

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON
ANABİLİM DALI

**ELEKTİF OPERASYON PLANLANAN
HASTALARDA PSİKOLOJİK VE
FARMAKOLOJİK PREMEDİKASYONUN
PREOPERATİF ANKSİYETE DÜZEYİ
ÖLÇÜLEREK KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. SULTAN ŞIVĞIN

UZMANLIK TEZİ

İZMİR 2013

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON
ANABİLİM DALI

**ELEKTİF OPERASYON PLANLANAN
HASTALARDA PSİKOLOJİK VE
FARMAKOLOJİK PREMEDİKASYONUN
PREOPERATİF ANKSİYETE DÜZEYİ
ÖLÇÜLEREK KARŞILAŞTIRILMASI**

**UZMANLIK TEZİ
Dr. SULTAN ŞIVĞIN**

**TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. EROL GÖKEL**

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım ve anesteziyolojinin temel ilkelerini öğrendiğim hocalarım; Prof .Dr. Atalay Arkan, Prof .Dr. Ali Günerli, Prof. Dr. Zahide Elar, Prof. Dr. Erol Gökel, Prof. Dr. Semih Küçükğüçlü, Prof. Dr. Ali Necati Gökmen, Prof. Dr. Sermin Öztekin, Prof. Dr. Bahar Kuvaki Balkan, Prof. Dr. Deniz Özzeybek, Prof. Dr. Leyla İyilikçi, Prof. Dr. Hasan Hepağuşlar, Doç. Dr. Ayşe Karcı, Doç. Dr. Fikret Maltepe, Doç. Dr. Uğur Koca, Doç. Dr. Çimen Olguner, Doç. Dr. Sevda Özkardeşler, Doç. Dr. Volkan Hancı, Doç. Dr. Serhan Yurtlu, Doç. Dr. Ferim Günenç, Yrd. Doç. Dr. Yüksel Erkin, Yrd. Doç. Dr. Aydın Taşdöğen, Yrd. Doç. Dr. Mert Akan' a

Tez çalışmamın her aşamasında desteğini esirgemeyen, çok kıymetli danışman hocam Prof. Dr. Erol Gökel' e; tez yürütücülerim Doç. Dr. Volkan Hancı ve Uzm. Dr. Elvan Öçmen' e; yardımlarını esirgemeyen Prof. Dr. Tunç Alkın ve Prof. Dr. Hülya Ellidokuz' a;

Tez verilerinin toplanma aşamasında bana yardımcı olan preoperatif bekleme odası hemşirelerine;

Uzmanlık eğitimim boyunca, beraber çalıştığımız öğretim üyelerine, uzmanlara ve asistan arkadaşlarıma, anestezi teknikerleri, ameliyathane, yoğun bakım, ağrı ünitesi, derlenme, gündüz hastanesi hemşire ve personeline;

Sevgisini ve desteğini hep hissettiren canım aileme ve nişanlıma

Sonsuz Teşekkürler...

Dr. Sultan Şıvğın

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜR	i
TABLO LİSTESİ	iv
KISALTMALAR	v
ÖZET	1
SUMMARY	3
GİRİŞ	5
GENEL BİLGİLER	7
1. ANKSİYETE	7
1.1 Anksiyete Tanımı	7
1.2 Anksiyete Kavramının Tarihçesi	7
1.3. Anksiyeteyi Açıklayan Kuramlar	8
1.3.1. Psikanalitik Kuram	8
1.3.2. Davranışçı ve Bilişsel Kuram	9
1.3.3. Spilberger' in Anksiyete Kuramı	9
1.4. Anksiyeteyi Açıklayan Biyolojik Kuramlar	10
1.4.1. Otonom Sinir Sistemi	10
A. Nörotransmitterler	11
Norepinefrin (NE)	11
Serotonin (5HT)	11
GABA	12
1.5. Genetik Çalışmalar	12
1.6. Nöroanatomik Görüşler	12
1.6.1 Limbik Sistem	13
1.6.2. Serebral Korteks	13
2. PREOPERATİF ANKSİYETE	13
2.1. Anksiyetenin Etkileri	14
2.2. Anksiyetede Metabolik Ve Endokrin Değişiklikler	15
2.3. Preoperatif Anksiyete Nedenleri	15
2.4. Preoperatif Anksiyetenin Anestezi İle İlgili Nedenleri	15
2.5. Preoperatif Anksiyete Ölçümlerinin Sonuçları	16

2.6. Preoperatif Anksiyete Tedavisi.....	16
2.6.1. Psikolojik Hazırlama.....	17
2.6.2. Farmakolojik Hazırlama.....	17
2.7. Preoperatif Anksiyete Ölçümü.....	18
2.7.1. State-Trait Anxiety Inventory= Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği (STAI)	18
2.7.2. Visuel Analog Skala (VAS).....	19
GEREÇ VE YÖNTEM	20
İSTATİSTİKSEL ANALİZ	23
BULGULAR	24
TARTIŞMA.....	29
SONUÇ	34
KAYNAKLAR	35
EKLER	
EK-1: Etik Kurul İzin Belgesi	39
EK-2: Anket formunun Birinci Bölümü (demografik veriler).....	41
EK-3: Anket formunun İkinci Bölümü (STAI-I ve STAI-II).....	42
EK-4: Anket formunun Üçüncü Bölümü (VAS).....	44

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

- TABLO-1:** Hastaların sosyodemografik özellikleri 24
- TABLO-2:** Yaş grupları ile Durumluk Anksiyete 1, Sürekli Anksiyete
ve VAS 1 arasındaki ilişki..... 25
- TABLO-3:** Hastaların eğitim durumları ile Durumluk Anksiyete 1,
Sürekli Anksiyete skorları ve VAS 1 değerleri arasındaki ilişki 25
- TABLO-4:** Hastaların meslek grupları ile Durumluk Anksiyete 1,
Sürekli Anksiyete Skorları ve VAS 1 değerleri arasındaki ilişki..... 26
- TABLO-5:** Hastaların Medeni Durumları ile Durumluk Anksiyete 1,
Sürekli Anksiyete Skorları ile VAS 1 değerleri arasındaki ilişki..... 26
- TABLO-6:** Hastaların anestezi öyküsü ile Durumluk Anksiyete 1,
Sürekli Anksiyete Skorları ve VAS 1 değerleri arasındaki ilişki..... 27
- TABLO-7:** Hastaların Durumluk Anksiyete 1, Sürekli Anksiyete,
VAS 1, Durumluk Anksiyete 2, VAS 2 skorlarının gruplara
göre medyan , minimum ve maksimum değerleri 28

KISALTMALAR

STAI: State – Trait Anxiety Inventory (Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri)

VAS:Vizüel Analog Scala (Görsel Analog Skala)

SSS:..... Santral Sinir Sistemi

NE:.....Norepinefrin

5HT:..... Serotonin (5-Hidroksi Triptamin)

GABA:..... γ - aminobutirik asit

BOS:..... Beyin Omurilik Sıvısı

MHPG:..... 4-metoksi-4-hidroksifenil glikol

mCPP:..... m-klorofenil piperazin

LSD:..... Liserjik Asit Dietilamid

NDMA:..... 3,4-metilen dioksine amfetamin

ÖZET

ELEKTİF OPERASYON PLANLANAN HASTALARDA PSİKOLOJİK VE FARMAKOLOJİK PREMEDİKASYONUN PREOPERATİF ANKSİYETE DÜZEYİ ÖLÇÜLEREK KARŞILAŞTIRILMASI

Sultan Şıvğın, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, İZMİR

Amaç: Bu çalışmanın amacı, anestezi hekiminin yaptığı özel bilgilendirmenin ve dizepam (5-7.5 mg) ile yapılan premedikasyonun, elektif cerrahi bekleyen hastalarda anksiyete düzeyine etkisini araştırmak ve karşılaştırmaktır.

Gereç-Yöntem: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisinde operasyonu planlanan, 20 – 65 yaşları arasındaki, fiziksel durumu ASA I-II olan hastalar çalışmaya alındı. Operasyondan bir gün önce tüm çalışma hastalarına anksiyete düzeylerini ölçen STAI anketi uygulandı. Hastalar üç gruba ayrıldı. Anket uygulamasından sonra bir grup hastayla (Grup P) görüşme yapıldı, anestezi hekimi tarafından anestezi ile ilgili ayrıntılı özel bilgilendirme yapıldı. Bir grup hastaya (Grup F) ameliyathaneye gelmelerinden önce premedikasyon için oral olarak diazepam (Nervium®, Saba İlaç Sanayi) verildi. Kontrol grubu (Grup K) hastalarına da anket uygulaması dışında bir işlem yapılmadı. Ameliyathaneye getirildikten sonra tüm çalışma hastalarına yine STAI anketi uygulandı.

