

T.C
DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON
ANABİLİM DALI

HASTALARIN ANESTEZİ İLE İLGİLİ TEMEL BİLGİLERİNİN VE
ENDİŞELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ
Dr. Andaç DEDEOĞLU

TEZ YÖNETİCİSİ
Yrd. Doç. Dr. Haktan KARAMAN

DİYARBAKIR-2010

ÖNSÖZ

Asistanlığım boyunca deneyimleri ile bizlere her zaman yol gösteren ve destek olan, bilgi ve sabrını esirgemeyen sayın hocam Doç. Dr. Gönül ÖLMEZ KAVAK'a,

Asistanlığımın ilk sürecinde çalışma fırsatı bulduğum ve anesteziye başlamamda katkısı olan sayın hocam Prof. Dr. Selim TURHANOĞLU'na,

Eğitimime katkılarından dolayı Anesteziyoloji Anabilim Dalındaki diğer Öğretim Üyelerim; Doç.Dr. Mustafa CENGİZ'e, Doç. Dr. Sedat KAYA'ya ve Yrd. Doç. Dr. M.Ali ÖZYILMAZ'a,

Ağrı kliniğindeki eğitimim sırasında benden çok değerli emek ve ilgisini esirgemeyen, aynı zamanda danışmanım Yrd. Doç. Dr. Haktan KARAMAN'a, bilgi ve deneyimlerini bizimle paylaşan Yrd. Doç. Dr. Adnan TÜFEK'e, Yrd. Doç. Dr. Zeynep BAYSAL YILDIRIM'a ve

Birlikte zevkle çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma ve sağlık personeline,

Her zaman desteklerini yanımda hissettiğim sevgili aileme,

Eğitimim boyunca gösterdiği anlayıştan dolayı sevgili eşim Serhat'a ve canım kızım Deren'e teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLO LİSTESİ	III
ŞEKİL LİSTESİ	VIII
GRAFİK LİSTESİ	IX
KISALTMALAR	X
GİRİŞ VE AMAÇ	1
TARİHÇE	4
GENEL BİLGİLER	4
GEREÇ VE YÖNTEM	44
BULGULAR	46
TARTIŞMA	93
SONUÇ	105
ÖZET	106
ABSTRACT	107
KAYNAKLAR	108

TABLO LİSTESİ

Tablo- 1: Rutin Tetkikler (ASA I Hastalarda Uygulanacak Tetkikler)	11
Tablo- 2: Doktor ve Hastanın Karşılıklı Rolü	35
Tablo- 3: Bölgelere göre yoksulluk oranı	42
Tablo-4: “ Bildiğiniz herhangi bir hastalığınız var mı?” sorusuna verilen cevabın cinsiyete göre dağılımı	49
Tablo-5: “ Alışkanlıklarınız var mı?” sorusuna verilen cevabın cinsiyete göre dağılımı	50
Tablo-6: “Daha önce anestezi (narkoz) altında ameliyat oldunuz mu?” sorusuna verilen cevabın cinsiyete göre dağılımı	50
Tablo-7: “Herhangi bir ilaca karşı allerjiniz var mı?” sorusuna verilen cevabın cinsiyete göre dağılımı	51
Tablo-8: “Anestezi polikliniğine neden geldiğinizi biliyor musunuz?” sorusuna verilen cevabın cinsiyete göre dağılımı	51
Tablo-9: “Anestezi doktoru hastanede nerede çalışır?” sorusuna verilen cevabın cinsiyete göre dağılımı	52
Tablo-10: “Anestezi yöntemlerinden hangisini biliyorsunuz?” sorusuna verilen cevabın cinsiyete göre dağılımı	53
Tablo-11: “Anestezi doktorunun ameliyatta neler yaptığını biliyor musunuz?” sorusuna verilen cevabın cinsiyete göre dağılımı	53
Tablo-12: “Ameliyatta uygulanacak anestezi işlemi ile ilgili bilgiyi size kim vermelidir?” sorusuna verilen cevabın cinsiyete göre dağılımı	54
Tablo-13: “Ameliyatta anestezinin kimin tarafından verildiğini düşünüyorsunuz?” sorusuna verilen cevabın cinsiyete göre dağılımı	55
Tablo-14: “Uygulanacak anestezi işlemi ile ilgili korkularınız nelerdir?” sorusuna verilen cevabın cinsiyete göre dağılımı	55
Tablo-15: “Bölgesel anestezi işlemi duydunuz mu?” sorusuna verilen cevabın cinsiyete göre dağılımı	56
Tablo-16: “Bölgesel anestezi işlemi kim yapar?” sorusuna verilen cevabın cinsiyete göre dağılımı	57
Tablo-17: “Bölgesel anestezi işlemine ait herhangi bir endişeniz var mı?” sorusuna verilen cevabın cinsiyete göre dağılımı	57

Tablo–18: “ Bildiğiniz herhangi bir hastalığınız var mı?” sorusuna verilen cevabın yaş gruplarına göre dağılımı	58
Tablo–19: “Alışkanlıklarınız var mı?” sorusuna verilen cevabın yaş gruplarına göre dağılımı	59
Tablo–20: “Daha önce anestezi (narkoz) altında ameliyat oldunuz mu?” sorusuna verilen cevabın yaş gruplarına göre dağılımı gruplarına	59
Tablo–21: “Herhangi bir ilaca karşı allerjiniz var mı?” sorusuna verilen cevabın yaşa göre dağılımı	60
Tablo–22: “Anestezi polikliniğine neden geldiğinizi biliyor musunuz?” sorusuna verilen cevabın yaş gruplarına göre dağılımı	61
Tablo–23: “Anestezi doktoru hastanede nerede çalışır?” sorusuna verilen cevabın yaş gruplarına göre dağılımı	61
Tablo–24: “Anestezi yöntemlerinden hangisini biliyorsunuz?” sorusuna verilen cevabın yaş gruplarına göre dağılımı	62
Tablo–25: “Anestezi doktorunun ameliyatta neler yaptığını biliyor musunuz?” sorusuna verilen cevabın yaş gruplarına göre dağılımı	62
Tablo–26: “Ameliyatta anestezinin kimin tarafından verildiğini düşünüyorsunuz?” sorusuna verilen cevabın yaş gruplarına göre dağılımı	63
Tablo–27: “Ameliyatta uygulanacak anestezi işlemi ile ilgili bilgiyi size kim vermelidir?” sorusuna verilen cevabın yaş gruplarına göre dağılımı	63
Tablo–28: “Uygulanacak anestezi işlemi ile ilgili korkularınız nelerdir?” sorusuna verilen cevabın yaş gruplarına göre dağılımı	64
Tablo–29: “Bölgesel anestezi işlemi duydunuz mu?” sorusuna verilen cevabın yaş gruplarına göre dağılımı	65
Tablo–30: “Bölgesel anestezi işlemi kim yapar?” sorusuna verilen cevabın yaş gruplarına göre dağılımı	65
Tablo–31: “Bölgesel anestezi işlemine ait herhangi bir endişeniz var mı?” sorusuna verilen cevabın yaş gruplarına göre dağılımı	66
Tablo–32: “ Bildiğiniz herhangi bir hastalığınız var mı?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımı	67
Tablo–33: “ Alışkanlıklarınız var mı?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımı	67

Tablo-34: “Daha önce anestezi (narkoz) altında ameliyat oldunuz mu?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımı	68
Tablo-35: “Herhangi bir ilaca karşı alerjiniz var mı?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımı	68
Tablo-36: “Anestezi polikliniğine neden geldiğinizi biliyor musunuz?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımı	69
Tablo-37: “Anestezi doktoru hastanede nerede çalışır?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımı	69
Tablo-38: “Anestezi yöntemlerinden hangisini biliyorsunuz?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımı	70
Tablo-39: “Anestezi doktorunun ameliyatta neler yaptığını biliyor musunuz?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımı	71
Tablo-40: “Ameliyatta anestezinin kimin tarafından verildiğini düşünüyorsunuz?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımı	72
Tablo-41: “Ameliyatta uygulanacak anestezi işlemi ile ilgili bilgiyi size kim vermeli?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımı	72
Tablo-42: “Uygulanacak anestezi işlemi ile ilgili korkularınız nelerdir?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımı	73
Tablo-43: “Bölgesel anestezi işlemini duydunuz mu?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımı	74
Tablo-44: “Bölgesel anestezi işlemini kim yapar?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımı	74
Tablo-45: “Bölgesel anestezi işlemine ait herhangi bir endişeniz var mı?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımı	75
Tablo-46: “Bildiğiniz herhangi bir hastalığınız var mı?” sorusuna verilen cevabın meslek gruplarına göre dağılımı	76
Tablo-47: “Alışkanlıklarınız var mı?” sorusuna verilen cevabın meslek gruplarına göre dağılımı	76
Tablo-48: “Daha önce anestezi (narkoz) altında ameliyat oldunuz mu?” sorusuna verilen cevabın meslek gruplarına göre dağılımı	77
Tablo-49: “Herhangi bir ilaca karşı alerjiniz var mı?” sorusuna verilen cevabın meslek gruplarına göre dağılımı	77

Tablo-50: “Anestezi polikliniğine neden geldiğinizi biliyor musunuz?” sorusuna verilen cevabın meslek gruplarına göre dağılımı	78
Tablo-51: “Anestezi doktoru hastanede nerede çalışır?” sorusuna verilen cevabın meslek gruplarına göre dağılımı	78
Tablo-52: “Anestezi yöntemlerinden hangisini biliyorsunuz?” sorusuna verilen cevabın meslek gruplarına göre dağılımı	79
Tablo-53: “Anestezi doktorunun ameliyatta neler yaptığını biliyor musunuz?” sorusuna verilen cevabın meslek gruplarına göre dağılımı	80
Tablo-54: “Ameliyatta anestezinin kimin tarafından verildiğini düşünüyorsunuz?” sorusuna verilen cevabın meslek gruplarına göre dağılımı	81
Tablo-55: “Ameliyatta uygulanacak anestezi işlemi ile ilgili bilgiyi size kim vermelidir?” sorusuna verilen cevabın meslek gruplarına göre dağılımı	81
Tablo-56: “Uygulanacak anestezi işlemi ile ilgili korkularınız nelerdir?” sorusuna verilen cevabın meslek gruplarına göre dağılımı	82
Tablo-57: “Bölgesel anestezi işlemi duydunuz mu?” sorusuna verilen cevabın meslek gruplarına göre dağılımı	82
Tablo-58: “Bölgesel anestezi işlemi kim yapar?” sorusuna verilen cevabın meslek gruplarına göre dağılımı	83
Tablo-59: “Bölgesel anestezi işlemine ait herhangi bir endişeniz var mı?” sorusuna verilen cevabın meslek gruplarına göre dağılımı	84
Tablo-60: “Bildiğiniz herhangi bir hastalığınız var mı?” sorusuna verilen cevabın sosyoekonomik düzeye göre dağılımı	84
Tablo-61: “Alışkanlıklarınız var mı?” sorusuna verilen cevabın sosyoekonomik düzeye göre dağılımı	85
Tablo-62: “Daha önce anestezi (narkoz) altında ameliyat oldunuz mu?” sorusuna verilen cevabın sosyoekonomik düzeye göre dağılımı	85
Tablo-63: “Herhangi bir ilaca karşı alerjiniz var mı?” sorusuna verilen cevabın sosyoekonomik düzeye göre dağılımı	86
Tablo-64: “Anestezi polikliniğine neden geldiğinizi biliyor musunuz?” sorusuna verilen cevabın sosyoekonomik düzeye göre dağılımı	87
Tablo-65: “Anestezi doktoru hastanede nerede çalışır?” sorusuna verilen cevabın sosyoekonomik düzeye göre dağılımı	87

Tablo-66: “Anestezi yöntemlerinden hangisini biliyorsunuz?” sorusuna verilen cevabın sosyoekonomik düzeye göre dağılımı	87
Tablo-67: “Anestezi doktorunun ameliyatta neler yaptığını biliyor musunuz?” sorusuna verilen cevabın sosyoekonomik düzeye göre dağılımı	88
Tablo-68: “Ameliyatta anestezinin kimin tarafından verildiğini düşünüyorsunuz?” sorusuna verilen cevabın sosyoekonomik düzeye göre dağılımı	89
Tablo-69: “Ameliyatta uygulanacak anestezi işlemi ile ilgili bilgiyi size kim vermelidir?” sorusuna verilen cevabın sosyoekonomik düzeye göre dağılımı	89
Tablo-70: “Uygulanacak anestezi işlemi ile ilgili korkularınız nelerdir?” sorusuna verilen cevabın sosyoekonomik düzeye göre dağılımı	90
Tablo-71: “Bölgesel anestezi işlemi duydunuz mu?” sorusuna verilen cevabın sosyoekonomik düzeye göre dağılımı	90
Tablo-72: “Bölgesel anestezi işlemi kim yapar?” sorusuna verilen cevabın sosyoekonomik düzeye göre dağılımı	91
Tablo-73: “Bölgesel anestezi işlemine ait herhangi bir endişeniz var mı?” sorusuna verilen cevabın sosyoekonomik düzeye göre dağılımı	91

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil- 1: Mallampati skoru 8

Şekil- 2: Tiromental mesafe (Patill işareti) 9

GRAFİK LİSTESİ

Grafik- 1: Hastaların cinsiyete göre dağılımı	46
Grafik- 2: Hastaların yaşa göre dağılımı	46
Grafik- 3: Hastaların eğitim durumuna göre dağılımı	47
Grafik- 4: Hastaların mesleki durumuna göre dağılımı	47
Grafik- 5: Hastaların sosyoekonomik duruma göre dağılımı	47
Grafik- 6: Hastaların bildiği sistemik hastalığa göre dağılımı	48
Grafik- 7: Hastaların anestezi deneyimine göre dağılımı	48
Grafik- 8: Hastaların herhangi bir ilaca karşı alerjisi olduğuna göre dağılımı	49

KISALTMALAR

CO2: Karbondioksit

MI: Miyokard İnfarktüsü

ASA: American Society of Anesthesiologists

E: Emergency

AKŞ: Açlık Kan Şekeri

MAOI: Monoamin Oksidaz İnhibitörleri

NSAİİ: Non-Steroid Antiinflamatuvar İlaçlar

KVC: Kardiyovasküler Cerrahi

TKS: Tam Kan Sayımı

Hb: Hemoglobin

Htk: Hemotokrit

BUN: Kan Üre Nitrojen

EKG: Elektrokardiyografi

PT: Protrombin Zamanı

PTT: Parsiyel Tromboplastin Zamanı

İM: İntramuskuler

H2: Histamin 2

mCPP: m-klorofenil piperazin

LSD: liserjik asit dietilamid

NDMA: 3,4-metilen dioksine amfetamin

DHB: Dehidrobenzperidoldür

H⁺: Hidrojen İyonu

İV: İntravenöz

NE: Norepinefrin

5HT: Serotonin

GABA: Aminobutirik Asit

COX- 2: Siklooksijenaz- 2

SPSS: Statistikal Package For Social Sciences

χ^2 : Ki Kare

GAP: Güneydoğu Anadolu Projesi

AB: Avrupa Birliği

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TÜSİAD: Türkiye Sanayi ve İş Adamları Derneği

1.GİRİŞ ve AMAÇ

Preoperatif değerlendirme, cerrahi girişim sırasında ve sonrasında morbidite ve mortaliteyi azaltmada anahtar rol oynamaktadır. Bu değerlendirme, önceden tanımlanmamış sağlık sorunlarını saptayarak, anestezi ve cerrahi yaklaşımların gözden geçirilmesine, peroperatif ve postoperatif dönemde istenmeyen olayların önlenmesine olanak sağlamaktadır. Preoperatif değerlendirme, cerrahi olan veya olmayan girişimler için uygulanacak anestezi öncesinde anesteziyoloğun sorumluluğunda olan bir klinik incelemedir (1). Anesteziyologlar hastanın gerçek durumunu preoperatif vizitte yeterli değerlendirebilirlerse, yapılacak girişimi ve eşlik edecek sedasyon veya anestezi planını daha güvenli ve daha iyi planlayabilirler (1,2). Preoperatif değerlendirme hastanede yatış süresini kısaltır, planlanan cerrahinin ertelenmesini ya da iptal edilmesini önler (3). 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 terapötik hikâyesine dayanır (2,4).

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 (5,6). 1991-1994 yıllarında yapılan, hastaların anestezi ile ilgili bilgi düzeylerini değerlendiren çalışmalarda Hume ve ark.ları (7) anesteziistlerin doktor olduğunu bilenlerin oranını %78, Shevde ve ark.ları (5) yaptıkları çalışmada; anesteziistin rolünü bilenlerin oranını %68 olarak bildirmişlerdir.

Türkiye açısından baktığımızda Anesteziyoloji 1956 yılında uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir. Şekerci ve ark.ları (8) ile Ceyhan ve ark.larının (9) 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.

Poliklinikte veya preoperatif vizite anesteziist tarafından bilgilendirilen hastaların preoperatif dönemde anksiyete seviyelerinin düşük olduğu tespit edilmiştir (10,11). Anksiyete cerrahiye, anesteziyi ve postoperatif iyileşmeyi olumsuz etkiler (12,13,14). 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 (15,16). Anksiyöz hastalar anestezi indüksiyonu sırasında daha yüksek doz anestezi ilacı ihtiyaç duyarlar (13). Preoperatif dönemde detaylı bilgilendirilen hastaların preoperatif ve postoperatif anksiyete düzeylerinin ve postoperatif ağrının daha düşük olduğu, iyileşmenin daha hızlı olduğu gösterilmiştir (14).

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 (17). Hasta memnuniyetine ilişkin yayınlar hasta memnuniyetinin tanımlanması, bilgi toplama, kullanılan yöntem ve araştırmaların uyumunda problemler nedeniyle sınırlıdır (18). Heidegger ve ark.ları (19) anestezi bakımında hasta memnuniyetini incelemişler ve memnuniyeti etkileyen nedenleri; ağrı tedavisi, anestezi tarafından kişisel bakımın sürekliliği, uyanma odasındaki hemşire bakımı, tedavilerin gecikmemesi, hasta ile ilgili karar verirken danışma, saygı ve güven şeklinde sıralamışlardır.

Anesteziyoloji araştırmalarında preoperatif dönemde hastaların anestezi ile ilgili fikirlerini sorgulamak, anksiyete düzeyini belirlemek ve anestezinin kalitesini doğrulamak için anket araştırmalarını kullanmak yeni değildir. Anestezistin sosyal imajının hak ettiği yerde olmadığı, anestezi uzmanlarının ve anestezi uygulamalarının yeterince anlaşılabilmiş olduğu düşüncesi bu konuda birçok çalışma yapılmasına neden olmuştur (20,21). Bu çalışmalarda hastaların anestezi bilgileri, anestezi uzmanlarına verdikleri önem anestezi uzman ve anestezi yöntemini seçme istekleri ve anestezi konusunda bilgi edinme istekleri araştırılmıştır. Üç dekattan 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.

Bu çalışmada preoperatif dönemde anestezi onamı için polikliniğine başvuran hastalara anestezi hakkındaki bilgi ve endişelerinin ortaya konulması amacıyla bir anket düzenlenmiştir. Bu alışma 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.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 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.

Gerçek anestezi tarihi 1774 yılında Joseph Priesley'in oksijeni tanımlaması ile başladı. Ardından gene Priestley 1776'da nitroz oksidi keşfetmiştir (22).

Aynı yıllarda Sir Thomas Beddoes İngiltere'de eter ile oluşturulan derin uyku halini rapor etti. 1799'da Humphrey Davy nitroz oksidi 'güldürücü gaz' olarak tanımlayıp cerrahi girişimler sırasında kullanımının avantajından bahsetmiştir (25).

Cerrahi anestezinin tanımlanması, Amerika'nın tıp alanına en büyük katkılarından biri olarak tarihe geçmiştir. Bu dönemde (1842- 1846) pek çok araştırma, deney ve keşif peş peşe yapılmıştır. 1844 yılında diş hekimi Horace Wells ilk kez diş çekimi sırasında nitroz oksidi kullanarak ağrısız diş 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 (22).

1846 yılından 1. Dünya Savaşının sonuna kadar olan dönemde anestezi adına gelişimler yavaş ve sporadik olmuştur. Bu nedenle bu döneme anestezinin erken gelişim dönemi de denilmektedir (23).

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, karbondioksidin ortaya çıkarabileceği sorunları vurgulamıştır. Ayrıca anestezideki ilk yazılı 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 arrestten 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 anesteziğini denemiş ve başarmıştır. Böylece ilk kez epidural anestezi tarif edilmiştir (22).

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 girişimler yapmıştır (25). Anesteziğin 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 anesteziğin gelişiminde önemli bir yapı taşı olmuştur (24).

Bir farmakoloji profesörü olan Dennis E.Jackson 1914 yılında karbondioksit (CO₂) absorbanlarını geliştirmiştir. Aynı yıl içinde başka bir araştırmada Richard Von Foregger nitroz 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 "Anesthesiameter" 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 anestezi oluşturmak amacı ile tekrar keşfedilmiştir.

Modern anestezi dönemi 1920-1940 arasındaki döneme denilmektedir. Anesteziyoloji, 1940'dan bu yana bilimsel ve medikal olarak uzmanlık dalı kabul edilmiştir. Ayrıca organize gruplar ve departmanların anesteziyolojiye katkısı bu döneme rastlamaktadır. Bu dönemin en önemli isimleri ise Arthur Guedel, Ralph Waters, Iwan Magill ve Emery Andrew Rovestime' dir. Mayo Klinikten John Lundy ve Harold

R.Griffiths hem başarılı klinik anesteziyolojistler olarak, hem de organize anestezi eğitimine katkıları nedeni ile modern anestezi tarihine geçmişlerdir.

Anestezi 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.

Intravenöz anestezi gelişimi 1903 yılında kısa etkili, suda eriyen barbitüratların sentezi ile başladı ve ilk kez 1927' de John Lundy tarafından intravenöz anestezi gerçekleştirildi.

1942'de ilk kez anestezi sırasında Griffith ve Johnson tarafından kas gevşemesi amacıyla kurar kullanılmıştır. 1950'lerden beri modern inhalasyon anestezikleri sentez edilip kullanılmaya başlanıp, eter ve siklopropan terk edilmiştir. Nitroz oksit modern anestezide yerini korumaya devam etmiştir (22).

Halotan klinik kullanıma girdikten bir süre sonra postanestezik hepatik nekrozlar bildirilmeye başlanmıştır. Bundan sonra yeni anesteziklerin araştırılması hız kazanmıştır. İntravenöz anesteziklerin araştırılması "balans anestezi" tanımı ile anestezi pratiğine sokulmuştur. İntravenöz ajanlar içinde potent opioidler önem kazanmaya başlamıştır. Günümüzde halen inhalasyon anesteziklerinde ve intravenöz ajanlarda ideal anestetiğin aranmasına devam edilmektedir (23,25).

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 kullanıma 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 (22).

2.2 PREOPERATİF DEĞERLENDİRME

Hastanın preoperatif devrede anesteziyolog tarafından değerlendirilmesi, hastadan bilgi alma ve buna göre anestezi planı hazırlamaktan ibarettir. Preoperatif tıbbi yaklaşımın en önemli gerekçesi, perioperatif yaklaşımın planlanması ve optimal preoperatif morbiditenin azaltılmasıdır. Çünkü preoperatif morbidite ve mortalite önceden var olan ciddi bir hastalığın varlığında artar.

Hastanın Öyküsü ve Fizik Muayenesi:

Preoperatif değerlendirmede en önemli gerçek hastanın öyküsü ve fizik inceleme bulgularının laboratuvar testlerinden çok daha önemli olduğudur. Mevcut sorunun ne olduğu, bilinen diğer sorunları, aldığı ilaçlar, alerji öyküsü, ilaç intoleransı, yandaş hastalık ve tedavisi, alkol-sigara öyküsü, geçirilmiş anestezi öyküleri, geçirilmiş operasyonlar, aile anamnezi öyküsünde sorgulanan parametrelerdir.

Pulmoner yönden hastaların değerlendirilmesine özellikle dikkat edilmelidir. Hastalarda sigaranın en hızlı şekilde kesilmesi gerekir. Bronkodilatatör, ekseptoran

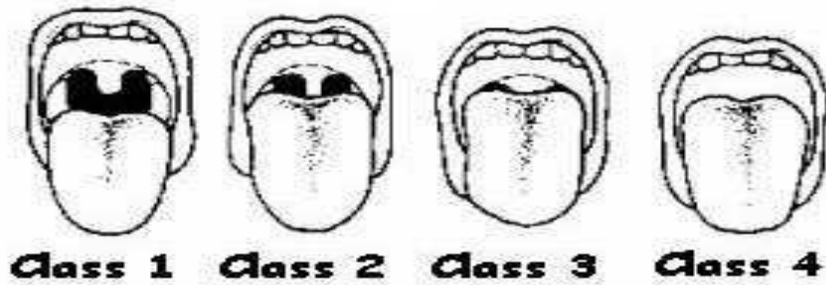
gerekli görülürse fizyoterapi ile bronş drenajı sağlanmalı ve enfeksiyon söz konusu ise efektif antibiyotik tedavisi yapılmalıdır.

Kardiyak yönden değerlendirilmede ise geçmişte miyokard infarktüsü (MI) öyküsü, kapak hastalığı, kardiyak yetmezlik, kararsız angina, diabetes mellitus ve kontrol altına alınmamış hipertansiyon risk oluştururlar. Bu hastalarda perioperatif iskemik durum açısından monitörizasyona dikkat edilmelidir. Öncelikle ciddi aort darlığı olanlarda elektif ameliyat öncesi bunun düzeltilmesi gerekir. Preoperatif kalp yetmezliğinin tedavisi yapılmalı ve operasyon acil değilse, geçirilmiş MI'den en az 6 ay sonra planlanmalıdır.

Endokrin yönden ise en az üç ay öncesine kadar tiroid fonksiyonları kontrol edilmeli ve hastalar ötiroid fonksiyonda olmalıdır. Diabetik hastaların kan şekeri düzeyi dengede olmalıdır. Steroid kullanan hastalar da dozun cerrahi strese göre ayarlanması gereklidir. Olguların vital bulguları değerlendirildikten sonra, hava yolu değerlendirmesi ve Mallampati skoru (şekil 1) ile olası zor entübasyon önceden belirlenmeye çalışılır. Kalp, akciğer, ekstremiteler, nörolojik muayene değerlendirilmesi sonrasında ihtiyaç hissedilirse ilgili bölümlerce konsültasyonlar ya da tetkikler istenir. Anestezi planı oluşturulur (genel, rejyonel, sedoanaljezi, lokal vs), hasta ya da yakını bilgilendirilerek yazılı onay alınır. Postoperatif takip programı oluşturulur (servis, yoğunbakım) ve postoperatif ağrı kontrolü planlanır.

Preoperatif Testler (26):

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 (26)

Sınıf I: Yumuşak damak, uvula ve pilikalar görülebilir

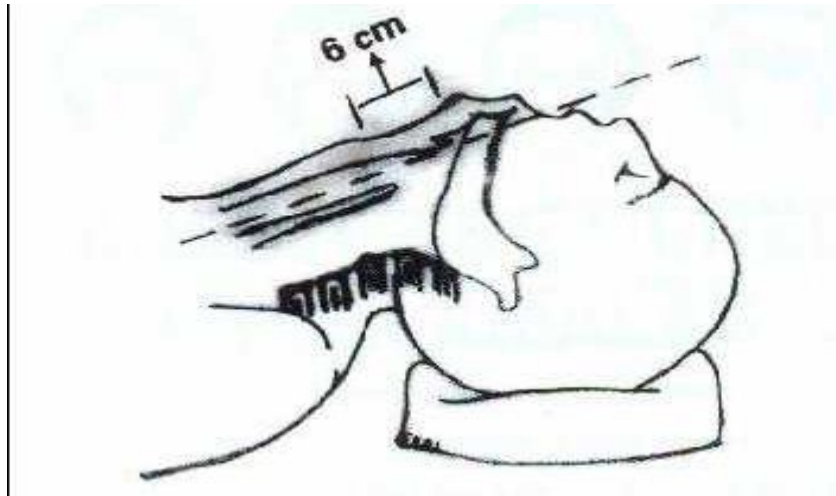
Sınıf II: Yumuşak damak ve uvula görülebilir.

