmadığını, %9,5'inin (n=19) felç kalmaktan endişelendiğini, %17,5'inin ağrı hissetmekten endişelendiğini söyledi (Tablo 9).

		n	%
Daha önce rejyonel anestezi yöntemi ile ameliyat olma hikayesi	Evet	49	24,5
	Hayır	151	75,5
Ameliyat için uygulanan anestezi yöntemi seçimi kararı	Hastanın	6	3,0
	Anestezi doktorunun	112	56,0
	Cerrahın	1	0,5
	Hasta ve hekimin ortak kararı	80	40,0
	Hiçbir fikri yok	1	0,5
Uygulanan anestezi yöntemiyle ilgili endişeler	Yok	143	71,5
	Felç kalma korkusu	19	9,5
	Ağrı	35	17,5
	Diğer	3	1,5

Tablo 9: Rejyonel anestezi ile ilgili tıbbi dağılımlar

Olgularımızın anestezi yöntemi seçiminde etkilendiği faktörler sorgulandığında; %11,5'i (n=23) eş/dost/akrabadan, %1,5'i (n=3) medyadan, %4,0'ü (n=8) internet/sosyal paylaşım sitelerinden ve %4,0'ü (n=8) yakınındaki hastalardan etkilenmişti (Tablo 10 – 11).

Uygulanan anestezi yönteminin seçiminde etkilenilen faktörler			
faktörler		n	%
Eş / dost / Akraba	Hayır	177	88,5
	Evet	23	11,5
Medya	Hayır	197	98,5
	Evet	3	1,5
İnternet/sosyal paylaşım siteleri	Hayır	192	96,0
	Evet	8	4,0
Yakınımdaki hastalardan	Hayır	192	96,0
	Evet	8	4,0
Diğer	Hayır	199	99,5
	Evet	1	0,5

Tablo 10: Seçilen anestezi yönteminde etkilenilen faktörler ile ilgili dağılım

	n	Toplam
Eş / dost / Akraba	23	11,50%
Medya	3	1,50%
İnternet/sosyal paylaşım siteleri	8	4,00%
Yakınımdaki hastalardan	8	4,00%
Diğer	1	0,50%

Tablo 11: Seçilen anestezi yönteminde etkilenilen faktörler ile ilgili dağılım

Hastaların anestezi yöntemi seçiminde anesteziistin etkisi bakımından; %3,5'i (n=7) etkisinin olmadığını, %12,5'i (n=25) az etkisi olduğunu, %28,5'i (n=57) orta derecede etkisi olduğunu ve %55,5' i (n=111) çok etkisi olduğunu belirtti (Tablo 12).

Hastaların anestezi yöntemi seçiminde cerrahın etkisi bakımından; %72,0'si (n=144) etkisinin olmadığını, %15,5'i (n=31) az etkisi olduğunu, %8,0'i (n=16) orta derecede etkisi olduğunu ve %9,0' u (n=18) çok etkisi olduğunu belirtti (Tablo 12).

Hastaların anestezi yöntemi seçiminde; %34,0'ü (n=68) çok memnun kaldığını, %55,0'i (n=110) memnun kaldığını, %6,5'i (n=13) normal hissettiğini ve %4,5'iu (n=9) memnun kalmadığını belirtti (Tablo 12).

		N	%
Uygulanılan anestezi yöntemi seçiminde anestezi doktorunun etkisi	Yok	7	3,5
	Az Var	25	12,5
	Orta Derecede Var	57	28,5
	Çok Var	111	55,5
Uygulanılan anestezi yöntemi seçiminde cerrahın etkisi	Yok	144	72,0
	Az Var	31	15,5
	Orta Derecede Var	16	8,0
	Çok Var	9	4,5
Uygulanılan anestezi yöntemiyle ilgili memnuniyet derecesi	Çok memnun kaldım	68	34,0
	Memnun kaldım	110	55,0
	Normal	13	6,5
	Memnun kalmadım	9	4,5

Tablo 12: Anestezi yönteminin seçiminde anestezistin ve cerrahın etkisi, memnuniyet derecesi ile ilgili dağılımlar

Anestezi yöntemi ile ilgili ameliyat boyunca hastayı rahatsız eden durumlar sorgulandığında; %60,0' ı (n=120) seslerden (ortam, konuşma, monitör v.b), %17,0'si (n=34) ağrıdan, %8,5'i (n=17) bulantı ve kusmadan, %15,0'i (n=15) fenalık hissinden, %2,5'i (n=5) uyanıklık durumundan ve %14,0'ü (n=28) diğer sebeplerden rahatsız olduğunu belirtti (Tablo 13 – 14).

Uygulanan anestezi yöntemi ile ilgili ameliyat boyunca hastayı rahatsız eden faktörler			
		n	%
	Hayır	80	40,0
Ses (ortam, konuşma, monitör v.b)	Evet	120	60,0
	Hayır	166	83,0
Ağrı	Evet	34	17,0
	Hayır	183	91,5
Bulantı-Kusma	Evet	17	8,5
	Hayır	185	92,5
Fenalık Hissi	Evet	15	7,5
	Hayır	195	97,5
Uyanıklık Durumu	Evet	5	2,5
	Hayır	172	86,0
Diğer	Evet	28	14,0

Tablo 13: Anestezi yöntemi ile ilgili ameliyat boyunca hastayı rahatsız eden durumlar ile ilgili dağılımlar

	n	Toplam
Ses (ortam, konuşma, monitör v.b)	120	60%
Ağrı	34	17%
Bulantı-Kusma	17	8,5%
Fenalık Hissi	15	7,5%
Uyanıklık Durumu	5	2,5%
Diğer	28	14%

Tablo 14: Anestezi yöntemi ile ilgili ameliyat boyunca hastayı rahatsız eden durumlar ile ilgili dağılımlar

Hastaların bir daha ameliyat olmaları durumunda tekrar aynı yöntemi tercih edip etmeyecekleri ile ilgili fikirleri sorgulandığında; %84,5'i (n=169) tekrar aynı yöntemi tercih edebileceğini belirtti (Tablo 15).

Hastaların uygulanan anestezi yöntemi ile ilgili herhangi bir fikirleri ya da bilgileri sorgulandığında; %31,0'inin (n=62) herhangi bir fikir ya da bilgilerinin olduğunu, %69,0'unun (n=138) ise herhangi bir fikir ya da bilgilerinin olmadığını belirtti (Tablo 15).