Bulgular: Üç grubun tüm hastalarının operasyondan bir gün önce ölçülen durumluk anksiyete skorlarının medyan değeri 48 (23-70), süreklilik anksiyete skorlarının medyan değeri 44 (31-67), VAS medyan değeri 50 (0-100) olarak saptandı. Grup P hastalarının bilgilendirmeden sonraki anksiyete skorları anlamlı olarak daha düşüktü ($P<0.001$). Grup F hastalarının Diazepam verildikten sonraki anksiyete skorunun anlamlı olarak daha düşük olduğu görüldü ($P<0.001$). Operasyon günü ameliyattan hemen önce ölçülen anksiyete skoru, Grup P ve Grup F hastalarında Grup K hastalarına göre anlamlı olarak daha düşüktü (sırasıyla $p=0.023$, $p=0.007$). Grup P

ve Grup F hastalarının Anksiyete skorları arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0.750$).

Tartışma ve Sonuç: Elektif operasyon uygulanacak kadın hastalarda psikolojik ve farmakolojik premedikasyonun ayrı ayrı hastaların preoperatif anksiyete düzeylerini düşürdüğü ancak iki yöntem arasında bir fark olmadığı saptandı.

Anahtar Kelimeler: Preoperatif anksiyete, STAI, VAS, psikolojik premedikasyon, farmakolojik premedikasyon

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF PSYCHOLOGICAL AND PHARMACOLOGICAL PREMEDICATION IN PATIENTS SCHEDULED FOR ELECTIVE SURGERY BY ASSESSING PREOPERATIVE ANXIETY LEVELS

Sultan Şivgin, Dokuz Eylül University, Faculty of Medicine,
Department of Anesthesiology and Reanimation, IZMIR

Aim: The aim of this study was to compare the effectivity of preoperative information and sedative premedication for decreasing preoperative anxiety of patients scheduled for elective surgery.

Material and methods: Ninety ASA I-II patients aged between 20-65 scheduled for gynecological surgery in Dokuz Eylül University Hospital were included in the study. The day before the surgery all patient answered the STAI questionnaire. Patients were randomized into three groups. Group P: preoperative information was performed. Group F: peroral diazepam (Nervium®, Saba İlaç Sanayi) was given in the ward one hour before the surgery. Group K: No premedication or information was given to control patients. All patients were asked to answer STAI questionnaire again just before taken to the operation room.

Results: Median State anxiety was 48 (23-70), Median Trait anxiety was 44 (31-67) and Median VAS was 50 (0-100) in all patients. After preoperative information, the state anxiety was lower significantly in Group P ($p<0.001$). After diazepam, the state anxiety was lower significantly in Group F ($p<0.001$). The median state anxiety of Group P and Group F that assessed just before the surgery were lower than Group K (in order $p=0.023$, $p=0.007$). There was no significant difference between the state anxiety of Group P and Group F after the intervention ($p=0.750$)

Conclusion: We found that both psychological and pharmacological premedication decrease preoperative state anxiety significantly in female patients scheduled elective surgery. But there was no significant difference between effectiveness of psychological and pharmacological premedication.

Key Words: Preoperative anxiety, STAI, psychological premedication, pharmacological premedication

GİRİŞ

Anksiyete sempatik, parasempatik ve endokrin stimülasyon sonucunda oluşan hipertansiyon ve taşikardi gibi anormal hemodinamik göstergelerle ilişkili olabilen, huzursuzluk ve gerginlik şeklindeki hoş olmayan bir durum olarak tanımlanmıştır (1).

Ameliyat olması gerektiği kendisine bildirilen hasta, bir stres durumuyla karşı karşıyadır (2). Elektif operasyon uygulanacak birçok hasta anksiyete tanımlar ve bu beklenen bir cevap olarak kabul edilir (3).

Anksiyete vücutta bir dizi değişikliğe neden olur. Hastanın vital bulguları etkilenir; örneğin nabız, kan basıncı ve terleme artar. Ayrıca, hastanın anestezi veya analjeziye karşı yanıtını (4), anestezi indüksiyonunu ve hasta derlenmesini de etkileyebilir (5). Preoperatif anksiyete, artmış postoperatif ağrı, analjezik gereksinimi ve uzamış hastanede kalış süresi ile de bağlantılı bulunmuştur (3). Yüksek düzeydeki anksiyete, hastanın aynı zamanda bağışıklık sistemini etkileyebilir ve yara iyileşmesini uzatabilir (4).

Hasta ve anestezi hekimi arasındaki etkileşim genellikle ameliyattan bir gün önce yapılan özel ziyaret sırasında oluşur. Genellikle, anestezi hekimi için bu ziyaret hasta ile iletişim kurabileceği ilk fırsattır (6).

Preoperatif medikasyon hastayı psikolojik ve farmakolojik olarak hazırlamak amacıyla yapılan bir uygulamadır (7). Preoperatif hazırlığın psikolojik yönü anestezi hekiminin hastayla görüşmesi ile sağlanır (7). Anestezi hekiminin ilgisi ilaç bile kullanmadan hastanın anksiyetesini büyük ölçüde azaltabilir . Ameliyat öncesinde hastalara yeterli destek ve doğru bilgi verilmesinin anksiyetenin azaltılmasında ve hasta sonuçlarının iyileştirilmesinde büyük etkisi vardır (1).

Preoperatif hazırlığın farmakolojik yönü ise çeşitli ilaçlarla sağlanır. Bir benzodiyazepin olan diazepam doza bağlı olarak anksiyolizis, sedasyon ve amnezi oluşturur (7). Diazepam, uzun süredir preoperatif sedasyon amacıyla oral yolla verilmektedir. Bu amaçla yetişkinlerde 5 - 15 mg dozlarında kullanılır (8,9). Diazepam, bölümümüzde de premedikasyon amacıyla, uygulayıcıların gerekli gördükleri hastalarda kullanılmaktadır.

Hastalarda anksiyete düzeyini ölçmek için yayınlanmış birçok yöntem vardır. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI: *State – Trait Anxiety Inventory*), öznel benlik ölçüm testleri arasında en sık kullanılan anksiyete testlerinden birisidir (10). “Kaygı envanteri 1964 yılında Spielberger ve ark. tarafından geliştirilmiş” (Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler,223,2009)(11); “Öner ve Le Compte tarafından türkçeleştirilmiş bir değerlendirme anketidir” (Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler,226,2009) (11).

Ayrıca Görsel Analog Skala (VAS: *Vizüel Analog Scala*) da preoperatif anksiyete ölçümü için uygun bir teknik olup, uygulanması kolay ve basittir (5).

Bu çalışmanın amacı, elektif operasyon uygulanacak hastalarda, anestezi hekiminin ilgisinin ve ilaç ile premedikasyonun preoperatif anksiyete düzeyine etkisini karşılaştırmaktır.

GENEL BİLGİLER

1. Anksiyete

1.1. Anksiyete Tanımı:

Anksiyete sözcüğü sıkışma darlık anlamına gelen "*angh*" kökünden türemiştir. Değişik kültür ve dillerde farklı anlamlar çağırır. Örneğin; Almanca "*Angst*" sözcüğü, İngilizce "*dread*"(önceden korkma) veya "*foreboding*" (kötü bir şey olacağını hissetme) anlamında kullanılır. Türkçe' de, "bunaltı", "hoş olmayan heyecansal endişe hali" olarak tanımlanabilir (12).

Anksiyete, kendini belirsiz bir tehlike hissiyle gösterir. Kişiyi tehlikeyi haber veren ve tehlikeye başa çıkabilmek için önlem almaya iten bir sinyaldir (13).

1.2. Anksiyete Kavramının Tarihçesi:

Anksiyete kavramı karşımıza ilk olarak milattan önce 3000' lerde yazılmış olan Gılgamış destanında çıkar. Bu destanda Gılgamış, kendi ölümsüzlüğü ile ilgili endişelerini dile getirmiştir (13).

Onyedinci. yüzyılda dil bilimciler tarafından paroksizmal olarak ortaya çıkan şiddetli huzursuzluk, yerinde duramama ve endişe durumları için farklı terimler kullanılmıştır. Benzer durumlar için, Fransızlar "*angoisse*", Almanlar "*Angst*" ve İspanyollar ise "*angustia*" sözcüklerini kullanmışlardır (14).