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) (26)

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 anestezik yaklaşımın ve monitörizasyon yöntemlerinin belirlenmesi için yararlı olduğu kabul edilen değerlendirme sistemi ile değerlendirilirler.

ASA (American Society of Anesthesiologists) Sınıflaması (26)

ASA 1: Normal, sistemik bir bozukluğa neden olmayan cerrahi patoloji dışında bir hastalık veya sistemik sorunu olmayan sağlıklı birey (perioperatif mortalite oranı % 0,06-0,08)

ASA 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 (perioperatif mortalite oranı % 0,27-0,4)

ASA 3: Aktivitesini sınırlayan, ancak güçsüz bırakmayan hastalığı (hipovolemi, latent kalp yetmezliği, geçirilmiş miyokard infarktüsü, ileri diyabet, sınırlı akciğer fonksiyonu gibi) olan hasta (perioperatif mortalite oranı % 1,8-4,3)

ASA 4:Gücünü tamamen yitirmesine neden olup hayatına sürekli bir tehdit oluşturan bir hastalığı (şok, dekompanze kalp veya solunum sistemi hastalığı, böbrek, karaciğer yetmezliği gibi) olan hasta (perioperatif mortalite oranı % 7,8-23)

ASA 5:Ameliyat olsa da olmasa da 24 saatten fazla yaşaması beklenmeyen, son ümit olarak cerrahi girişim yapılan ölüm halindeki hasta(perioperatif mortalite oranı % 9,4-51)

ASA 6:Organ alınmaya uygun, beyin ölümü gelişmiş hastalar girmektedir. Acil cerrahi girişim gerektiğinde hastanın sınıflama numarasından sonra "E (Emergency)" harfi eklenmektedir. ASA IE gibi.

Hastada oluşturdukları risk yönünden cerrahi uygulamalar protokolde 4 grade'e ayrılmıştır. Kardiyovasküler ve nöroşirurji girişimleri özelliği olan operasyonlar olarak ayrıca belirtilmiştir.

Cerrahi Grade Sınıflaması (26)

Grade 1: 30 dakikayı geçmeyen, vital fonksiyonları hemen hiç etkilemeyen küçük girişimler (abse direnağı, 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, artroskopisi, 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 (26)

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.

Tablo- 1: Rutin Tetkikler (26)

(ASA I Hastalarda Uygulanacak Tetkikler)

Cerrahi Grade	YAŞ < 16	YAŞ 16-40	YAŞ 41-60	YAŞ 61 ve üzeri
Grade I	YOK	YOK	Hb(Hemoglobin), Htk(Hemotokrit), EKG(Elektrokardiyografi), Serum elektrolit, Kan Şekeri	TKS(Tam Kan Sayımı), EKG, Serum elektrolit, Kan şekeri, BUN(Kan Üre Nitrojen), kreatinin
Grade 2	Hb-Htk	TKS, Serum elektrolit, Kan şekeri	TKS, EKG	TKS, EKG, Serum elektrolit, Kan şekeri, BUN, kreatinin
	TKS	TKS, Serum elektrolit, Kan şekeri, BUN, kreatinin, PT(Protrombin Zamanı)- PTT(Parsiyel	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, PT-PTT
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

Preoperatif Aç Kalma Süresi (26)

Elektif ameliyatlardan önce erişkinlerde >6- 8 saat açlık gerekmektedir. Pediatrik grupta genelde aşağıdaki skala kullanılır.

	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

Preoperatif İlaç Kullanımı (26)

Preoperatif dönemde anestezi uygulamasını olumsuz etkileyebilecek ilaçlarını belirlenmesi ve bazılarının kesilmesi veya değiştirilmesi gerekebilir.

Anestezi Öncesi Kesilmesi Gereken İlaçlar:

Antikoagülanlar

Asetil salisilik asit: Operasyondan 1 hafta önce kesilmelidir.

Varfarin sodyum: Operasyondan 4-5 gün önce kesilmelidir.

Klopidogrel: Operasyondan 6-7 gün önce kesilmelidir.

Tiklopidin HCl: Operasyondan 10-14 gün önce kesilmelidir.

Antidiyabetikler

Oral antidiyabetik ilaçlar: Glibenklamid, glibornurid, glizlazid, glimeperid, glipizid, glikidon. Hipoglisemi riski nedeniyle ameliyattan bir önceki akşam kesilmeli ve intravenöz(iv) tamponize insülin solüsyonuna geçilmelidir.

Parenteral insülin preparatları: Açlık kan şekeri (AKŞ) normal ise, ameliyat sabahı alacağı doz verilmez. Ancak AKŞ yüksek ise günlük dozun yarısı ameliyat sabahı verilebilir.

Antidepresanlar

Monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOI): Fenelzin, izokarboksazid, tranilsipromin, meklobemid. Operasyondan 2 hafta önce kesilmelidir.

Trisiklik antidepresan ilaçlar: Amitriptilin HCl, klomipramin HCl, imipramin HCl. Operasyondan 1 hafta önce kesilmeli

MAOI ve trisiklik antidepresanların son yıllardaki yayınlarda kesilmesine gerek olmadığı da belirtilmektedir.

Lityum: Lityum karbonat, lityum sitrat (Türkiye’de preparatı yok) operasyondan 1 hafta önce kesilmeli ve serum lityum seviyesi kontrol edilmelidir.

Antiparkinson ilaçlar

Levodopa ve Dopa dekarboksilaz enzim inhibitörü kombinasyonu operasyondan 1 hafta önce kesilmelidir.

Diüretikler

Klortalidon, indapamid, mefrusid, furosemid, amilorid HCl, sprinolakton. Dehidratasyon ve hipovolemiye neden olabilirler. Ameliyattan bir önceki akşam kesilmeli ve sabah dozu verilmemeli. Bu tedaviyi sürdüren hastaların ameliyat öncesi elektrolit değerlerinin gözden geçirilmesi gerekir.

Analjezikler

Non-steroid antiinflamatuar ilaçlar (NSAİİ) Selektif olmayan NSAİİ: İbuprofen, diklofenak sodyum, etodolak, naproksen, tenoksikam. Operasyondan 1 hafta önce kesilmeli. Parasetamol ve/veya opioid analjezikler ile değiştirilmelidir.

Selektif siklooksijenaz-2 (COX-2) inhibitörleri: Selokoksib, Valdekoksib. Trombosit fonksiyonları üzerine olumsuz etkisi minimal, ancak majör cerrahilerden 1 hafta önce kesilebilir.

Antibiyotikler

Aminoglikozidler: Amikasin, gentamisin, tobramisin, kanamisin, neomisin (Türkiye’de preparatı yok). Aminoglikozidler, non-depolarizan kas gevşeticilerin etkisini artırabileceğinden ameliyattan önce kesilmeli ve başka bir antibiyotiğe geçilmelidir.

Bitkisel kaynaklı tedaviler

Ameliyattan 10-14 gün önce kesilmelidir.

Alkol ve sigara

Alkollü içeceklerin kullanımı ameliyattan 2 gün önce ve tütün içeren ürünlerin kullanımı ise ameliyattan en az bir gün önce kesilmelidir.

Anestezi Öncesi Devam Edilmesi Gereken İlaçlar:

Aşağıdaki ilaçlara operasyon günü de dâhil olmak üzere devam edilmelidir.

Aminoglikozid grubu antibiyotikler dışındaki tüm antibiyotikler ve antiviral ilaçlar

Antireflü ve antiülser ilaçlar

Antihipertansif ve antianjinal ilaçlar

Anjiyotensin konverting enzim inhibitörleri

Anjiyotensin II reseptör antagonistleri

Nitratlar (Gliseril trinitrat)

Kalsiyum kanal blokerleri

Beta blokerler

Beta bloker ve kalsiyum kanal blokeri kullanan hastalarda anestezi ihtiyacını azalacağı hatırlanmalıdır.

Antiaritmik ilaçlar: Beta-reseptör antagonisti ve kalsiyum kanal antagonisti ve diğer antiaritmikler, digoksin

Antitiroid ilaçlar: Metimazol, propiltiourasil

Kortikosteroidler: Prednizolon, betametazon, deksametazon, flukortolon, metilprednizolon, triamsinolon. Parenteral formlara geçilmelidir.

Son 3 ay içinde 1 haftayı geçen süreyle kortikosteroid tedavisi alan olgularda, anestezi ve cerrahinin yaratacağı ek stresi karşılamak amacıyla doz artırılmalıdır.

Myastenia Gravis tedavisinde kullanılan ilaçlar (antikolinesterazlar): Pridostigmin, neostigmin. Antikolinesteraz kullanan olgularda, bradikardiyi önlemek için anestezi induksiyonu öncesi atropin uygulanmalıdır.

Kronik obstrüktif akciğer hastalıklarının tedavisinde kullanılan ilaçlar: Teofilin, aminofilin, salbutamol, ipratropium, inhaler kortikosteroidler. Teofilin ve aminofilin kullanan olgularda aritmi olasılığını artırdığı için halotan kullanılmamalıdır.

Antiepileptik ve antipsikotik ilaçlar: Karbamazepin, lamotrijin, fenobarbital, fenitoin, sodyum valproat, klonozepam, klorpromazin HCl, haloperidol, tioridazin, mezoridazin. Preeklamsi tedavisinde kullanılan magnezyum tuzlarının non-depolarizan kas gevşeticilerin etkilerini uzatacağı akılda bulundurulmalıdır.

2.3 PREMEDİKASYON (27,28,29)

Premedikasyonun iki komponenti vardır. Bunlar;

1- Psikolojik hazırlık: Anestezi uygulaması hastanın preoperatif devrede psikolojik olarak hazırlanması ve induksiyon öncesi uygulanacak olan spesifik etkili ilaçların seçimi ile başlar. Anksiyete yakın zamandaki cerrahiye normal duyuşsal 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 induksiyonundan 1- 2 saat önce uygulanır. Farmakolojik premedikasyon rutin olmamalıdır. Uygun ilaç ve dozlar ancak iyi bir psikolojik hazırlık yapıldıktan 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-Barbitüratlar

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 kullanılabilirlerdir.

Dezavantajları

1. Analjezik etkilerinin olmaması
2. Oryantasyon bozukluğu
3. Antagonistinin 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 kolisitit

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 oluştururlar.
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 induksiyon 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 kullanımı 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 anesteziden 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 hidrokisizin gibi ilaçlar antihistaminik veya transkilizan olarak sınıflandırılabilir. Bu ilaçlar premedikasyonda sedatif ve antiemetik etkilerinden dolayı kullanılırlar.

6-Antikolinergikler

Atropin, skopolamin ve glikoprolot 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 antogonistleri, 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 sını 2,5 'un üzerine çıkarırlar. İn hale 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 antogonistleri 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.

2.4 ANKSİYETE

Anksiyete Kavramı

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 (30). Bu destanda gılgamış, kendi ölümsüzlüğü ile ilgili endişelerini dile getirmektedir (31). 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 Hipocrata göre, her türlü psikiyatrik belirtinin kaynağı beyindir (32). 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 (33). Anksiyete ile birlikte anılan diğer kavram ise korkudur. Korku (Fair) Almandan gelen bir terimdir. Bu dilde köken aldığı kelime beklemek, pusuda yatmak veya saldırmak anlamına gelmektedir.

18. yüzyıldan sonra anksiyeteye ilişkin oldukça ciddi tanımlamalara ve açıklamalara rastlanmaktadır. 1800'lü yılların ortalarında Heinrich Neumann'ın anksiyetenin, cinsel dürtülerin (ve diğer dürtülerin) doyurulmaması durumunda ortaya çıktığına ilişkin görüşü psikanalitik dönem açıklamaları dikkate alındığında oldukça ilginçtir (32). 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 nörosürkülaturvar nevrasteni, asker kalbi, hiperventilasyon sendromu gibi tanımların yerine geçmiştir. Feuchtersleben, 1847'de ilk kez organik hastalıkların neden olduğu anksiyete belirtilerini gözlemiştir; Morel, 1866'da otonomik sinir sistemindeki değişikliklerin emosyonel belirtilere yol açtığından söz etmiştir (34). 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 (33). 1894'te Freud, anksiyetenin fiziksel ve ruhsal belirtilerini bir araya getirerek “anksiyete nevrozu”nu tanımlamıştır. Bu dönemde Freud, yazılarında histeri ve hipokondriasis gibi geleneksel nevrozların psikolojik kökenli olduğunu söylerken, buna karşı anksiyete nevrozunun organik kökenli olduğunu öne sürmüştür (34) .

Bu gelişmelere karşın yine de anksiyete kapsamına giren çeşitli klinik durumların birbirinden ayrılarak farklı klinik durumlar olarak tanımlanması 1960'lardan sonra elde edilen veriler sonucu gerçekleşebilmiştir. Öztürk “Anxiety, anxiete” karşılığında daha çok psikologlarca ve kimi psikiyatristlerce kullanılan “kaygı” sözcüğünü uygun bulmamaktadır (35). Kaygı, genellikle nesnesi bilinen bir duruma ya da kişiye karşı duyulan merak, endişe, tasa duygusudur. Ayrıca kaygı sözcüğü, klinik düzeyde şiddetli bunaltıyı tam olarak karşılamamaktadır. “Bunaltı” sözcüğü hem kavramsal, hem klinik açıdan uygun görülmektedir (35).

Bir insanın yaşayabileceği en acılı duygu olarak tanımlanabilen anksiyete, psikanalizin ilk döneminde biyolojik kökenli bir olgu olarak kabul edilmiştir. Ancak, topografik kuramın yerine yapısal kişilik kuramını geliştirdikten bir süre sonra anksiyete kavramının yorumuna da bir değişiklik getiren Freud, 1926'da yayımlanan “Ketlenmeler, Belirtiler Anksiyete” adlı yapıtıyla, anksiyeteyi egonun bir işlevi olarak tanımlayarak bu duygunun psikolojik bir olgu olduğunu ortaya koymuştur. Anksiyete kavramının anlaşılabilmesinde en önemli katkılardan biri Karen Horney'dan gelmiştir (35). Horney, anksiyete ve korku kavramını sıkça birlikte kullanarak bu iki kavram arasındaki yakınlığı

ifade etmiştir. Yalom ise varolmanın getirileriyle yüzleşmeden kaynaklanan çatışmanın kaygıya neden olduğunu bildirmektedir (36). 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 sistemi de vücudu tekrar normal haline geri döndüren ve dinlenme haline geçiren sinir sistemidir. Otonom sinir sisteminin uyarılması ile kan basıncı, kalp atışı, solunum sayısı artar. Mide-barsak 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 değişimlerin kişi tarafından hissedilmesi kaygı yaratır.

Anksiyeteyi Açıklayan Biyolojik Kuramlar

Anksiyete hakkındaki biyolojik kuramlar, anksiyetenin hayvan modellerindeki prelinik çalışmaları, biyolojik faktörlerin araştırıldığı hasta çalışmaları, temel nörolojik bilimlerdeki büyüyen birikim ve psikotrop ilaçların etkileri ile gelişmiştir.

1. Otonom Sinir Sistemi

Otonom sinir sisteminin uyarılması kardiyovasküler, musküler, gastrointestinal ve respiratuar sistemde belli belirtilere neden olur. Anksiyetenin bu çevresel belirtileri ne anksiyete bozukluğuna özeldir, ne de anksiyetenin deneyimi ile birlikteliği gereklidir. 20. yy'ın ilk üçte birlik diliminde, Walter Cannon havlayan köpeklere maruz kalan kedilerin, adrenal epinefrin salınımı ile birlikte olan korkunun davranışçı ve fizyolojik işaretlerini gösterdiklerini ortaya koymuştur. James- Lange kuramı öznel anksiyetenin çevresel fenomene yanıt olduğunu ifade eder. Şu anda genel olarak Merkezi Sinir Sistemi (MSS) anksiyetesinin, feokromasitoma gibi hastanın özgün çevresel nedeni olması dışında, anksiyetenin çevresel belirtilerine öncüllük ettiği düşünülmektedir. Bazı anksiyete bozukluğu hastalarının, özellikle panik bozukluğu olanların, artmış sempatik tonusa sahip olan, tekrarlayan uyarana yavaş uyum sağlayan ve orta derecede uyarana aşırı yanıt veren otonomik sinir sistemleri bulunmaktadır.

2.Nörotransmitterler

Hayvan çalışmaları ve ilaç tedavisine yanıt esas alındığında anksiyete ile ilişkili bulunan üç ana nörotransmitter norepinefrin (NE) , serotonin (5HT) ve aminobutirik asit (GABA)'tir (19). Anksiyete hakkındaki temel nörobilimsel bilginin çoğu davranışçı örnekler ve psikoaktif ajanları kapsayan hayvan deneylerinden gelmektedir.

Norepinefrin (NE)

Anksiyetede NE rolünden bahseden genel kurama göre etkilenen hastaların zaman zaman aktivite patlamaları ile seyreden, noradrenarjik sistem regülasyon sorunları olabilmektedir. Noradrenarjik sistemin hücre gövdeleri birincil olarak rostral ponsta locus seruleusta yerleşmişlerdir ve aksonları serebral korteks, limbik sistem, beyin sapı ve spinal korda projekte olurlar. Maymunlar üzerinde yapılan çalışmalarda locus seruleusta uyarılmanın hayvanlarda korku yanıtına neden olduğu ve aynı alanın yakılmasının hayvanların korku yanıtı oluşturmasını inhibe ettiği ya da tamamen bloke ettiği gösterilmiştir.

İnsan çalışmalarında panik bozukluğu olan hastalarda β -adrenerjik agonistlerin ve 2- adrenerjik antagonistlerin panik atakların sıklığını ve şiddetini provoke ettiği bulunmuştur. Fakat, 2- adrenerjik agonist olan klonidin bazı deneysel çalışmalar ve terapötik durumlarda anksiyete semptomlarını azaltmıştır. Daha az uyumlu bir bulgu olarak özellikle anksiyete bozukluğu olan hastaların beyin omurilik sıvısında (BOS) veya idrarında noradrenerjik metabolit olan 4- metoksi- 4-hidroksifenil glikol (MHPG) miktarının yükseldiği saptanmıştır (37).

Serotonin (5HT)

Çeşitli serotonin reseptör tiplerinin tanımlanması, anksiyete patogenezinde serotonin rolü konusunda araştırmaları hızlandırmıştır. Bu ilişki ilk olarak serotonerjik antidepressan ilaçların bazı anksiyete bozukluklarında terapötik etkilerinin gözlenmesinden sonra olmuştur. Bir serotonerjik tip 1a reseptör agonisti olan buspironun anksiyete bozukluklarındaki etkinliği de anksiyete ile serotonin arasındaki ilişki olasılığını gösterir. Serotonerjik nöronların hücre gövdelerinin çoğu beyin sapında raphe çekirdeklerinden köken alırlar ve serebral korteks, limbik sistem ve hipotalamusa projekte olurlar.

Hayvanlara serotonerjik ajan uygulanması anksiyete benzeri davranışlarla sonuçlanırken, insanlarda benzer etki ile ilgili bilgi daha azdır. Çeşitli raporlarda serotonerjik etkili bir ilaç olan m-klorofenil piperazin (mCPP) ve serotonin salınımına neden olan fenfluramin'in anksiyete bozukluğu olan hastalarda anksiyeteyi arttırdığı

gösterilmiştir. Birçok anektodal raporlarda liserjik asit dietilamid (LSD) ve 3,4-metilen dioksine amfetamin (NDMA) gibi serotonerjik halüsünojenler ve uyarıcıların hem akut, hem de kronik anksiyete bozukluklarına neden oldukları gösterilmiştir (37).

GABA

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

3.Genetik Çalışmalar

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

4. Nöroanatomik Görüşler

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

Limbik Sistem

Noradrenerjik ve serotonerjik innervasyon alanının yanı sıra, limbik sistem yüksek yoğunlukta GABA-A reseptörü içermektedir. İnsan olmayan primatlar (maymunlar) üzerindeki ablasyon ve uyarma çalışmaları limbik sistemin anksiyete ve korku yanıtının oluşumunda rolü olduğunu göstermiştir. Özellikle sempatohipokampal yolaktaki artmış aktivitenin anksiyete oluşumunda daha önemli olduğu düşünülmektedir (37).

Serebral Korteks

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

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 konularda kaygısını 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 (38).

Peroperatif dönemde hastanın eğitimi ve bilgilendirilmesi psikolojik açıdan ameliyata hazırlamada ilk basamaktır. Bilgilendirmenin kaygı, korku ve depresyon gelişimini, ameliyat sonrası aneljezik gereksinimini azalttığı, hastanede yatış süresini kısalttığı birçok araştırmacı tarafından bildirilmiştir (12). Ayrıca bilgilendirmeye psikolojik olarak ameliyata hazırlama, bulantı, kusma gibi postoperatif komplikasyonları da azaltmaktadır (12,13). 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 (15,16). 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 (39,40). Anksiyete düzeyi hastaneye yatış ile operasyona kadar geçen sürede ve operasyonu takip eden ilk iki günde daha yüksektir. Arellano ve arkadaşları preoperatif vizitin zamanlamasını belirlemek amacı ile yaptıkları bir çalışmada, hastaların bir hafta önce, bir gün önce ve ameliyattan hemen önceki anksiyete düzeyleri arasında fark bulamamışlar, ancak ameliyattan hemen önce anestezi tarafından görülen hastanın anksiyete derecesinde anlamlı azalma olduğunu göstermişlerdir (41) .

Anksiyöz hastalar anestezi indüksiyonu sırasında daha yüksek doz anestezi ilacı ihtiyacı duyarlar (13). Bazı çalışmalarda preoperatif dönemde detaylı bilgilendirilen hastaların preoperatif anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğu ve postoperatif dönemde bu hastaların ağrı ve anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğu, bu hastalarda iyileşmenin daha hızlı olduğu gösterilmiştir (14).

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

Anestezi indüksiyonu öncesi adrenalın miktarı % 40 artar ve bu anksiyetenin artışı ile orantılıdır. Operasyondan önceki gece rahat uyuyan hastalarda plazma kortizol düzeyi 16 µg/ 100 ml iken rahat uyumayan hastalarda 20 µg/ 100 ml civarındadır (42). Preoperatif anksiyete laringoskopi ve entübasyon sırasında refleks sempatik aktivasyon artışı ile taşikardi, aritmi ve hipertansiyona neden olur (43).

Preoperatif dönemde hastada mevcut olan anksiyete nedenleri arasında anesteziye bağlı endişeler önemli yer tutar. Bu endişeler anestezi uzmanları ve anestezi uygulamalarından, personelin problem çıkarmasına, ölüm korkusundan, iğne korkusuna kadar pek çok nedene bağlıdır. Literatürde değişik oranlarda olmak üzere bu endişeler; ameliyat sonrası uyanmamak, ameliyat sonrası ağrı, ameliyat sırasında uyanmak, ameliyat sonrası bulantı kusma, yoğun bakımda kalmak, anestezi uzmanının bilgi ve deneyim eksikliği, anestezi uzmanının ameliyat odasında bulunmaması, anestezi uzmanının tavırları, iğne korkusu, ölmek, anestezi sırasında anlamsız konuşmak, ameliyat sırasında ağrı duymak olarak bildirilmiştir (7,8).

Ameliyat öncesi hastalara ilaç verilmesinin amacı başta anksiyeteyi azaltmak, sedasyon sağlamak, hemodinamik stabiliteyi sağlamak, gastrik asit aspirasyonun ihtimalini azaltmak, analjeziyi sağlamak, postop bulantı ve kusmayı önlemektir (44). Ameliyat olacak olan hastalarda anksiyete gelişebilir. Hastanın anksiyetesi genellikle ameliyathaneye girmeden önce mevcuttur. Bazı hastalarda ise sadece ameliyattan sonra anksiyete en yüksek seviyeye çıkar (44).

Lichter ve ark.larının (16) 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.

Anestezi uzmanının 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 uyku durumunda prematür ventriküler aritmi insidansının azaldığı görülmüştür.

Yapılan çeşitli çalışmalarda psikolojik destek ile santral sinir sisteminin aktivitesi azaltılarak mental ve emosyonel rahatlama sağlanabileceği gösterilmiştir. Ayrıca sedatifler ve 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 anesteziistin viziti ve uykuyu düzenlemeye yönelik verilen sedatif ilaçlar istenilen etkinliği elde etmek için yararlıdır.

2.5 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 sunulmasının sosyo kültürel değerlerine uygunluğuna bağlı bir işlemdir (17). 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 arzulanacak sağlık sonuçlarını artırma derecesi olarak tanımlanmıştır (45,46). Yaşam kalitesi; anestezi ve cerrahi sonrasında, objektif boyutlarla ve/veya iyilik hali gibi subjektif boyutlarla ve hasta memnuniyeti ile ölçülebilir (47,48). Hasta memnuniyeti, servislerin yapı, süreç ve sonuçlarının dengelenmesine katkıda bulunabilen bakım kalitesinin önemli bir ölçütüdür (46,49). Genel olarak hastalık nedeniyle hastaneye yatan birey yabancı bir ortamda bulunmaya bağlı korku, endişe, yalnızlık, terk edilmişlik, çaresizlik, öfke ve güçsüzlük gibi duygular yaşar. Her kişinin saygılı ve onuruna yakışır bir tedavi görme

hakkı vardır. Ruhsal ve sosyo-kültürel özellikler hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerdir.

McMillan ve arkadaşlarına göre, beklentiler karşılanırsa yüksek düzeyde hoşnutluk, 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 hoşnutluk düzeyleri arttıkça, hasta bağlılığı oranlarının da arttığı bilinmektedir. Hasta bağlılığının en önemli etkisi hastayı elde tutabilme sonucunu doğurmasıdır. Hizmetin büyük oranda aynı hastalara sunulmasıyla faturalama, dağıtım ve tanıtım giderlerinde azalma sağlanır. Yeni bir hasta kazanmanın maliyetinin, eski bir hastayı elde tutmaktan 5- 7 kez daha fazla olduğu ortaya konulmuştur.

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 (50,51). Çoğu hasta problemsiz bir anestezi beklentisindedir (52). Yine de anestezi ve cerrahiden sonra derlenme bazen rezidüel sedasyon, ağrı, bulantı, kusma ve diğer major, minör şikayetlerle zorlaşır (53,54). Anestezide hasta memnuniyetini değerlendiren az sayıda çalışma vardır ve çoğu gününbirlik hasta ile sınırlandırılmıştır (55,56).

Myles ve ark.larının (122) 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.

2.6 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 çözümü 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 tedavi edebilmesi için elindeki en güçlü, en etkili araç iyi bir hasta-hekim ilişkisidir. Olumlu bir ilişki kurulmadan üstün teknolojik olanaklar fazla işe yaramayabilir. Hasta hekim ilişkileri tıp eğitimi süresince belki en çok sözü edilen, öğütler verilen fakat düzenli, tutarlı ve uygulamalı bir eğitim programı olmayan bir konudur. Hasta-hekim ilişkisine yer veren uygulamalı ders sayısı son derece azdır (57).

Tedavi sürecinin etkin olabilmesi ve bu süreç içinde istenmeyen bazı sonuçlarla karşılaşma olasılığını azaltmak için doktorun, hastasının bütün kişisel özelliklerini tam olarak gerekmektedir. Aynı şekilde, hastanın doktoruna yeterince bilgi verebilmesi için doktoruna güvenmesi ve doktorundan tedavi konusunda tam destek görmesi gereklidir.

Doktor-hasta ilişkisinde karşılıklı güven ve iletişim temel öğeler olarak karşımıza çıkmaktadır (58).

Hasta-hekim görüşmesinde iletişimsizlik konusunda yapılmış birçok çalışmaya göre hasta ve doktor arasında bir iletişim sorunu mevcuttur. Hasta-doktor görüşmelerinin % 69'unda doktor, hastasının konuşmasını görüşmenin başlangıcından itibaren ortalama 18. saniyede kesmekte ve bu hastaların yalnızca % 2'sinden az kısmı konuşmaya devam etmektedir. 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 bu iletişim 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 fizyolojik etkisinden veya bir başka işlemde kaynaklanmadan faydalanmasıdır. Bu etki, hastanın aldığı bakıma karşı tutumu, doktorlarına duyduğu güven ve yapılan işlemlerin gücüne inancından kaynaklanıyor görülmektedir. Yapılan araştırmalar, bu etkinin herhangi bir ilaç veya tedavi işleminin başarısının üçte biri kadar olduğunu göstermektedir. Plasebo etkisinin gücü, doktorun yeteneğiyle ve hastanın tedaviden umutlu olmasıyla doğrudan ilişkilidir. Doktor-hasta arasındaki sosyal ilişkiler tedavinin başarı şansını arttırmaktadır (59).