Hastaların anestezi yöntemleri ile ilgili internet veya diğer medya kaynaklarından bilgi edinmeleri sorgulandığında sadece %12,0'sinin (n=24) bilgi edindiği, %88,0'inin (n=176) bilgi edinmediği belirtildi (Tablo 15).

Hastaların Rejyonel Anestezi korkuları bakımından incelendiğinde; %68,5'i (n=137) korkusunun olmadığını, %26,0'sı (n=52) ağrı hissetmekten korktuğunu, %3,5'i (n=7) felç kalmaktan korktuğunu, %2,0'si (n=4) ameliyatı görmekten ve duymaktan korktuğunu belirtti (Tablo 15).

Hastaların daha önce Anestezi ile ilgili film izleyip izlemedikleri sorgulandığında; %3,5'i (n=7) izlediğini, %96,5'i (n=193) izlemediğini belirtti (Tablo 15).

		n	%
Tekrar ameliyat olmaları durumunda aynı anestezi yöntemi tercih etme durumu	Evet	169	84,5
	Hayır	31	15,5
Uygulanan anestezi yöntemi ile ilgili fikir ya da bilgi varlığı	Evet	62	31,0
	Hayır	138	69,0
Anestezi yöntemleri ile ilgili internet veya diğer medya kaynaklarından bilgi edinme durumu	Evet	24	12,0
	Hayır	176	88,0
Rejyonel (bölgesel) anestezi korkusu, ilk akla gelen sebep	Yok	137	68,5
	Ağrı	52	26,0
	Felç kalma korkusu	7	3,5
	Duymak-görmek	4	2
Anestezi ile ilgili daha önce film izleme durumu	Evet	7	3,5
	Hayır	193	96,5

Tablo 15: Anestezi yöntem tercihi ile ilgili dağılımlar

Hastaların tekrar ameliyat olmaları durumunda aynı yöntemi; %33,0'ü (n=66) kesinlikle tercih edeceğini, %59,5'i (n=119) tercih edebileceğini, %7,5'i (n=15) kesinlikle tercih etmeyeceklerini belirtti (Tablo 16).

Uygulanan anestezi yöntemiyle ilgili olarak hastaların; %14,0'ü (n=28) kendilerini çok önemli ve özel hissettiğini, %22,0'si (n=44) kendilerini özel ve önemli hissettiğini, %63,0'ü (n=126) kendilerini normal hissettiğini ve %1,0'i (n=2) kendini önemsiz ve sıradan hissettiğini belirtti (Tablo 16).

Anestezi yöntemleri ile ilgili anestezi hekimi tarafından yeterli derecede bilgilendirilme durumunu sorguladığımızda; %81,5'i (n=163) evet bilgilendirildiklerini, %18,5'i (n=37) hayır bilgilendirilmediklerini belirtti (Tablo 16).

	n	%	
Bir daha ameliyat olmaları durumunda aynı yöntemle ameliyat olmayı isteme durumu	Evet Kesinlikle İsteme	66	33,0
	Tercih Edebilme	119	59,5
	Kesinlikle İstememe	15	7,5
Uygulanan anestezi yöntemi ile ilgili hastaların özel ve önemli hissetme durumu	Kendini çok önemli ve özel hissetme	28	14,0
	Kendini önemli ve özel hissetme	44	22,0
	Normal hissetme	126	63,0
	Kendini önemsiz ve sıradan hissetme	2	1,0
Anestezi hekimi tarafından uygulanacak yöntemle ilgili yeterince bilgilendirilme durumu	Evet	163	81,5
	Hayır	37	18,5

Tablo 16: Seçilen anestezi yöntemiyle ilgili memnuniyet derecesi dağılımı

Hastaların % 100,0'ü (n=200) geçmişleri ile ilgili konuşulduğunu belirtti (Tablo 17).

Hastaların % 68,5'i (n=137) poliklinikte muayene edildiklerini, %31,5'i (n=63) muayene edilmediklerini belirtti (Tablo 17).

Hastaların % 73,0'ü (n=146) poliklinikte akciğer filminin değerlendirildiğini, %27,0'si (n=54) poliklinikte akciğer filminin değerlendirilmediğini belirtti (Tablo 17).

Hastaların % 96,0'sı (n=192) poliklinikte kalp grafisinin (EKG) değerlendirildiğini, %4,0'ü (n=8) poliklinikte kalp grafisinin (EKG) değerlendirilmediğini belirtti (Tablo 17).

Anestezi ile ilgili risk bilgilendirilmesini sorguladığımızda hastaların; % 36,5'i (n=73) evet bilgilendirildiklerini, % 63,5'i (n=127) hayır bilgilendirilmediklerini belirtti (Tablo 17).

Preop anestezi muayene		n	%
Geçmiş ile ilgili konuşma	Evet	200	100,0
	Hayır	63	31,5
Muayene	Evet	137	68,5
	Hayır	54	27,0
Akciğer filmi değerlendirilmesi	Evet	146	73,0
	Hayır	8	4,0
Kalp grafisi değerlendirilmesi (EKG)	Evet	192	96,0
	Hayır	127	63,5
Anestezi ile ilgili risk bilgilendirilmesi	Evet	73	36,5
	Hayır	127	63,5

Tablo 17: Anestezi polikliniği ile ilgili veri dağılımı

Hastaların VAS skoru değerlendirildiğinde; % 74,5'i (n=148) "0" , % 4,0'ü (n=8) "1" , %12,0'si (n=24) "2" , % 6,5'i (n=13) "3" , % 2,0'si (n=4) "4" , % 0,5'i (n=1) "6" , % 1,0'i (n=2) "7" olarak belirtti. Hastaların VAS skoru değerlendirilmesinde; "5","8","9","10" cevabını veren olmadı (Tablo 18).

VAS skoru	n	%
0	148	74,0
1	8	4,0
2	24	12,0
3	13	6,5
4	4	2,0
6	1	0,5
7	2	1,0

Tablo 18. VAS (vizüel aktif skala) skorlaması dağılımı

Hastaların VAS skoru ortalaması 0,66 olarak hesaplandı (Tablo 19).

	n	Minimum	Maximum	Ort	SS
VAS skoru	200	0	7	0,66	1,29

Tablo 19: VAS skoru ile ilgili sayısal verilerin dağılımı

Kadın ve erkek hastaların VAS skoru ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p=0,319) (Tablo 20).

Cinsiyet	n	VAS	p
Erkek	122	0,58±1,12	0,319
Kadın	78	0,77±1,52	

Tablo 20: VAS skoru ve cinsiyet ilişkisi dağılımı

Eğitim durumu Okur-yazarlık yok ya da sadece okur – yazar, İlkokul mezunu, Ortaokul mezunu, Lise mezunu, Üniversite mezunu gruplarının VAS ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p=0,063) (Tablo 21).