Onyedinci yüzyılın ortalarında Otto Domrich tıbbi psikoloji alanında ilk kez "anksiyete atakları"ndan söz etmiştir. Bu kavram, Fransız devriminin ardından ortaya çıkan nörosirkülatuar nevrasteni, asker kalbi, hiperventilasyon sendromu gibi tanımların yerine geçmiştir. 1847'de Feuchtersleben, ilk kez organik hastalıkların neden olduğu anksiyete belirtilerini gözlemiştir; 1866'da Morel, otonomik sinir sistemindeki değişikliklerin emosyonel belirtilere yol açtığından söz etmiştir (15).

Freud, 1894'te 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 (15).

1.3. Anksiyeteyi Açıklayan Kuramlar

Antik çağlardan beri insanlar anksiyeteyi açıklamaya ve onunla başa çıkmaya çalışmıştır. Çoğu zaman anksiyetenin tanrılardan, kötü ruhlardan ya da büyüden kaynaklandığı düşünülmüştür. Eski Yunanlılar anksiyeteyi dinginliğe ulaşarak kontrol etmeye çalışmışlardır. Dinginlik, ruhun huzurlu ve güçlü olduğu, korku, doğaüstü güçler ya da diğer duygular tarafından rahatsız edilmediği bir durum olarak tarif edilmiştir (16).

Dinler açısından; Budizm, anksiyeteyi azaltmak için, acı ve zevke kayıtsız kalınarak kişinin kaderini kabul etmesini önermiştir. Konfüçyüs'e göre doğru olanı yapmak kişiyi anksiyeteden kurtarabilir. Taoizm evrenle uyum içinde olmayı önermiştir. Hristiyanlık günah fikrini ortaya çıkarmıştır. Hristiyanlıkta anksiyetenin nedeni kişinin sorumluluklarını yerine getirmemesi ya da suçluluktur (14).

Rönesans döneminde; anksiyetenin kökeni insanın içine yerleştirilerek kendi kendini incelemenin önemini vurgulanmıştır.(16)

1.3.1. Psikanalitik Kuram

Anksiyete Freud tarafından kaynağını bastırılmış düşünce ve dürtülerden alan yaygın endişe ve dehşet hissi olarak tanımlanmıştır. Fizyolojik niteliğini vurgulamak için patolojik anksiyeteyi güncel nevroz olarak tanımlamış ve psikonevrozlardan ayırmıştır. Freud anksiyetenin, altbenlikten (id) kaynağını alan bilinçdışı cinsel ve saldırganca dürtüler ile üstbenliğin cezalandırma tehdidi arasındaki ruhsal çatışma sonucunda ortaya çıktığını öne sürmüştür (17).

Freud'a göre anksiyete, fiziksel ya da toplumsal çevreden gelen tehlikelere karşı bireyi uyarma, gerekli uyumu sağlama ve yaşamı sürdürebilme işlevlerine katkıda bulunur. Anksiyete, "nevrotik anksiyete" de olduğu gibi, gerçek dışı ve mantığa aykırı bir nitelik alırsa, uyum sağlamaya yardımcı olan işlevini yitirir ve normal dışı davranışların kaynağı olur. Günlük yaşamda herkesin arada bir yaşadığı anksiyete "gerçekçi" anksiyetedir. Gerçekçi anksiyete, mantıklı ve anlaşılır olmasıyla nevrotik anksiyeteden ayrılır. Bu tür anksiyete, beklenen ya da yaklaşan bir dış tehlikenin algılanması sonucu geliştirilen bir tepkidir. Çoğu kez kaçma refleksiyle birlikte oluşan bu tepki, yaşamı sürdürme ve korunma içgüdülerinin bir belirtisi de sayılabilir (17).

Erich Fromm'a göre, hem normal kişilik gelişiminde, hem de nevrozların özünde, özgürlük ve bağımsızlık için mücadele vardır. İnsan toplumdan koptuğu zaman kendisini yalnız hisseder. Bu özgürlüğün yükünden kurtulmak için iki seçeneği vardır; ya diğer insanlarla sevgi ve işbölümü temelinde tekrar kaynaşacak ya da otoriteye ve topluma boyun eğerek kendisine emniyet sağlayacaktır. Toplumda "normal insan" gözü ile bakılan insanlar, Fromm'a göre bu ideal olanı yapmamış, özgürlük ve bağımsızlık mücadelesini terk ederek kendi spontan kişiliklerini geliştirmekten vazgeçip otoriteye boyun eğmişlerdir; böylece bu kişiler normal ve topluma uyumlu sayılırlar. Nevrotik denilen insanlar ise, tam bir boyun eğişi razı olamayan, hürriyet ve bağımsızlık mücadelesini terk etmeyen kişilerdir; ama bunlar da, bağımsızlığın getirdiği yalnızlık ve emniyetsizlik ile hürriyet arayışı arasında çatışmayı çözememiş, bu ikilemin arasında sıkışıp kalmışlardır (16)

1.3.2. Davranışçı ve Bilişsel Kuram

Davranışçı kuram öğrenme kuramları üzerine kurulmuş yaklaşımdır. Davranışçı kurama göre, hem fobiler hem de obsesif- kompulsif bozukluk bir koşullanma sonucu oluşmaktadır. Fobilerde hastalığın devam etmesinde en önemli etkenin korkulan uyarandan kaçma ve kaçınma davranışları olduğu düşünülmüş ve kaçınma davranışlarının söndürülmesi ve alışma döneminin ortaya çıkmasını sağlamaya yönelik, "alıştırma tedavileri (*exposure*)" olarak bilinen yaklaşım geliştirilmiştir (16).

Bilişsel kavramların "anormal psikoloji" içine girmesi anksiyetenin daha iyi anlaşılmasını sağlamıştır. Olayların ne biçimde yorumlandığı ve algılandığı, duygularımızı belirler. Duygularımızı tetikleyen olayların kendisinden çok, onlara verilen anlam olmaktadır (18).

1.3.3. Spilberger' in Anksiyete Kuramı

Anksiyete insanın temel duygularından biri olarak kabul edilebilir. Hepimiz tehlikeli gördüğümüz durumlarda kaygı duyarız. Tehlikeli koşulların oluşturduğu bu kaygı türü genellikle her bireyin yaşadığı geçici, duruma bağlı bir kaygı oluşturur. Buna "Durumluk Kaygı" denir. Durumluk Kaygı (*State*), bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği subjektif korkudur. Fizyolojik olarak otonom sinir sisteminin uyarılması sonucunda terleme, sararma, kızarma, titreme gibi fiziksel

değişiklikler bireyin gerilim ve huzursuzluk duygularının göstergeleridir. Stresin yoğun olduğu zamanlar durumluk kaygı seviyesinde yükselme, stres ortadan kalkınca düşme görülür (19,20)

Bazı insanlar sürekli olarak huzursuzluk içinde yaşar. Doğrudan doğruya çevreden gelen tehlikelere bağlı olmayan bu kaygı türü içten kaynaklanır. Öz değerlerinin tehdit edildiğini zannetmesi ya da içinde bulunduğu durumları stresli olarak yorumlaması sonucu birey kaygı duyar. Buna da "Sürekli Kaygı" denir. Sürekli Kaygı (*Trait*), bireyin kaygı yaşantısına olan yatkınlığıdır. Objektif kriterlere göre nötr olan durumların birey tarafından tehlikeli ve özünü tehdit edici olarak algılanması sonucu oluşan hoşnutsuzluk ve mutsuzluk duygusudur. Bu tür kaygı seviyesi yüksek bireylerin kolaylıkla incindikleri ve karamsarlığa kapıldıkları görülür. Bu bireyler durumluk kaygıyı da daha sık ve yoğun yaşarlar (19,20).

1.4. Anksiyeteyi Açıklayan Biyolojik Kuramlar

Anksiyete hakkındaki biyolojik kuramlar, anksiyetenin hayvan modellerindeki prelinik çalışmaları, biyolojik faktörlerin araştırıldığı hasta çalışmaları, temel nörolojik bilimler hakkındaki büyüyen birikim ve psikotrop ilaçların etkileri ile gelişmiştir. Düşüncenin bir kutbu anksiyete bozukluğu olan hastanın ölçülebilir biyolojik değişikliklerinin psikolojik çatışmalarının sonucunu yansıttığını kabul eder. Karşıt kutup biyolojik olayların psikolojik çatışmalara öncülük ettiğini kabul eder. Her iki durum da özgün kişilerde bir dizi biyolojik esaslı hassaslıklar anksiyete belirtileri olan kişiler arasında var olabilirler (13)

1.4.1. Otonom Sinir Sistemi

Otonom sinir sisteminin uyarılması kardiyovasküler, musküler, gastrointestinal ve respiratuvar sistemde bazı belirtilere neden olur. Ne bu çevresel belirtileri anksiyete bozukluğuna özeldir, ne de bunların anksiyetenin deneyimi ile birlikteliği gereklidir. Genel olarak Santral Sinir Sistemi (SSS) anksiyetesinin, feokromasitoma gibi hastanın özgün çevresel nedeni dışında, anksiyetenin çevresel belirtilerine öncüllük ettiği düşünülmektedir. Anksiyete bozukluğu bulunan bazı hastaların, 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 (16).