Doktor-hasta ilişkisi, aynı zamanda tıbbi bakım sürecinin etkililiğini de belirleyen bir faktör olarak görülmektedir. Falvo ve Tippy (60) doktorların hastaya verdikleri bilginin, özellikle hastanın doktorun önerilerini benimseme ve yerine getirmesi üzerinde büyük etkisi olduğunu bulmuşlardır. Aynı şekilde Freeman ve ark.ları (61) tarafından yapılan 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 bölümünü tıp dışı sosyal konularla konuşarak geçirmelerinin, hastaya ilgi göstermelerinin ve hastaların kendilerini ifade etmelerine olanak tanımalarının önerileri izlemede etkili olduğu bulunmuştur.

Doktor-hasta ilişkisi, hizmet veren doktorlar açısından da önem taşımaktadır. Doktoru ile olumlu ilişki kuran hastaların aynı doktoru tekrar tercih etmeleri olasılığı da artmaktadır. Bu konu üzerinde Vuori ve ark.ları (62) tarafından gerçekleştirilen bir araştırmada; hastaların doktorun teknik yeterliliğine önem verdikleri ancak bunun aynı doktoru tekrar tercih etmelerini etkilemediği, hastaların aynı doktoru yeniden tercih etmelerinde doktorun ilgisi ve hastaya yaklaşım tarzının önemli olduğu saptanmıştır.

Doktor ile hasta arasındaki ilişkinin doğası teşhis ve tedavi kararlarında, önemli rol oynamaktadır. Hastalar zaman zaman doktorların takındıkları olumsuz tavır nedeniyle öğrenmek istediklerini sormamakta ya da endişelerini gizleyebilmektedirler. Bazı durumlarda da hasta kendini ifade etmekte zorlanabilmektedir. Bu nedenle doktorun önemli bir görevi de, hastaların söylediklerinin ötesine geçip ne demek istediklerini anlamaktır. Bu tür bir iletişim özellikle kronik hastalıkları olan ve özürlü insanlar için önem kazanmaktadır (63). Bu nedenle, doktorun hastasına karşı görevi sadece bilimsel değil aynı zamanda sosyal bir özellik taşımaktadır.

Doktor Hasta İlişkisinde Doktorun Sorumlulukları (64,65,66,67)

- 1.Öncelikle 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 gösterilmelidir.
4. Hastanın tanı ve tedavinin tüm aşamalarına katılımı sağlanmalı, yol gösterici ve bilgi verici olma rolünü benimsemelidir.
5. Hastadan tüm uygulamalar için onun bilgilendirildiğini gösteren onayı alınmalıdır.
6. Doktor, hastalarına karşı güler yüzlü davranmalı ve şefkatli olmalıdır.
7. Doktor, hastasına yaklaşırken hastanın içinde bulunduğu ruh halini de göz önüne 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 bir dille 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.

Hekim Hasta İletişim Modelleri

Hastanın tedavi sürecinde oldukça etkin rolü olan doktor-hasta ilişkisinin türü ve kalitesi hem doktora hem de hastaya bazı sorumluluklar yüklemektedir. Bu ilişkiyi yorumlamaya ve açıklamaya yardımcı olmak amacıyla çeşitli modeller geliştirilmiştir. Hekim-hasta iletişimi çoğunlukla sosyal bilimcilerin sağlık sosyolojisi alanında incelediği bir konudur. Sosyologlar konuyu değişik açılardan ele alarak incelemişlerdir. Bazıları hekim ve hastanın paylaştıkları ortak değerleri, bazıları tedavi sürecinde her iki tarafın inanç ve beklentileri arasındaki farkları, bazıları ise hekim ve hastanın ideal rolleri üzerine odaklanmışlardır.

Hekim hasta ilişkisinde iletişim modelleri geliştirilmiştir. Bu modeller:

1. Parsons'un Doktor-Hasta İlişkisi Modeli

Parsons, “Sosyal Sistem” adlı kitabında hastanın sosyal rolünü açıklamıştır. Bu modele göre doktorun rolü hastanın rolüne tamamlayıcıdır. Parsons’a göre doktorun hastasını iyileştirme sorumluluğun yanı sıra hastanın da bir an önce iyileşip toplumun kendisine yüklediği sosyal rolleri yerine getirme sorumluluğu söz konusudur. Bu nedenle, bir an önce profesyonel yardım alma ve doktor ile işbirliği yapma zorunluluğu bulunmaktadır. Bu ilişkide hastanın doktoru ile tam bir işbirliği içinde olması beklenirken, doktorun da tüm uzman bilgi ve becerisini hasta yararına kullanması beklenmektedir.

Bu modele göre, hastayı duyguları yönlendirirken doktor gerçekçi ve kontrollüdür. Bir başka ifadeyle hastanın problemi doktorun ise çözümü vardır. Bu nedenle iki grup arasında mükemmel yakın bir ilişki oluşur ve bu sayede ilişkideki çatışma ihtimali ortadan kalkmış olur.

Freidson’un doktor-hasta ilişkisi modeli ise bu görüşün tersine doktor ile hasta arasındaki potansiyel çatışmaya dikkat çekmektedir. Freidson, Parsons modelinin bu ilişkiyi daha çok doktor açısından değerlendirdiğini savunmuş ve doktor ve hastanın farklı beklenti, ilgi ve görüş açısından kaynaklanabilecek çatışma ve uyumsuzluklarının bu modelde göz ardı edildiğini öne sürmüştür (62).

Parsons’ın işlevselci modeli toplumsal dengenin nasıl kurulacağı ve devam edeceği sorusu üzerine temellenmiştir. Parsons’a göre dengenin sağlanabilmesi için bireylerin toplum tarafından önceden belirlenmiş davranış kalıplarına uygun hareket etmeleri gerekir. Ona göre toplumsal sistem bir denge veya istikrara ulaşma eğilimindedir. Herhangi bir düzensizlik ya da normdan bir sapma olduğunda sistem kendini ayarlar ve normal konumuna dönmeye çalışır (68). Parsons için hastalık, sosyal organizma ile yeniden bütünleşmeyi gerektiren ve normal fonksiyonlardan sapmayı temsil eden bir durumdur. Hastalık durumu bireylerin toplumsal sistem içindeki rol gereklerini yerine getirmelerine engel olan ve toplumsal sistemi tehdit eden bir olgudur (69).

Parsons’ın modeli günümüzde de hasta-hekim iletişimde temel model olarak görülmesine rağmen birçok eleştiri almıştır. Eleştiriler genellikle modelin hekim ve hasta arasındaki ilişkiyi idealize ettiği üzerinedir. Parsons modelinde hekim hasta arasında çıkabilecek çatışmalara yer vermeyip sadece bir uyum ve dengeden söz etmiştir. Oysa

hekimler, zaman zaman ölmekte olan ya da sevmedikleri ve sürekli şikayet ettiklerini düşündükleri hastalarına olumsuz davranabilirler. Modelde eleştirilen diğer yön hekimlerin sadece hasta çıkarlarını düşünüyor olduğunun iddia edilmesidir. Hekimlerin hasta bakımında aynı zamanda kişisel ve maddi çıkarlarını da düşündükleri gerçeği üzerinde hiç durulmamıştır (70). Parsons hastalık rolüyle bağdaşan beklentiyi ayrıntılı şekilde açıklamıştır (71):

Haklar:

1. Hastalığın şiddetine dayanır. Hastaya normal sosyal aktivitesinden sıyrıлма imkanını verir. Burada, aşırı uçtaki vakaların sosyal aktivitelerden tamamen soyutlanma hakkı vardır.

2. Hastanın, hastalık ve iyileşme için kişisel sorumluluktan kaçınma hakkı vardır.

İyileşmede kişisel isteklerinin oluşmasında bazı hakları vardır.

Yükümlülükler

1. Hasta olmak hiç bir zaman istenmez. Hastalık durumu hastaya daha fazla ilgilenme veya diğer bir takım avantajlar sağlamaz. Kendisine dikkat etmek ve iyileşmede merkezi görev hastaya aittir.

2. Hastanın, tıbbi tedaviyi aramak ve doktora yardım ve tedavi sürecinde beraber çalışma yükümlülüğü vardır.

Haklar ve yükümlülükler durumsal olarak birbirine bağımlıdır. Hasta her zaman sempatiyi veya ayrıcalıklı olmayı beklememelidir (72).

Parsons, doktor ve hastaların karşılıklı rollerini Tablo 2' de gösterildiği şekilde ele almıştır (73).

Tablo- 2: Doktor ve Hastanın Karşılıklı Rolü (73)

Hasta: Hastalık rolü	Doktor: Profesyonel rolü
Zorunluluklar ve Ayrıcalıklar	Beklentiler
1. Mümkün olan en kısa sürede iyileşmek isteği 2. Doktorun kontrolünden geçmek ve doktorla beraber çalışmak 3. Bazı normal aktivitelerine ve sorumluluklarına izin verilmesi beklentisi 4. Tıbbi bakıma ihtiyaç duyduğunu düşünmesi ve hastanın kendi kendine iyileşemeyeceğine karar vermesi	1. Hastalıkla ilgili problemlerde bilgi birikimine ve uygulama becerisine sahip olmalıdır. 2. Doktor, kendi çıkarından çok hastanın refah düzeyini ve toplumun refahını düşünmeli, para ve çikara önem vermemelidir. 3. Doktor objektif olmalı ve duygularından sıyrılmalıdır. 4. Kurallara ve mesleki çalışmalara uygun iş yapmalıdır. Haklar 1. Hastanın fiziksel incelenmesinde doktorun muayene haklarının kabul edilmesi gerekir. 2. Mesleki özerkliğe sahip olduğu kabul edilmelidir. 3. Mesleki pozisyonunun otoritesini hastayla ilişkide korumalıdır.

2. Szasz ve Hollander'in Doktor-Hasta İlişkisi Modeli

Szasz ve Hollander, doktor ile hasta arasındaki ilişkinin yere ve tıbbi problemin içeriğine göre değiştiğini düşünmüşler ve doktor-hasta ilişkisini üç modelde incelemişlerdir. Bunlar; aktif pasif, rehberlik-işbirliği ve çift taraflı katılım modelleridir (59).

3. Freidson'un Doktor-Hasta İlişkisi Modeli

Freidson'un doktor-hasta ilişkisi modeline göre, doktor ile hastanın amaç farklılığı potansiyel bir çalışma ortamının oluşumuna sebep olmaktadır. Model, Parsons modelinin gerçek davranışlardan çok ideale beklentilere dayandığını savunmuş ve her doktor-hasta ilişkisinde görüş açısı farklılıklarından kaynaklanan çatışmaların ortaya çıkma olasılığının bulunduğunu ileri sürmüştür.

Freidson'a göre doktor ile hastası arasındaki çatışma, farklı ilgi ve önceliklerden kaynaklanmaktadır. Hasta sadece kendi hastalığı ve tedavisi ile ilgiliyken doktor çok

sayıda hastanın ihtiyaçlarını dengeleme sorumluluğu ile karşı karşıyadır (74). Bu modele göre doktor ile hastası arasındaki bir başka çatışma kaynağı ise hastalığın ciddiyetine ilişkin değerlendirmelerden kaynaklanmaktadır. Hasta, kendi yaşadıkları nedeniyle hastalığını çok ciddiye alırken, doktor ise tıbbi bilgisi nedeniyle aynı derecede ciddiye almayabilmekte bu da çatışma kaynağı olmaktadır (59,74).

Freidson'ın hekim hasta ilişkisi modelinde ise, hekim ve hasta arasında kesin veya tam davranışlar yerine ideal beklentiler vardır. Freidsona göre hekim ve hastanın beklentilerinin farklı oluşu çatışma yaratır (75).

4.Emanuel ve ark.larının Doktor-Hasta İletişim Modeli

Emanuel ve ark.larına göre dört çeşit hekim-hasta iletişimi vardır. Bunlar (76):

.Paternalistik (Ataerkil) Model

.Bilgilendirici Model

.Yorumlayıcı Model

.Uzlaşmacı Mode

5.Hekim-Hasta iletişimi ile ilgili Diğer Modeller

Hastanın hekimle işbirliği içinde olduğu Hayes ve Bautista'nın modelinin temeli, karşılıklı etkileşime dayanır. Bu modelde genel olarak hasta pasif konumda değildir ve tedavisi konusunda hekimle işbirliği yapar, kendi görüşlerini kabul ettirmeye çalışır. Hayes ve Bautista, hastanın hekimin direktifleri doğrultusunda hayatını yönlendirmesi konusunu ele almışlar ve tedavinin başarısız olması durumunda tedavinin değiştirilmesi yönünde hekimin ikaz edilmesi ve tedaviye müdahale edilmesi konusu üzerinde durmuşlardır.

Modelde hekim-hasta iletişiminde hastanın pasif olmadığı iddia edilebile iletişimin biçiminin hastanın sosyal durumuna göre değişebileceği vurgulanmıştır. Buna göre genellikle alt sosyoekonomik sınıftan gelen hastaların hekim karşısında pasif olduğu ve hekimin onların karşısında otorite konumunda olduğu, orta ve st sosyoekonomik sınıftan olan hastaların ise hekimle daha çok hekim-muşteri iletişimi içinde olduğu ve tedavide hekimle işbirliği yaparak iletişime aktif olarak katıldıkları savunulmuştur (77).

Byrne ve Long'un hekim-hasta iletişimi modelinde ise hekimin, tedavi sürecinde hastaya yaklaşımına göre bir bakış açısı belirlenmiştir. Modelde hasta merkezli ve hekim merkezli olmak üzere iki ayırım yapılmıştır. Hasta merkezli yaklaşımda hekim tedavi sırasında hastanın durumuna göre, hastanın bilgi ve deneyimlerinden faydalanır. Bu yaklaşımda hastanın aktif bir rolü vardır. Hekim merkezli yaklaşımda ise hekimin önceliği zamanı iyi kullanmaktır. Bunun için de öncelikle kendi bilgi ve deneyimlerini kullanmayı hedefler. Hekim-hasta ilişkisinin biçiminin hastanın hastalığına ve yere göre değişebileceğini söyleyen Szasz ve Hollender, hekim-hasta ilişkisi için üç model önermişlerdir. Bunlar aktif-pasif, rehberlik-işbirliği ve çift taraflı katılım modelleridir (78).

Hekim-hasta iletişiminin açıklanmaya çalışılan modellerin hepsinde hekimin hasta karşısında ve toplum içinde özel bir yerinin olduğu görülmüştür.

2.7 HEKİMİN VE HASTANIN HAK VE YÜKÜMLÜLÜKLERİ

Hekimin yükümlülükleri

1- Teşhis koyma: Teşhis, en uygun tedavi yönteminin seçilip, uygulanabilmesinin ön şartıdır (78,79).

2-Tedavi yöntemini seçme ve uygulama: Hekim, hastanın hastalığına kesin teşhis koyduktan sonra, tedavi yöntemlerinden en uygun olanı seçer. En uygun yöntemden bahsedilen "hastalığın tedavisi için riski en az, başarı şansı en fazla olan" yöntemdir. Buna "en emniyetli yol prensibi" de denilmektedir (78,79).

3-Tedaviyi bizzat yapma yükümlülüğü: Hekim, seçmiş olduğu tedavi yöntemini bizzat uygulamakla yükümlüdür (78,79).

4-Hastayı aydınlatma yükümlülüğü: Hekimin, sağlığını kazandırmak amacıyla da olsa hastaya yaptığı her tıbbi müdahalenin hukuka uygun kabul edilebilmesi için hastanın aydınlatılmış rızasının alınmış olması gerekir (80).

5-Hastanın rızasının alınması: Yaşama ve vücut bütünlüğü hakkı, en temel kişilik haklarından olduğu için, hekimin gerçekleştirdiği tıbbi müdahalenin hukuka uygun hale gelebilmesi için hastanın rızasının alınması şarttır (81).

6-Hekimin sadakat ve özen yükümlülüğü: Hekimin sadakat yükümlülüğü, hastanın sağlığının korunması için gerekli şeylerin yapılması, ona zarar verecek şeylerden ise kaçınılmasını ifade eder. Hekimin, gereğinde hastanın menfaatinin, kendi menfaatinin üstünde tutabilmesi gerekir (78). Özen yükümlülüğü, hekimin sonucun gerçekleşmesi için

normal hayat deneylerine ve olayların normal akışına göre gerekli girişim ve davranışlarda bulunması ve başarılı sonucu engelleyecek davranışlardan kaçınması oluşturur (82,83).

7-Hekimin sır saklama yükümlülüğü: Hekim teshis ve tedavi faaliyeti esnasında öğrenmiş olduğu hastaya ait sırları üçüncü kişilere açıklamamakla yükümlüdür (84). Tıbbi deontoloji nizamnamesi'nin 4. maddesinin 1. Fıkrasına göre “tabip meslek ve sanatının icrası vesilesiyle muttali olduğu sırları, kanuni mecburiyet olmadıkça ifşa edemez.”

Hastanın yükümlülükleri

1-Ücret ödeme yükümlülüğü

2-Tedavi masraflarını ödeme yükümlülüğü

3-Hastanın gerekli bilgi ve belgeleri verme yükümlülüğü

Hastanın hakları

1-Hekimi seçme hakkı: Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi'nin 1. Maddesine göre hasta hekimini özgürce seçme hakkına sahiptir. Hasta, bilgisi, birikimi, becerisi, sahip olduğu araç, gereç ile kullanmış olduğu teknolojinin üstünlüğü nedeniyle bir hekimi tercih edebilir (85).

2-Bilgilendirilme ve aydınlatılmış onam: Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi'nin 3. maddesi, Amsterdam Bildirgesi'nin 2. maddesi, Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 15 vd. maddelerine göre hastanın gerçekleştirilecek tıbbi müdahale konusunda bilgilendirilmesi ve onayının alınması gerekir.

3-Tedaviyi reddetme hakkı: Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 25. Maddesine göre "kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu, hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Bu halde tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilere veya yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir.

4-Mahremiyet ve özel hayata saygı: Mahremiyete saygı hakkının temelinde hastanın sağlık durumu, tanısı, prognozu, tedavisi ve kişiye özel tüm bilgilerin hastanın sağlığında ve ölümünden sonra gizli tutulması ve korunması vardır (86).

5-Başvuru (şikayet) hakkı: Ülkemizde, hasta hakları ihlallerini takip etmek ve sorunları kısa süre de çözüme kavuşturmak amacıyla Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Kurulları, birçok hastanede de Hasta Hakları Birimleri oluşturulmuş bulunmaktadır.

6-Onurlu ölüm hakkı ve ötenazi yasağı: Lizbon Hasta Hakları Bildirge'sinde yer alan haklardan biride onurlu ölüm hakkıdır. Hekimin yükümlülüklerinden birisi de hastanın acı ve ıstırabını dindirecek ya da azaltacak tedbirleri almaktır. Ötenazi, hastalığın

iyileşmesi tıbben mümkün olmayan ve mevcut tıbbi usullerle acıları da hafifletilemeyen hastaların ıstıraplarına onların öldürülmesi suretiyle son verilmesidir (81). Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi m.13/3 ve hasta hakları yönetmeliği m.13'de ötenazinin her türlü yasaklanmıştır.

2.8 GÜNEYDOĞU ANADOLU BÖLGESİNİN ÖZELLİKLERİ (87,88)

Güneydoğu Anadolu Bölgesi, Türkiye' nin yedi coğrafi bölgesi arasında en geri kalmış bölgelerin başında gelmektedir. Temel sosyoekonomik göstergelere göre bölge özellikle eğitim, sağlık ve istihdam alanlarında olmak üzere pek çok konuda geri durumdadır. Bölge, Gaziantep ili hariç tutulduğunda, ekonomik verilerde de bölgeler arasında sonlarda yer almaktadır. Bölge ekonomisinin gayri safi yurtiçi hasılaya katkısına baktığımızda bu durumu açıkça görmekteyiz.

Nüfus Durumu

Güneydoğu Anadolu Projesi (GAP) bölgesinde, toplam nüfusun neredeyse üçte ikisi Gaziantep, Diyarbakır ve Şanlıurfa illerinde yaşamaktadır. Bu illerin nüfusu son 15 yıllık periyotta hemen hemen iki misline çıkmıştır. Nüfus artış hızı, Gaziantep'te binde 24,05, Diyarbakır'da 21,87 ve Şanlıurfa'da 36,55'dir. 2000 Nüfus Sayımı sonuçlarına göre, Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde, kentleşme oranı % 62,69 iken, bu oran Gaziantep'te % 78,52, Diyarbakır'da % 62,69 ve Şanlıurfa'da 58,34'dür. Güneydoğu Anadolu Bölgesi, 1999-2000 periyodunda, yıllık ortalama nüfus artış hızı binde 24,8 ile Marmara Bölgesi'nden sonra nüfusu en hızlı artış gösteren bölge konumundadır. Türkiye'de olduğu gibi, hızlı nüfus artışı, kontrolsüz göç ve düzensiz kentleşme olgusu, bölgenin metropoliten kentlerinde ekonomik, sosyal ve siyasal sorunlara sebebiyet vermektedir. Bölgede, Gaziantep, Diyarbakır ve Şanlıurfa aksı boyunca demografik bir hareketliliğin yaşandığı ve bunun daha sonra kuzeye Batman, Siirt hattında ve üçüncü aşamada da Mardin, Kızıltepe, Silopi hattında gelişme göstereceği beklenmektedir. 2009 Nüfus Sayımı sonuçlarına göre Diyarbakır'ın belde ve köylerle nüfus sayısı 1.515.011'dir. 767.926 sayıda erkek nüfus, 747.085 sayıda kadın nüfus bulunmaktadır.

Göç Durumu

Bölge illeri arasında Gaziantep hariç tutulursa, diğer illerin hepsinin göç verir duruma geldikleri görülmektedir. Fakat aynı zamanda bu iller, bölgenin diğer illerinden ve kırsal alanından da yoğun göç almaktadır. GAP dışına göçler, ağırlıklı olarak üç büyük

metropol (İstanbul, Ankara ve İzmir) ve Çukurova (Adana, Mersin ve Hatay) yönündedir. Bölge dışına en fazla göç veren illeri ise Adıyaman, Siirt, Mardin, Şırnak gibi bölgenin görece en yoksul kentleridir. GAP bölgesi kırsal ve küçük ölçekli kentlerden, bölgenin metropol kentlerine doğru son 10-15 yılda yoğun göçün yaşandığı söylenebilir. Büyük kentlere yönelik yoğun göçe rağmen bölge nüfusu görece olarak artma eğilimindedir. Bunun başlıca nedeni bölgede, doğurganlık hızının Türkiye ortalamasının üzerinde seyretmesidir. Türkiye’de kadın başına doğurganlık oranı 1970’de % 5,3 iken, 1995 yılında % 2,7 ve 2000 yılında ise % 2,53’e düşmektedir. Bu oran, Güneydoğu Anadolu’da 2000 Nüfus Sayımı’na göre % 4,86’dır.

İstihdam Özellikleri:

Bölgede, istihdamın sektörel dağılımına bakıldığında, ilk sırayı tarım iş kolunda çalışanlar (% 61,35) oluşturmaktadır. Sanayi iş kolunda çalışanların oranı % 7 iken, ticaret iş kolunda çalışanların oranı % 6,21 ve mali kurumlar iş kolunda çalışanların oranı ise % 1,17’dir. Ücretli çalışanların toplam istihdama oranı % 33,21, ücretli çalışan kadınların toplam istihdama oranı ise % 3,72’dir. GAP illeri baz alındığında tarım iş kolunda istihdam edilen nüfusun oranının oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Şanlıurfa’da bu oran % 72,8 iken Diyarbakır’da % 63,9 ve Adıyaman’da % 73,6 olduğu görülmektedir. Sanayide istihdam edilen nüfusun söz konusu illerde sırasıyla Şanlıurfa’da % 3,5, Diyarbakır’da % 3,8 ve Adıyaman’da % 4,8’dir. Rakamlar, bölgede tarımsal yapının ağırlığını görece koruduğu, sanayi iş kolunda istihdam edilen nüfusun toplam istihdam içindeki oranının çok düşük kaldığını işaretlemektedir. Bölgede, tek istisna kent Gaziantep’tir. Gaziantep’te sanayi iş kolunda istihdam edilenlerin oranı % 21’dir ki bu oranla Türkiye’de dördüncü sırada yer almaktadır. Örneğin bu oran, İstanbul’da, % 32, Bursa’da, % 28 ve Tekirdağ’da, % 26’dır. Gaziantep, sanayi yatırımlarının önemli bir kısmını bünyesinde topladığı için bölgede adeta çekim merkezi konumundadır. İmalat sanayi iş yeri sayısı, bölge toplamında 359 iken, Gaziantep’te 259’dur. 2000 yılında, imalat sanayi yıllık çalışanlar ortalama sayısı bölgede 31.576, Gaziantep’te 24.98’dir. Bu bakımdan Gaziantep GAP’a en iyi entegre olmuş bir kent görünümündedir. Başta tekstil olmak üzere, gıda, kimya-plastik, metal-makine, otomotiv yan sanayi, inşaat yan sanayi, orman-ağaç ve kağıt, elektronik ve deri-işlenmiş deri sektörleriyle kent, rekabete dayalı küresel ekonomiye entegrasyon sürecine girmiş ve Türkiye’nin ortadoğu pazarına açılan ihracat üssü konumundadır.

Türkiye’de, temel ekonomik problemlerin başında hiç kuşku yok ki, işsizlik gelmektedir. İşsizlik, hem birey hem de toplum üzerinde olumsuz sosyal sonuçlara yol açmaktadır. Türkiye’de, Avrupa Birliği (AB) ülkeleri dikkate alındığında, işsizliğin bir hayli yüksek olduğu görülmektedir. Çeşitli kurumların tuttuğu istatistiklerden işsizliğin boyutu kolaylıkla anlaşılabilir. Bu kurumların başında TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) istihdam ve işsizlik verileri gelmektedir. 22 Temmuz 2007 genel seçimlerinde politik partilerin ve aktörlerin “iş ve aş” sorununu öncelikli mesele olarak söylemelerinin merkezine yerleştirmeleri bu açıdan anlamlıdır. AB’ye entegrasyon yolundaki Türkiye’de kronik işsizliğe ve işgücü piyasasındaki kırılganlığa, ilerleme raporlarında da sürekli yer verilmektedir.

Türkiye’de, işsizlik yapısal bir özellik göstermektedir. Güneydoğu Anadolu Bölgesi ve özelde GAP illerinde, ana faaliyet kolunun tarım olduğu görülmektedir. Bölgede, tarım iş kolunda çalışanların toplam istihdam içindeki oranı % 61,35’dir. Erkeklerin % 38’i ve kadınların % 40’ı bu iş kolunda faaliyet göstermektedir. Tarımda istihdamın en yüksek olduğu il Şanlıurfa, en düşük olduğu il ise Gaziantep’tir. Bölgede, işgücünün yarısından fazlasının istihdam edildiği tarım sektörü, genellikle küçük aile işletmesine dayanmaktadır. Tüketime yönelik üretim yerini pazara yönelik üretime bırakırken, elde edilen gelirin aile üyeleri arasında kollektif bölüşümü esastır. TÜİK verilerinde, Türkiye’de kentsel işsizlik oranı % 12,7 iken, kırdaki bu oran % 4’e düşmektedir. Cinsiyet açısından ele alındığında, kentsel sektörde erkek işgücünün işsizlik oranı % 11,7 iken, kırdaki bu oran % 8,5; kentsel sektörde kadın işgücünün oranı % 17, kırdaki % 5,1’e düşmektedir. Kentsel işsizlik, GAP illerinde de oldukça yüksek düzeydedir. 2000 Nüfus Sayımı’na göre Diyarbakır’da kentsel işsizlik oranı, % 14,2’dir. Bu oran, bölgenin gelişmiş sanayi kenti olan Gaziantep’te % 11,4 ve Şanlıurfa’da % 14,5’dir. Bölgenin nispeten yoksul kuzey kentlerine doğru gidildiğinde, işsizlik oranlarının çok daha da büyük boyutlara ulaştığı görülmektedir. Örneğin Batman’da, bu oran, % 17,4’tür. Bölgenin kısa ve uzun dönemdeki en önemli sorunu ağırlığı giderek artan işsizlik olgusu oluşturmaktadır. Genç nüfus işsizlik rakamları da pek iç açıcı değildir. GAP Bölgesi’nde, 15- 24 yaş arasındaki genç nüfus oranı % 23’dür. Ne yazık ki genç işsizliği, sadece bölgenin değil, Türkiye’nin de önde gelen ekonomik sorunudur.