Eğitim Durumu	n	VAS
Okur–yazarlık yok ya da sadece okur yazar	33	0,85±1,34
İlkokul mezunu	84	0,42±1,12
Ortaokul mezunu	31	0,65±1,50
Lise mezunu	40	0,95±1,38
Üniversite mezunu	12	0,83±1,34
p		0,063

Tablo 21: VAS skoru ve eğitim durumu ilişkisi dağılımı

Ev Hanımı, Memur, İşçi, Serbest Meslek, İşsiz, Emekli ve Öğrenci gruplarının VAS ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p=0,246) (Tablo 22).

Meslek	n	VAS
Ev Hanımı	68	0,68±1,38
Memur	13	0,77±1,24
İşçi	61	0,74±1,4
Serbest Meslek	30	0,13±0,43
İşsiz	7	0,86±1,57
Emekli	12	0,67±1,16
Öğrenci	9	1,33±1,66
P		0,246

Tablo 22: VAS skoru ve meslek ilişkisi dağılımı

Üroloji, PRC, Genel Cerrahi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Ortopedi, Acil Cerrahi ve Damar Cerrahisi gruplarının VAS ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p=0,069) (Tablo 23).

Hastanın rejyonel anestezi altında		
opere olduğu ameliyathane	n	VAS
Üroloji	30	0,2±0,55
PRC	6	0,67±1,63
Genel Cerrahi	44	0,36±0,99
Kadın Hastalıkları ve Doğum	43	1,09±1,63
Ortopedi	59	0,8±1,39
Acil Cerrahi	5	0,6±1,34
Damar Cerrahisi	13	0,62±1,26
p		0,069

Tablo 23: VAS skoru ve ameliyathane odası ilişkisi dağılımı

Üst ekstremitte periferik sinir bloğu, Alt ekstremitte periferik sinir bloğu, Kombine spinal ve epidural anestezi, Spinal anestezi ve Epidural anestezi gruplarının VAS ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p=0,264) (Tablo 24).

Hastanın opere edildiği reyonel anestezi yöntemi	N	VAS
Üst ekstremitte periferik sinir bloğu	21	1,14±1,85
Alt ekstremitte periferik sinir bloğu	16	0,81±1,28
Kombine spinal ve epidural anestezi	2	0±0
Spinal anestezi	158	0,57±1,21
Epidural anestezi	3	1,33±1,16
P		0,264

Tablo 24: VAS skoru ve anestezi yöntemi ilişkisi dağılımı

Eğitim durumu; Okur–yazarlık yok ya da sadece okur – yazar, İlkokul mezunu, Ortaokul mezunu, Lise mezunu, Üniversite mezunu gruplarının uygulanan anestezi yöntemiyle ilgili endişe durumu dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p=0,910$) (Tablo 25).

Eğitim durumu Okur–yazarlık yok ya da sadece okur – yazar, İlkokul mezunu, Ortaokul mezunu, Lise mezunu, Üniversite mezunu gruplarının anestezi yöntemi seçimi kararı açısından incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p=0,848$) (Tablo 25).

Eğitim durumu Okur–yazarlık yok ya da sadece okur – yazar, İlkokul mezunu, Ortaokul mezunu, Lise mezunu, Üniversite mezunu gruplarının seçilen anestezi yönteminde etkilenilen faktörler açısından Eş-dost-akraba, Medya, Yakınımdaki hastalar, Diğer grupları dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$) fakat İnternet grubu dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,009$). Sadece üniversite grubunda internet kullanımı görülmüştür (Tablo 25).

	Okur-yazarlık yok ya da sadece okur – yazar						İlkokul mezun	Ortaokul mezun	Lise mezun	Üniversite mezun	p	
	Yok	23	69,70%	62	73,81%	22						70,97%
Size uygulanan anestezi yöntemiyle ilgili endişeleriniz var mıydı?	Yok	2	6,06%	9	10,71%	3	9,68%	4	10,00%	1	8,33%	0,910
Varsa nelerdi?	Ağrı	7	21,21%	11	13,10%	6	19,35%	7	17,50%	4	33,33%	
	Diğer	1	3,03%	2	2,38%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	
Bu ameliyat için size uygulanan anestezi yöntemi seçimi kimin kararı idi?	Benim	0	0,00%	1	1,19%	2	6,45%	2	5,00%	1	8,33%	0,848
	Narkozu uygulayacak anestezi doktorunun	18	54,55%	50	59,52%	14	45,16%	22	55,00%	8	66,67%	
	Ameliyatı yapacak cerrahın	0	0,00%	1	1,19%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	
	Hepimizin ortak kararı	15	45,45%	31	36,90%	15	48,39%	16	40,00%	3	25,00%	
	Hiçbir fikrim yok	0	0,00%	1	1,19%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	
Eş / dost / Akrabası	Yok	29	87,88%	76	90,48%	27	87,10%	34	85,00%	11	91,67%	0,911
	Var	4	12,12%	8	9,52%	4	12,90%	6	15,00%	1	8,33%	
Medya	Yok	33	100,00%	83	98,81%	30	96,77%	39	97,50%	12	100,00%	0,802
	Var	0	0,00%	1	1,19%	1	3,23%	1	2,50%	0	0,00%	
İnternet/sosyal paylaşım siteleri	Yok	33	100,00%	84	100,00%	29	93,55%	35	87,50%	11	91,67%	0,009
	Var	0	0,00%	0	0,00%	2	6,45%	5	12,50%	1	8,33%	
Yakınımdaki hastalardan	Yok	30	90,91%	82	97,62%	29	93,55%	39	97,50%	12	100,00%	0,403
	Var	3	9,09%	2	2,38%	2	6,45%	1	2,50%	0	0,00%	
Diğer	Yok	33	100,00%	84	100,00%	31	100,00%	40	100,00%	11	91,67%	0,074
	Var	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	8,33%	

Tablo 25: eğitim durumu ile endişe ve yöntem seçimi dağılımları arasındaki ilişki

TARTIŞMA

Bu bölümün başında öncelikle belirtmek istediğim şey; çalışmayı yaptığımız hastanemizdeki olguların eğitim seviyelerinin oldukça düşük olduğudur. Olgularımızın %9,0'u okur yazar değil; lise ve üniversite mezunu olanlar ise toplamda sadece %26,0'lık bir kısmını oluşturmaktadır. Sosyokültürel seviyenin düşük olmasının hastaların anketimizi cevaplarken bazı benzer sorulara farklı cevaplar vermesi nedeniyle küçüğe olsa bir hata payının olduğu göz ardı edilmemelidir.