A. Nörotransmitterler

Deneyisel çalışmalar ve ilaç tedavisine yanıt esas alındığında anksiyete ile ilişkili bulunan üç ana nörotransmitterin; norepinefrin (NE), serotonin (5HT: 5-Hidroksi Triptamin) ve γ -aminobutirik asit (GABA) olduğu görülmüştür (21,22). Anksiyete hakkındaki temel nörobilimsel bilginin çoğu davranışçı örnekler ve psikoaktif ajanları kapsayan hayvan deneylerinden gelmektedir. Anksiyetenin böyle bir hayvan modeli çatışma testidir, bu testte hayvan aynı anda birisi pozitif (örn. Yiyecek), diğeri negatif (örn. Elektrik şoku) olan iki ayrı uyararla karşılaştırılır. Anksiyolitik ilaçlar (örn. Benzodiazepinler) hayvanın o duruma adaptasyonunu kolaylaştırma eğiliminde olurken, diğeri ilaçlar (örn. Amfetaminler) hayvanın yanıtını daha da bozarlar (22).

Norepinefrin (NE): Anksiyetede NE rolünden bahseden genel kurama göre etkilenen hastaların zaman zaman aktivite patlamaları ile seyreden, noradrenerjik sistem regülasyon sorunları olabilmektedir. Noradrenerjik sistemin hücre gövdeleri birincil olarak rostral ponsta locus seruleusta yerleşmişlerdir ve aksonları serebral korteks, limbik sistem, beyin sapı ve spinal korda projekte olurlar. Maymunlar üzerinde yapılan çalışmalarda locus seruleusta uyarılmanın hayvanlarda korku yanıtına neden olduğu ve aynı alanın yakılmasının hayvanların korku yanıtı oluşturmasını inhibe ettiği ya da tamamen bloke ettiği gösterilmiştir (16, 23).

Klinik çalışmalarda panik bozukluğu olan hastalarda β -adrenerjik agonistlerin (örn. İsoproterenol) ve α 2-adrenerjik antagonistlerin (ör: Yohimbin) panik atakların sıklığını ve şiddetini tetiklediği bulunmuştur. Aksine, α 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 (24).

Serotonin (5HT): Çeşitli serotonin reseptör tiplerinin tanımlanması, anksiyete patogenezinde serotoninin rolü konusunda araştırmaları hızlandırmıştır. Bu ilişki ilk olarak serotonerjik antidepressan ilaçların bazı anksiyete bozukluklarında terapötik etkilerinin gözlenmesinden sonra olmuştur (25). 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 (24).

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 halüsinojenler ve uyarıcıların hem akut, hem de kronik anksiyete bozukluklarına neden oldukları gösterilmiştir (24).

GABA: Anksiyete bozukluklarında GABA'nın rolü, bazı anksiyete bozukluklarını tedavisinde GABA-A reseptörleri üzerinden GABA etkisini arttıran benzodiazepinlerin tartışılmaz etkinliği ile güçlü şekilde desteklenmektedir (13,26).

1.5. Genetik Çalışmalar

Panik bozukluğu olan hastaların hemen hemen yarısında 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 (18).

1.6. Nöroanatomik Görüşler

Lokus seruleus ve raphe çekirdekleri birincil olarak limbik sistem ve serebral kortekse projekte olurlar. Beyin görüntüleme çalışmalarından elde edilen bilgi ile beraber, bu alanlar anksiyetenin nöroanatomik gelişimi ile ilgili birçok varsayımın odağı haline gelmişlerdir (16).

1.6.1 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 (18).

1.6.2. Serebral Korteks

Frontal serebral korteks parahipokampal bölge, singulat girus ve hipotalamus ile bağlantılıdır, o nedenle anksiyete oluşumunda rol oynayabilir. Temporal kortekste anksiyetenin patofizyolojik alanı olarak görülmektedir (18).

2. Preoperatif Anksiyete

Preoperatif anksiyete hastadaki hastalığa, hastanede yatmaya, anesteziye ve cerrahiye veya bilinmeyen bir nedene karşı gelişen hoş olmayan huzursuzluk durumu veya gerilim olarak tanımlanır (27).

Ameliyat olması gerektiği kendisine bildirilen hasta, artık bir stres durumuyla karşı karşıyadır ve bu stres yıllar boyunca gelişmiş olan başa çıkma mekanizmalarını zorlamaktadır. Duygusal açıdan güçlü olan bir birey için bile cerrahi; acı, ağrı, güç kaybı veya ölüm olasılıklarıyla yüzleşmek zorunda kaldığı ciddi bir yaşamsal streştir (2).

Psikodinamik kuramcılarının preoperatif anksiyeteyi açıklayan varsayımlarının bazıları şunlardır;

1. Bazı hastaların bilinçdışı nedenlerle cerrahiye bir tür cezalandırılma, cerrahi de bir tür agresör olarak algılanması,
2. Tutulan organ ve sistemin birey için sembolik önemi,
3. Hastanın daha önce benzer işlem uygulanan bir başkasıyla özdeşim yapması

Bilişsel kuramcılar preoperatif anksiyeteyi bazı hatalı bilişsel şemalarla açıklarlar;

1. Postoperatif kazanç/kayıp dengesinin hatalı algılanması,
2. Olası kayıplar üzerinde aşırı durulması,
3. Önceki deneyimler konusunda bellek çarpıtılması (28).

Preoperatif anksiyetenin derecesi tanı ile, tutulan organ ve sistem ile, operasyonun zorluk ve risk derecesi ile, hastanın buna ilişkin önyargılarıyla ilişkilidir (28).

2.1. Anksiyetenin Etkileri

Cerrahi hastaların iyileşmeleri üzerine anksiyetenin etkileri araştırılmış ve orta düzeyde yaşanan anksiyetenin yararlı olduğu çünkü hastayı cerrahi ile ilişkili sıkıntıya hazırladığı gözlemlenmiştir. Ancak, bu düzeyin üstündeki veya altındaki anksiyete uyumsuz olabilir ve hastanın iyileşmesi üzerinde olumsuz etki yaratabilir. Hastanın anksiyeteye dair deneyimleri subjektiftir, yalnızca hasta tarafından algılanır. Ancak bireylerin anksiyete düzeylerini nasıl değerlendirdikleri ve bunun onların fizyolojik durumu üzerindeki etkileri belirsizdir (1).

Anksiyete vücudu birçok yönden etkiler. Fizyolojik düzeyde, hastanın vital bulguları etkilenir. Örneğin; nabız, kan basıncı ve terleme artar (1). Preoperatif anksiyete, hastanın katekolaminlerin salgılanmasını artırır, kateşolaminler taşikardi, hipertansiyon ve aritmiye neden olur (29). Ayrıca anksiyete, laringoskopi ve entübasyon sırasında refleks aşırı sempatik aktivite artışına neden olur (30).

Anksiyete intraoperatif dönemde de hastaları etkiler (1). Artmış anksiyete, anestezi ilaç gereksinimini önemli derecede artırır, postoperatif iyileşmeyi etkiler (29,31), bağışıklık sistemini etkileyebilir ve yara iyileşmesi uzatabilir (1), postoperatif bulantı kusmayı artırır (31), postoperatif hissedilen ağrıyı ve analjezik gereksinimini artırır (29,31,32), hastanede kalış süresini uzatır (31,32), hasta memnuniyetini azaltır (5,33).

İleri yaş grubunda, anestezi indüksiyonu sırasındaki hemodinamik değişikliklerin öngörülmesinde durumluk anksiyetenin değerli olduğu kanıtlanmıştır. Bu, preoperatif durumluk anksiyete düzeyi yüksek bulunan hastalarda anestezi indüksiyonu sırasında hemodinamik dalgalanma olasılığının yüksek olacağını düşündürür (29).

2.2. Anksiyetede Metabolik ve Endokrin Değişiklikler

Preoperatif anksiyetenin verileri; kalp hızı, kan basıncı ve nöroendokrinolojik değişikliklerdir (27). Anksiyete çeşitli metabolik ve hormonal değişime neden olur. Pituitarhipotalamik ve adrenal-kortikal sistemi olduğu kadar, sempato-adrenal yolu da aktive eder. Bunun sonucu olarak da mukus ve tükrük gibi sekresyonlarda, gastrik asiditede, gastrointestinal tonus ve motilitede ve katekolamin salınımında artışlar görülür (34).