Bölge illerinde kronik bir hal alan işsizlik, başta yoksulluk olmak üzere, sağlık, eğitim, konut, suç gibi bir dizi toplumsal soruna kaynaklık teşkil etmektedir. GAP odaklı yapılan bilimsel araştırmalar söz konusu sorunların bölge illerinde dramatik artış

gösterdiğine işaret etmektedir. Bölge illeri, gelir, istihdam ve refah açısından Türkiye ortalamasının bir hayli altında kalmaktadır. “Türkiye’de Bireysel Gelir Dağılımı ve Yoksulluk” konulu araştırmada coğrafi bölge ayrımına göre yoksulluk riskinin en fazla olduğu bölge Güneydoğu Anadolu Bölgesi’dir. Türkiye Sanayi ve İş Adamları Derneği (TÜSİAD)’nin yaptığı çalışmaya göre bu bölgedeki bireylerin % 34,5’i görece yoksulluk çizgisinin altında bulunmaktadır.

Tablo- 3: Bölgelere göre yoksulluk oranı (88)

BÖLGE	Yoksulluk Oranı (%)
Marmara	7.5
Ege	8.1
Akdeniz	16.2
Karadeniz	14.4
İç Anadolu	11
Doğu Anadolu	13
Güneydoğu Anadolu	34.5

Sağlık göstergeleri:

İşsizlik, yoksulluk ve eğitim göstergeleri ülke ortalamasının altında seyreden bölge illerinin sağlık göstergeleri de en alt düzeydedir. Bölgede on bin kişiye düşen hekim sayısı, 5.49, diş hekimi sayısı, 0.52, hastane yatağı sayısı, 13.26’dır. Örneğin 2000 nüfus sayımında illere göre doktor başına kişi sayısı Diyarbakır’da 1.424, Şanlıurfa’da, 2.336, Şırnak’da, 2872 gibi oldukça yüksek bir değere sahiptir. Türkiye’de ise kişi başına düşen doktor sayısı 764’dür (2003). Bölge illerinde yaşayan bireyler sağlık ve sosyal güvence konusunda önemli güçlükler yaşamaktadır. Bu güçlüklerin başında sigortalılık durumu gelmektedir. Bölge illerinde sigorta kapsamında bulunan bireylerin oranının düşük olması dikkat çekmektedir.

Okuryazarlık Durumu:

İl göstergeleri incelendiğinde, GAP bölgesinde, okuryazarlık oranının hâlâ çok düşük düzeyde kaldığı görülmektedir. Örneğin, iller bazında okuryazarlık oranı, Diyarbakır'da, % 69, Şanlıurfa ve Adıyaman'da, % 67, Şırnak'da, % 65'dir. Okuma-yazma oranlarının dünya ortalamasının % 78,8 olduğu dikkate alındığında, bölgede okuma-yazma oranları oldukça düşük kalmaktadır. Okuryazar kadın nüfusunun, toplam kadın nüfusa oranı çok daha düşük düzeydedir. Güneydoğu Anadolu Bölgesinde söz konusu oran, % 60 iken, Diyarbakır'da bu oran % 55, Şanlıurfa'da, % 52'ye düşmektedir. Okuryazarlık ve okullaşma oranı her yıl yayınlanan dünya beşeri kalkınma raporunda eğitim indeksinin temel kriterlerinden birisini oluşturmaktadır. Bölge illeri eğitim sektörünün, diğer iller dikkate alındığında, yeterince gelişmediği görülmektedir. Bir başka ifadeyle, Türkiye'de bölgelerarası eğitim sektörü gelişmişlik farkının devam ettiği söylenebilir. GAP kapsamında bulunan Diyarbakır, Şanlıurfa, Batman, Şırnak gibi bölge illerinin, Türkiye eğitim sektörü gelişmişlik skalasında son sıralarda bulunması dikkat çekmektedir. Bu sıralama, bölgenin diğer sosyoekonomik gelişme göstergeleriyle de örtüşmektedir. Eğitim sektörünün gelişkin olmaması, okullaşma oranlarını olumsuz yönde etkilediği gibi insan kaynağı ve beşeri sermayenin düşük düzeyde kalmasını da pekiştirmektedir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışmada elektif cerrahi operasyon planlanan preoperatif dönemde anestezi onayı için anestezi polikliniğine başvuran hastaların anestezi ile ilgili temel bilgilerini ve endişelerini belirlemek amaçlanmıştır.

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Onayı alındıktan sonra, Mayıs 2010 - Temmuz 2010 tarihleri arasında Anesteziyoloji Anabilim Dalına elektif cerrahi (genel veya rejyonel olarak uygulanan Genel cerrahi, Göz cerrahisi, Plastik ve Rekonstruktif cerrahi, Jinekolojik ve Obstetrik cerrahi, Beyin cerrahi, Ürolojik cerrahi, Ortopedik cerrahi) planlanan, anestezi onayı için başvuran yaşları 18 ile 65 arası, ASA (**American Society of Anesthesiologists**) sınıflandırmasına göre ASA -1, -2 olan toplam 150 hasta araştırmaya alınmıştır.

Mental retarde olan hastalar dışında bilinen psikiyatrik rahatsızlığı olan ve değerlendirmede kısıtlılığa neden olabilecek herhangi bir tıbbi problemi olan hastalar çalışma kapsamı dışında tutulmuştur.

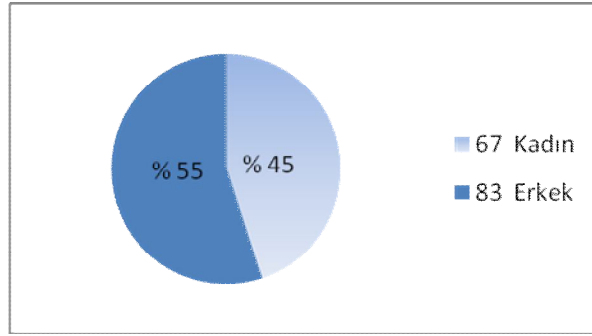
Preoperatif dönemde anestezi polikliniğine başvuran hastalara muayeneden önce anestezi doktoru kendini tanıtip hastalardan anket formlarını doldurmalarını istemiştir. Anketteki sorular hastanın anlayabileceği şekilde düzenlenmiş olup, hastanın anlamadığı sorularda gerekli açıklamalar anestezi doktoru tarafından yapılmıştır. Anket formu iki bölümden oluşuyordu. Birinci bölümde; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, sosyoekonomik düzey gibi demografik bilgiler dışında ilaç alerjisi, alışkanlıklar ve önceki anestezi deneyimlerinin sorgulandığı kişisel bilgileri içerirken, ikinci bölümde hastaların anestezi ile ilgili bilgi ve endişelerinin değerlendirilebileceği anestezi sorularının yer aldığı anket çalışması uygulanmıştır. Anket formumuz preoperatif anestezi polikliniği viziti sırasında hastaya verilerek doldurması istenmiştir.

İstatistiksel Analiz

Araştırmamızda sürekli değişkenlerin tanımlayıcı istatistikseleri için ortalama ve standart sapma değerleri hesaplandı. Katagorik değişkenlerin yorumları % oranları ile yapıldı. Ankette yer alan katagorik değişkenler arasındaki ilişkinin bulunması amacıyla çapraz tablolar oluşturularak 2x2 gözden büyük tablolara Pearson Chi Kare testi uygulandı. 2x2 göznlü tablolarda ise Ya Test Düzeltmeli Chi-Kare testi uygulandı.

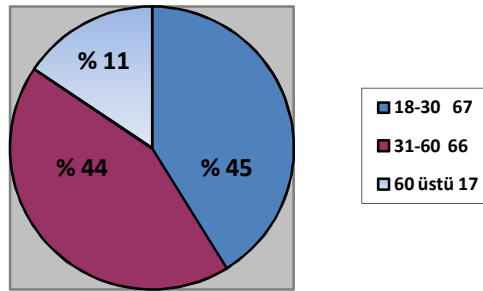
İstatistiksel değerlendirmede SPSS 15.0 for Windows (SPSS Inc. Chicago, IL, USA) paket programı kullanıldı. Hipotezler çift yönlü olup $p < 0.05$ olduğu durumda farklılığın önemli olduğu kabul edildi.

4-BULGULAR



Grafik- 1: Hastaların cinsiyete göre dağılımı

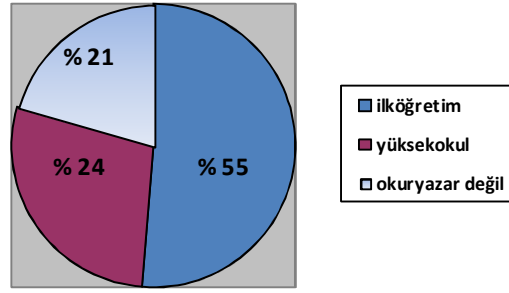
Ankete katılan hastaların yaş dağılımları; 18-30 yaş arası 67 (%45), 31-60 yaş arası 66 (%44), 60 yaş üstü 17 (% 11) hasta olarak belirlendi.



Grafik- 2: Hastaların yaşa göre dağılımı

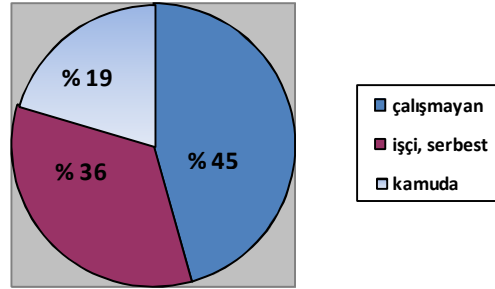
Kadın hastaların yaş ortalaması ve standart sapması 39.58 ± 5.26 iken erkek hastaların yaş ortalaması ve standart sapması 40.51 ± 6.23 olarak bulundu.

Eğitim durumu sorgulanmasında en fazla yüzdeyi %55 ile 82 hasta ilköğretim mezunları oluştururken, %24 ile 37 hasta yüksek öğretim mezunuydu. Hastaların% 21'i 31 hasta okuryazar değildi.



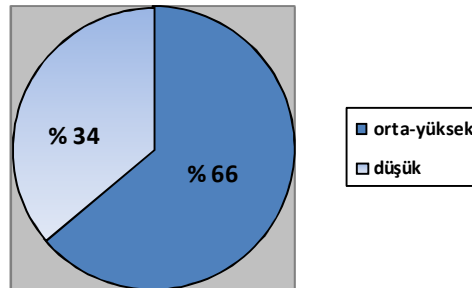
Grafik- 3: Hastaların eğitim durumuna göre dağılımı

Meslek grubu sorgulamasında çalışmayan grupta %45 ile 68 hasta, çalışan grupta ise %36 ile işçi veya serbest çalışan 54 hasta, %19 ile kamuda çalışan 28 hasta katıldı.



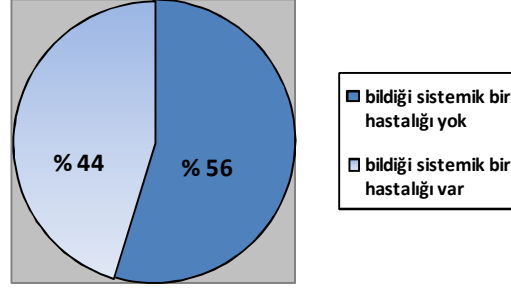
Grafik- 4: Hastaların mesleki durumuna göre dağılımı

Sosyoekonomik düzeye göre sosyoekonomik durumu düşük grupta %34 ile 51 hasta, orta-yüksek grupta ise %66 ile 99 hasta katıldı.



Grafik- 5: Hastaların sosyoekonomik duruma göre dağılımı

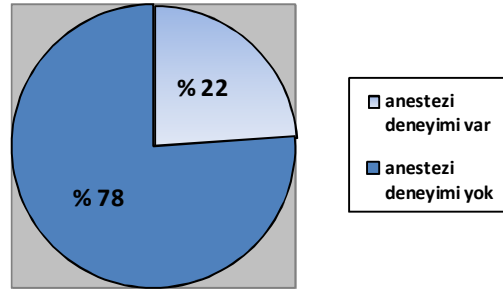
Hastaların %44'ünün önceden bildiği herhangi bir hastalığının var olduğu,%56'sının herhangi bir hastalığının olmadığı saptandı.



Grafik- 6: Hastaların bildiği sistemik hastalığa göre dağılımı

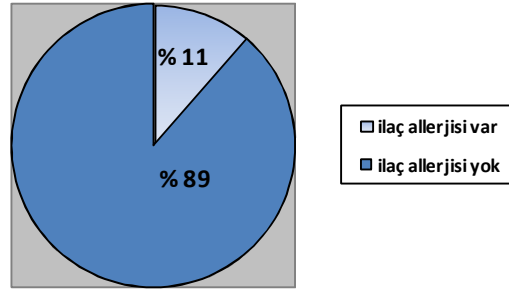
Hastaların sigara, ilaç, alkol gibi alışkanlıkları sorgulandığında hastaların yarısının herhangi bir alışkanlığının olmadığı saptandı. Alışkanlık sorgulamasında %40 ile en fazla sigara alışkanlığının olduğu saptandı.

Hastaların %22'sinin daha önceden anestezi deneyimi olduğu,%78'inin olmadığı saptandı.



Grafik- 7: Hastaların anestezi deneyimine göre dağılımı

Hastaların %11'inin ilaçlara karşı alerjisi olduğu, %89'unun da olmadığı saptandı.



Grafik- 8: Hastaların herhangi bir ilaca karşı allerjisi olduğuna göre dağılımı

Anketin sonuçları tablolarda sunuldu:

Tablo-4: “ Bildiğiniz herhangi bir hastalığınız var mı?” sorusuna verilen cevabın cinsiyete göre dağılımı

	Evet	Hayır	Toplam
Kadın(n/%)	21/31	46/69	67/100
Erkek(n/%)	18/21	65/79	83/100
Toplam(n/%)	39/44	111/56	150/100

$$\chi^2=1.330 \quad P=0.249$$

“ Bildiğiniz herhangi bir hastalığınız var mı?” sorusuna verilen cevabın cinsiyete göre dağılımında bildiği herhangi bir hastalığı olanlar 39 hasta (%44) olup bunların 21 (%31) 'i kadın, 18 (%21)'i erkek olarak saptandı.

“Bildiğiniz herhangi bir hastalığınız var mı?” sorusuna verilen cevabın cinsiyete göre dağılımında anlamlı bir fark bulunmadı ($P =0.249$).

Tablo-5: “Alışkanlıklarınız var mı?” sorusuna verilen cevabın cinsiyete göre dağılımı

	Sigara	İlaç ve/veya alkol	Hiçbiri	Toplam
Kadın(n/%)	10/15	6/9	51/76	67/100
Erkek(n/%)	50/60	9/11	24/29	83/100
Toplam(n/%)	60/40	15/10	75/50	150/100

$$\chi^2=35.6 P<0.001$$

Erkek hastaların %60 gibi yüksek oranda sigara içme alışkanlığının olduğu saptandı.

Alışkanlıklar sorgulandığında hastaların yarısının herhangi bir alışkanlığının olmadığı saptandı.

“Alışkanlıklarınız var mı?” sorusuna verilen cevabın cinsiyete göre dağılımında anlamlı bir fark bulundu ($P < 0.001$).

Tablo-6: “Daha önce anestezi (narkoz) altında ameliyat oldunuz mu?” sorusuna verilen cevabın cinsiyete göre dağılımı

	Evet	Hayır	Toplam
Kadın(n/%)	18/27	49/73	67/100
Erkek(n/%)	15/18	68/82	83/100
Toplam(n/%)	33/22	117/78	150/100

$$\chi^2=1.197 P=0.274$$

Daha önce anestezi altında ameliyat olanlar 33 (%22) hasta, olmayanlar 117(%88) hasta olarak belirlendi.

Kadınlarda 18 (%27) hastanın anestezi deneyimine sahip olduğu, 49 (%73) hastanın olmadığı saptandı.

Erkeklerde 15 (%18) hastanın anestezi altında opere olduğu, 68(%82) hastanın olmadığı saptandı.

“Daha önce anestezi (narkoz) altında ameliyat oldunuz mu?” sorusuna verilen cevabın cinsiyete göre dağılımında önemli bir fark bulunmadı ($P=0.274$).

Tablo-7: “Herhangi bir ilaca karşı allerjiniz var mı?” sorusuna verilen cevabın cinsiyete göre dağılımı

	Evet	Hayır	Toplam
Kadın(n/%)	8/12	59/88	67/100
Erkek(n/%)	9/11	74/89	83/100
Toplam(n/%)	17/11	133/89	150/100

$$\chi^2=0.00 P =1$$

Herhangi bir ilaca karşı allerjisi olan hastaların sayısı 17(%11) , ilaca alerjisi olmayan hastaların sayısı 133 (%89) olarak belirlendi.

Kadın hastalardan ilaç allerjisi olanlar 8 hasta (%12), olmayanlar 59 hasta (%88) idi.

Erkek hastalardan ilaç allerjisi olanlar 9 hasta (%11) ,olmayanlar 74 hasta (%89) idi.

“Herhangi bir ilaca karşı allerjiniz var mı?” sorusuna verilen cevabın cinsiyete göre dağılımında anlamlı bir fark bulunmadı ($P =1$).

Tablo-8: “Anestezi polikliniğine neden geldiğinizi biliyor musunuz?” sorusuna verilen cevabın cinsiyete göre dağılımı

	Biliyorum	Fikrim yok	Toplam
Kadın(n/%)	47/70	20/30	67/100
Erkek(n/%)	51/61	32/39	83/100
Toplam(n/%)	98/65	52/35	150/100

$$\chi^2=0.885 P =0.347$$

“Anestezi polikliniğine neden geldiğinizi biliyor musunuz?” sorusuna verilen cevapta hastaların 98 (%65) ’i anestezi polikliniğine neden geldiğini biliyorken, 52 (%35) ’inin herhangi bir fikri yok idi.

“Anestezi polikliniğine neden geldiğinizi biliyor musunuz?” sorusuna verilen cevabın cinsiyete göre dağılımında kadınların 47 (%70) ’inin, erkeklerin ise 51 (%61) ’inin anestezi polikliniğe geliş amacını bildiği saptandı.

“Anestezi polikliniğine neden geldiğinizi biliyor musunuz?” sorusuna verilen cevabın cinsiyete göre dağılımında anlamlı bir fark bulunmadı ($P=0.347$).

Tablo-9: “Anestezi doktoru hastanede nerede çalışır?” sorusuna verilen cevabın cinsiyete göre dağılımı

	Ameliyathane dışı (poliklinik, ağrı, yoğun bakım, taş kırma, radyoloji ünitesi)	Ameliyathane	Fikrim yok	Toplam
Kadın(n/%)	7/10	36/54	24/36	67/100
Erkek(n/%)	17/20	33/40	33/40	83/100
Toplam(n/%)	24/16	69/46	57/38	150/100

$$\chi^2=4.058 P=0.131$$

“Anestezi doktoru hastanede nerede çalışır?” sorusunun verilen cevapta hastaların 24 (%16) ’ünün “ameliyathane dışı”, 69 (%46) ’unun “ameliyathane”, 57 (%38) ’inin “fikrim yok” yanıtını seçtiği saptandı.

“Anestezi doktoru hastanede nerede çalışır?” sorusuna verilen cevabın cinsiyete göre dağılımında kadın hastalarla erkek hastalar arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($P=0.131$).

Tablo-10: “Anestezi yöntemlerinden hangisini biliyorsunuz?” sorusuna verilen cevabın cinsiyete göre dağılımı

	Genel	Lokal ve/veya bölgesel	Fikrim yok	Toplam
Kadın(n/%)	33/50	13/19	21/31	67/100
Erkek(n/%)	39/47	11/13	33/40	83/100
Toplam(n/%)	62/41	24/16	64/43	150/100

$$\chi^2=2.682 P=0.262$$

“Anestezi yöntemlerinden hangisini biliyorsunuz?” sorusuna hastaların 62 (%41) ‘sinin genel anestezi yöntemi hakkında, 24 (%16) ’ünün bölgesel/lokal anestezi yöntemi hakkında fikir sahibi olduğu, 64 (%43) ’ünün “fikrim yok” yanıtı verdiği saptandı.

“Anestezi yöntemlerinden hangisini biliyorsunuz?” sorusuna verilen cevabın cinsiyete göre dağılımında kadınlar ve erkekler arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($P=0.262$).

Tablo-11: “Anestezi doktorunun ameliyatta neler yaptığını biliyor musunuz?” sorusuna verilen cevabın cinsiyete göre dağılımı

	1	2	3	Toplam
Kadın(n/%)	14/21	21/31	32/48	67/100
Erkek(n/%)	22/26	25/30	36/44	83/100
Toplam(n/%)	36/24	46/30	68/46	150/100

$$\chi^2=0.662 P=0.718$$

1.Uyuma, uyanıklık, yani bilinç durumunu takip eder.

2.Uyuma, uyanıklık, yani bilinç durumunu takibi dışında kalp hızını, kan basıncını, sıvı ve kan kaybını yani tüm hayati fonksiyonları takip eder.

3.Fikrim yok.

“Anestezi doktorunun ameliyatta neler yaptığını biliyor musunuz?” sorusuna hastaların 36 (%24)’ünün “Uyuma, uyanıklık, yani bilinç durumunu takip eder.”, 46 (%30)’ünün “Uyuma, uyanıklık, yani bilinç durumunu takibi dışında kalp hızını, kan basıncını, sıvı ve kan kaybını yani tüm hayati fonksiyonları takip eder.”, 68 (%46)’inin ise “fikrim yok” yanıtını seçtiği saptandı.

“Anestezi doktorunun ameliyatta neler yaptığını biliyor musunuz?” sorusuna verilen cevabın cinsiyete göre dağılımında anlamlı bir fark bulunmadı ($P=0.718$).

Tablo-12: “Ameliyatta uygulanacak anestezi işlemi ile ilgili bilgiyi size kim vermelidir?” sorusuna verilen cevabın cinsiyete göre dağılımı

	Cerrahi doktor	Anestezi doktor	Toplam
Kadın(n/%)	24/36	43/64	67/100
Erkek(n/%)	39/47	44/53	83/100
Toplam(n/%)	63/42	87/58	150/100

$$\chi^2=1.467 P=0.226$$

“Ameliyatta uygulanacak anestezi işlemi ile ilgili bilgiyi size kim vermelidir?” sorusuna hastaların 63 (%42)’ünün “cerrahi doktor”, 87 (%48)’inin “anestezi doktoru” yanıtını seçtiği saptandı.

“Ameliyatta uygulanacak anestezi işlemi ile ilgili bilgiyi size kim vermelidir?” sorusuna verilen cevabın cinsiyete göre dağılımında anlamlı bir fark bulunmadı ($P=0.226$).

Tablo–13: “Ameliyatta anestezinin kimin tarafından verildiğini düşünüyorsunuz?” sorusuna verilen cevabın cinsiyete göre dağılımı

	Personel (hemşire ve/veya teknisyen)	Anestezi doktoru	Toplam
Kadın(n/%)	22/33	45/67	67/100
Erkek(n/%)	32/39	51/61	83/100
Toplam(n/%)	54/36	96/64	150/100

$$\chi^2=0.307 P=0.579$$

“Ameliyatta anestezinin kimin tarafından verildiğini düşünüyorsunuz?” sorusuna hastaların 54 (%36) ’ünün “personel”,96 (%64) ’sının “anestezi doktoru” yanıtını seçtiği saptandı.

“Ameliyatta anestezinin kimin tarafından verildiğini düşünüyorsunuz?” sorusuna verilen cevabın cinsiyete göre dağılımında anlamlı bir fark bulunmadı ($P=0.579$).

Tablo–14: “Uygulanacak anestezi işlemi ile ilgili korkularınız nelerdir?” sorusuna verilen cevabın cinsiyete göre dağılımı

	1	2	3	Toplam
Kadın(n/%)	7/10	31/46	29/44	67/100
Erkek(n/%)	9/11	23/28	51/61	83/100
Toplam(n/%)	16/10	54/36	80/54	150/100

$$\chi^2=5.845 P=0.05$$

- 1.Ameliyat sırasında tam uyuyamayıp, ağrı duyacağımdan korkuyorum.
- 2.Anesteziden uyanamayacağımdan, öleceğimden korkuyorum.
3. Herhangi bir korkum yok.

“Uygulanacak anestezi işlemi ile ilgili korkularınız nelerdir?” sorusuna hastaların 16 (%10) ’sının “Ameliyat sırasında tam uyuyamayıp, ağrı duyacağımdan korkuyorum” ,54 (%36) ’ünün “Anesteziden uyanamayacağımdan, öleceğimden korkuyorum.” ,80 (%54) ’inin ise “ Herhangi bir korkum yok” yanıtını seçtiği saptandı.

“Uygulanacak anestezi işlemi ile ilgili korkularınız nelerdir?” sorusuna verilen cevabın cinsiyete göre dağılımında kadın hastalar ve erkek hastalar arasında anlamlı bir fark bulundu ($P=0.05$).

Tablo–15: “Bölgesel anestezi işlemi duydu mu?” sorusuna verilen cevabın cinsiyete göre dağılımı

	Evet	Hayır	Toplam
Kadın(n/%)	29/43	38/57	67/100
Erkek(n/%)	28/34	55/66	83/100
Toplam(n/%)	57/38	93/62	150/100

$$\chi^2=1.058 P=0.304$$

“Bölgesel anestezi işlemi duydu mu?” sorusuna hastaların 57 (%38) ’sinin “evet”,93 (%62) ’ünün “hayır” yanıtını seçtiği saptandı.

“Bölgesel anestezi işlemi duydu mu?” sorusuna verilen cevabın cinsiyete göre dağılımında kadın hastalar ve erkek hastalar arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($P=0.304$).

Tablo–16: “Bölgesel anestezi işlemini kim yapar?” sorusuna verilen cevabın cinsiyete göre dağılımı

	Anestezi doktoru	Personel(hemşire ve/veya teknisyen)	Fikrim yok	Toplam
Kadın(n/%)	24/36	12/18	31/46	67/100
Erkek(n/%)	28/34	15/18	40/48	83/100
Toplam(n/%)	52/35	27/18	71/47	150/100

$$\chi^2=0.542 P =0.762$$

“Bölgesel anestezi işlemini kim yapar?” sorusuna hastaların 52 (%35)’sinin “anestezi doktoru” ,27 (%18) sinin “yardımcı personel”,71 (%47)’inin “fikrim yok” yanıtını seçtiği saptandı.

“Bölgesel anestezi işlemini kim yapar?” sorusuna verilen cevabın cinsiyete göre dağılımında kadın hastalar ve erkek hastalar arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($P =0.762$).

Tablo–17: “Bölgesel anestezi işlemine ait herhangi bir endişeniz var mı?” sorusuna verilen cevabın cinsiyete göre dağılımı

	1	2	3	Toplam
Kadın(n/%)	9/13	10/15	48/72	67/100
Erkek(n/%)	8/10	10/12	65/78	83/100
Toplam(n/%)	17/11	20/13	113/76	150/100

$$\chi^2=0.920 P =0.631$$

- 1.Felç olabileceğimi düşünüyorum
- 2.Uyanık kalıp etrafta olanların farkında olacağımdan endişeliyim
- 3.Endişem yok

“Bölgesel anestezi işlemine ait herhangi bir endişeniz var mı?” sorusuna hastaların 17 (%11)’sinin “Felç olabileceğimi düşünüyorum” ,20 (%13)’sinin “Uyanık kalıp etrafta olanların farkında olacağımdan endişeliyim” ,113 (%76)’ünün “ Endişem yok” yanıtını seçtiği saptandı.