Bugüne kadar yapılan ve literatürde yer alan çalışmalarda hastaların anestezi uygulamalarını bilmedikleri ve anestezi doktorlarını yeterince tanımadıkları saptanmıştır (73). Türkiye' de Anesteziyoloji ve Reanimasyon bilimi 1955 yılında ihtisas dalı olarak kabul edilmiştir. Bu tarihten başlayarak ülkemizde uzmanlık eğitimi ve teknolojideki gelişmeler sayesinde anestezi daha bilinir hale gelmiştir. Birçok tıp dalına göre yeni olan ve hızlı ilerleme gösteren anestezi ve anesteziistlerle ilgili bilgi düzeyini araştıran çalışmalarda yıllara ve çalışmanın yapıldığı bölgelere göre değişik sonuçlar alınmıştır. Dünyanın birçok yerinde yapılan çeşitli çalışmalarda hastaların üçte ikisinden daha azı anesteziistlerin doktor olduğunu bildiğini göstermiştir. Bu oranlar gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde farklılık göstermektedir. İsviçre'de hastaların %99'u, İsrail'de %95, Avusturya'da %93, Finlandiya'da %90 anesteziistlerin doktor olduğunu bilmektedirler. Diğer bir taraftan Latin Amerika'da yapılan bir çalışmada cerrahi uygulanacak hastaların %59'u, Pakistan'da %56'sı, Suudi Arabistan'da %50'si ve Singapur'da % 56.8' i anesteziistlerin doktor olduğu gerçeğini bilmekteydi. Ülkemizde yapılan çalışmalarda 1999'da Şekerci ve ark.ları yaptıkları çalışmada (4) hastaların %83' ü, 2009'da Demir ve ark.ların yaptıkları çalışmada (73) ,hastaların %90'ı Dedeoğlu ve ark.larının 2010'da yaptığı çalışmada (örnek çalışma) hastaların % 64'ü anesteziistlerin doktor olduğunu belirtmiştir.

Anestezi doktorları hakkında bilginin yetersiz olmasının pek çok nedenleri olabilir. İlk ve en önemli nedeni hastaların hastalıklarıyla ilgili olarak ilk önce bir cerraha başvurmaları ve daha sonra o cerrah tarafından anestezi doktoruna yönlendirilmeleridir. Hastalar cerrahlarını seçebilirler fakat asla anestezi doktorlarını seçme konusunu önemsemezler (73). Diğer bir nedende diğer uzmanlarla karşılaştırıldığında anestezi doktorlarının hasta ile görüşme süresinin kısa olmasıdır.

Anksiyete hasta için hoş olmayan psikolojik bir durum olması yanında, peroperatif dönemde stres yanıtların ve hemodinamik değişkenliklerin artmasına, daha fazla anestezi ve analjezik kullanılmasına ve postoperatif iyileşmenin güçleşmesine yol açar. Preoperatif

dönemde anesteziistin hastayla görüşmesinin ve iyi bir iletişim kurmasının anksiyeteyi önemli oranda azalttığı yıllar önce gösterilmiştir (74). Anesteziye bağlı endişenin en sık nedeni olarak uyanamama (75), Shevde ve Panagapoulos'un çalışmasında ise; %45 anesteziistin deneyim eksikliği, %37 ile uyanamamak ve %34 ile postoperatif ağrı olarak rapor edilmiştir (1). Chew ve ark.ları (76) en çok endişe duyulan neden olarak ağrı %39,4 ve ameliyat sonrası uyanamamak %18,9 olarak bildirirken, ülkemizde yapılan çalışmalarda Ceyhan ve ark. (5); ölüm korkusu (%30,6), ameliyat sırasında ağrı (%22,6), Şekerci ve ark. (4) uyanamamak (%51,9), herhangi bir aksilik olması (%22,1) olarak bildirilmiştir. Turhan ve ark.larının (77) yapıları çalışmada ise ameliyat öncesinde en fazla endişeye neden olan düşünce ameliyat sonrası uyanamamak (%42,5), ameliyat sonrası ağrı (%26,7) ve yoğun bakımda kalmak (%26,7) olarak saptanmıştır. Çalışmamızda ise ilginç bir şekilde "Size uygulanan anestezi yöntemi ile ilgili endişeniz var mıdır? Varsa nelerdir?" sorusuna olguların; %71,5'inde "yok", %17,5'i ağrı duymak, %9,0'u felç kalmak cevabını verdi. Bu cevapların oluşmasında etkili olan sebepler arasında hastaların sadece rejyonel anestezi yöntemi ile opere olması, ASA skoru 1, 2 ve 3 olan hastaların çalışmaya katılmış olması, eğitim seviyesinin ve bilgi düzeyinin düşük olması olabilir. Dedeoğlu ve ark.'nın (78) yapmış oldukları bir çalışmada eğitim seviyesinin ve anestezi ile ilgili bilgi düzeyinin kendilerine uygulanacak anestezi uygulamasından endişe duyma ile ters ilişki olduğu saptanmıştır.

Yaptığımız çalışmada "Daha önce geçirdiğiniz ameliyatlar var mı? Varsa hangi anestezi yöntemi ile ameliyat oldunuz?" sorularına olguların; %42,0'si "yok", %35,0'i sadece genel anestezi, %14,0'ü sadece rejyonel anestezi ve %9,0'u hem genel hem rejyonel anestezi cevabını verdi. Ayrıca "Daha önce geçirdiğiniz ameliyatlarda anestezi ile ilgili yaşadığınız kötü tecrübeleriniz var mı? Varsa nelerdir?" sorularına olgularımızın; %93,5'i yok, %3,0'ü ameliyat esnasında ağrı, %1,5'i bel yada baş ağrısı, %1,5'i anksiyete, stres yada heyecan, %0,5'i ise bulantı veya kusma cevabını verdi. Beklenen oranların yapılan diğer çalışmalara nazaran daha düşük çıkmasındaki sebeplerden biri hastaların daha önceki ameliyatları ile ilgili uzun süre geçmesinden dolayı hatırlayamama, çalışmaya katılan hasta grubunun ASA skorlarının düşük olması olabilir.