Anestezi indüksiyonu öncesi plazma adrenalini düzeyi % 40 artar ve bu artış anksiyetenin artışı ile orantılıdır. Operasyondan önceki gece rahat uyuyan hastalarda plazma kortizol düzeyi 16 µg/ 100 ml iken rahat uyumayan hastalarda bu düzeyin 20 µg/ 100 ml civarına yükseldiği belirlenmiştir (34).

VAS'taki değişikliklerle plazma adrenalini konsantrasyonu değişiklikleri arasında anlamlı korelasyon olduğu gösterilmiştir (35).

2.3. Preoperatif Anksiyete Nedenleri

Elektif cerrahi hastaları hastaneye başvurduğu zaman birçok zorlukla karşılaşabilirler. Ağrı, enfeksiyon riski, vücut şeklinin bozulması gibi cerrahi uygulamanın fiziksel sonuçlarının yanı sıra, hastalar korku ve kaygı da yaşayabilirler. Yaşanabilecek kaygılar arasında, geçirilecek ameliyatın günlük aktivitelerini ve yaşam tarzlarını nasıl etkileyeceği endişesi, ailesi içinde algılanan rolüne dair, örneğin statü kaybı ya da cinsel kimlik kaybı gibi endişeler yaşayabilirler (1).

Preoperatif anksiyete nedenleri; uygulanacak cerrahinin tipi (1,32,33), anestezi tipi (31,32,33), geleceğin belirsizliği (1,32,33,36), aileden ayrılma (36), kontrol kaybı (1,32,33), beden bütünlüğünün bozulması (31), bağımlılık korkusu (31), ameliyat sonrası ağrı ve rahatsızlık hissi(31,36) ve ölüm korkusu (1,32,33) şeklinde sayılabilir.

2.4.Preoperatif Anksiyetenin Anestezi ile İlgili Nedenleri

Preoperatif anksiyetenin önemli nedenlerinden biri anesteziye ilişkin endişelerdir. Genel olarak bu endişeler; ameliyat sonrası uyanamamak (1,34,37), ameliyat sırasında uyanmak (1,34), ameliyat sırasında ağrı duymak (2), ameliyat sonrası ağrı duymak (34), ameliyat sonrası bulantı-kusma, ameliyat sonrası yoğun

bakımda kalmak (34), anesteziğin bilgi ve deneyim eksikliği (2,34), anesteziğin ameliyathanede bulunmaması, anesteziğin tavırları, iğne korkusu, anestezi sırasında anlamsız konuşmak ve ölüm (34) olarak bildirilmiştir.

2.5. Preoperatif Anksiyete Ölçümlerinin Sonuçları

Bildirilen preoperatif anksiyete insidansı, değerlendirilen yöntemle ilgili olarak %11-%80 arasında değişir (27,33). Çeşitli çalışmalarda ameliyat öncesi anksiyete görülme oranının %60-80 olduğu bildirilmiştir (2)

Preoperatif anksiyetenin görülme sıklığı hasta grubuna bağlıdır. Çalışmalara göre, kadınlarda, nispeten genç hastalarda, ameliyat hakkında çok soru soran hastalarda ve önceden bir cerrahi deneyimi olmayanlar arasında daha yüksek sıklıkta görülür. Özellikle cinsiyet ve yaşın ameliyat öncesi yaşanan anksiyete ile bir korelasyonu vardır (29).

2.6. Preoperatif Anksiyete Tedavisi

Hastanın biyopsikososyal bütünlüğü göz önüne alındığında, anksiyete tedavisinin cerrahi tedavinin ayrılmaz bir parçası olması gerektiği söylenebilir (28). Hastanın kaygı ve endişelerinin empatik bir tutumla dinlenmesi, hastada gerçekçi bir umut oluşmasını sağlar ve başa çıkma mekanizmalarını güçlendirir (2). Ameliyat öncesinde hastalara yeterli destek ve doğru bilgi verilmesi anksiyetenin azaltılması ve hasta sonuçlarının iyileştirilmesi için gereklidir (1,33).

Daha fazla bilgiden yarar görecektir hastaların uygun ama etkili şekilde belirlenebileceği bir yol araştırılmıştır. Ancak, bir doktorun varlığının ve yaklaşımının yerine geçecek daha iyi bir kimse hala yoktur. Hasta bir kişi, yaşam tarzının değişme tehdidiyle baş etmesine ek olarak, cerrahi uygulamanın beklenmedik sonuçları hakkında daha fazla korku duyabilir. Hastaların bu zorlukların tümü ile başa çıkması için mutlaka uygun bir temeli, geçmiş deneyimi veya aile desteği olmayabilir. Her şey dikkate alındığında, hekim hala bu durumda bir yer almak zorunda kalabilir, ve çeşitli kılavuzların kullanılması hastaya yardımcı olsa da hekimin rolünün yerine geçemeyebilir (6).

2.6.1. Psikolojik Hazırlama

Anestezistin ilgisi, ilaç bile kullanmadan bu kaygıları büyük ölçüde azaltabilir (6). Preoperatif dönemde hastaların bilgilendirilmesinin, hastaya uygulanması beklenen anestezi yönetim planları ve olayların kısa bir açıklamasının, anksiyete ve analjezik gereksinimini azalttığı, memnuniyeti artırdığı (37), komplikasyon riskini azalttığı, ameliyat sonrası elde edilen sonuçları iyileştirdiği (1) gösterilmiştir.

Eğer hasta bilgilendirilirse hem bilgisi hem de memnuniyeti artacaktır. Hastanın kaygı ve endişelerinin dinlenmesi, hastada gerçekçi bir umut oluşmasını sağlar ve başa çıkma mekanizmalarını güçlendirir (35) Eğitim; 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, olası ameliyat sonrası ağrı ile nasıl baş edebileceğinin öğretilmesi şeklinde yapılabilir (37).

2.6.2. Farmakolojik Hazırlama

Farmakolojik hazırlıkta premedikasyon ilaçlarının bilinçli kullanımı; hastanın korkusu azalmış, sedatize, huzurlu bir şekilde ameliyat odasına girmesine olanak verir. Amnezi ve anksiyolizis preoperatif medikasyon etkilerinin ilk belirtileridir. Sedasyon ve amnezinin sağlanması da anksiyeteyi azaltır (7,36).

Premedikasyonda kullanılan ilaçlar, ağrıyı en aza indirmek, amnezi ve sedasyon sağlamak, tükürük ve gastrik sekresyonları azaltmak, bulantı ve kusmayı önlemek, alerjik reaksiyonlara karşı profilaksi sağlamak, cerrahi işlem için gerekli olan anestezik ilaç miktarını azaltmak ve cerrahi uyarana karşı refleks tepkileri bastırmak için kullanılır (36).

Sedatif hipnotik ilaç grubuna ait premedikanlar, en popüler ajanlardır ki bunlar benzodiazepinleri ve barbitüratları içerir (7,36). Benzodiazepin grubu olan “diazepam” doza bağlı olarak anksiyolizis, sedasyon ve amnezi oluşturur (7,35,36).

Oral premedikasyon ilaçlarının büyük çoğunluğu, etkilerini tam olarak gösterebilmeleri için, hastanın ameliyathaneye gelişinden 60-90 dk önce verilmelidir (36).

2.7. Preoperatif Anksiyete Ölçümü

2.7.1. *State-Trait Anxiety Inventory*= Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği (STAI)

Anksiyete, durumluk ve sürekli kaygı şeklinde iki kategoriye ayrılabilen davranışsal belirtiler olarak tanımlanır. Durumluk kaygı, herhangi bir akut durumsal odaklı anksiyete atağı şeklinde adlandırılır ve tetikleyici durumun ötesinde kalıcı değildir. Sürekli kaygı, bir kişilik özelliği olarak kabul edilebilen bir anksiyete kalıbıdır. Yüksek bulunan durumluk kaygı düzeyi değerlendirme sırasındaki yüksek kaygı düzeyine işaret ederken, yüksek bulunan sürekli kaygı düzeyi endişeli bir kişilik özelliğini göstermektedir. Durumluk kaygı şimdiki an ile ilgili kaygıyı gösterirken sürekli kaygı kişiliğin değişmez bir boyutunu gösterir (6).

Bir hastanın anksiyete düzeyini ölçmek için yayınlanmış birçok yol vardır. Spielberger'in Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, öznel benlik-ölçüm testleri arasında en sık kullanılan anksiyete testlerinden birisidir. Öncelikle, ortalama sağlıklı insanlarda kaygı düzeyini ölçmek üzere bir araç olarak geliştirilmiştir, ancak daha sonra hasta gruplarında anksiyetenin ölçülmesinde faydalı bulunmuştur (29).