“Bölgesel anestezi işlemine ait herhangi bir endişeniz var mı?” sorusuna verilen cevabın cinsiyete göre dağılımında anlamlı bir fark bulunmadı ($P=0.631$).

Tablo–18: “ Bildiğiniz herhangi bir hastalığınız var mı?” sorusuna verilen cevabın yaş gruplarına göre dağılımı

	Evete	Hayır	Toplam
18-30 yaş (n/%)	8/12	59/88	67/100
31-60 yaş (n/%)	20/30	46/70	66/100
61 yaş ve üzeri(n/%)	11/65	6/35	17/100
Toplam	39	111	150

$$\chi^2=20.75 P=0.01$$

Yaş gruplarına göre 61 yaş ve üstü hasta grubunda, %65 gibi yüksek oranda bildiği herhangi bir hastalığının olduğu saptandı.

“ Bildiğiniz herhangi bir hastalığınız var mı?” sorusuna verilen cevabın yaş gruplarına göre dağılımında anlamlı bir fark bulundu ($P=0.01$).

Tablo-19: “Alışkanlıklarınız var mı?” sorusuna verilen cevabın yaş gruplarına göre dağılımı

	Sigara	İlaç ve/veya alkol	Hiçbiri	Toplam
18-30 yaş (n/%)	16/24	5/7	46/69	67/100
31-60 yaş (n/%)	38/58	5/8	23/34	66/100
61 yaş ve üzeri(n/%)	6/35	5/29	6/36	17/100
Toplam	60	15	75	150

$$\chi^2 = 25.19 \ P < 0.001$$

“Alışkanlıklarınız var mı?” sorusuna verilen cevapta 18-30 yaş arası hastaların alışkanlık varlığının diğer gruplarla karşılaştırıldığında %31 oranı ile düşük olduğu saptandı. “Alışkanlıklarınız var mı?” sorusuna verilen cevabın yaş gruplarına göre dağılımında anlamlı bir fark bulundu ($P < 0.001$).

Tablo-20: “Daha önce anestezi (narkoz) altında ameliyat oldunuz mu?” sorusuna verilen cevabın yaş gruplarına göre dağılımı

	Evet	Hayır	Toplam
18-30 yaş (n/%)	10/15	57/85	67/100
31-60 yaş (n/%)	15/23	51/77	66/100
61 yaş ve üzeri(n/%)	8/47	9/53	17/100
Toplam	33	117	150

$$\chi^2 = 8.195 \ P = 0.01$$

“Daha önce anestezi (narkoz) altında ameliyat oldunuz mu?” sorusuna verilen cevapta 60 yaş üstü hastaların %47 gibi yüksek oranda anestezi deneyimi yaşadığı saptandı.

“Daha önce anestezi (narkoz) altında ameliyat oldunuz mu?” sorusuna verilen cevabın yaş gruplarına göre dağılımında anlamlı bir fark bulundu ($P= 0.01$).

Tablo–21: “Herhangi bir ilaca karşı allerjiniz var mı?” sorusuna verilen cevabın yaş gruplarına göre dağılımı

	Evet	Hayır	Toplam
18-30 yaş (n/%)	5/7	62/93	67/100
31-60 yaş (n/%)	6/9	60/91	66/100
61 yaş ve üzeri(n/%)	6/35	11/65	17/100
Toplam(n/%)	17/11	133/89	150/100

$$\chi^2=11.042 P=0.004$$

“Herhangi bir ilaca karşı allerjiniz var mı?” sorusuna verilen cevapta 60 yaş üstü hasta grubunun ilaç allerji öyküsü %35 oranı ile diğer yaş gruplarından anlamlı olarak yüksek bulundu.

“Herhangi bir ilaca karşı allerjiniz var mı?” sorusuna verilen cevabın yaş gruplarına göre dağılımında anlamlı bir fark bulundu ($P=0.004$).

Tablo–22: “Anestezi polikliniğine neden geldiğinizi biliyor musunuz?” sorusuna verilen cevabın yaş gruplarına göre dağılımı

	Biliyorum	Fikrim yok	Toplam
18-30 yaş (n/%)	47/70	20/30	67/100
31-60 yaş (n/%)	46/70	20/30	66/100
61 yaş ve üzeri(n/%)	5/29	12/71	17/100
Toplam	98	52	150

$$\chi^2=10.926 P=0.004$$

“Anestezi polikliniğine neden geldiğinizi biliyor musunuz?” sorusuna verilen cevapta yaş gruplarına göre dağılımda 18-30 yaş ve 31-60 yaş gruplarındaki hastaların aynı oranda “biliyorum” yanıtını seçtiği, 60 yaş üstü hastaların büyük kısmının (%71) herhangi bir fikrinin olmadığı saptandı.

“Anestezi polikliniğine neden geldiğinizi biliyor musunuz?” sorusuna verilen cevabın yaş gruplarına göre dağılımında 60 yaş üstü hastalar için anlamlı bir fark bulundu ($P=0.004$).

Tablo–23: “Anestezi doktoru hastanede nerede çalışır?” sorusuna verilen cevabın yaş gruplarına göre dağılımı

	Ameliyathane dışı (poliklinik, ağrı, yoğun bakım, taş kırma, radyoloji ünitesi)	Ameliyathane	Fikrim yok	Toplam
18-30 yaş (n/%)	10/15	37/55	20/30	67/100
31-60 yaş (n/%)	9/14	27/41	30/45	66/100
61 yaş ve üzeri(n/%)	5/29	5/29	7/42	17/100
Toplam	24	69	57	150

$$\chi^2 = 6.99 P=0.136$$

“Anestezi doktoru hastanede nerede çalışır?” sorusuna verilen cevabın yaş gruplarına göre dağılımında anlamlı bir fark bulunmadı ($P=0.136$).

Tablo–24: “Anestezi yöntemlerinden hangisini biliyorsunuz?” sorusuna verilen cevabın yaş gruplarına göre dağılımı

	Genel	Lokal ve/veya bölgesel	Fikrim yok	Toplam
18-30 yaş (n/%)	29/43	7/10	31/47	67/100
31-60 yaş (n/%)	28/42	12/18	26/40	66/100
61 yaş ve üzeri(n/%)	5/29	5/29	7/42	17/100
Toplam	62	24	64	150

$$\chi^2=4.44 P=0.349$$

Anestezi yöntemlerinden hangisini biliyorsunuz?” sorusuna verilen cevabın yaş gruplarına göre dağılımında anlamlı bir fark bulunmadı ($P=0.349$).

Tablo–25: “Anestezi doktorunun ameliyatta neler yaptığını biliyor musunuz?” sorusuna verilen cevabın yaş gruplarına göre dağılımı

	1	2	3	Toplam
18-30 yaş (n/%)	17/25	15/22	35/53	67/100
31-60 yaş (n/%)	14/21	26/39	26/40	66/100
61 yaş ve üzeri(n/%)	5/29	5/29	7/42	17/100
Toplam	36	46	68	150

$$\chi^2=4.90 P=0.297$$

1.Uyuma, uyanıklık, yani bilinç durumunu takip eder.

2.Uyuma, uyanıklık, yani bilinç durumunun takibi dışında kalp hızını, kan basıncını, sıvı ve kan kaybını yani tüm hayati fonksiyonları takip eder.

3.Fikrim yok

“Anestezi doktorunun ameliyatta neler yaptığını biliyor musunuz?” sorusuna verilen cevabın yaş gruplarına göre dağılımında anlamlı bir fark bulunmadı ($P=0.297$).

Tablo–26: “Ameliyatta anestezinin kimin tarafından verildiğini düşünüyorsunuz?” sorusuna verilen cevabın yaş gruplarına göre dağılımı

	Personel (hemşire ve/veya teknisyen)	Anestezi doktoru	Toplam
18-30 yaş (n/%)	27/40	40/60	67/100
31-60 yaş (n/%)	22/33	44/67	66/100
61 yaş ve üzeri(n/%)	5/29	12/71	17/100
Toplam(n/%)	54/36	96/64	150/100

$$\chi^2=1.061 P=0.588$$

“Ameliyatta anestezinin kimin tarafından verildiğini düşünüyorsunuz?” sorusuna verilen cevabın yaş gruplarına göre dağılımında anlamlı bir fark bulunmadı ($P=0.588$).

Tablo–27: “Ameliyatta uygulanacak anestezi işlemi ile ilgili bilgiyi size kim vermelidir?” sorusuna verilen cevabın yaş gruplarına göre dağılımı

	Cerrahi doktoru	Anestezi doktoru	Toplam
18-30 yaş (n/%)	24/36	43/64	67/100
31-60 yaş (n/%)	30/45	36/55	66/100
61 yaş ve üzeri(n/%)	9/53	8/47	17/100
Toplam	63	87	150

$$\chi^2=2.209 P=0.331$$

“Ameliyatta uygulanacak anestezi işlemi ile ilgili bilgiyi size kim vermelidir?”

sorusuna verilen cevabın yaş gruplarına göre dağılımında anlamlı bir fark bulunmadı (P=0.331).

Tablo–28: “Uygulanacak anestezi işlemi ile ilgili korkularınız nelerdir?” sorusuna verilen cevabın yaş gruplarına göre dağılımı

	1	2	3	Toplam
18-30 yaş (n/%)	8/12	30/48	29/40	67/100
31-60 yaş (n/%)	8/12	24/36	34/52	66/100
61 yaş ve üzeri (n/%)	0/0	0/0	17/100	17/100
Toplam	16	54	80	150

$$\chi^2=1.056 P^*=0.59$$

(*= χ^2 analizi ilk iki satır için yapıldı.)

1. Ameliyat sırasında tam uyuyamayıp, ağrı duyacağımdan korkuyorum.
2. Anesteziden uyanamayacağımdan, öleceğimden korkuyorum.
3. Herhangi bir korkum yok.

“Uygulanacak anestezi işlemi ile ilgili korkularınız nelerdir?” sorusuna verilen cevabın yaş gruplarına göre dağılımında 60 yaş üstü hastaların 17 (%100)’sinden “korkum yok” yanıtı alındı.

Uygulanacak anestezi işlemi ile ilgili korkularınız nelerdir?” sorusuna verilen cevabın diğer yaş gruplarına göre dağılımında anlamlı bir fark bulunmadı (P*=0.59).

Tablo–29: “Bölgesel anestezi işlemini duydunuz mu?” sorusuna verilen cevabın yaş gruplarına göre dağılımı

	Evet	Hayır	Toplam
18-30 yaş (n/%)	22/33	45/67	67/100
31-60 yaş (n/%)	29/44	37/56	66/100
61 yaş ve üzeri (n/%)	6/35	11/65	17/100
Toplam	57	93	150

$$\chi^2=1.799 P=0.407$$

“Bölgesel anestezi işlemini duydunuz mu?” sorusuna verilen cevabın yaş gruplarına göre dağılımında anlamlı bir fark bulunmadı ($P=0.407$).

Tablo–30: “Bölgesel anestezi işlemini kim yapar?” sorusuna verilen cevabın yaş gruplarına göre dağılımı

	Anestezi doktoru	Personel (hemşire ve/veya teknisyen)	Fikrim yok	Toplam
18-30 yaş (n/%)	27/40	12/18	28/42	67/100
31-60 yaş (n/%)	20/30	10/15	36/55	66/100
61 yaş ve üzeri(n/%)	5/29	5/29	7/42	17/100
Toplam	52	27	71	150

$$\chi^2=3.94 P=0.415$$

“Bölgesel anestezi işlemini kim yapar?” sorusuna verilen cevabın yaş gruplarına göre dağılımında anlamlı bir fark bulunmadı ($P=0.415$).

Tablo–31: “Bölgesel anestezi işlemine ait herhangi bir endişeniz var mı?” sorusuna verilen cevabın yaş gruplarına göre dağılımı

	1	2	3	Toplam
18-30 yaş (n/%)	10/15	10/15	47/70	67/100
31-60 yaş (n/%)	7/11	10/15	49/74	66/100
61 yaş ve üzeri(n/%)	0/0	0/0	17/100	17/100
Toplam(n/%)	17/11	20/13	113/76	150/100

$$\chi^2=0.504 P^*=0.754$$

(*= χ^2 analizi ilk iki satır için yapıldı.)

- 1.Felç olabileceğimi düşünüyorum
- 2.Uyanık kalıp etrafta olanların farkında olacağımdan endişeliyim
3. Endişem yok

“Bölgesel anestezi işlemine ait herhangi bir endişeniz var mı?” sorusuna verilen cevabın yaş gruplarına göre dağılımında 60 yaş üstü hastaların 17 (%100)’sinden “endişem yok” yanıtı alındı.

“Bölgesel anestezi işlemine ait herhangi bir endişeniz var mı?” sorusuna verilen cevabın diğer yaş gruplarına göre dağılımında anlamlı bir fark bulunmadı ($P^*=0.754$).

Tablo–32: “ Bildiğiniz herhangi bir hastalığınız var mı?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımı

	Evet	Hayır	Toplam
Okuryazar değil(n/%)	9/29	22/71	31/100
İlköğretim(n/%)	15/18	67/82	82/100
Yüksek öğretim(n/%)	15/41	22/59	37/100
Toplam	39	111	150

$$\chi^2=6.746 P=0.034$$

“ Bildiğiniz herhangi bir hastalığınız var mı?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımında yüksek öğretim mezunu olan hastaların bildiği herhangi bir hastalık bulunma oranı %41 ile yüksek bulundu.

“ Bildiğiniz herhangi bir hastalığınız var mı?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımında anlamlı bir fark bulundu ($P=0.034$).

Tablo–33: “ Alışkanlıklarınız var mı?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımı

	Sigara	İlaç ve/veya alkol	Hiçbiri	Toplam
Okuryazar değil(n/%)	15/48	5/16	11/36	31/100
İlköğretim(n/%)	30/37	5/6	47/57	82/100
Yüksek öğretim(n/%)	15/41	5/13	17/46	37/100
Toplam	60	15	75	150

$$\chi^2=5.96 P=0.202$$

“ Alışkanlıklarınız var mı?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımında anlamlı bir fark bulunmadı ($P=0.202$).

Tablo–34: “Daha önce anestezi (narkoz) altında ameliyat oldunuz mu?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımı

	Evet	Hayır	Toplam
Okuryazar değil(n/%)	6/19	25/81	31/100
İlköğretim(n/%)	19/23	63/77	82/100
Yüksek öğretim(n/%)	8/22	29/78	37/100
Toplam	33	117	150

$$\chi^2=0.195 P=0.907$$

“Daha önce anestezi (narkoz) altında ameliyat oldunuz mu?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımında anlamlı bir fark bulunmadı ($P=0.907$).

Tablo–35: “Herhangi bir ilaca karşı alerjiniz var mı?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımı

	Evet	Hayır	Toplam
Okuryazar değil(n/%)	5/16	26/84	31 /100
İlköğretim(n/%)	5/6	77/94	82/ 100
Yüksek öğretim(n/%)	7/19	30/81	37/ 100
Toplam	17	133	150

$$\chi^2=5.065 P=0.079$$

“Herhangi bir ilaca karşı alerjiniz var mı?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımında anlamlı bir fark bulunmadı ($P=0.079$).

Tablo-36: “Anestezi polikliniğine neden geldiğinizi biliyor musunuz?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımı

	Biliyorum	Fikrim yok	Toplam
Okuryazar değil(n/%)	16/57	15/43	31/100
İlköğretim(n/%)	50/61	32/39	82/100
Yüksek öğretim(n/%)	32/86	5/14	37/100
Toplam	98	52	150

$$\chi^2=10.57 P=0.005$$

“Anestezi polikliniğine neden geldiğinizi biliyor musunuz?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımında eğitim düzeyi arttıkça anestezi polikliniğine geliş nedeninin bilinme oranının anlamlı oranda arttığı saptandı.

“Anestezi polikliniğine neden geldiğinizi biliyor musunuz?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımında anlamlı bir fark bulundu ($P=0.005$).

Tablo-37: “Anestezi doktoru hastanede nerede çalışır?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımı

	Aameliyathane dışı (poliklinik, ağrı, yoğun bakım, taş kırma, radyoloji ünitesi)	Ameliyathane	Fikrim yok	Toplam
Okuryazar değil(n/%)	5/16	5/16	21/68	31/100
İlköğretim(n/%)	10/12	42/51	30/37	82/100
Yüksek öğretim(n/%)	9/24	22/59	6/17	37/100
Toplam	24	69	57	150

$$\chi^2=22.18 P<0.001$$

“Anestezi doktoru hastanede nerede çalışır?” sorusuna hastalardan eğitim almışlar ile eğitim almamışlar arasında anestezi doktorunun görev yerleri ile ilgili yanıtta anlamlı farklılık saptandı.

“Anestezi doktoru hastanede nerede çalışır?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımında anlamlı bir fark bulundu ($P<0.001$).

Tablo-38: “Anestezi yöntemlerinden hangisini biliyorsunuz?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımı

	Genel	Lokal ve/veya bölgesel	Fikrim yok	Toplam
Okuryazar değil(n/%)	7/23	5/16	19/61	31/100
İlköğretim(n/%)	24/29	18/22	40/49	82/100
Yüksek öğretim(n/%)	21/57	11/30	5/13	37/100
Toplam	52	34	64	150

$$\chi^2=19.23 P<0.001$$

Okur -yazar olmayan hastaların %61 gibi yüksek oranda herhangi bir anestezi yöntemini bilmediği saptandı.

“Anestezi yöntemlerinden hangisini biliyorsunuz?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımında eğitim düzeyi arttıkça anestezi yöntemlerinden herhangi birini bilme oranının arttığı saptandı.

“Anestezi yöntemlerinden hangisini biliyorsunuz?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımında anlamlı bir fark bulundu ($P<0.001$).

Tablo-39: “Anestezi doktorunun ameliyatta neler yaptığını biliyor musunuz?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımı

	1	2	3	Toplam
Okuryazar değil(n/%)	5/16	5/16	21/68	31/100
İlköğretim(n/%)	20/24	20/24	42/52	82/100
Yüksek öğretim(n/%)	11/30	21/57	5/13	37/100
Toplam	36	46	68	150

$$\chi^2=25.03 P<0.001$$

1.Uyuma, uyanıklık, yani bilinç durumunu takip eder.

2. Uyuma, uyanıklık, yani bilinç durumunun takibi dışında kalp hızını, kan basıncını, sıvı ve kan kaybını yani tüm hayati fonksiyonları takip eder.

3.Fikrim yok.

“Anestezi doktorunun ameliyatta neler yaptığını biliyor musunuz?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımında eğitim durumu arttıkça doğru yanıt seçme oranında da artış olduğu saptandı.

“Anestezi doktorunun ameliyatta neler yaptığını biliyor musunuz?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımında anlamlı bir fark bulundu ($P<0.001$).

Tablo-40: “Ameliyatta anestezinin kimin tarafından verildiğini düşünüyorsunuz?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımı

	Personel (hemşire ve/veya teknisyen)	Anestezi doktoru	Toplam
Okuryazar değil(n/%)	17/55	14/45	31/100
İlköğretim(n/%)	32/39	50/61	82/100
Yüksek öğretim(n/%)	5/14	32/86	37/100
Toplam	54	96	150

$$\chi^2=13.22 P=0.001$$

“Ameliyatta anestezinin kimin tarafından verildiğini düşünüyorsunuz?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımında eğitim düzeyi arttıkça soruya “anestezi doktoru” olarak cevap verenlerin oranının anlamlı olarak arttığı saptandı.

“Ameliyatta anestezinin kimin tarafından verildiğini düşünüyorsunuz?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımında anlamlı bir fark bulundu ($P=0.001$).

Tablo-41: “Ameliyatta uygulanacak anestezi işlemi ile ilgili bilgiyi size kim vermeli?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımı

	Cerrahi doktoru	Anestezi doktoru	Toplam
Okuryazar değil(n/%)	21/68	10/32	31/100
İlköğretim(n/%)	35/43	47/57	82/100
Yüksek öğretim(n/%)	7/19	30/81	37/100
Toplam	63	87	150

$$\chi^2=16.54 P=0.00$$

“Ameliyatta uygulanacak anestezi işlemi ile ilgili bilgiyi size kim vermeli?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımında eğitim düzeyi arttıkça soruya “anestezi doktoru” olarak doğru cevap verenlerin oranının da arttığı saptandı.

“Ameliyatta uygulanacak anestezi işlemi ile ilgili bilgiyi size kim vermeli?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımında anlamlı bir fark bulundu ($P=0.00$).

Tablo-42: “Uygulanacak anestezi işlemi ile ilgili korkularınız nelerdir?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımı

	1	2	3	Toplam
Okuryazar değil(n/%)	5/16	6/19	20/65	31/100
İlköğretim(n/%)	5/6	25/30	52/64	82/100
Yüksek öğretim(n/%)	6/16	23/62	8/22	37/100
Toplam	16	54	80	150

$$\chi^2=22.91 P<0.001$$

1. Ameliyat sırasında tam uyuyamayıp, ağrı duyacağımdan korkuyorum.
2. Anesteziden uyanamayacağımdan, öleceğimden korkuyorum.
3. Herhangi bir korkum yok

“Uygulanacak anestezi işlemi ile ilgili korkularınız nelerdir?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımında hastaların eğitim düzeyi arttıkça anestezi işlemi ile ilgili korkularının arttığı saptandı. Okur-yazar olmayan hastaların %65 gibi yüksek oranda korkularının olmadığı saptandı.

“Uygulanacak anestezi işlemi ile ilgili korkularınız nelerdir?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımında anlamlı bir fark bulundu ($P<0.001$).

Tablo-43: “Bölgesel anestezi işlemini duyduunuz mu?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımı

	Evet	Hayır	Toplam
Okuryazar değil(n/%)	5/16	26/84	31/100
İlköğretim(n/%)	20/24	62/76	82/100
Yüksek öğretim(n/%)	32/86	5/14	37/100
Toplam	57	93	150

$$\chi^2=49.661 P=0.001$$

“Bölgesel anestezi işlemini duyduunuz mu?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımında okur-yazar olmayan hastaların sadece %16’sı bölgesel anestezi işlemini duyduğu halde yüksek öğretim mezunu hastaların %86’sının bölgesel anestezi işlemini duyduğu saptandı. Eğitim düzeyi arttıkça bölgesel anestezi işlemini bilenlerin oranında anlamlı artış saptandı.

“Bölgesel anestezi işlemini duyduunuz mu?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımında anlamlı bir fark bulundu ($P=0.001$).

Tablo-44: “Bölgesel anestezi işlemini kim yapar?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımı

	Anestezi doktoru	Personel (hemşire ve/veya teknisyen)	Fikrim yok	Toplam
Okuryazar değil(n/%)	6/19	5/16	20/65	31/100
İlköğretim(n/%)	21/25	15/18	46/57	82/100
Yüksek öğretim(n/%)	25/67	7/19	5/14	37/100
Toplam	52	27	71	150

$$\chi^2=27.87 P<0.001$$

“Bölgesel anestezi işlemini kim yapar?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımında yüksek öğretim mezunu hastaların %67 oranında “anestezi doktoru” cevabıyla soruyu doğru cevapla yanıtladığı okur-yazar olmayan hastaların soruya %65 gibi yüksek oranda “fikrim yok” olarak yanıtladığı saptandı.

Eğitim düzeyi arttıkça bölgesel anestezi işleminin anestezi doktoru tarafından yapıldığını bilme oranında anlamlı bir artış saptandı.

“Bölgesel anestezi işlemini kim yapar?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımında anlamlı bir fark bulundu ($P<0.001$).

Tablo-45: “Bölgesel anestezi işlemine ait herhangi bir endişeniz var mı?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımı

	1	2	3	Toplam
Okuryazar değil(n/%)	0/0	0/0	31/100	31/100
İlköğretim(n/%)	10/12	5/6	67/82	82/100
Yüksek öğretim(n/%)	7/19	15/40	15/41	37/100
Toplam	17	20	113	150

$$\chi^2=25.07 P^*<0.001$$

(*= χ^2 analizi son iki satır için yapıldı.)

1. Felç olabileceğimi düşünüyorum
2. Uyanık kalıp etrafta olanların farkında olacağımdan endişeliyim
3. Endişem yok

“Bölgesel anestezi işlemine ait herhangi bir endişeniz var mı?” sorusuna okuryazar olmayan hastalardan %100 oranında “endişem yok” yanıtının alındığı saptandı.

“Bölgesel anestezi işlemine ait herhangi bir endişeniz var mı?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımında yüksek ve ilköğretim mezunu hastalar için

anlamli bir fark bulundu ($P^* < 0.001$).

Tablo-46: “Bildiğiniz herhangi bir hastalığınız var mı?” sorusuna verilen cevabın meslek gruplarına göre dağılımı

	Evet	Hayır	Toplam
İşsiz(n/%)	15/22	53/78	68/100
İşçi/serbest(n/%)	8/15	46/85	54/100
Kamu çalışanı(n/%)	16/57	12/43	28/100
Toplam	39	111	150

$$\chi^2 = 18.175 \quad P = 0.001$$

“Bildiğiniz herhangi bir hastalığınız var mı?” sorusuna verilen cevapta kamu çalışanlarının diğer meslek gruplarına göre %57 gibi anlamlı oranda bir farklılık ile “evet” cevabı verdiği saptandı.

“Bildiğiniz herhangi bir hastalığınız var mı?” sorusuna verilen cevabın meslek gruplarına göre dağılımında anlamlı bir fark bulundu ($P = 0.001$).

Tablo-47: “Alışkanlıklarınız var mı?” sorusuna verilen cevabın meslek gruplarına göre dağılımı

	Sigara	İlaç ve/veya alkol	Hiçbiri	Toplam
İşsiz (n/%)	15/22	5/7	48/71	68/100
İşçi/serbest(n/%)	27/50	5/9	22/41	54/100
Kamu çalışanı (n/%)	18/64	5/18	5/18	28/100
Toplam	60	15	75	150

$$\chi^2 = 25.66 \quad P < 0.001$$

En fazla sigara kullanımı kamu çalışanlarında en az çalışmayan grupta, en fazla ilaç ve/ veya alkol kullanımı da kamu çalışanı olan hastalarda idi. Çalışmayan gruptaki hastaların 48 (%71) 'inin hiçbir alışkanlığı olmadığı saptandı.

“ Alışkanlıklarınız var mı?” sorusuna verilen cevabın meslek gruplarına göre dağılımında anlamlı bir fark bulundu ($P<0.001$).

Tablo-48: “Daha önce anestezi (narkoz) altında ameliyat oldunuz mu?” sorusuna verilen cevabın meslek gruplarına göre dağılımı

	Evet	Hayır	Toplam
İşsiz(n/%)	10/18	58/82	68/100
İşçi/serbest(n/%)	14/35	40/65	54/100
Kamu çalışanı (n/%)	9/32	19/68	28/100
Toplam	33	117	150

$$\chi^2=4.272 P=0.118$$

“Daha önce anestezi (narkoz) altında ameliyat oldunuz mu ?” sorusuna verilen cevabın meslek gruplarına göre dağılımında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($P=0.118$).

Tablo-49: “Herhangi bir ilaca karşı alerjiniz var mı?” sorusuna verilen cevabın meslek gruplarına göre dağılımı

	Evet	Hayır	Toplam
İşsiz(n/%)	5/7	63/93	68/100
İşçi/serbest(n/%)	5/9	49/91	54/100
Kamu çalışanı (n/%)	7/25	21/75	28/100
Toplam	17	133	150

$$\chi^2=6.508 P=0.039$$

Kamu çalışanı olan hastalarda diğer gruplara göre herhangi bir ilaca karşı alerjisi olanların oranı %25 ile yüksek bulundu.

“Herhangi bir ilaca karşı alerjiniz var mı?” sorusuna verilen cevabın meslek gruplarına göre dağılımında anlamlı bir fark bulundu ($P=0.039$).