Bu anket çalışmasına anesteziist ile en az bir kez karşılaşmış ve rahat koşullarda muayenesi yapıp bilgilendirilmiş, dolayısı ile anesteziist ve anestezi hakkında kafasında bir fikir oluşmuş elektif şartlarda opere edilecek hastalarla beraber acil vakalar da (özellikle sezeryan) dahil edilmiştir. Hasta popülasyonumuzun %61'inin erkek olduğu, eğitim durumu açısından bakıldığında ancak %26 kadarının lise ve üzeri eğitime sahip olduğu görülmektedir. Yine popülasyonumuzun %34'ünü ev hanımları oluşturmaktadır. Bu açıdan bakıldığında

hasta spektrumumuz ülkemiz ortalamasını yansıtmamakla beraber hasta sayısının yüksek oluşu nedeniyle fikir vericidir. Ancak çalışmaya alınan hastaların %78,'i ASA I-II olduğu, cerrahi branşlara göre hasta dağılımının eşit olmadığı dikkate alınmalıdır. Sistemik hastalığı olan kişilerin sağlıkları, olacakları ameliyat ve alacakları anestezi konusunda bilgi düzeyleri farklı olabilir. Örneğin kalça protezi ameliyatı veya ciddi derecede periferik sinir hasarı onarım ameliyatı olacak bir hastanın öncesinde daha fazla bilgi toplaması veya daha bilinçli olması ya da anestezi ve cerrahi ile ilgili endişesinin derecesi değişebilir. Benzer şekilde ameliyata neden olan patolojinin malign veya selim oluşu, bilgi edinme ve geçirilmiş ameliyatlardan açısından fark yaratabilir. Yine bizim hasta grubumuzun sadece rejyonel anestezi yöntemi ile opere olacak hasta grubundan oluşması nedeniyle elde ettiğimiz sonuçlar genel preoperatif hasta tablosundan farklı olabilir.

Yaptığımız çalışmada olguların büyük bir çoğunluğunun (%61) kendilerine uygulanan anestezi yöntemi ile ilgili herhangi bir fikre yada bilgiye sahip olmadığı tespit edildi. Bunun nedeni daha önceki geçirilmiş deneyimlerin azlığı, ülkemizde rejyonel anestezi özellikle periferik sinir bloğu yöntemlerinin her merkezde sıkça yapılmaması, hastaların bilgi edinmek için yeterince çaba sarfetmemesi olabilir. Bunun yanında hiçbir anestezi yöntemini bilmeyen olguların sayısı ise azımsanmayacak kadar çoktur. Bunun kaynağı olarak deneyimsizlik, yapılacak operasyona karşı merak duygusu yoksunluğu, eğitimsizlik ve de halk içinde yeterli derecede anestezinin bilinirliği olmaması olarak düşünebiliriz.

Daha önce ameliyat olmuş veya yakını ameliyat olan hastaların anestezi ve anestezi kavramına aşina olduğunu görmekteyiz. Görsel ve yazılı medyanın da anestezi ve anesteziyle ilgili haberlerinin anestezi kavramı hakkında bilgilendirici rolü mevcuttur. Yapılan diğer çalışmalarda da (1,3) sonuçların bizim çalışmamızdaki sonuçla aynı yönde olması bilgi kaynağı olarak hastaların daha çok deneyime veya ameliyat olmuş yakınlarına başvurduklarını görmekteyiz. Çalışmamızın bu sonucu; olguların geleneksel bilgi edinme yöntemlerinden hala vazgeçilmediği, son dönemlerde video, broşür, internet ve gazete gibi bilgilendirme yöntemlerinin de hayatımıza girdiğinin kanıtıdır. Nitekim çalışmamızda internet ve sosyal paylaşım sitelerinin üniversite mezunu grubunda anlamlı yüksek çıkması bunu desteklemektedir. Pek çok çalışmada yaş ile anestezi bilgi düzeyi de karşılaştırılmıştır. Jathar ve ark.larının yaptığı çalışmada (79) genç yaşta hastaların anestezi bilgilerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Amerika'da ise yaş ile bilgi edinme isteğinin değişmediği saptanmış, ülkemizde Aykent ve ark'larının yaptıkları çalışmada (80) gençlerde bilgi edinme isteğinin daha yüksek olduğu, sebep olarak da gençlerin daha eğitilmiş oluşu belirtilmiştir. Ülkemizde de eğitim düzeyleri arttıkça ve yeni jenerasyonun çokça meraklı olduğu ve yakından takip

ettiği teknolojik gelişmeler bilgiye ulaşma yollarını kolaylaştırdığı için gelecekte bu oranların belirgin derecede artacağına inanmaktayız.

Yaptığımız çalışmada olguların çoğunluğunun (%58) bir ameliyat deneyimi yaşadığını görmekteyiz. Buna rağmen deneyimi olan hastaların bir kısmı geçirdiği operasyonla ilgili uygulanan anestezi hakkında bilgi sahibi olmaması, bize bu olguların anestezi ile cerrahi operasyon ayırımını yapamadığını ve uygulanan anestezi yöntemini cerrahi operasyon kadar önemsemediğini düşündürmektedir. Geçirilmiş deneyimler önemli bir bilgi kaynağı olmakla beraber olumsuz deneyimler dezavantaj olarak da görülüp, anestezi ve anestezi kavramına olumsuz bakılmasına neden olabilir. Oranlar %10'dan az olmakla beraber, yaptığımız çalışmada olgularımız operasyon boyunca ses (ortam, monitör, konuşma v.b), ağrı ile bulantı-kusma gibi şikayetlerinin olumsuz etkisini görmekteyiz. Rejyonel anestezi uygulandığından özellikle uyanıklık nedeniyle ses %60 gibi yüksek bir oranda hastaları rahatsız etmektedir. Bu da rejyonel anestezi alan hastalarda özellikle dikkat etmemiz gereken bir faktör olarak göze çarpmaktadır. Olumsuz deneyimler ileride uygulanabilecek operasyona karşı endişe varlığına ve anestezi tekniklerinin değişimine kadar etki edebilir. Örneğin spinal anestezi deneyimi olan bir olgu yaşadığı bulantı- kusma ve baş ağrısı gibi olumsuz deneyimler nedeniyle daha sonraki dönemlerde genel anesteziyi tercih edebilir. Anestezi almış hastaların %40 kadarı postoperatif döneme ait olumsuzluk belirtmemişlerdir. Postoperatif dönemde anestezi hastası ile yakın teması kesmemesi, uygun ağrı, istenmeyen yan etki tedavisi gibi uygulamalarda hastanın anesteziyle karşılaşması, hastaların bu konudaki bilgi ve farkındalığını da arttıracaktır. Ne yazık ki ankete katılan hastalardan %18,5'nin anestezi muayenesi sırasında ya da anestezi uygulaması öncesinde anestezi uzmanından yeterince bilgi almadıkları saptanmıştır. Ankete katılan hastaların tümü anestezi öncesi poliklinik ve/veya serviste anestezi uzmanı tarafından muayene edildikleri halde %63,5 kadarı anestezi polikliniğinde anestezi ile ilgili riskler hakkında bilgilendirilmediğini belirtti. Hastalarda anestezi ile ilgili farkındalığın artırılması amaç olması gerekirken, yetersiz bilgilendirme bu konuda olumsuz etkilerini gösterecektir. Günümüzde tıbbi uygulamalar öncesi yeterince bilgilendirme yapılması ve onam alınması yasal zorunluluk haline gelmesine ve bu nedenle yasal davalar açısından dramatik örneklerle her zaman karşılaşmamıza rağmen anestezi ile ilgili yeterince bilgilendirme ve riskli durumlar ne yazık ki hastalara anlatılmamaktadır.