Ameliyat öncesi anksiyete ölçümünde kullanılan STAI, literatürde altın standart olarak gösterilmektedir (2,5,29).

STAI, 1964 yılında Spielberger ve Gorsuch tarafından geliştirilmeye başlanmış olan envanter ile normal ve normal olmayan bireylerdeki sürekli ve durumluk kaygı düzeylerinin ölçülmesi amaçlanmıştır. Türk toplumunda geçerliliği Necla Öner tarafından gösterilmiştir. Türkçeye Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri olarak çevrilmiştir (38) (EK-3).

STAI durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini ölçer. Yirmişer maddeden oluşan iki ayrı ölçeği vardır. STAI, bireyin kendi kendine yanıtlayabileceği, uygulanması kolay bir envanterdir. Her iki ölçek de aynı zamanda uygulanabilir. Envanter okuma yazma bilmeyenlere bireysel olarak uygulandığında, maddeler uygulamacı tarafından okunup, verilen yanıtlar yine uygulamacı tarafından form üzerinde işaretlenir. On dört yaş ve üstünde bilinçli olan hastalara uygulanabilir. Testin kullanımı için özel eğitim gerekmez (38).

Durumluk kaygı ölçeğinin yanıtlanmasında; maddelerin ifade ettiği duyuyu, düşünce ya da davranışların şiddet derecesine göre “Hiç”, “Biraz”, “Çok”, “Tamamıyla” şıklarından birinin seçilmesi; sürekli kaygı ölçeğinin yanıtlanmasında ise, maddelerin ifade ettiği duyuyu düşünce ya da davranışların sıklık derecesine göre, “Hemen Hiçbir Zaman”, “Bazen”, “Çok Zaman” ve “Hemen Her Zaman” şıklarından birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istenir (38).

Ölçeklerde doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadeler vardır. Olumlu duyguları dile getiren (tersine çevrilmiş) ifadelerde 4 değerlikli yanıtlar düşük, 1 değerlikli yanıtlar yüksek kaygıyı gösterir. Bu ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 aşırı değerinde olanlar ise 1'e dönüştürülür. Olumsuz duyguları dile getiren (doğrudan) ifadelerde ise 4 değerlikli yanıtlar en yüksek kaygıyı gösterir (11).

Durumluk kaygı ölçeğinde on tane (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddeler), sürekli kaygı ölçeğinde ise sekiz tane (21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddeler) tersine çevrilmiş ifade vardır. Puanlama elle yapılabildiği gibi bilgisayar yardımı ile de yapılabilir. Elle yapılan puanlamada, doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadelerin toplam ağırlıklarının saptanması için iki ayrı anahtar hazırlanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerdeki toplam ağırlıklı puan çıkarılır ve bu sayıya değişmeyen bir değer eklenir. Bu değer durumluk kaygı ölçeği için 50, sürekli kaygı ölçeği için ise 35'dir. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan ise düşük kaygı seviyesini gösterir. (11)

Endişeler, zaten stresli bir süre olan anket doldurma sırasında hastanın kaygı düzeyi üzerinde bir etkisi olması konusunda devam eder. Ancak, eğer anketin neden önemli olduğu ve bunu doldurduklarında ne elde etmeyi umdukları konusunda ayrıntılı bir açıklama ile birlikte verilirse olumsuz etkiler minimize edilebilir (1).

2.7.2. VİZÜEL ANALOG SKALA (VAS)

Horizontal bir çizgide tek bir nokta işaretleme ile preoperatif anksiyeteyi ölçmeye izin veren VAS, kullanım için pratik olması sebebiyle cazip bir ölçme biçimidir (5,31). VAS ile diğer objektif anksiyete testleri arasındaki korelasyon gösterilmiştir (3).

GEREÇ-YÖNTEM

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul izni (EK-1) alındıktan sonra, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çaşılmaya Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisinde operasyonu planlanan, 20 – 65 yaşları arasındaki, fiziksel durumu ASA I-II olan toplam 90 hasta alındı.

Kanser tanısı almış olan, beyin hasarı olan, psikiyatrik hastalığı olan, psikotrop ilaç alan, mental retarde, anlatılanı anlamayan veya algılaması düşük olan, okuma yazma bilmeyen hastalar çalışma dışı bırakıldı. Yine anket formunda üçten fazla cevaplanmamış soru olan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Araştırmada veriler Spielberg'in Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI I-II) [Durumluk Kaygı Envanteri (STAI-I), Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-II)] ve VAS kullanılarak toplandı.

VAS için başına 0, sonuna 100 işaretlenmiş olan horizontal bir çizgiden oluşan bir sayı cetveli hazırlandı. Hastalardan 0 ile 100 arasındaki, anksiyete düzeylerine en uygun olan yere 'x' işareti koymaları istendi.

Anket formunun birinci bölümünde demografik bilgiler (EK-2), ikinci bölümde STAI-I ve STAI-II anketi (EK-3), üçüncü bölümde VAS skorlaması için bir sayı cetveli (EK-4) yer almıştır.

Çalışmaya alınacak uygun özellikleri taşıyan hastalar, günlük ameliyat listesi çıktıktan sonra belirlendi, hastalar blok randomizasyonla 3 gruba ayrıldı.

Grup K: Kontrol Grubu (30 hasta)

Grup P: Psikolojik Premedikasyon Grubu (30 hasta)

Grup F: Farmakolojik Premedikasyon Grubu (30 hasta)

Uygulama:

- Ameliyattan bir gün önce öğleden sonra hasta odalarında; preanesteziik vizit ve sonrasında anket uygulaması şeklinde ve
- Operasyon günü preoperatif bekleme odasında; anket uygulaması şeklinde gerçekleştirildi.

Ameliyattan bir gün önce, öğleden sonra ertesi gün operasyonu planlanan hastalar arasından çalışmaya alınan hastaların preanesteziik değerlendirilmesi ve rutinde yapılan bilgilendirilmesi, günlük rutin uygulamada olduğu şekliyle bir anestezi hekimi tarafından gerçekleştirildi. Günlük rutin uygulamada hasta değerlendirmeye çıkan anestezi hekimleri (çoğunlukla kıdemsiz uzmanlık öğrencileri) kısa süre içinde çok sayıda hastayı değerlendirmek durumunda kalmaktadır. Bir hastanın değerlendirilmesi için kısa bir süre ayırmak zorunda kalmaktadırlar ve değerlendirdikleri hastaların ancak bir kısmının anestezi uygulamasında bulunabilmektedirler. Ayrıca anestezi uygulaması ile ilgili hasta bilgilendirmeleri de kısıtlı kalmaktadır.

Preanesteziik değerlendirme ve bilgilendirme tamamlandıktan sonra tüm çalışma hastalarına anket uygulamasını bilen fakat hastaların hangi gruptan olduğunu bilmeyen bir çalışmacı tarafından çalışma ile ilgili bilgi verildi, onlardan yazılı bilgilendirilmiş onam alındı ve üç bölümden oluşan anket formlarını doldurmaları istendi. (Durumluk Anksiyete 1, Sürekli Anksiyete, ve VAS1)

Bu anket uygulamasını tamamlamış olanlardan Psikolojik Premedikasyon grubuna (Grup P) alınan hastalar, anestezi uygulamasında yanlarında bulunacak olan ve anestezi uygulamasını başlatacak olan anestezi hekimi tarafından özel olarak bilgilendirildi. Hastaya ameliyathaneye gelmeden önce yapılacaklar (ameliyata hazırlık, ameliyathaneye getirilme. vb) ve ameliyathaneye geldikten sonra hastaya uygulanacak işlemler (ameliyathane ortamı, monitörizasyon. vb) ile ilgili bilgi verildi. Hastaya anestezi uygulamaları ile ilgili, kendilerini endişelendiren, bilgi almak istedikleri konular soruldu ve bu konularla ilgili bilgiler verildi. Hastalardan gelen sorular dikkatli bir şekilde yanıtlandı. Hastaya gereksiz ayrıntı vermekten kaçınıldı ve sorular olumlu telkinle yanıtlandı. Ayrıca anesteziye ait bilgilendirme yazısı temel alınarak sözel anlatım yapıldı. Bu gruptaki hastalara, bilgilendirmeyi yapan hekimin,

aynı zamanda hastanın anestezi uygulaması sırasında yanında olacağı özellikle vurgulandı.

Farmakolojik Premedikasyon grubundaki (Grup F) hastalara, operasyon günü ameliyathaneye getirilmelerinden yaklaşık olarak 45-60 dk önce (70 kg'a kadar olan hastalara 5 mg, 70 kg'dan fazla olan hastalara 7.5 mg) Diazepam (Nervium®, Saba İlaç Sanayi) oral yolla verildi.