Tablo-50: “Anestezi polikliniğine neden geldiğinizi biliyor musunuz?” sorusuna verilen cevabın meslek gruplarına göre dağılımı

	Biliyorum	Fikrim yok	Toplam
İşsiz(n/%)	46/67	22/33	68/100
İşçi/serbest(n/%)	32/59	22/41	54/100
Kamu çalışanı (n/%)	20/71	8/29	28/100
Toplam	98	52	150

$$\chi^2=1.5 P=0.472$$

“Anestezi polikliniğine neden geldiğinizi biliyor musunuz?” sorusuna verilen cevabın meslek gruplarına göre dağılımında anlamlı bir fark bulunmadı ($P=0.472$).

Tablo-51: “Anestezi doktoru hastanede nerede çalışır?” sorusuna verilen cevabın meslek gruplarına göre dağılımı

	Ameliyathane dışı (poliklinik, ağırlı, yoğun bakım, taş kırma, radyoloji ünitesi)	Ameliyathane	Fikrim yok	Toplam
İşsiz(n/%)	5/7	25/37	38/56	68/100
İşçi/serbest(n/%)	13/24	29/54	12/22	54/100
Kamu çalışanı (n/%)	6/21	15/54	7/25	28/100
Toplam	24	69	57	150

$$\chi^2 = 18.70 P=0.001$$

“Anestezi doktoru hastanede nerede çalışır?” sorusuna verilen cevapta meslek sahibi olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı farklılık bulundu.

Meslek sahibi olan ve olmayan hastalar arasında anestezi doktorunun görev yerleri içinde ameliyathane dışı yanıtının verilme açısından anlamlı farklılık bulundu.

“ Anestezi doktoru hastanede nerede çalışır?” sorusuna hastaların %46’sının ameliyathanede, %16’sının ameliyathane dışında, %38’inin “fikrim yok” yanıtını seçtiği saptandı.

“Anestezi doktoru hastanede nerede çalışır?” sorusuna verilen cevabın meslek gruplarına göre dağılımında anlamlı bir fark bulundu ($P=0.001$).

Tablo–52: “Anestezi yöntemlerinden hangisini biliyorsunuz?” sorusuna verilen cevabın meslek gruplarına göre dağılımı

	Genel	Lokal ve/veya bölgesel	Fikrim yok	Toplam
İşsiz(n/%)	19/28	6/9	43/63	68/100
İşçi/serbest(n/%)	27/50	11/20	16/30	54/100
Kamu çalışanı (n/%)	16/57	7/25	5/17	28/100
Toplam	62	24	64	150

$$\chi^2=22.80 P<0.001$$

“Anestezi yöntemlerinden hangisini biliyorsunuz?”sorusuna verilen cevapta meslek sahibi olan ve olmayan gruplar arasında farklılık bulundu.

“Anestezi yöntemlerinden hangisini biliyorsunuz?”sorusuna hastaların %41’inin genel, %16’sının lokal ve/veya bölgesel anestezi yöntemlerini, %43’ünün ise “fikrim yok” yanıtını seçtiği saptandı.

“Anestezi yöntemlerinden hangisini biliyorsunuz?”sorusuna verilen cevabın meslek gruplarına göre dağılımında anlamlı bir fark bulundu ($P<0.001$) .

Tablo-53: “Anestezi doktorunun ameliyatta neler yaptığını biliyor musunuz?” sorusuna verilen cevabın meslek gruplarına göre dağılımı

	1	2	3	Toplam
İşsiz(n/%)	16/24	13/19	39/57	68/100
İşçi/serbest(n/%)	12/22	20/37	22/41	54/100
Kamu çalışanı (n/%)	8/29	13/46	7/25	28/100
Toplam	36	46	68	150

$$\chi^2=11.23 P=0.024$$

1.Uyuma, uyanıklık, yani bilinç durumunu takip eder.

2.Uyuma, uyanıklık, yani bilinç durumunun takibi dışında kalp hızını, kan basıncını, sıvı ve kan kaybını yani tüm hayati fonksiyonları takip eder.

3.Fikrim yok.

“Anestezi doktorunun ameliyatta neler yaptığını biliyor musunuz?” sorusuna verilen cevapta anestezi doktorunun ameliyat sırasında neler yaptığını doğru bilme açısından kamu kuruluşunda çalışan hastalar ile diğer gruplar karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık olduğu saptandı.

“Anestezi doktorunun ameliyatta neler yaptığını biliyor musunuz?” sorusuna verilen cevabın meslek gruplarına göre dağılımında anlamlı bir fark bulundu ($P=0.024$).

Tablo-54: “Ameliyatta anestezinin kimin tarafından verildiğini düşünüyorsunuz?” sorusuna verilen cevabın meslek gruplarına göre dağılımı

	Personel (hemşire ve/veya teknisyen)	Anestezi doktoru	Toplam
İşsiz(n/%)	28/41	40/59	68/100
İşçi/serbest(n/%)	18/33	36/67	54/100
Kamu çalışanı (n/%)	8/29	20/71	28/100
Toplam	54	96	150

$$\chi^2=1.628 P=0.443$$

“Ameliyatta anestezinin kimin tarafından verildiğini düşünüyorsunuz?” sorusuna verilen cevabın meslek gruplarına göre dağılımında anlamlı bir fark bulunmadı ($P=0.443$).

Tablo-55: “Ameliyatta uygulanacak anestezi işlemi ile ilgili bilgiyi size kim vermelidir?” sorusuna verilen cevabın meslek gruplarına göre dağılımı

	Cerrahi doktoru	Anestezi doktoru	Toplam
İşsiz(n/%)	31/46	37/54	68/100
İşçi/serbest(n/%)	24/44	30/56	54/100
Kamu çalışanı (n/%)	8/29	20/71	28/100
Toplam	63	87	150

$$\chi^2=2.565 P=0.277$$

“Ameliyatta uygulanacak anestezi işlemi ile ilgili bilgiyi size kim vermelidir?” sorusuna verilen cevabın meslek gruplarına göre dağılımında anlamlı bir fark bulunmadı ($P=0.277$).

Tablo-56: “Uygulanacak anestezi işlemi ile ilgili korkularınız nelerdir?” sorusuna verilen cevabın meslek gruplarına göre dağılımı

	1	2	3	Toplam
İşsiz(n/%)	5/7	18/26	45/67	68/100
İşçi/serbest(n/%)	5/9	24/44	25/47	54/100
Kamu çalışanı (n/%)	6/21	12/43	10/36	28/100
Toplam	16	54	80	150

$$\chi^2=11.22 P=0.024$$

1. Ameliyat sırasında tam uyuyamayıp, ağrı duyacağımdan korkuyorum.
2. Anesteziden uyanamayacağımdan, öleceğimden korkuyorum.
3. Herhangi bir korkum yok

“Uygulanacak anestezi işlemi ile ilgili korkularınız nelerdir?” sorusuna verilen cevapta çalışmayan grupta %67 gibi yüksek oranda “korkum yok” yanıtının seçildiği saptandı.

“Uygulanacak anestezi işlemi ile ilgili korkularınız nelerdir?” sorusuna verilen cevabın meslek gruplarına göre dağılımında anlamlı bir fark bulundu ($P=0.024$).

Tablo-57: “Bölgesel anestezi işlemi duyduunuz mu?” sorusuna verilen cevabın meslek gruplarına göre dağılımı

	Evet	Hayır	Toplam
İşsiz(n/%)	17/25	51/75	68/100
İşçi/serbest(n/%)	20/37	34/63	54/100
Kamu çalışanı (n/%)	20/71	8/29	28/100
Toplam	57	93	150

$$\chi^2=18.18 P<0.001$$

“Bölgesel anestezi işlemini duydunuz mu?” sorusuna verilen cevapta çalışmayan grubun %25 oranında, kamu çalışanlarının da %71 oranında “evet” yanıtını seçtiği saptandı.

“Bölgesel anestezi işlemini duydunuz mu?” sorusuna verilen cevabın meslek gruplarına göre dağılımında anlamlı bir fark bulundu ($P < 0.001$).

Tablo-58: “Bölgesel anestezi işlemini kim yapar?” sorusuna verilen cevabın meslek gruplarına göre dağılımı

	Anestezi doktoru	Personel (hemşire ve/veya teknisyen)	Fikrim yok	Toplam
İşsiz(n/%)	11/16	12/18	45/66	68/100
İşçi/serbest(n/%)	23/42	10/19	21/39	54/100
Kamu çalışanı (n/%)	18/64	5/18	5/18	28/100
Toplam	52	27	71	150

$$\chi^2=25.83 P<0.001$$

“Bölgesel anestezi işlemini kim yapar?” sorusuna verilen cevapta kamu kuruluşunda çalışan hastaların %64, çalışmayan hastaların %16 oranında “anestezi doktoru” yanıtını seçtiği saptandı.

“Bölgesel anestezi işlemini kim yapar?” sorusuna verilen cevabın meslek gruplarına göre dağılımında anlamlı bir fark bulundu ($P < 0.001$).

Tablo-59: “Bölgesel anestezi işlemine ait herhangi bir endişeniz var mı?” sorusuna verilen cevabın meslek gruplarına göre dağılımı

	1	2	3	Toplam
İşsiz(n/%)	5/7	6/9	57/84	68/100
İşçi/serbest(n/%)	5/9	6/11	43/80	54/100
Kamu çalışanı (n/%)	7/25	8/28	13/47	28/100
Toplam	17	20	113	150

$$\chi^2=15.77 P=0.003$$

1.Felç olabileceğimi düşünüyorum

2.Uyanık kalıp etrafta olanların farkında olacağımdan endişeliyim

3.Endişem yok

“Bölgesel anestezi işlemine ait herhangi bir endişeniz var mı?” sorusuna verilen cevapta meslek gruplarına göre bakıldığında kamu kuruluşunda çalışanların diğer meslek gruplarına göre endişeleri anlamlı oranda fazla idi. Çalışmayan hastaların “Bölgesel anestezi işlemine ait herhangi bir endişeniz var mı?” sorusuna %84 gibi yüksek oranda “Endişem yok” yanıtını seçtiği saptandı.

“Bölgesel anestezi işlemine ait herhangi bir endişeniz var mı?” sorusuna verilen cevabın meslek gruplarına göre dağılımında anlamlı bir fark bulundu ($P=0.003$).

Tablo-60: “ Bildiğiniz herhangi bir hastalığınız var mı?” sorusuna verilen cevabın sosyoekonomik düzeye göre dağılımı

	Evet	Hayır	Toplam
Düşük (n/%)	10/20	41/80	51/100
Orta-yüksek(n/%)	29/29	70/71	99/100
Toplam	39	111	150

$$\chi^2=1.176 P=0.278$$

“ Bildiğiniz herhangi bir hastalığınız var mı?” sorusuna verilen cevabın sosyoekonomik düzeye göre dağılımında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($P=0.278$).

Tablo-61: “ Alışkanlıklarınız var mı?” sorusuna verilen cevabın sosyoekonomik düzeye göre dağılımı

	Sigara	İlaç ve/ veya alkol	Hiçbiri	Toplam
Düşük(n/%)	20/39	7/14	24/47	51/100
Orta-yüksek(n/%)	40/40	8/8	51/52	99/100
Toplam	60	15	75	150

$$\chi^2=1.218 P=0.544$$

“ Alışkanlıklarınız var mı?” sorusuna verilen cevabın sosyoekonomik düzeye göre dağılımında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($P=0.544$).

Tablo-62: “Daha önce anestezi (narkoz) altında ameliyat oldunuz mu?” sorusuna verilen cevabın sosyoekonomik düzeye göre dağılımı

	Evet	Hayır	Toplam
Düşük(n/%)	9/18	42/82	51/100
Orta- yüksek(n/%)	24/24	75/76	99/100
Toplam	33	117	150

$$\chi^2=0.512 P=0.474$$

“Daha önce anestezi (narkoz) altında ameliyat oldunuz mu?” sorusuna verilen cevabın sosyoekonomik düzeye göre dağılımında gruplar anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0.474$).

Tablo-63: “Herhangi bir ilaca karşı alerjiniz var mı?” sorusuna verilen cevabın sosyoekonomik düzeye göre dağılımı

	Evet	Hayır	Toplam
Düşük(n/%)	6/12	45/88	51/100
Orta-yüksek(n/%)	11/11	88/89	99/100
Toplam	17	133	150

$$\chi^2=0.0 P=1$$

“Herhangi bir ilaca karşı alerjiniz var mı?” sorusuna verilen cevabın sosyoekonomik düzeye göre dağılımında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($P=1$).

Tablo-64: “Anestezi polikliniğine neden geldiğinizi biliyor musunuz?” sorusuna verilen cevabın sosyoekonomik düzeye göre dağılımı

	Biliyorum	Fikrim yok	Toplam
Düşük(n/%)	20/39	31/61	51/100
Orta-yüksek(n/%)	78/79	21/21	99/100
Toplam	98	52	150

$$\chi^2=21.55 P<0.001$$

Sosyoekonomik düzeyin artışı ile anestezi polikliniğine geliş nedenini bilme arasında anlamlı bir artış saptandı.

“Anestezi polikliniğine neden geldiğinizi biliyor musunuz?” sorusuna verilen cevabın sosyoekonomik düzeye göre dağılımında anlamlı bir fark bulundu ($P < 0.001$).

Tablo-65: “Anestezi doktoru hastanede nerede çalışır?” sorusuna verilen cevabın sosyoekonomik düzeye göre dağılımı

	Ameliyathane dışı(poliklinik, ağrı, yoğun bakım)	Ameliyathane	Fikrim yok	Toplam
Düşük(n/%)	10/20	10/20	31/60	51/100
Orta-yüksek(n/%)	14/14	59/60	26/26	99/100
Toplam	24	69	57	150

$$\chi^2=22.88 P<0.001$$

“Anestezi doktoru hastanede nerede çalışır?” sorusuna verilen cevapta düşük sosyoekonomik düzeye sahip hastaların %60’ının “fikrim yok” yanıtını seçtiği, sosyoekonomik düzeyin artışı ile “ameliyathane” yanıtının seçilme oranının da arttığı saptandı.

“Anestezi doktoru hastanede nerede çalışır?” sorusuna verilen cevabın sosyoekonomik düzeye göre dağılımında anlamlı bir fark bulundu ($P<0.001$).

Tablo-66: “Anestezi yöntemlerinden hangisini biliyorsunuz?” sorusuna verilen cevabın sosyoekonomik düzeye göre dağılımı

	Genel	Lokal ve/veya bölgesel	Fikrim yok	Toplam
Düşük(n/%)	9/18	6/12	36/70	51/100
Orta-yüksek (n/%)	53/54	18/18	28/28	99/100
Toplam	62	24	64	150

$$\chi^2=25.47 P<0.001$$

“Anestezi yöntemlerinden hangisini biliyorsunuz?” sorusuna verilen cevapta düşük

sosyoekonomik düzeye sahip hastaların %70'inin "fikrim yok" yanıtını seçtiği, sosyoekonomik düzeyin artışı ile anestezi yöntemlerinin bilinme oranının da arttığı saptandı.

"Anestezi yöntemlerinden hangisini biliyorsunuz?" sorusuna verilen cevabın sosyoekonomik düzeye göre dağılımında gruplar arasında anlamlı bir fark bulundu ($P<0.001$).

Tablo-67: "Anestezi doktorunun ameliyatta neler yaptığını biliyor musunuz?" sorusuna verilen cevabın sosyoekonomik düzeye göre dağılımı

	1	2	3	Toplam
Düşük(n/%)	12/23	5/10	34/67	51/100
Orta-yüksek(n/%)	24/24	41/42	34/34	99/100
Toplam	36	46	68	150

$$\chi^2=18.73 P=0.001$$

1.Uyuma, uyanıklık, yani bilinç durumunu takip eder.

2. Uyuma, uyanıklık, yani bilinç durumunun takibi dışında kalp hızını, kan basıncını, sıvı ve kan kaybını yani tüm hayati fonksiyonları takip eder.

3.Fikrim yok.

"Anestezi doktorunun ameliyatta neler yaptığını biliyor musunuz?" sorusuna verilen cevapta sosyoekonomik düzeyin artışı ile anestezi doktorunun ameliyatta yaptıklarını bilme arasında anlamlı bir artış saptandı.

"Anestezi doktorunun ameliyatta neler yaptığını biliyor musunuz?" sorusuna verilen cevabın sosyoekonomik düzeye göre dağılımında gruplar arasında anlamlı bir fark bulundu ($P=0.001$).

Tablo-68: “Ameliyatta anestezinin kimin tarafından verildiğini düşünüyorsunuz?” sorusuna verilen cevabın sosyoekonomik düzeye göre dağılımı

	Personel (hemşire ve/veya teknisyen)	Anestezi doktoru	Toplam
Düşük(n/%)	24/47	27/53	51/100
Orta-yüksek(n/%)	30/30	69/70	99/100
Toplam	54	96	150

$$\chi^2=3.407 P=0.065$$

“Ameliyatta anestezinin kimin tarafından verildiğini düşünüyorsunuz?” sorusuna verilen cevabın sosyoekonomik düzeye göre dağılımında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($P=0.065$).

Tablo-69: “Ameliyatta uygulanacak anestezi işlemi ile ilgili bilgiyi size kim vermeli?” sorusuna verilen cevabın sosyoekonomik düzeye göre dağılımı

	Cerrahi doktoru	Anestezi doktoru	Toplam
Düşük(n/%)	38/75	13/25	51/100
Orta-yüksek(n/%)	25/25	74/75	99/100
Toplam	63	87	150

$$\chi^2=31.53 P<0.001$$

“Ameliyatta uygulanacak anestezi işlemi ile ilgili bilgiyi size kim vermeli?” sorusuna verilen cevapta sosyoekonomik düzeyin artışı ile soruya doğru yanıt verme arasında anlamlı bir artış saptandı.

“Ameliyatta uygulanacak anestezi işlemi ile ilgili bilgiyi size kim vermeli?” sorusuna verilen cevabın sosyoekonomik düzeye göre dağılımında anlamlı bir fark bulundu ($P<0.001$).

Tablo-70: “Uygulanacak anestezi işlemi ile ilgili korkularınız nelerdir?” sorusuna verilen cevabın sosyoekonomik düzeye göre dağılımı

	1	2	3	Toplam
Düşük(n/%)	6/12	14/27	31/61	51/100
Orta-yüksek(n/%)	10/10	40/40	49/50	99/100
Toplam	16	54	80	150

$$\chi^2=2.460 P=0.292$$

1. Ameliyat sırasında tam uyuyamayıp, ağrı duyacağımdan korkuyorum.
2. Anesteziden uyanamayacağımdan, öleceğimden korkuyorum.
3. Herhangi bir korkum yok

“Uygulanacak anestezi işlemi ile ilgili korkularınız nelerdir?” sorusuna verilen cevabın sosyoekonomik düzeye göre dağılımında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($P=0.292$).

Tablo-71: “Bölgesel anestezi işlemi duydunuz mu?” sorusuna verilen cevabın sosyoekonomik düzeye göre dağılımı

	Evet	Hayır	Toplam
Düşük(n/%)	10/20	41/80	51/100
Orta-yüksek(n/%)	47/47	52/53	99/100
Toplam	57	93	150

$$\chi^2=10.25 P=0.001$$

“Bölgesel anestezi işlemi duydunuz mu?” sorusuna verilen cevapta sosyoekonomik düzeyde artış ile bölgesel anesteziyi duyma arasında anlamlı bir artış olduğu saptandı.

“Bölgesel anestezi işlemini duydunuz mu?” sorusuna verilen cevabın sosyoekonomik düzeye göre dağılımında gruplar arasında anlamlı bir fark bulundu ($P=0.001$).

Tablo–72: “Bölgesel anestezi işlemini kim yapar?” sorusuna verilen cevabın sosyoekonomik düzeye göre dağılımı

	Anestezi doktoru	Personel (hemşire ve/veya teknisyen)	Fikrim yok	Toplam
Düşük(n/%)	12/23	8/17	31/60	51/100
Orta-yüksek(n/%)	40/40	19/20	40/40	99/100
Toplam	52	27	71	150

$$\chi^2=5.948 P=0.05$$

“Bölgesel anestezi işlemini kim yapar?” sorusuna verilen cevapta sosyoekonomik düzey arttıkça bölgesel anestezi işleminin anestezi doktoru tarafından uygulandığının bilinme oranının anlamlı olarak arttığı saptandı.

“Bölgesel anestezi işlemini kim yapar?” sorusuna verilen cevabın sosyoekonomik düzeye göre dağılımında gruplar arasında anlamlı bir fark bulundu ($P=0.05$).

Tablo–73: “Bölgesel anestezi işlemine ait herhangi bir endişeniz var mı?” sorusuna verilen cevabın sosyoekonomik düzeye göre dağılımı

	1	2	3	Toplam
Düşük(n/%)	5 /10	5/10	41/80	51/100
Orta-yüksek(n/%)	12/12	15/15	72/73	99/100
Toplam	17	20	113	150

$$\chi^2=1.144 P=0.564$$

1.Felç olabileceğimi düşünüyorum

2.Uyanık kalıp etrafta olanların farkında olacağımdan endişeliyim

3.Endişem yok

“Bölgesel anestezi işlemine ait herhangi bir endişeniz var mı?” sorusuna verilen cevapta sosyoekonomik düzeye bakılmaksızın hastaların 113 (%75)’ünün “endişem yok” yanıtını seçtiği saptandı.

“Bölgesel anestezi işlemine ait herhangi bir endişeniz var mı?” sorusuna verilen cevabın sosyoekonomik düzeye göre dağılımında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($P=0.564$) .

5-TARTIŞMA

Türkiye’de Anesteziyoloji ve Reanimasyon biliminin ihtisas dalı olarak kabul edilmesinden sonra uzmanlık eğitimi ve teknolojideki gelişmeler sayesinde anestezi halk tarafından daha bilinir hale gelmiştir. Ameliyat öncesi dönemde anesteziye ve cerrahiye ait endişeler ve korkular, anestezi biliminin halk tarafından yeterince kavranmaması ve bunun için gayret sarf edilmemesi hastalarda ciddi anksiyeteye yol açmaktadır. Yapılan çalışmalarda bu alanda duyulan en yaygın endişenin “anesteziden uyanamama” ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Diğerleri; ölüm, intraoperatif uyanıklık, postoperatif bulantı ve kusmadır (89,7). Yazılı ve görsel yayın organlarının yaygınlaşması, halkın konu ile ilgili bilinçsizliği de bu konudaki endişeleri ve korkuları arttırmaktadır (90). Preoperatif anksiyete düzeyleri %11 ile % 80 aralığındadır (91). Anestezistin ameliyat öncesi dönemde hastayla iletişim kurmasının ve görüşmesi hastadaki anksiyeteyi azaltmaktadır (92). Yazılı ve görsel basının yaygınlaşmasının yanında anestezi ile ilgili yanlış yönlendirme ve hastaların bu alandaki bilgisizliği de anksiyeteye yol açmaktadır. Lee ve ark.larının (93) hastaların preoperatif anksiyetelerini azaltmada, anestezi ile ilgili bilgilerini ve memnuniyetlerini arttırmada medyanın etkili olup olmadığını araştırdıkları çalışmada; cerrahi öncesi video kullanımı ve yazılı bilgilendirme ile hasta eğitiminin desteklenmesi gerekliliği savunulmuştur. Bu çalışmada medya yardımı ile bilgilendirmede hastalarında bilgisinde artış sağlanırken, anksiyete düzeylerinde de az da olsa azalma sağlanmıştır (93). Hastaların korkularını önlemek ve endişelerini gidermek için en iyi yol bilgilendirmedir. Bilgi, korku, endişe düzeyleri toplumlar, hatta bölgeler arasında bile değişkenlik gösterir. Bunun yanında eğitim, cinsiyet, yaş, sosyoekonomik durum, meslek gibi kişisel faktörler de bu değişkenlikte rol oynar.

Hastalara anestezi polikliniğinde ilgili anestezi doktoru kendini tanıttıktan sonra, muayeneleri yapılmadan hemen önce anket çalışması uygulandı. Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri değerlendirildiğinde, hastaların 67(%45)’si kadın, 83(%55)’ü erkek idi. Erkek hastaların yaş ortalaması ve standart sapması 40.51±6.23, kadın hastaların yaş ortalaması ve standart sapması 39.58±5.26 olarak bulundu. Bu bulgularla çalışma örnekleminin genç erişkin hasta grubundan oluştuğu söyleyebiliriz. Hastaların %21’i okuryazar değil iken, %24’ü yüksek öğretim mezunuydu. Hastaların %55 oran ile en fazla ilköğretim mezunu olduğu saptandı. Hastaların %45’inin meslek sahibi olmadığı,%19’unun kamu kuruluşunda çalıştığı, %36’sının işçi veya serbest meslek sahibi

olduğu saptandı. Sosyoekonomik düzeye göre hastaların %34'ü düşük sosyoekonomik düzeye sahip idi.

Hastaların preoperatif süreçte değerlendirilmesi ve ameliyata hazırlık süreci preoperatif vizit sırasında gerçekleşir. Hastaların preoperatif dönemde ameliyat ve cerrahiye ait endişe ve korkularını sorgulamak amacıyla preoperatif zamanlama değerlendirilmiştir. Birçok çalışmada anksiyete ölçüm zamanı preoperatif vizit sırasında yapılmıştır. Arellano ve ark.larının (41) yaptıkları bir çalışmada; preoperatif vizitin uygun zamanlamasını tespit etmek amacıyla anksiyete ölçümünden yararlanmışlar, cerrahi girişimden bir hafta, bir gün ve ameliyata girmeden hemen önce endişelerini değerlendirmişler ve üç grup arasında belirgin bir farklılık bulamadıklarını bildirmişlerdir. Lichtor ve ark.larının (16) ameliyattan bir önceki gün öğleden sonra ölçülen anksiyete düzeyinin, ameliyattan hemen önceki anksiyete düzeyini yansıtmadığını belirlemek amacı ile yaptıkları çalışmada, her iki zamanda ölçülen anksiyete düzeyleri arasında % 70 korelasyon olduğunu bildirmişlerdir. Badner ve ark.larının (15) yaptığı çalışmada; ameliyattan bir önceki gün öğleden sonra ile ameliyattan hemen önce ölçülen anksiyete düzeyleri arasında % 73 korelasyon olduğunu bildirmişlerdir. Her iki çalışmada da iki zaman dilimi arasındaki anksiyete düzeyleri yüksek korelasyonla ilişkilendirilmiştir. Turhan ve ark.larının (124) yaptıkları çalışmada; hastaların endişe değerlerinin daha önce yapılan çalışmalarda bildirilen anksiyete düzeyleri ile paralellik gösterdiğini belirtmişlerdir.

Sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetin kalitesi hasta memnuniyeti ile değerlendirilir. Bu sebeple yapılan hasta memnuniyet araştırmaları çok önemlidir. Hastaların verilen hizmetten memnun kalması beklentilerine yeterli ölçüde cevap alabildiğini, umduğu ve aldığı hizmet arasındaki dengenin korunduğunu göstermektedir. Hasta memnuniyetinin kalite, ulaşılabilirlik, bilgilendirme, insani tavır ve davranış gibi boyutları vardır. Bunlar arasında en önemlilerinden biri bilgilendirme (94). Hastanın bilgilendirilmesi ameliyat öncesi endişenin azaltılmasının önemli bir yoludur. Hekimin hasta ile iletişim kurması, onu yeterince bilgilendirmesi, sorularına cevap vermesi rahatlatmasını sağlar. Anestezi hastaya yeterli zaman ayırıp bilgilendirilirse hastanın endişeleri giderilecektir (95). Hasta için evi dışında hatta muhtemelen ilk kez karşılaştığı bu yabancı ortamda gerçekleştirilecek cerrahi girişim ve anestezi uygulaması, ölüm korkusu, sakat kalma, ağrı, organ fonksiyonlarındaki olası kayıplar olabileceği düşüncesi hastanın korku ve endişe yaşamasına neden olur. Hastaya uygulanacak anestezi işlemi ve

cerrahi ile ilgili girişimlerin detaylı açıklaması endişenin azalmasına dolayısıyla hastanın memnun kalmasına ve kalitenin iyileştirilmesine neden olmaktadır (96,97).