Hwang ve arkadaşlarının (81) 257 hasta üzerinde yapmış olduğu bir çalışmada anestezi yöntemi ve tercihinde hastaların ne derece rol aldıkları sorgulanmış; hastaların %69,6' sını ortaklaşa, %18,3'ü aktif, %12,1'i ise pasif rol almıştır. Bizim yaptığımız çalışmada da hastalara "Size uygulanan anestezi yöntemi seçimi kimin kararıydı?" sorusu soruldu. Bu

soruya olgularımızın %3'ü "benim", %56'sı "narkozu uygulayacak anestezi doktorunun", %0,5'i "ameliyatı yapacak cerrahın", %40'ı "hepimizin ortak kararı", %0,5'i hiç bir fikrim yok cevabını verdi. İki çalışmanın sonuçları arasındaki farkların sebepleri arasında; sosyo-kültürel farklılıklar, eğitim düzeyleri farklılıkları, hastaların kendilerine uygulanacak yöntemle ilgili yeterli bilgiye sahip olmaması, anestezi tarafından hastaya uygulanacak yöntem ile ilgili yeterli bilgi verilmemesi, çalışma grubumuzun sadece rejyonel anesteziyi kapsamaması olabilir.

Cerrahi sonrası memnuniyet oranlarında olguların %93,4'ü memnun, %97,7'si kendisini saygın – özel hissetmiş (81). Ayrıca hastaların tekrar ameliyat olmaları durumunda karar alma sürecinde %49,4'ü aktif, %43,6'sı ortaklaşa karar almayı tercih edeceklerini belirtmişler. Bizim çalışmamızda da hastalara tekrar ameliyat olmaları halinde aynı yöntemi tercih edip etmeyecekleri soruldu. Bu sorumuza olguların %84,5'i "Evet", %15,5'i "Hayır" cevabını verdi. Yine çalışmamızda olgulara uygulanan yöntemden memnun olup olmadıkları soruldu. Bu sorumuza olgularımızın %34'ü "Çok memnun", %55'i "Memnun", %6,5'i "Normal", %4,5'i "Memnun kalmadım" cevabını verdi. Memnuniyet açısından bizim sonuçlarımız bu çalışmayla benzer bulundu. Buradan da anlaşılmaktadır ki hastalara uygulanan yöntemin kalitesi ve başarısı memnuniyeti belirleyen esas faktör konumundadır. Çünkü çalışmamızın başarısını göstermek için bakılan VAS skorlarında olguların %90'ı "2" ve altı bulundu, "4" ve üstü ise sadece % 3,5 bulundu. Buradan şu sonuç çıkarılabilir; hastalar için memnuniyetin temel sebebi operasyon boyunca ağrı duymamaktır. Çalışmamızda baktığımız bir diğer faktör de; olgulara uygulanan yöntemle ilgili kendilerini özel ve önemli hissetme dereceleridir. Çalışmamıza katılan olguların %36,sı kendinilerini önemli ve özel, %63'ü ise normal hissetmiştir. Kendini önemsiz ve sıradan hissedenenlerin oranı ise % 1 olarak görülmektedir. Bu anlamda çalışmamızdaki sonuçlar bu çalışmayı (81) desteklememektedir.

Sonuç olarak hastanemizde ameliyat olacak olan hastalar preoperatif dönemde anestezi tarafından görüldüğü, bilgilendirme yapıldığı hatta son yıllarda kanuni nedenlerle bu konuya verilen önem arttığı halde bu anket çalışmasında kendi hasta popülasyonumuzun anestezi ve anestezi ile ilgili bilgilerinin yetersiz olduğu saptanmıştır. Anestezi uzmanlarının kendilerini daha iyi tanıtmaları, hastaya preoperatif dönemden başlayıp postoperatif dönemi de kapsayacak şekilde yapacakları uygulamaları anlatmaları, hastaların anestezi ve görev alanları ile ilgili farkındalıklarını arttıracaktır. Bunların yapılabilmesi için yeterince zaman ayrılması ve uygun yer sağlanması sonuçları olumlu etkileyecek, toplumda anestezi ile ilgili algıyı değiştirecektir. Bundan sonra bilgilendirmedeki yetersizliğin ve aksaklıkların

nedenlerinin araştırılması ve iletişimin geliştirilmesi için strateji belirlemeye yönelik çalışmaların yapılmasının gerektiğini düşünmekteyiz.

Bu çalışma sonucunda biz anesteziistler olarak hastanın yerine kendimizi koyarak, merak edilen sorulara ve endişelerine güler yüzle, sabırla ve anlaşılır bir dille açıklık getirerek hastaların korkularını ve endişelerini azaltmada en önemli rolü oynamaktayız. Bunun yanında halkın anesteziyoloji konusunda yeterli derecede bilgilendirilmesini sağlayacak görsel medya, eğitimlerinin artırılmasının toplumun her kesimine de katkıda bulunacağı çalışmalara ihtiyaç vardır.