Kontrol Grubu (Grup K) hastalarına rutin uygulama haricinde ek bir uygulama yapılmadı.

Operasyon günü ameliyathaneye gelen çalışma hastalarına Durumluk anksiyeteyi ölçen STAI- I anketi ve VAS, anket uygulamasını bilen fakat hastaların hangi çalışma grubuna ait olduğunu bilmeyen bir kişi tarafından uygulandı. (Durumluk Anksiyete 2, VAS 2)

Psikolojik premedikasyon yapılmış hastalar bir gün önce kendilerine özel bilgilendirme yapan ve anestezi uygulamasında yanlarında olacağını söyleyen anestezi hekimi tarafından ameliyathanede karşılandılar. Aynı hekim preoperatif bekleme salonunda bu hastaların varsa sorularını olumlu telkinlerde bulunarak yanıtladıktan sonra anket uygulaması yukarıda tarif edildiği şekilde uygulandı.

- Ameliyattan bir gün önce ölçülen durumsal anksiyete skoruna "Durumluk Anksiyete 1", vizüel analog skala değeri "VAS 1";
- Ameliyat günü bekleme odasında ölçülen durumsal anksiyete skoruna "Durumluk Anksiyete 2", vizüel analog skala değeri "VAS 2" olarak adlandırılmıştır.

Bu çalışmada STAI skorunun hesaplanmasında elle puanlama yöntemi kullanıldı.

Puanların yorumlanması: Her iki ölçekten elde edilen puanlar kuramsal olarak 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan düşük kaygı seviyesini ifade eder. Uygulamalarda belirlenen ortalama puan seviyesi 36 ile 41 arasında değişmektedir.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Verilerin analizi için SPSS (Statistical Package for Social Science) 15.0 paket programı kullanıldı. Sürekli değişkenler ve alt gruplarına ait veriler medyan, minimum ve maksimum değerler olarak gösterildi. Sıklık belirten değişkenler frekans sayıları ve yüzdeler ile sunuldu. Normal dağılıma uygunluk testleri Kolmogrov Smirnov ile yapıldı. Normal dağılıma uygun olmadığı belirlenen sürekli değişkenlerin analizinde üç grup karşılaştırılmasında Bonferonni düzeltmeli Kruskal Wallis Testi ve iki grup karşılaştırılmasında Mann-Whitney *U*-testleri kullanıldı. Grup içi karşılaştırılmada Wilcoxon testi kullanıldı. Sayımla belirlenen değişkenlerin analizinde Ki-kare testi kullanıldı. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya 20-65 yaşları arasında (medyan değeri: 42.5) 90 kadın hasta alındı. Hastaların yaş median değerleri, eğitim durumu, meslek ve medeni durumu açısından gruplara göre dağılımı Tablo-1'de gösterilmiştir.

TABLO-1 : Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

		Grup K	Grup P	Grup F	Toplam
YAŞ medyan (min-maks.)		38 (25-60)	42.5 (20-65)	43.5 (24-65)	42.5 (20-65)
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
EĞİTİM DURUMU	Okur-yazar değil	1 (1.1)	1 (1.1)	1 (1.1)	3 (3.3)
	Ortaokul	4 (4.4)	3 (3.3)	6 (6.7)	13 (14.4)
	Lise	9 (10)	11(12.2)	7 (7.8)	27 (30)
	Üniversite	7 (7.8)	8 (8.9)	4 (4.4)	19 (21.1)
	İlkokul	9 (10)	7 (7.8)	12 (13.3)	28 (31)
MESLEK	Ev hanımı	17 (18.9)	15 (16.7)	19 (21.1)	51 (56.7)
	Memur	7 (7.8)	7 (7.8)	3 (3.3)	17 (18.7)
	Serbest meslek	2 (2.2)	3 (3.3)	2 (2.2)	7 (7.8)
	Emekli	2 (2.2)	0	1 (1.1)	3 (3.3)
	İşçi	2 (2.2)	5 (5.6)	2 (2.2)	12 (13.3)
MEDENİ DURUM	Evli	24 (26.7)	25 (27.8)	23 (25.6)	72 (80)
	Bekar	4 (4.4)	5 (5.6)	2 (2.2)	11 (12.2)
	Dul	2 (2.2)	0	5 (5.6)	7 (7.8)

İstatistik analize uygun olması için eğitim durumu, lise ile üniversite mezunları ve diğerleri; meslek, ev hanımı ve diğerleri; medeni durum, evli ve diğerleri olarak gruplandırıldı. Hastaların eğitim durumu, meslek ve medeni durumları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu (sırasıyla $p= 0.066$, $p= 0.581$, $p= 0.601$).

Yaş grupları ile Durumluk Anksiyete 1, Sürekli Anksiyete ve VAS 1 arasındaki ilişki incelendiğinde 35-50 yaşları arasındaki grubun Durumluk Anksiyete 1, Sürekli

Anksiyete skorları ve VAS 1 değerleri, 20-35 yaş arası ve 50 yaş üstü grubuna göre sayısal olarak daha yüksek bulundu. Ancak bu değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (sırasıyla $p=0.303$, $p=0.336$, $p=0.677$) (Tablo-2).

TABLO-2: Yaş grupları ile Durumluk Anksiyete 1, Sürekli Anksiyete ve VAS 1 arasındaki ilişki

Yaş Grupları	n	Durumluk Anksiyete 1	Sürekli Anksiyete	VAS 1
20-35	31	41 (31-67)	40 (36-47)	50 (10-100)
35-50	40	50 (35-71)	49 (23-64)	50 (15-90)
50 yaş üstü	19	42 (36-63)	45 (36-63)	50 (10-100)

Tüm hastaların eğitim durumları incelendiğinde, eğitim düzeyinin Durumluk Anksiyete 1 skorunu, Sürekli Anksiyete skorunu ve VAS 1 değerini etkilemediği görüldü (sırasıyla $p=0.237$, $p=0.085$, $p=0.841$). Ortaokul mezunu hastaların Durumluk Anksiyete 1 skorları sayısal olarak yüksekti, ancak bu yükseklik istatistiksel olarak anlamlı değildi (Tablo-3).

TABLO-3: Hastaların eğitim durumları ile Durumluk Anksiyete 1 skorları Sürekli Anksiyete skorları ve VAS 1 değerleri arasındaki ilişki

Eğitim Durumu	n	Durumluk Anksiyete 1 Medyan (min.-maks.)	Sürekli Anksiyete Medyan (min.-maks.)	VAS 1 Medyan (min.-maks.)
İlkokul	28	48 (35-71)	45 (36-63)	55 (0-90)
Ortaokul	13	51 (31-64)	48 (34-60)	50 (10-100)
Lise	27	49 (33-56)	44 (32-60)	50 (10-80)
Üniversite	19	49 (23-68)	42 (31-67)	50 (15-100)
Okur-yazar Değil	3	36 (32-37)	55 (50-56)	40 (40-55)

Tüm hastaların meslek grupları ile Durumluk Anksiyete 1, Sürekli Anksiyete skorları ve VAS 1 değerleri arasındaki ilişki incelendiğinde, meslek grupları arasında anlamlı fark yoktu (sırasıyla $p=0.968$, $p=0.264$, $p=0.971$). En yüksek Durumluk

Anksiyete 1 değerinin ev hanımı ve işçi meslek grubunda, en düşük Durumluk Anksiyete 1 değerinin emekli grubunda olduğu görüldü ancak bu değerler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (Tablo-4).

TABLO-4: Hastaların meslek grupları ile Durumsal Anksiyete 1, Sürekli Anksiyete Skorları ve VAS 1 değerleri arasındaki ilişki

Meslek	n	Durumluk Anksiyete 1 Medyan (min.-maks.)	Sürekli Anksiyete Medyan (min.-maks.)	VAS 1 Medyan (min.-maks.)
Ev Hanımı	51	49 (31-71)	47 (34-63)	50 (0-100)
Memur	17	48 (23-68)	40 (31-67)	65 (15-100)
Serbest Meslek	7	48 (32-52)	44 (33-51)	50 (10-85)
Emekli	3	45 (45-51)	47 (43-55)	60 (40-60)
İşçi	12	49 (33-70)	45 (36-60)	60 (20-80)

Hastalar medeni durumlar açısından incelendiğinde 90 hastanın 71'inin evli olduğu tespit edildi. Ancak medeni durumun Durumluk Anksiyete 1, Sürekli Anksiyete ve VAS 1 değerleri üzerinde anlamlı bir fark oluşturmadığı görüldü. (sırasıyla $p=0.667$, $p=0.925$, $p=0.401$) (Tablo-5).