Preoperatif süreçte kendine fazla zaman ayrılan ve yapılacak işlem hakkında detaylı bilgilendirilen hastalar bunun bir ayrıcalık olduğunu yani anesteziyle karşılaşmanın önemini ve önemsendiğini fark etmektedirler. Cerrahiden önce aynı anestezi ile birden fazla karşılaşan ve bilgilendirilen hastalarda memnuniyet düzeyinin daha yüksek olduğunu saptamışlardır (98). Chew ve ark.larının (99) yaptıkları çalışmada; cerrahiden önce hastalar arasında rutin bilgilendirme dışında daha fazla bilgilendirme isteyenlerin %78,5 oranında olduğunu bulmuşlardır. Ceyhan ve ark.larının (9) yaptıkları çalışmada; anestezi ile ilgili bilgi edinmek isteyenlerin oranını %83 olarak bildirmişlerdir. Ölmez ve Yıldırım'ın (100) yaptıkları çalışmada; hastaların %63,5'inin ameliyattan önce anestezi hakkında bilgi almak istediklerini, %18,5'inin bilgi almak istemediklerini belirtmişlerdir. Aynı çalışmada hastaların %55,9'unun ameliyattan önce anesteziyi görmek istediğini, %19'unun görmek istemediğini, %25,1'inin fark etmez yanıtını verdiğini belirtmişlerdir. Farnill ve ark.larının (101) yaptıkları çalışmada; genç yaş grubunda bilgi edinme ihtiyacının diğer gruplarla karşılaştırıldığında daha fazla olduğunu ve cinsiyete göre farklılık göstermediğini belirtmişlerdir. Lonsdale ve ark.larının (102) yaptıkları benzer çalışmada; anestezi konusunda bilgi edinme isteğinin 50 yaş altı grup hastalarda daha fazla olduğunu belirtmişlerdir. Kain ve ark.larının (103) yaptıkları çalışmada; anestezi konusunda cinsiyete göre bilgi edinme isteğinin kadınlarda erkeklere göre daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Bizim yaptığımız çalışmada hastaların %65'i anestezi polikliniğine geliş nedenlerini biliyorken, %35 gibi yüksek oranda anestezi polikliniğine neden geldiğini bilmiyordu. Maalesef bu kötü gelişmenin sebebi hastaların preoperatif dönemde anestezi polikliniği ziyareti öncesi ayrıntılı bilgilendirilmemesine bağlanabilir. Anestezi polikliniğine geliş nedenini bilme açısından cinsiyete göre dağılımda kadın ve erkek hastalar arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Yaş gruplarına göre dağılımda 60 yaş üstü hastaların %71 gibi büyük kısmının anestezi polikliniğine geliş nedeni ile ilgili herhangi bir fikrinin olmadığı saptandı. Eğitim durumuna göre dağılımında eğitim düzeyi arttıkça anestezi polikliniğine geliş nedeninin bilinme oranının anlamlı oranda arttığı saptandı. Sosyoekonomik düzeyin artışı ile anestezi polikliniğine geliş nedeninin bilinmesi arasında da anlamlı bir artış saptandı.

Demir ve ark.larının (104) yaptıkları çalışmada; anestezi ameliyathane dışında poliklinikte, yoğun bakımda, ağrı tedavisinde ve sedasyon uygulanan girişimsel işlemlerde

çalıştığı çoğu hasta tarafından bilindiği savunulmuştur. Tohmo ve ark.larının (105) Finlandiya’da yaptıkları çalışmada, hastaların anesteziistleri yalnızca ameliyathanede çalışır olarak düşündüklerini, yoğun bakım, acil servis, ağrı kliniği ve girişimsel işlemler gibi diğer görev yerlerini bilmediklerini saptamıştır. Swinhoe ve Groves’in (106) İngiltere’de yaptıkları çalışmada benzer sonuçlar elde etmişlerdir. Bu durumu üç nedene bağlayarak açıklamışlardır. İlki anestezi biliminin diğer bilimlere göre nispeten yeni tanınır olması, ikincisi anesteziistin ameliyathane dışında konsültan hekim olarak çalışması ve bundan dolayı hastalar tarafından az görülmesi ve tanınması, üçüncüsü anestezi ile ilgili görev yerlerinin son yıllarda çalışma sistemine eklenmesi olarak sayılabilir. Calman ve ark.larının (107) İsrail’de yaptıkları çalışmada; hastaların sadece %4,5’inin anesteziistin ameliyathane dışında görev yaptığını bildiğini sunmuştur. Demir ve ark.larının (104) yaptıkları çalışmada; hastaların %14’ü yoğun bakım, %18’i girişimsel işlemler, %5,8’i de ağrı kliniğini anestezi doktorunun görev yerleri olarak belirtmişlerdir. Ölmez ve Yıldırım’ın (100) yaptıkları çalışmada; anesteziistin ameliyathane dışında uyutmak dışında başka bir görevinin olup olmadığı sorgulandığında hastalardan %19,6 oranında evet, %80,4 oranında hayır yanıtı alındığı belirtilmiştir. Bizim çalışmamız anestezi polikliniğinde yapılmış olmasına ve hastaları muayene edecek doktorun kendisini tanıtmaya karşılık anestezi doktorunun hastanedeki görev yerleri ile ilgili %16 gibi düşük oranda hasta “ameliyathane dışı” yanıtını verdiği, %38’inin de herhangi fikrinin olmadığı saptandı. Anestezi doktorunun görev yerleri hakkında doğru bilgiye eğitim düzeyi olarak yüksek okul mezunları, meslek grubu olarak ise kamu çalışanları sahipti. Sosyoekonomik düzeyin artışı ile anestezi doktorunun görev yerleri hakkında “ameliyathane” yanıtının seçilme oranının da arttığı saptandı.

Demir ve ark.larının (104) yaptıkları çalışmada; hastaların eğitim düzeyi yüksek olan grubun anestezi yöntemleriyle ilgili daha doğru yanıt verdiği belirtilmiştir. Aynı çalışmada kadınların bilgi düzeyinin bu konuda erkeklerden daha yüksek çıktığı sunulmuştur. Çalışmamızda anestezi yöntemleriyle ilgili fikirleri sorgulandığında hastaların %41’inin genel anestezi yöntemini bildiği, %16’sının bölgesel / lokal anestezi yöntemini bildiği, %43’ünün herhangi fikrinin olmadığı saptandı. Cinsiyete göre kadın ve erkek hastalar arasında anestezi yöntemlerini bilme açısından fark yok idi. Okuryazar olmayan hastaların %61 gibi yüksek oranda herhangi bir anestezi yöntemini bilmediği saptandı. Eğitim durumuna göre dağılımında eğitim düzeyi arttıkça anestezi yöntemlerinden herhangi birinin bilinme oranının arttığı saptandı. Meslek gruplarına göre

dağılımında çalışan ve çalışmayan hastalar arasında anlamlı bir fark bulundu. Düşük sosyoekonomik düzeye sahip hastaların %60'ının anestezi yöntemleriyle ilgili herhangi fikrinin olmadığı saptandı. Sosyoekonomik düzeyin artışı ile anestezi yöntemlerinin bilinme oranının da arttığı saptandı. Okuryazar olmayan hastaların daha çok düşük sosyoekonomik düzeye sahip olduğunu söyleyebiliriz.

Hariharan ve ark.larının (108) çalışmasında; uyanıklık izleminin % 75, ağrısızlık sağlanmasının % 67,4 vital bulgu izleminin % 62,8, transfüzyon işlemlerinin % 42,6 oranında bilindiğini bildirmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada; hastaların anestezi ve anestezi doktoru hakkında bilgisi sorgulanmış ve eğitim düzeyi düşük hastaların yetersiz bilgisi olduğu bulunmuştur (109). Ameliyat öncesi dönemdeki sıkıntıların büyük oranda bilgisizlikten kaynaklandığı belirlenmiştir (110). Ameliyat öncesi dönemde hastaların bilinmezliğe bağlı korkuları, diğer korkularından daha ön plandadır (111). Fakat detaylı bilgi sahibi olmanın da endişeyi ve korkuyu artırabileceği unutulmamalıdır. Bu hasta grubuna gruba yasanın gerektirdiği kadar bilgi verilmelidir (110). Shevde ve ark.larının (5) 1991 yılında 800 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada; hastalara anestezistlerin rolünün ne olduğu sorulduğunda %63' ünün hastaları uyutmak ve ağrıyı gidermek olarak tanımladıklarını yalnızca %5'inin intraoperatif dönemde vital bulguların izlenmesinde önemli rolü olduğunu bildiklerini belirtmişlerdir. Demir ve ark.larının (104) yaptıkları çalışmada; anestezi doktorunun ameliyatta neler yaptığı hakkındaki soruya % 60'a yakın bilinç durumu uyuma ve uyanıklık izlemi ile ağrı duymamanın sağlanması yanıtını seçtiklerini bildirmişlerdir. Aynı çalışmada hiçbirini bilmiyorum yanıtı ise % 42,3 gibi yüksek oranda bulunmuştur. Bizim yaptığımız çalışmada; anestezi doktorunun ameliyatta neler yaptığı hakkındaki soruya hastaların %24'ünün "Uyuma, uyanıklık, yani bilinç durumunu takip eder", %30'unun "Uyuma, uyanıklık dışında kalp hızını, kan basıncını, sıvı ve kan kaybını yani tüm hayati fonksiyonları takip eder.", %46 gibi büyük kısmının ise "fikrim yok" yanıtını seçtiği saptandı. Eğitim durumu ve sosyoekonomik düzey arttıkça doğru yanıtı seçme oranında da artış olduğu saptandı. Anestezi doktorunun ameliyat sırasında neler yaptığını doğru bilme açısından kamu kuruluşunda çalışan grupta diğer gruplarla karşılaştırıldığında anlamlı oranda artış olduğu saptandı. Kamu kuruluşunda çalışan hastaların eğitim durumunun yüksek olduğunu düşünürsek eğitim durumu yüksek hastaların ameliyat öncesi dönemde yaşayacağı anestezi girişimini merak ettiği, konu ile ilgili bilgiye ulaşmak için daha fazla çaba harcadığını söyleyebiliriz.

Demir ve ark.larının (104) yaptıkları çalışmada; hastaların % 90'ı anestezi uzman doktor tarafından verildiğini belirtmişlerdir. Bu sonucun ülkemiz açısından iyi bir gelişme olduğunu söyleyebiliriz. Türkiyede yapılan hastaların anestezi ve anestezi hakkında bilgisinin sorgulandığı bir çalışmada; eğitim düzeyi düşük hastaların yetersiz bilgisi olduğu bulunmuştur (21). Birçok tıp dalına göre yeni olan ve hızlı ilerleme gösteren anestezi ve anestezi uzmanlarıyla ilgili bilgi düzeyini araştıran çalışmalarda yıllara ve çalışmanın yapıldığı bölgelere göre değişik sonuçlar elde edilmiştir. Keep ve ark.larının (20) yaptıkları çalışmada; anestezi uzmanları hakkındaki bilginin diğer uzmanlık dalları ile karşılaştırıldığında daha az ve yetersiz olduğunu bildirmişlerdir. Hume ve ark.larının (7) yaptıkları çalışmada; hastaların %78 inin anestezi uzmanları doktor olduğunu bildiği ve hastaların anestezi uzmanları hakkında makul derecede bilgiye sahip oldukları kanısına varmışlardır. Şekerci ve ark.larının (8) 1999'da Ankara'da çeşitli hastanelerde hasta ve hasta yakınları üzerinde yaptıkları çalışmada; katılımcıların %76'sının anestezi uzmanı olduğunu, %80'ninin anestezi uzmanının kim olduğunu bildiklerini ifade etmişlerdir. Anestezi uzmanı kimin yaptığını dair sorgulamada katılımcıların %83'ünün "anestezi uzmanı" yanıtını verdiklerini bildirmişlerdir. Ameliyata giren hastalar anestezi uzmanlarını tanımamakta ve ameliyat öncesi dönemde anestezi uzmanlarının önemini bilmemektedirler (112). Anestezi uzmanları kendilerini yeterince topluma tanıtmadıklarından ve bunun için çaba harcamadıklarından anestezi uzmanının doktor olduğunu bilenlerin oranı düşük bulunmuştur (99). Atlas ve ark.larının (113) yaptığı çalışmada Grup A'daki hastaların tamamı, Grup B deki hastaların %30 anestezi uzmanını tanıdıklarını bildirmişlerdir. Bizim yaptığımız çalışmada; ameliyatta anestezi işleminin kimin tarafından uygulandığı sorusuna hastaların %36'sının "personel", %64'ünün "anestezi uzmanı" yanıtını seçtiği saptandı. Eğitim düzeyi arttıkça soruya "anestezi uzmanı" olarak cevap verenlerin oranının da arttığı saptandı.

Hastaya anksiyetesini arttırmayacak şekilde hastalığının ne olduğunu, ameliyatta ne yapılacağını, olası komplikasyonların ne olduğu ve kendisinden ne beklendiğinin, kendi rolü ve olaya katkısının ne olacağını açıklanmasında yarar vardır. Hastanın kaygı ve endişelerinin dinlenmesi, hastada gerçekçi bir umut oluşmasını sağlar ve başa çıkma mekanizmalarını güçlendirir (114). Eğitim ile hastaya ameliyattan sonra kendini nasıl hissedebileceğinin, uyandığında nasıl bir ortamda olacağını (hastaya uyanma odası önceden gösterilebilir), hangi fonksiyonlarını ne kadar süreyle kaybedebileceğinin, ameliyat sonrası dönemde vücudunda bulunabilecek tüp ve drenlerin anlamının, ameliyat sonrası oluşabilecek ağrı ile nasıl baş edebileceğinin öğretilmesidir (115). Bizim

yaptığımız çalışmada; ameliyatta uygulanacak anestezi işlemi ile ilgili bilginin hastalara kimin tarafından verilmesi ile ilgili soruya hastaların %42 gibi büyük kısmının “cerrahi doktor”, %48’inin “anestezi doktoru” yanıtını seçtiği saptandı. Bu bölgemiz için kötü bir gelişmedir, çünkü hâlâ anestezi ile ilgili bilginin cerrahi doktor tarafından verildiği düşüncesinin değişmediğini göstermektedir. Eğitim düzeyi ve sosyo-ekonomik düzey arttıkça anestezi doktoru olarak doğru yanıt verenlerin oranının da arttığı saptandı. Demir ve ark.larının (104) yaptıkları çalışmada; % 90 oranında hasta anestezi işlemi ile ilgili anestezi doktoru tarafından bilgilendirilmeyi istemiştir. Başka bir çalışmada ameliyat olacak hastaların %77’sine ameliyat öncesi ve sonrası uygulanacak işlemler hakkında bilgi verilmemiş olduğu ve hastaların % 95’inin bilgi almak istedikleri saptanmıştır. Hastaların %76’sının bu bilgiyi doktordan, %24’ünün ise hemşirelerden almak istediği bildirilmiştir (116).

Demir ve ark.larının (104) yaptıkları çalışmada; anesteziyle ilgili endişe sorgulandığında %35 oranında “hiçbir korkum yok” yanıtı ile endişe duyulmadığı sonucuna varıldığı belirtilmiştir. Aynı çalışmada kadınların, gençlerin, memurların endişe düzeyi genel popülasyondan yüksek çıktığı saptanmıştır. Ölmez ve Yıldırım’ın (100) yaptıkları çalışmada; anesteziyle ilgili endişe sorgulandığında hastaların anestezi hakkında endişe duyduğu konular belirtilmiştir. Hastaların % 28,5’nin anesteziden korktuğunu, %71,5’nin ise korkmadığını belirtmişlerdir. Anestezi ile ilgili en sık endişe duyulan nedenin %74,5 ile anesteziden uyanamamak olduğunu saptamışlardır. Yapılan başka bir çalışmada anesteziye bağlı endişe nedenleri, %23 uyanamamak, %20 maske ve iğne korkusu, %16 ameliyat sırasında ağrı duymak, %6 postoperatif dönemde bulantı kusma, %6 anestezi sırasında anlamsız konuşma ve %5 ameliyat sonrası ağrı olarak bildirilmiştir. Anksiyete düzeyi kadınlarda, gençlerde, ameliyata yalnız gelenlerde, kötü anestezi deneyimi olanlarda, kardiyak ve vertebra cerrahisi uygulanacak hastalarda daha fazla bulunmuştur (40). Kindler ve ark.larının (117) yaptıkları çalışmada; genç, kadın, anestezi deneyimi olmayan ya da kötü anestezi deneyimi olan hastaların preoperatif endişelerinin daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Shevde ve Panagopoulos’un (5) çalışmasında; anesteziye bağlı endişe nedenleri %45 ile anestezistin bilgi yetersizliği, %43 ile anestezistin deneyim eksikliği, %37 ile uyanamamak ve % 34 ile postoperatif ağrı olarak rapor edilmiştir. Chew ve ark.ları (99) en çok endişe duyulan nedenleri, ağrı (%39,4) ve ameliyat sonrası uyanamamak (%18,9) olarak bildirirken, başka bir çalışmada, en çok endişe duyulan nedenler, ameliyat sırasında uyanmak (% 51,8), ameliyat sonrasında

uyanmamak (%43,4) ve ağrı (%38) olarak bildirilmiştir (99,7). Ülkemizde yapılan çalışmalarda anesteziye bağlı endişe nedenlerini, Ceyhan ve ark.larının (9) yaptıkları çalışmada; ölüm korkusu (%30,6), ameliyat sırasında ağrı (%22,6) ve uyuyamamak (%2) olarak, Şekerci ve ark.larının (8) yaptıkları çalışmada; ameliyat sonrası uyanmamak (%51,9), herhangi bir aksilik olması (%22,1), ameliyat sırasında ağrı duymak (%3,8) ve anesteziistin tecrübesizliği (%7,8) olarak bildirmişlerdir (8). Başka bir çalışmada, en çok endişe duyulan nedenler ameliyat sonrası uyanmamak, postoperatif dönemde ağrı, ameliyat sırasında uyanma ve yoğun bakımda kalmak izliyordu. Birçok çalışmada en sık endişe nedeni ameliyat sonrası uyanmamak olarak bildirilmiştir. Turhan ve ark.larının (124) yaptıkları çalışmada; ameliyat öncesinde en fazla endişeye neden olan düşünce ameliyat sonrası uyanmamak (%42.5), ameliyat sonrası ağrı (%26.7) ve yoğun bakımda kalmak (%26.7) olarak saptanmıştır. Yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi benzer şekilde, birinci endişe nedeni ameliyat sonrası uyanmamak iken, ikinci endişe nedeni ameliyat sonrası ağrı duymak olarak saptanmıştır. Norris ve Baird 352'si jinekolojik hastalardan oluşan 500 kişilik hasta grubunun % 60'ının anksiyöz olduğunu bildirmiştir. Ramsey 382 hastada yaptığı çalışmada; anksiyöz hasta oranını % 73 olarak bildirmiştir. Bizim yaptığımız çalışmada; hastalara uygulanacak anestezi ile ilgili korkularının sorgulanmasında hastaların %10'unun "Ameliyat sırasında tam uyuyamayıp, ağrı duyacağımdan korkuyorum", %36'sının "Anesteziiden uyanamayacağımdan, öleceğimden korkuyorum. ", %54'ünün ise "Herhangi bir korkum yok" yanıtını seçtiği saptandı. Kadın hastaların erkek hastalara göre anestezi ile ilgili korkularının fazla olduğu saptandı. Eğitim durumuna göre dağılımında hastaların eğitim düzeyi arttıkça anestezi işlemi ile ilgili korkularının arttığı saptandı. Bilgi düzeyi arttıkça hastaların korkularının arttığı saptandı. Okuryazar olmayan hastaların %65 gibi yüksek oranda anestezi ile ilgili korkularının olmadığı saptandı. Çalışmayan grupta %67 gibi yüksek oranda "korkum yok" yanıtının seçildiği saptandı.

Yaşın preoperatif korku ve endişe düzeyleri ile ilişkisi konusunda literatürde çelişkili sonuçlar vardır. Literatürlerde genel olarak ameliyat öncesi anksiyetenin gençlerde yaşlılara kıyasla yüksek olduğu bildirilmiştir (118). Shevde ve Panagopoulos'un (5) yaptıkları çalışmada; yaşlı hastalarda endişe düzeyinin daha düşük olduğunu belirtmişlerdir. Ramsey çalışmasında; endişe oranlarını 13-21 yaş grubunda %61, 22-41 yaş grubunda %84, 42-60 yaş grubunda %80, 62-82 yaş grubunda %57 olarak bildirmiş, orta yaş grubunda endişe oranının yüksek olmasını bu yaşlardaki hastaların ailelerine karşı sorumluluklarının fazla olduğuna bağlamıştır. Norris ve Baird yaptıkları çalışmada 30 yaş

altındaki hastaların anksiyete oranlarının, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Birçok çalışmada da yaşın anksiyete derecesini etkilemediği bildirilmiştir (15, 42, 53). Jennings ve Muhlenkamp'ın yaptığı çalışmada yaş etkisi gösterilememiştir. Benzer olarak Turhan ve ark.larının (124) yaptıkları çalışmada; yaş ile anksiyete düzeyleri arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Bizim yaptığımız çalışmada; yaş gruplarına bağlı anestezi ile ilgili endişe sorgulandığında 60 yaş üstü hastaların hepsinden “korkum yok” yanıtı alındı. Diğer yaş gruplarına göre anestezi ile ilgili en sık duyulan endişe nedeni “Anesteziden uyanamayacağımdan, öleceğimden korkuyorum” olarak saptandı. Bu sonuç yaşlılarda daha çok kadercilik olgusunun yaşam şeklini oluşturduğunu düşündürmektedir.

Aykent ve ark.larının (119) çalışmalarında; preoperatif dönemde kadınların anksiyete düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Badner ve ark.larının (15) bu farklılığı kadınların ailelerinden ayrılmaya bağlı anksiyetelerinin daha yüksek olmasına bağlarken, Shevde ve Panagopoulos (5) ile Domar ve ark.ları (42) kadınların ruh durumlarını erkeklerden daha rahat dile getirebilmelerine bağlamıştır. Genel nüfusta da anksiyetenin kadınlarda erkeklere oranla iki kat fazla görüldüğü bilinmektedir (120). Yapılan başka bir çalışmada erkek hastaların emosyonel olarak kendilerini daha iyi hissettiklerini ifade etmelerine rağmen, spinal anestezi sırasında vazovagal senkop olayı erkeklerde daha fazla saptanmıştır. Bunun nedeni erkeklerin daha iyi olduklarını göstermek amacıyla duygularını tam olarak ifade etmemeleri olabilir. Turhan ve ark.larının (124) yaptıkları çalışmada; preoperatif dönemde kadınların erkeklere göre anksiyete düzeylerinin istatistiksel olarak daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu farkın toplumumuzda erkeklerin duygu dışı vurumunun daha kısıtlı olması ve duygusal yakınmalarını daha az ifade etmeleri ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Çalışmamızda cinsiyete bağlı anestezi ile ilgili endişenin kadın hastalarda erkek hastalara oranla yüksek olduğu bulundu. Depresyon ve anksiyete bozukluklarının genel olarak kadınlarda daha sık olması bu sonucu desteklemektedir. Kadın hastalarda en fazla duyulan endişenin %46 oran ile “Anesteziden uyanamayacağımdan, öleceğimden korkuyorum” olduğu saptandı. Çalışmamıza benzer sonuçlarla birçok çalışmada kadınlarda korku ve endişe düzeyinin erkeklere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (42,53).

Caumo ve ark.ları tarafından 12 yıldan uzun eğitim almış kişilerde preoperatif dönemde endişe düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Turhan ve ark.larının (124) yaptıkları çalışmada; eğitim düzeyi ile anksiyete arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır. İlkokul mezunu grupta anksiyete düzeyi en düşük, yüksek okul mezunu

grupta en yüksek olmakla birlikte bu farkın istatistiksel anlamlılık düzeyinde olmadığı belirtilmiştir. Çalışmamızda “Uygulanacak anestezi işlemi ile ilgili korkularınız nelerdir?” sorusuna verilen cevabın eğitim durumuna göre dağılımında hastaların eğitim düzeyi arttıkça anestezi işlemi ile ilgili korkularının arttığı saptandı. Okuryazar olmayan hastaların %65 gibi yüksek oranda korkularının olmadığı saptandı. Bazı çalışmalarda artan eğitim düzeyi ile birlikte anksiyetenin de arttığı bildirilirken, bazı çalışmalarda eğitim durumunun anksiyete derecesini etkilemediği bildirilmiştir (42,5).

Genel olarak tümör cerrahisi veya organ kaybıyla sonuçlanacak operasyonlarda hastaların endişelerinin daha yüksek olduğu kabul edilmektedir (40). Norris ve Baird (15,42) Plastik Cerrahi ve Jinekoloji hastalarında anksiyete görülme oranının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Başka bir çalışmada da majör cerrahi planlanan hastalarda anksiyete düzeyinin, minör cerrahi uygulananlardan yüksek olduğu gösterilmiş ve operasyon türünün ameliyat öncesi duygu durum üzerinde etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Bazı çalışmalarda ise operasyon türünün anksiyete düzeyini etkilemediği bildirilmiştir. Turhan ve ark.larının (124) yaptıkları çalışmada operasyon türü ile anksiyete arasında istatistiksel anlamlılığı olan bir ilişki saptanmamıştır. Aynı çalışmada operasyon türü ve anksiyete arasındaki ilişki cerrahi bölüm bazında değerlendirilmiş ve örneklem grubunun küçük olması istatistiksel bir anlam çıkmamasında etkili olabileceği bildirilmiştir.

Literatürde anesteziyle ilgili korku sorgulandığında hastaların sıklıkla “uyanmamak” tan endişe duyduğu görülmüştür. Bölgesel anestezi işlemleri hastaya anlatılırken yalnızca ameliyat yerinin uyuşacağı, tamamen uyutulmayacağı, kendinde olacağı söylenir ve bu açıklamaya kimi hastalardan endişe içinde “uyumak istiyorum, bir şey görmek istemiyorum, lütfen beni uyutun” yanıtı alınır. İlginçtir ki ameliyat sırasında uyanık kalmak kadar ameliyat sonrasında da uyanmamak en büyük endişe nedenlerinden biridir. Demir ve ark.larının (104) yaptıkları çalışmada; bölgesel anestezinin bilinme oranı % 70’e yakın bulunurken, kadın cinsiyet ve yüksek eğitim düzeyi ile bilinme oranı doğru orantılı çıkmıştır. Bizim yaptığımız çalışmada hastaların %38’inin bölgesel anestezi işlemini duyduğu, %62’sinin ise duymadığı saptandı. Eğitim durumuna göre dağılımında okuryazar olmayan hastaların sadece %16’sı bölgesel anestezi işlemini duyduğu halde yüksek öğretim mezunu hastaların %86’sının bölgesel anestezi işlemini duyduğu saptandı. Eğitim düzeyi arttıkça bölgesel anestezi işlemini bilenlerin oranında anlamlı artış saptandı. Bu sonuç eğitilmiş hastaların bölgesel anestezi işlemine ait bilgilerinin fazla olduğunu düşündürür. Çalışmayan grubun %25 oranında, kamu çalışanlarının da %71 oranında

bölgesel anestezi işlemini duyduğu saptandı. Sosyoekonomik düzey artışı ile bölgesel anesteziyi duyma arasında anlamlı bir artış olduğu saptandı. Çalışmamızda hastaların bölgesel anesteziyi kimin uyguladığına ait bilgisinin sorgulanmasında hastaların %35'inin "anestezi doktoru", %18'inin "yardımcı personel", %47'sinin "fikrim yok" yanıtını seçtiği saptandı. Eğitim durumuna göre dağılımında yüksek öğretim mezunu hastaların %67 oranında "anestezi doktoru" cevabıyla soruyu doğru yanıtladığı okuryazar olmayan hastaların %65 gibi yüksek oranda "fikrim yok" yanıtını verdiği saptandı. Eğitim düzeyi arttıkça bölgesel anestezi işleminin anestezi doktoru tarafından yapıldığını bilinme oranında anlamlı bir artış saptandı. Kamu kuruluşunda çalışan hastaların %64'ünün, çalışmayan gruptaki hastaların %16'sının "anestezi doktoru" yanıtını seçtiği saptandı. Sosyoekonomik düzey arttıkça bölgesel anestezi işleminin anestezi doktoru tarafından uygulandığının bilinme oranının arttığı saptandı. Bölgesel anestezi işlemine ait endişe sorgulamasında hastaların %76'sının "Endişem yok" yanıtını seçtiği saptandı. Yaş gruplarına göre dağılımında 60 yaş üstü hastaların hepsinden "endişem yok" yanıtı alındı. Okuryazar olmayan hastaların hepsinin bölgesel anesteziye ait endişelerinin olmadığı saptandı. Meslek gruplarına göre kamu kuruluşunda çalışan hastaların diğer meslek gruplarına göre endişeleri anlamlı oranda fazla idi. Bölgesel anesteziye ait herhangi bir fikri olmayan hastaların endişelerinin de olmadığı sonucuna varılabilir.