KAYNAKLAR:

1. **Shevde K, Panagopoulos G.** A Survey of 800 patients knowledge, attitudes, and concerns regarding anesthesia. *Anesth Analg* 1991; 73: 190-8.
2. **Miller KM, Wysocki T, Cassady JF, Cancel D, and Izenberg N.** Validation of measures of parents' preoperative anxiety and anesthesia knowledge. *Anesthesia and analgesia* 1999; 88(2):251-7.
3. **Hume MA, Kennedy B, Asbury AJ.** Patient knowledge of anaesthesia and peri-operative care. *Anaesthesia* 1994; 49: 715-8.
4. **Şekerci S, Akpek E, Göktuğ A, Çetinsoy BC, Karabıyık L, Erdemli Ö.** Hasta ve yakınları ile toplumun farklı kesimlerinin anestezi ve uygulamaları konusundaki bilgi ve davranışları. *Anestezi Dergisi* 2001; 9: 48-51.
5. **Ceyhan A, Basar H, İnan N, Yağmurdur H, Çetinbaş R, Parpucu M.** Türk toplumu anestezi hakkında neler biliyor, neler bilmiyor? *Sendrom* 2000; 12: 75-9.
6. **Keep PJ, Jenkins JR.** As others see us. The patient's view of the anaesthetist. *Anaesthesia* 1978; 33: 43-45.
7. **Besler MP, Yalman A, Çelik M.** SSK hastalarının anestezi bilgisi ve yazılı bilgilendirmenin önemi. *Göztepe Tıp Dergisi* 2004; 19: 132-6.
8. **Leigh J M, Walker J, Janaganathan P.** Effect of preoperative anaesthetic visit on anxiety. *Br Med J* 1977; 2: 987-989.
9. **Gaskey NJ.** Evaluation of the effect of a preoperative anesthesia videotape. *AANA J* 1987;55: 341-5.
10. **Boeke S, Jelecic M, Bonke B.** Preoperative anxiety variables as possible predictors of postoperative stay in hospital. *Br J Clin Psychol* 1992; 31-36.
11. **Goldman L, Ogg TW, Levey AB.** Hypnosis and day case anaesthesia: a study to reduce preoperative anaesthetic requirement. *Anaesthesia* 1988; 43: 466-469.

12. **Weis OF, Sriwatanakul K, Weintraub M et al.** Reduction of anxiety and Postoperative analgesic requirements by audiovisual instruction. *Lancet* 1983;1: 43.
13. **Badner NH, Nielson WR, Munk S et al.** Preoperative anxiety detection and contributing factors. *Can Anaesth* 1990; 37: 444- 447.
14. **Lichter LJ, Johanson CE, Mhoon D et al.** Preoperative anxiety, does anxiety level the afternoon before surgery predict anxiety level just before surgery? *Anesthesiology* 1987; 67: 595-599.
15. **Engiz O.** Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini, Hastane Yöneticiliği. Edit (Hayran O, Sur H). Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri Ltd 1997: 61-87.
16. **Hepner DL, Bader AM, Hurwitz S, Gustafson M, Tsen LC.** Patient satisfaction with preoperative assessment in a preoperative assessment testing clinic. *Anesth Analg.* 2004 Apr; 98(4):1099-1105.
17. **Heidegger T, Huseman Y, Nuebling M.** Patient satisfaction with anaesthesia care: development of a psychometric questionnaire and bench marking among 1. six hospitals in Switzerland and Austria. *Br J Anaesth* 2002; 89: 863–72.
18. **Alkış N;** Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yıllığı. 2000:Cilt 1 Sayı 1.
19. **Vandam LD.** Cardiac Arrest: Signal of Anesthetic Mishap. *JAMA*, 253:2415.1985.
20. **Leroy DV.** History of Anesthetic Practice. In: RD Miller ed. *Anesthesia*. NewYork: Churchill Livingstone. 1994:9-19.
21. **F. Gaedcke** "Ueber Das Erythroxylin, Dargestellt Aus Den Blättern Des In Südamerika Cultivirten Strauches Erythroxyllon Coca". *Archiv Der Pharmazie* 1855;132 ;2: 141–150.
22. **Albert Niemann** "Ueber Eine Neue Organische Base In Den Cocablättern". *Archiv Der Pharmazie* 1860;153;2: 129–256.

23. **Humphrey Aj**, O'hagan D "Tropane Alkaloid Biosynthesis. A Century Old Problem Unresolved". Nat Prod Rep 2001;18;5: 494–502.
24. **Koller,C**: On The Use Of Cocaine for Producing Anaesthesia On The Eye. Lancet 1884;2:99.
25. **Wc,Jr**: Hydrochlorate Of Cocaine In Minor Surgery. N.Y. Med.J. 1884;40:616.
26. **Halsted W** . "Practical Comments On The Use And Abuse Of Cocaine". New York Medical Journal. 1885;42 : 294–295.
27. **Hall R J** , Hydrochlorate Of Cocaine . N Y Med J 1884;40: 643.67
28. **Corning JI** "An Experimental Study". New York Medical Journal 1885; 42: 483.
29. **Atkinson RS, Rushman GB**, Lee's Synopsis of Anaesthesia. 11th ed : Butterworth-Heinemann, oxford 1993;4;25:691 – 719.
30. **Vincent JC**. The History of Anesthesiology. In Principles of Anesthesiology. Philadelphia: Lea & Febiger, 1993; 3-28.
31. Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (**TARD**) Anestezi Uygulama Kılavuzları; Preoperatif Hazırlık 2005 Kasım
32. **G. Edward Morgan, Maged S. Mikhail**. Clinical Anesthesiology. Third Edition. Lange Medical Books/ McGraw-Hill Medical publishing Division 2005
33. **James Duke** (Çev: Yalım Dikmen); Anestezinin Sırları. 2. baskı Nobel kitapevi 2006.
34. **Esener Z**. Klinik Anestezi. Logos Yayıncılık, 1998.
35. **30. Tükel R, Aklın T**. Anksiyete Bozuklukları. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2006.
36. **Noyes R, Hoehn- Saric R**. Anksiyete Bozuklukları, Şar V(çeviri ed.). İstanbul: Medical & Paramedical Yayıncılık, 1998.
37. **Stone MH**. Healing the Mind: A history of psychiatry from antiquity to the present. New York; W.W Norton & Company, 1997.

38. **Berrios GE.** The History of Mental Symptoms. Cambridge; Cambridge University Pres, 1996.
39. **Nutt D, Argyropoulos S, Forshall S.** Generalized Anxiety Disorder: Diagnosis, treatment and its relationship to other anxiety disorders. London; Martin Dunitz, 1998.
40. **Öztürk MO.** Ruh Sağlığı ve Bozuklukları.8. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 2001.
41. **Gençtan E.** Psikanaliz ve Sonrası.10. Baskı, İstanbul: Metis Yayıncılık, 2004.
42. **Kubzansky LD, Kawachi I, Spiro A et al.** Is Worry Bad For Your Heart? Circulation. 1997; 95(4): 818-814.
43. **Gönüllü M, Turan ED, Erdem LK ve ark.** Anestezi uygulanacak hastalarda anksiyete düzeyinin araştırılması. Türk Anest ve Rean. Cem. 1986; 14: 110-113.
44. **Mackenzie JW.** Daycase anaesthesia and anxiety: Astudy of anxiety profiles amongst patients attending a day bed unit. Anaesthesia. 1991; 44: 437.
45. **Arellano R, Cruise C, Chung F.** Timing of the anesthetist's preoperative outpatient interview. Anesth Analg. 1989; 68: 645-648.
46. **Domar AD, Everett LL, Keller.** Preoperative anxiety: Is predictable entity? Anesth Analg. 1989; 69: 763-770.
47. **Carabine UA, Milligan KR, Moore JA.** Adrenergic modulation of preoperative anxiety. Anesth Analg. 1991; 73: 633-640.
48. **Miller RD.** Anesthesia: Psychological Preparation and Preoperative Medication. New York: 1990; 895-928.
49. **45. Lohr KN, Donaldson MS, Harris-Wehling J.** Medicare: a strategy for quality assurance. Qual Rev Bull. 1992; 18: 120-126.
50. **Donabedian A.** The quality of care. How can it be assessed? JAMA. 1988; 260:1743-8.

51. **Gill TM, Feinstein AP.** A critical appraisal of the quality-of-life measurements. JAMA. 1994; 272: 619-626.
52. **Abbey A, Andrews FM.** Modelling the psychosocial determinants of life quality. Soc Indicators Res. 1985; 16: 1-341
53. **Pascoe G.** Patient satisfaction in primary health care. A literature review and analysis. Evaluation Prog Planning. 1983; 6: 185-210.
54. **Westbrook ill.** Patient satisfaction. Methodological issues and research findings. Aust Health Rev. 1993; 16: 75-88.
55. **Ward SE, Gordon D.** Application of the American Pain Society quality assurance standards. Pain. 1994; 56: 299-306.
56. **Dodds CP, Harding W, Moore DG.** Anaesthesia in an Australian private hospital: the consumers' view. Anaesth Intensive Care. 1985; 13: 325-329.
57. **Moerman N, Van Dam FSAM, Oosting J.** Recollections of general anaesthesia: a survey of anaesthesiological practice. Acta Anaesthesiol Scand. 1992; 36: 767-771.
58. **Myles PS, Hunt JO, Moloney JT.** Postoperative 'minor' complications. Comparison between men and women. Anaesthesia. 1997; 52: 300-406.
59. **Tong D, Chung F, Wong D.** Predictive factors in global and anesthesia satisfaction in ambulatory surgical patients. Anesthesiology. 1997; 87: 85-89.
60. **Pineault R, Contandriopoulos AP, Valoris M, et al.** Randomised clinical trial of one day surgery: patient satisfaction, clinical outcomes and costs. Med Care. 1985; 23: 171-182.
61. **Myles PS, Williams DL, Hendrata M et al.** Patient satisfaction after anaesthesia and surgery: results of a prospective survey of 10811 patients. British Journal of anaesthesia. 2000; 84(1): 6-10.
62. **Öztürk MO.** “Hasta–Hekim İlişkileri” Ruh Sağlığı ve Bozukluklar Ankara 2004;10(2):736-737

63. **Rourke KO.** Trust and the Physician-Patient Relationship AJKD 1993; 21(6):684-685.
64. **Morgan M.** “The Doctor-Patient Relationship”. In **Patrick DL.** and **Scambler G.** (eds.) Sociology as Applied to Medicine, Baillire, London 1986; 22(12):1347-54.
65. **Falvo D.** and **Tippy P.** Patient Satisfaction and Adherence as Associated with Resident Skill, The Journal of Family Practice 1988; 26(6):643-647.
66. **Freeman B. ve ark.** Gaps in Doctor-Patient Communicaiton: Doctor-Patient Interaction Analysis, Pediatric Research 1971; 5: 298-311.
67. **Vuori H. ve ark.** Doctor-Patient Relationship in the Light of Patients Experiences, Social Science and Medicine 1972; 6(8):723-730.
68. **Morgan M.** The Doctor-Patient Relationship, In **Patrick D.L.** and **Scambler G.** (eds.) Sociology as Applied to Medicine, Baillire, London 1986; (1):55
69. **Çay F.** Hasta ve Hekim İlişkileri, Çağımızda Hasta-Sağlık Çalışanları İlişkileri. Ankara 1996 (1):17
70. **Fletcher C.** Listening and Talking to Patients III The Exposition, British Medical Journal October 1980; (1): 994
71. **Şehsuvaroğlu BN.** Tıbbi Deontoloji, Bayda Basım ve Dağıtım AŞ. İstanbul 1986; (1):39
72. **Toker SO.** Doktorlar ve Hastaları Arasındaki İletişim-Etkileşim, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi. Ankara 1994;(2):8-9
73. **Gülbayrak C, Gülbayrak K, Açık Y ve ark.** TARDD 2003;31(Ek sayı 2):48 (GA P-45).
74. **Igbert LD, Battit GE, Turndorf H, Beecher HK.** The value of the preoperative visit by anesthetist. JAMA 1963;185:553-5.
75. **Ramsay MA.** A survey of pre-operative fear. Anaesthesia 1972;27:396-402.

76. **Chew ST, Tan T, Tan SS, Ip-Yam PC.** A survey of patients' knowledge of anaesthesia and perioperative care. Singapore Med J 1998; 39: 399-402.
77. **Turhan Y.** Elektif cerrahi operasyonu planlanan hastalarda preoperatif ve postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisi. Uzmanlık Tezi 2007.
78. **Dedeoğlu A.**,Hastaların anestezi ile ilgili temel bilgilerinin ve endişelerinin değerlendirilmesi, Uzmanlık tezi, 2010
79. Jathar D, Shinde VS, Patel RD, Naik LD. A study of patients' perception about the knowledge of anaesthesia and anaesthesiologist. Indian J Anaesth. 2002;46:26–30.
80. **Aykent R, Kocamanoğlu İS, Üstün E, Tür A, Şahinoğlu H.** Preoperatif Anksiyete Nedenleri ve Değerlendirilmesi: APAIS ve STAI Skorlarının Karşılaştırılması. Türkiye Klinikleri J Anest Reanim 2007; 5: 7-13.
81. **Hwang SM. ve ark.,** Patient Preference and Satisfaction with Their Involvement in the Selection of an Anesthetic Method for Surgery. Department of Anesthesiology and Pain Medicine, College of Medicine, Hallym University, Chuncheon, Korea