Ameliyat öncesi dönemde hastaya karşılaşılabileceği tüm ortam ve girişimlerle ilgili detayların (testler, fizik muayene, ameliyathane ve uyanma odasındaki sesler, görüntüler) anlatılması, hatta mümkünse önceden gösterilmesi ile hastanın olaya aktif katılımı gerçekleşir. Aktif katılım hastayı önceden uyararak ve şaşırma tepkisini ortadan kaldırarak hastanın korku ve endişesini azaltır. Hastayı iyileşme sürecine motive etmek, ameliyat sonrası iyileşmede en önemli faktördür (121). Bazı yayınlarda, bilgilendirme ve ameliyat öncesi eğitimde karşılıklı diyalogun yanında video, televizyon, bilgisayar programları, internet ve yazılı materyal yöntemleri üzerinde durulmaktadır (41). Özellikle yazılı materyalin hasta eve döndükten sonra hasta ve yakınları için bir başvuru kaynağı olabileceği, bu yüzden onların kolay anlayabileceği, önemli bilgilerin sık tekrarlarla vurgulandığı içerikte, yalnızca ve kolay bir biçimde okunabilir olması gerektiği belirtilmektedir (42). Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hastalar için yakınlarının ve sevdiklerinin fikirleri ve yardımları önemli olacağından yazılı materyal yardımı ile birlikte karar vermelerinin daha kolay olabileceği düşünülebilir.

Turhan ve ark.larının (124) yaptıkları çalışmada; preoperatif kaygı düzeyi yüksek olan bireylerin memnuniyet düzeylerinin düşük olduğunu, preoperatif kaygı düzeyleri düşük olan bireylerin ise memnuniyet düzeylerinin ise daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Erişkin hastalarda yüksek preoperatif anksiyetenin postoperatif ağrıyı arttırdığı, analjezik ve sedatif ilaç gereksinmesinde önemli bir artışa neden olduğu bildirilmiştir. Myles ve ark.larının 10811 hastayla yaptıkları başka bir çalışmada; orta ya da şiddetli ağrının düşük hasta memnuniyeti ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (122). Dexter ve ark.ları ağrının düşük hasta memnuniyeti ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (123). Anestezi hastanın memnuniyetini etkileyen faktörleri ve hasta hekim ilişkisini belirlemeye ve sağlıklı ölçüm yöntemleri geliştirmeye yönelik araştırmalar gerekmektedir. Bu alanda yapılacak çalışmalar anestezi uygulamalarının kalitesini arttırmada açılım sağlayacaktır.

6-SONUÇ

Birçok tıp dalına göre yeni olan ve hızlı bir ilerleme gösteren anesteziyoloji ve anesteziistlerle ilgili bilgi düzeyini araştıran çalışmalarda yıllara ve çalışmanın yapıldığı bölgelere göre değişik sonuçlar elde edilmiştir. Üniversitemizde yürütülen anestezi poliklinik hizmetinde hastaların anesteziistlerini tanımadıklarını, anestezi ile ilgili yeterince soru sorma ve endişelerini aktarma fırsatı bulamadıklarını saptadık. Alınan bilgilerin gösterdiği gibi hastalarımızın büyük kısmının anestezi bilimi ile ilgili eksik bilgiye sahip olduğu saptanmıştır. Maalesef çalışmamız anestezi biliminin sosyal imajının hak ettiği yerde olmadığını, anesteziistlerin ve anestezi uygulamalarının yeterince anlaşılmasını göstermiştir. Bu nedenle anesteziistlerin kendilerini topluma tanıtımalarında çaba harcamaları gerektiği düşüncesindeyiz.

Preoperatif dönemde hastaların yerine kendimizi koyarak, merak ettikleri sorulara ve endişe duydukları konulara sabırla, güleryüze cevap vererek, sorularına anlaşılır bir dille açıklık getirerek hem güvenlerini kazanabilir hem de korkularını ve endişelerini azaltabiliriz. Bu yolla hasta hekim ilişkisinin güçlenmesi sağlanabilir.

Anestezide teknolojik olarak hızlı bir ilerleme olmasına rağmen anesteziinin ve anesteziistin sosyal imajının aynı yönde değişmediği düşüncesindeyiz. Anestezide hasta memnuniyetini ve hasta hekim ilişkisini etkileyen faktörleri belirlemeye ve sağlıklı ölçüm yöntemleri geliştirmeye yönelik araştırmalar gerekmektedir. Bu alanda yapılacak çalışmalar ve araştırmalar anestezi uygulamalarının kalitesini arttırmada açılım sağlayacaktır. Anestezi uygulamalarında yeni yaklaşımlar, hastaların anestezi bilgisini ve memnuniyetini artıracaktır.

Anesteziistler hastalara kendilerini, görevlerini ve ameliyat sırasında onları nelerin beklediğini anlatabilirse, hastalar geçireceği ameliyat kadar anesteziistin ve uygulanacak anestezi yönteminin önemini kavrayacaklardır. Fakat tüm bunların uygulanması için anesteziist sayısının ve hastalara ayrılan zamanın artırılması gerekmektedir. Mevcut koşullar içinde uygulanması zor olan yeni anestezi yaklaşımlarının yıllar içerisinde değişime uyup uygulanabileceğini düşünmekteyiz. Hastalara daha çok zaman ayrılması ile sözel bilgilendirmeye; hasta yoğunluğunun çok olduğu yerlerde veya anlama zorluğu çeken hastaların mevcudiyetinde ise kitapçık ya da broşürler yardımıyla yazılı bilgilendirmenin yapılması doğru olacaktır.

7-ÖZET

Amaç: Anesteziyoloji araştırmalarında hastaların anestezi ile ilgili fikirlerini sorgulamak, anksiyete düzeyini belirlemek anestezinin kalitesini doğrulamak için anket araştırmalarını kullanmak yeni değildir. Bu çalışmada hastaların anestezi ile ilgili bilgi ve endişelerinin ortaya konulması amacıyla bir anket dzenlenmiştir. Bu alışma ile hasta hekim ilişkisinin guclendirilmesi amaçlanmaktadır. Bu amaçla hastaya anestezi yontemi hakkında bilgi verilmesi, anestezi ile ilgili korku ve endişesinin giderilmesi amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yontem: Çalışmaya Mayıs 2010- Temmuz 2010 tarihleri arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Anestezi Polikliniğine elektif cerrahi planlanan 18 ile 65 yaş arası ASA-1, -2 olan 150 hasta alındı. Preoperatif dönemde anestezi polikliniğine başvuran hastaların muayenelerinden önce, anestezi doktoru kendini tanıttıktan sonra hastalardan anket formlarını doldurmalarını istemiştir. Anket formu iki bölümden oluşuyordu. Birinci bölümde; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, sosyoekonomik düzey gibi demografik bilgiler dışında ilaç alerjisi, alişkanlıklar ve önceki anestezi deneyimlerinin sorgulandığı kişisel bilgileri içerirken, ikinci bölümde anestezi sorularının yer aldığı anket çalışması uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 2010 yılı içinde çeşitli nedenlerle anestezi polikliniğine başvuran 67 kadın(%45), 83 erkek (%55) toplam 150 hasta alındı. Ankete katılan hastaların yaş dağılımları; 18-30 yaş arası 67 (%45), 31-60 yaş arası 66 (%44), 60 yaş üstü 17 (% 11) hasta olarak belirlendi. Bulgularımızın sonucunda; hastaların anestezi uzmanlarını tanımadıklarını saptadık. Alınan bilgilerin gösterdiği gibi hastalarımızın büyük kısmının anestezi bilimi ile ilgili eksik bilgiye sahip olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmamız, anestezi uzmanlarının ve anestezi uygulamalarının hastalarımız tarafından yeterince bilinmediğini ve bu yüzden endişe taşıdıklarını göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Anestezi, anket, preoperatif bilgi düzeyi

8-ABSTRACT

Objectives: Using the questionnaire investigations to determine the anxiety levels, to verify the quality of anesthesia and to examine the ideas of patients about anesthesia in anesthesiology researches is not new. In this study, a questionnaire was organized in order to put forward patients information and concerns about anesthesia. This study is aimed to strengthen the patient- physician relationship. For this purpose to give patients information about anesthesia method and to remove the patient's fears and concerns about anesthesia is aimed.

Materials and Methods: The study was included 150 patients between 18- 65 years old, ASA 1, 2; who applied to Anesthesiology Policlinic of Dicle University Medical Faculty for undergoing elective surgery between May 2010 – July 2010. Before inspection, the anesthesiologist introduced him/herself and the patients who applied anesthesia policlinic during the preoperative period were asked to complete the questionnaire forms. The Questionnaire consists of two parts. At the first stage, age, sex, educational level, profession, socioeconomic level, demographic information, other than drug allergies, habits, and previous anesthetic experiences are questioned containing personal information, while the second section was about anesthesia questions, was administered.

Results: Anesthesia in 2010 to work in the outpatient clinic for various reasons, 67 women (45%), 83 men (55%) of 150 patients. The age distribution of the surveyed patients, 67 aged 18-30 (45%), between the ages of 31-60 66 (44%), 60 years later 17 (11%) of patients respectively. The results of our study showed that our patients did not recognize their anesthesiologists. The information obtained as shown, the majority of patients have incomplete information about the science of anesthesia was found.

Conclusion: Our study showed that anesthesiologists and anesthesia practice have demonstrated sufficiently understood by our patients and so they are worried about the practice.

Key words: Anesthesia, questionnaire, preoperative information level

9. KAYNAKLAR

1. **Garcia-Miguel FJ, Serrano-Aguilar PG, Lopez-Bastida J.** Preoperative assessment. *Lancet* 2003;362:1749- 57.
2. **King MS.** Preoperative evaluation. *Am Fam Physician* 2000; 62: 387-96.
3. **Macpherson DS, Lofgren RP.** Outpatient internal medicine preoperative evaluation: a randomized clinical trial. *Med Care* 1994; 32: 498-507.
4. **Lau L, Jan G, Chan TF.** Preoperation of patients for anaesthesia-achieving quality care. *HKMJ* 2002; 8:99-105.
5. **Shevde K, Panagopoulos G.** A Survey of 800 patients knowledge, attitudes, and concerns regarding anesthesia. *Anesth Analg* 1991; 73: 190-8.
6. **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.
7. **Hume MA, Kennedy B, Asbury AJ.** Patient knowledge of anaesthesia and peri-operative care. *Anaesthesia* 1994; 49: 715-8.
8. **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.
9. **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.
10. **Leigh J M, Walker J, Janaganathan P.** Effect of preoperative anaesthetic visit on anxiety. *Br Med J* 1977; 2: 987-989.
11. **Gaskey NJ.** Evaluation of the effect of a preoperative anesthesia videotape. *AANA J* 1987;55: 341-5.
12. **Boeke S, Jelecic M, Bonke B.** Preoperative anxiety variables as possible predictors of postoperative stay in hospital. *Br J Clin Psychol* 1992; 31-36.
13. **Goldman L, Ogg TW, Levey AB.** Hypnosis and day case anaesthesia: a study to reduce preoperative anaesthetic requirement. *Anaesthesia* 1988; 43: 466-469.
14. **Weis OF, Sriwatanakul K, Weintraub M et al.** Reduction of anxiety and Postoperative analgesic requirements by audiovisual instruction. *Lancet* 1983; 1: 43.

15. **Badner NH, Nielson WR, Munk S et al.** Preoperative anxiety detection and contributing factors. *Can Anaesth* 1990; 37: 444- 447.
16. **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.
17. **Engiz O.** Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini, Hastane Yöneticiliği. Edit (Hayran O, Sur H). Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri Ltd 1997: 61-87.
18. **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.
19. **Heidegger T, Huseman Y, Nuebling M.** Patient satisfaction with anaesthesia care: development of a psychometric questionnaire and bench marking among six hospitals in Switzerland and Austria. *Br J Anaesth* 2002; 89: 863–72.
20. **Keep PJ, Jenkins JR.** As others see us. The patient's view of the anaesthetist. *Anaesthesia* 1978; 33: 43-45.
21. **Besler MP, Yalman A,Çelik M.** SSK hastalarının anestezi bilgisi ve yazılı bilgilendirmenin önemi. *Göztepe Tıp Dergisi* 2004; 19: 132-6.
22. **Alkış N;** Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yıllığı. 2000:Cilt 1 Sayı 1.
23. **Vincent JC.** The History of Anesthesiology. In *Principles of Anesthesiology.* Philadelphia: Lea & Febiger, 1993; 3-28.
24. **Leroy DV.** History of Anesthetic Practice. In: RD Miller ed. *Anesthesia.* NewYork: Churchill Livingstone. 1994:9-19.
25. **Vandam LD.** Cardiac Arrest: Signal of Anesthetic Mishap. *JAMA,* 253:2415.1985.
26. **Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD) Anestezi Uygulama Kılavuzları; Preoperatif Hazırlık 2005 Kasım**
27. **G. Edward Morgan, Maged S. Mikhail.** *Clinical Anesthesiology.* Third Edition. Lange Medical Boks/ McGraw-Hill Medical publishing Division 2005
28. **James Duke** (Çev: Yalım Dikmen); *Anestezinin Sırları.* 2. baskı Nobel kitapevi 2006.
29. **Esener Z.** *Klinik Anestezi.* Logos Yayıncılık, 1998.
30. **Tükel R, Akhn T.** *Anksiyete Bozuklukları.* Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2006.

31. **Noyes R, Hoehn- Saric R.** Anksiyete Bozuklukları, Şar V(çeviri ed.). İstanbul: Medical & Paramedical Yayıncılık, 1998.
32. **Stone MH.** Healing the Mind: A history of psychiatry from antiquity to the present. New York; W.W Norton & Company, 1997.
33. **Berrios GE.** The History of Mental Symptoms. Cambridge; Cambridge University Pres, 1996.
34. **Nutt D, Argyropoulos S, Forshall S.** Generalized Anxiety Disorder: Diagnosis, treatment and its relationship to other anxiety disorders. London; Martin Dunitz, 1998.
35. **Öztürk MO.** Ruh Sağlığı ve Bozuklukları.8. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 2001.
36. **Gençtan E.** Psikanaliz ve Sonrası.10. Baskı, İstanbul: Metis Yayıncılık, 2004.
37. **Güleç C, Köroğlu E.** Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara: MedicoGraphics Matbaası, 2007.
38. **Kubzansky LD, Kawachi I, Spiro A et al.** Is Worry Bad For Your Heart? Circulation. 1997; 95(4): 818-814.
39. **Gönüllü M, Turan ED, Erdem LK ve ark.** Anestezi uygulanacak hastalarda anksiyete düzeyinin araştırılması. Türk Anest ve Rean. Cem. 1986; 14: 110-113.
40. **Mackenzie JW.** Daycase anaesthesia and anxiety: A study of anxiety profiles amongst patients attending a day bed unit. Anaesthesia. 1991; 44: 437.
41. **Arellano R, Cruise C, Chung F.** Timing of the anesthetist's preoperative outpatient interview. Anesth Analg. 1989; 68: 645-648.
42. **Domar AD, Everett LL, Keller.** Preoperative anxiety: Is predictable entity? Anesth Analg. 1989; 69: 763-770.
43. **Carabine UA, Milligan KR, Moore JA.** Adrenergic modulation of preoperative anxiety. Anesth Analg. 1991; 73: 633-640.
44. **Miller RD.** Anesthesia: Psychological Preparation and Preoperative Medication. New York: 1990; 895-928.
45. **Lohr KN, Donaldson MS, Harris-Wehling J.** Medicare: a strategy for quality assurance. Qual Rev Bull. 1992; 18: 120-126.
46. **Donabedian A.** The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988; 260: 1743-8.

47. **Gill TM, Feinstein AP.** A critical appraisal of the quality-of-life measurements. *JAMA.* 1994; 272: 619-626.
48. **Abbey A, Andrews FM.** Modelling the psychosocial determinants of life quality. *Soc Indicators Res.* 1985; 16: 1-341
49. **Pascoe G.** Patient satisfaction in primary health care. A literature review and analysis. *Evaluation Prog Planning.* 1983; 6: 185-210.
50. **Westbrook ill.** Patient satisfaction. Methodological issues and research findings. *Aust Health Rev.* 1993; 16: 75-88.
51. **Ward SE, Gordon D.** Application of the American Pain Society quality assurance standards. *Pain.* 1994; 56: 299-306.
52. **Dodds CP, Harding W, Moore DG.** Anaesthesia in an Australian private hospital: the consumers' view. *Anaesth Intensive Care.* 1985; 13: 325-329.
53. **Moerman N, Van Dam FSAM, Oosting J.** Recollections of general anaesthesia: a survey of anaesthesiological practice. *Acta Anaesthesiol Scand.* 1992; 36: 767-771.
54. **Myles PS, Hunt JO, Moloney JT.** Postoperative 'minor' complications. Comparison between men and women. *Anaesthesia.* 1997; 52: 300-406.
55. **Tong D, Chung F, Wong D.** Predictive factors in global and anesthesia satisfaction in ambulatory surgical patients. *Anesthesiology.* 1997; 87: 85-89.
56. **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.
57. **Öztürk MO.** “Hasta–Hekim İlişkileri” *Ruh Sağlığı ve Bozukluklar Ankara* 2004;10(2):736-737
58. **Rourke KO.** Trust and the Physician-Patient Relationship *AJKD* 1993; 21(6):684-685.
59. **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.
60. **Falvo D.** and **Tippy P.** Patient Satisfaction and Adherence as Associated with Resident Skill, *The Journal of Family Practice* 1988; 26(6):643-647.
61. **Freeman B. ve ark.** Gaps in Doctor-Patient Communicaiton: Doctor-Patient Interaction Analysis, *Pediatric Research* 1971; 5: 298-311.

62. **Vuori H. ve ark.** Doctor-Patient Relationship in the Light of Patients Experiences, *Social Science and Medicine* 1972; 6(8):723-730.
63. **Morgan M.** The Doctor-Patient Relationship, In **Patrick D.L. and Scambler G.** (eds.) *Sociology as Applied to Medicine*, Baillire, London 1986; (1):55
64. **Çay F.** Hasta ve Hekim İlişkileri, Çağımızda Hasta-Sağlık Çalışanları İlişkileri. Ankara 1996 (1):17
65. **Fletcher C.** Listening and Talking to Patients III The Exposition, *British Medical Journal* October 1980; (1): 994
66. **Şehsuvaroğlu BN.** Tıbbi Deontoloji, Bayda Basım ve Dağıtım AŞ. İstanbul 1986; (1):39
67. **Toker SO.** Doktorlar ve Hastaları Arasındaki İletişim-Etkileşim, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi. Ankara 1994;(2):8-9
68. **Poloma M.** Çağdaş Sosyoloji Kuramları, çev. H.Erbaş, Gündoğan Yayıncılık Ankara 1993;(1) :151
69. **Parsons T.** *The Social System*, The Free Press of Glencoe, New York 1964; (1):431
70. **Şahin D.** Hasta Tedavi Ekibi İlişkisi, Sağlık Psikolojisi. Der. Okyanuz ÜH. Türk Psikologlar Derneği Yayınları Ankara 1999; (1):41
71. **Hard N.** *The Sociology of Health and Medicine*, Causeway Press Limited. 1985; (3):97-100
72. **Hard N.** *The Sociology of Health and Medicine*, Causeway Press Limited. 1985;(2):101- 102
73. **Morgan M.** The Doctor-Patient Relationship, In Patrick DL. and Scambler G. (eds.) *Sociology as Applied to Medicine*, Baillire, London. 1986; 22(1): 56
74. **Krupat E.** *The Doctor-Patient Relationship: A Social Psychological Analysis*, Education for Health Administration. 1979; 18(8) : 609-616.
75. **İşnas C.** Doktor Hasta İlişkisi: Ankara Numune Hastanesi Ortopedi Kliniklerinde yatan hastaların Değerlendirilmeleri, H.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmış Yüksek Lisans tezi, Ankara 1998; (1):22
76. **Falkum E. Forde R. Paternalism**, Patient Antonomy, and Moral Deliberation in the Physician-Patient Relationship: Attitudes Among Norwegian Physicians, *Social Science Medicine*, Ocak 2001; 52/2, (9) 239-248.
77. **Cockerham WC.** *Medical sociology*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, New Jersey 1992; 162.

- 78. Flocke AS, Miller WL** Relationships Between Physician Practice Style, Patient Satisfaction and Attributes of Primary Care, *J Fam Pract* 2002; 51 (10): 835-840.
- 79. Freidson E.** The Profession of Medicine, Adline New York 1970; (2):11-12.
- 80. Atabek H.** Ortaçağ Tababeti, İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, İstanbul 1977;2272, s.32.
- 81. İşnas C.** Doktor Hasta ilişkisi: Ankara Numune Hastanesi Ortopedi Kliniklerinde yatan hastaların değerlendirilmeleri, H.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmış Yüksek Lisans tezi, Ankara 1998; (2): 2-4
- 82. Illich İ.** Sağlıkın Gaspı, çev. S. Sertabipoğlu, Ayrıntı Yayınları, İstanbul 1995; (1): s.41.
- 83. Cirhinlioğlu Z.** Meslekler ve Sosyoloji, Gündoğan Yayınları, Ankara 1996; (2) s. 171-172.
- 84. Armnstrong D.** Clinical Autonomy, Individual And Collective: The Problem Of Changing Doctors Behaviour, *Social Science and Medicine*, 2002; Sayı: 55/10, (2): s. 1771-1777.
- 85. Richard S.** Otorite, çev. K. Durant, Ayrıntı Yayınları, Ankara 1992;(1): s. 93
- 86. Sennet R.** Otorite, çev. K.Durant, Ayrıntı Yayınları, Ankara 1992; (1):160
- 87.** <http://www.dpt.gov.tr/bgyu/yayinlar/yayin.html>
- 88.** http://www.tuik.gov.tr/AltKategori.do?ust_id=11
- 89. Matthey P, Finucane BT, Finegan BA.** The attitude of the general public towards preoperative assessment and risks associated with general anesthesia. *Can J Anaesth* 2001; 48: 333-9.
- 90. Fidaner H.** Anestezi ve yoğun bakım stresi, *Depresyon Dergisi* 1997;2(3):81-4.
- 91. Maranets I, Kain ZN.** Preoperative anxiety and intraoperative anesthetic requirements. *Anesth Analg* 1999; 89: 1346-51
- 92. Igbert LD, Battit GE, Turndorf H, Beecher HK.** The value of the preoperative visit by anesthetist. *JAMA* 1963;185:553-5.
- 93. Lee A,Chui PT, Gin T.** Educating Patients About Anesthesia: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials of Media-Based Interventions. *Anesth Analg* 2003,96: 1424-31
- 94. Hall JA, Dorman MC.** Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain on analysis of overall satisfaction levels. *Soc. Sci. Med.* 1988; 27: 637-644.

95. **Kratz A.** Preoperative education: preparing patients for a positive experience. *J Post Anesth Nurs* 1993; 8: 270-5.
96. **Jasinski D, Hering K, Harvan J, Dangelo, M.** "The use of a computer website prior to scheduled surgery (a pilot study): impact on patient information, acquisition, anxiety level, and overall satisfaction with anesthesia care." *AANA Journal* 73. 1 (2005): 29-33.
97. **McGraw T.** Preparing children for the operating room: psychological issue. *Can J Anaesth* 1994; 41: 1094-1103.
98. **Capuzzo M, Gilli G, Paparella L, Gritti G, Gambi D, Bianconi M.** Factors predictive of patient satisfaction with anesthesia. *Anesth Analg.* 2007 Aug;105(2):435-42.
99. **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.
100. **Ölmez D, Yıldırım H.** Hastaların anestezi, anesteziist ve görevleri hakkındaki bilgi düzeyleri: Anket çalışması *Medical Journal of İzmir Hospital* 9 (4): 135-139, 2003
101. **Farnill D, Inglis S.** Patients' desire for information about anaesthesia: Australian attitudes. *Anaesthesia* 1994; 49: 162-4.
102. **Lonsdale M, Hutchison GL.** Patients' desire for information about anaesthesia. Scottish and Canadian attitudes. *Anaesthesia* 1991; 46(5): 410-415.
103. **Kain ZN, Wang SM, Caramico LA, Hofstadter M, Mayes LC.** Parental desire for perioperative information and informed consent: a two-phase study. *Anesth Analg* 1997; 84: 299-306.
104. **Ash Demir, Sema Turan, Fatih Balaban, Ümit Karadeniz, Özcan Erdemli.** Anestezi uygulamaları ile bilgilendirme *Türk Anest Der Dergisi* 2009;37(4):225-233
105. **Tohmo H, Pälve H, Illman H.** The work, duties and prestige of Finnish anesthesiologists: patients' view. *Acta Anaesthesiol Scand* 2003;47(6):664-6.
106. **Swinhoe CF, Groves ER.** Patients' knowledge of anaesthetic practice and the role of anaesthetists. *Anaesthesia* 1994;49(2):165-6.
107. **Calman LM, Mihalache A, Evron S, Ezri T.** Current understanding of the patient's attitude toward the anesthetist's role and practice in Israel: effect of the patient's experience *Journal of Clinical Anesthesia* 2003;15(6):451-4.

108. **Hariharan S, Merritt-Charles L, and Chen D.** Patient perception of the role of anesthesiologists: a perspective from the Caribbean. *Journal of clinical anesthesia* 2006;18(7):504-9.
109. **Gülbayrak C, Gülbayrak K, Açık Y ve ark.** TARDD 2003;31(Ek sayı 2):48 (GA P-45).
110. **Moerman N. van Dam FS, Muller MJ, Oosting H.** The Amsterdam preoperative anxiety and information scale. *Anesth Analg* 1996;82(3):445-51.
111. **Aksoy G.** Ameliyat öncesi ve sonrası hasta bakımında psikososyal faktörlerin rolü ve hemşirelik hizmetlerinin yeri, *Hemşirelik Bülteni* 1983; 1:3, 31-5.
112. **Bacon DR, Lema MJ, Yearley CK:** For all the world to see: Anesthesia at the 1939 New York World's Fair. *J Clin Anesth* 1993;5: 252-8.
113. **Ahmet Atlas, Aysun Yılmazlar, Bilçin Tak.** Anestezi uygulamasında hasta memnuniyet düzeyini nasıl yükseltebiliriz? *Anestezi Dergisi* 2009;17(3):147-153.
114. **Özkan S.** Psikiyatrik Tıp-Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi, İstanbul Roche 1993;175-8: 157- 63.
115. **Kaplan HI, Sadock B, Grebb JA.** Synopsis of Psychiatry, London, Williams&Wilkins, 1994;777-8.
116. **Bölükbaş N.** Ameliyat olacak hastaların hemşirelerden beklentileri. *Hemşirelik Bülteni* 1991;5(20):81-5.
117. **Kindler CH, Harms C, Amsler F, Ihde-Scholl T, Scheidegger D.** The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. *Anesth Analg* 2000; 90: 706–12
118. **Grabow L, Buse R.** Preoperative anxiety, *Psychoter. Psychosom. Med Psychol* 1990; 40(7): 255-63.
119. **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.
120. **Öztürk O.** Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Ankara, Hekimler Yay. Birliği 1994:263-6: 272-6.
121. **Voulgari A, Lykouras L, Papanikolaou M et al.** Influence of psychological and clinical factors on postoperative pain and narcotic consumption. *Anaesthesiology*.1991; 55: 191.

122. **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.
123. **Dexter F, Aker J, Wright J.** Development of a measure of patient satisfaction with monitored anesthesia care. *Anesthesiology*. 1997; 87: 865–873.
124. **Turhan Y.** Elektif cerrahi operasyonu planlanan hastalarda preoperatif ve postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisi. *Uzmanlık Tezi* 2007.