TABLO-5: Hastaların Medeni Durumları ile Durumsal Anksiyete 1 Skorları ile VAS 1 değerleri arasındaki ilişki

Medeni Durum	n	Durumluk Anksiyete 1 Medyan (min.-maks.)	Sürekli Anksiyete Medyan (min.-maks.)	VAS 1 Medyan (min.-maks.)
Evli	72	48 (23-71)	44 (31-60)	50 (0-100)
Bekar	11	49 (35-68)	44 (35-67)	75 (15-100)
Dul	7	42 (31-66)	43 (34-63)	50 (40-80)

Hastaların anestezi öyküsü incelendiğinde 90 hastanın 64'ünün daha önce anestezi almış olduğu tespit edildi. Daha önce anestezi almamış olan hastaların Durumluk Anksiyete 1 skorlarının sayısal olarak daha yüksek olduğu görüldü. Elde edilen değerler istatistiksel olarak incelendiğinde, bu fark anlamlı bulunmadı ($p=169$).

Daha önce anestezi almış olan hastalarla almamış olan hastaların VAS 1 değerleri arasında anlamlı bir fark yoktu ($p=0.212$) (Tablo-6).

TABLO-6 : Hastaların anestezi öyküsü ile Durumsal Anksiyete 1 Skorları ve VAS 1 değerleri arasındaki ilişki

Anestezi Öyküsü	n	Durumluk Anksiyete 1 Medyan (min.-maks.)	Sürekli Anksiyete Medyan (min.-maks.)	VAS 1 Medyan (min.-maks.)
Var	26	48 (23-71)	43.5 (31-67)	50 (0-100)
Yok	64	51 (32-66)	47.5 (32-63)	50 (20-90)

Üç grubun tüm hastalarının medyan Durumluk Anksiyete 1 skoru 48 (23-70), medyan süreklilik anksiyete skoru 44 (31-67), medyan VAS 1 değeri 50 (0-100) olarak saptandı. Gruplar Durumluk Anksiyete 1, Sürekli Anksiyete ve VAS 1 değerleri açısından karşılaştırıldığında üç grupta da anlamlı fark gözlenmedi ($p>0.05$)

Grup K hastalarının Durumluk Anksiyete 1 ile Durumluk Anksiyete 2 skorları karşılaştırıldığında Durumluk Anksiyete 2 skorunun sayısal olarak daha yüksek olduğu görüldü, ancak bu fark anlamlı bulunmadı ($p=0.121$). Grup K hastalarının VAS 1 ile VAS 2 değerleri karşılaştırıldığında ise anlamlı bir fark gözlemlenmedi ($p=0.987$) (Tablo-7).

Grup P hastalarının Durumluk Anksiyete 1 ile Durumluk Anksiyete 2 skorları karşılaştırıldığında, Durumluk Anksiyete 2 skorunun anlamlı olarak daha düşük olduğu görüldü ($p<0.001$). Hastaların VAS 1 ile VAS 2 değerleri karşılaştırıldığında anlamlı bir fark gözlenmedi ($p=0.269$) (Tablo-7).

Grup F hastalarının Durumluk Anksiyete 1 ile Durumluk Anksiyete 2 skorları karşılaştırıldığında, Durumluk Anksiyete 2 skorunun anlamlı olarak daha düşük olduğu görüldü ($p<0.001$). Hastaların VAS 1 ile VAS 2 değerleri karşılaştırıldığında VAS 2 değerinin de daha düşük olduğu görüldü ve bu fark da anlamlı bulundu ($p=0.002$) (Tablo-7).

Grup K ile Grup P karşılaştırıldığında, hastaların Durumluk Anksiyete 1 skorları ve VAS 1 değerleri açısından iki grupta anlamlı bir fark görülmedi (sırasıyla $p=0.118$, $p=0.810$). Durumluk Anksiyete 2 skorlarına bakıldığında Grup P hastalarının Durumluk Anksiyete 2 skorlarının, Grup K hastalarına göre anlamlı olarak daha düşük olduğu bulundu ($p=0.023$). Her iki gruptaki hastaların VAS 2 değerleri arasında anlamlı bir fark görülmedi ($p=0.851$) (TABLO-7).

Grup K ile Grup F karşılaştırıldığında, hastaların Durumluk Anksiyete 1 skorları ve VAS 1 değerleri açısından iki grupta anlamlı bir fark görülmedi (sırasıyla $p=0.242$, $p=0.463$). Durumluk Anksiyete 2 skorlarına bakıldığında Grup F hastalarının Durumluk anksiyete 2 skorlarının, Grup K hastalarına göre anlamlı olarak daha düşüktü ($p=0.07$). Hastalar VAS 2 değerleri açısından karşılaştırıldığında Grup F hastalarının VAS 2 değerlerinin sayısal olarak daha düşük olduğu görüldü ancak bu düşüklük anlamlı bulunmadı ($p=0.110$) (TABLO-7).

Grup P ile Grup F karşılaştırıldığında, hastaların Durumluk Anksiyete 1 skorları, VAS 1 değerleri ve Durumluk Anksiyete 2 skorları açısından iki grupta anlamlı bir fark görülmedi (sırasıyla $p=0.830$, $p=0.548$, $p=0.750$). Hastalar VAS 2 değerleri açısından karşılaştırıldığında Grup F hastalarının VAS 2 değerlerinin sayısal olarak daha düşük olduğu görüldü ancak bu düşüklük anlamlı bulunmadı ($p=156$) (TABLO-7).

TABLO-7: Hastaların Durumluk Anksiyete 1, Sürekli Anksiyete, VAS 1, Durumluk Anksiyete 2 ve VAS 2 Skorlarının Gruplara Göre Dağılımı [medyan (min. ve maks.)]

	Durumluk Anksiyete 1 Medyan (min.-maks.)	Sürekli Anksiyete Medyan (min.-maks.)	VAS 1 Medyan (min.-maks.)	Durumluk Anksiyete 2 Medyan (min.-maks.)	VAS 2 Medyan (min.-maks.)
Grup K	46.5 (31-68)	44.5 (32-67)	50 (10-100)	48 (33-65)	50 (20-100)
Grup P	49 (35-64) ‡	42.5 (31-58)	50 (0-85)	42 (25-62) ‡ *	50 (0-90)
Grup F	48.5 (23-71) ‡	48 (33-63)	50 (0-100) ‡	43 (22-67) ‡ †	42.5 (10-90) ‡

*: $p<0.05$, Grup K ile Grup P arasındaki fark anlamlı, Mann Whitney *U* testi

†: $p<0.05$, Grup K ile Grup F arasındaki fark anlamlı, Mann Whitney *U* testi

‡: $p<0.05$, Grup içi değerlendirmede anlamlı, Wilcoxon signed rank test

TARTIŞMA

Elektif cerrahi girişim uygulanacak kadın hastaların anksiyete skorlarının araştırıldığı bu çalışmada, hem psikolojik hem de farmakolojik destek tedavisinin, hastaların durumsal anksiyete skorlarını anlamlı olarak düşürdüğü saptandı. Psikolojik veya farmakolojik destek alan hastaların Durumluk Anksiyete 2 skorları kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük bulundu. Psikolojik ve farmakolojik destek grupları arasında ise Durumsal Anksiyete 2 skorları açısından anlamlı fark saptanmadı.

Preoperatif anksiyete ölçümünde kullanılan STAI, literatürde altın standart olarak gösterilmektedir (2,5,29). Öncelikle, ortalama sağlıklı insanlarda kaygı düzeyini ölçmek üzere bir araç olarak geliştirilmiştir, ancak daha sonra hasta gruplarında anksiyetenin ölçülmesinde faydalı bulunmuştur (29). Türk toplumunda geçerliliği Necla Öner tarafından gösterilmiştir. Türkçeye “Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri” olarak çevrilmiştir (38). VAS, kullanım için pratik olması sebebiyle cazip bir ölçme biçimidir (5,31). Bu nedenle çalışmamızda anksiyete düzeyini ölçmek için STAI anketini ve VAS’ı birlikte kullandık.

Literatürdeki çalışmalarda ameliyattan önceki gün öğleden sonra ölçülen anksiyete düzeyi ile ameliyattan hemen önceki anksiyete düzeyinin birbirleriyle benzer olduğu saptanmıştır (3,29,39). Bu nedenle çalışmamızda ameliyattan bir gün önce ölçülen anksiyete düzeyine psikolojik ve farmakolojik olarak yapılan desteğin etkisini görmek ve karşılaştırmak için ameliyattan hemen önceki anksiyete düzeyini kullandık.

Daha önce yapılan birçok çalışmada cinsiyet ile preoperatif anksiyete skoru arasındaki ilişki gösterilmiş ve preoperatif dönemde kadınların erkeklere oranla daha fazla anksiyete gösterdikleri bulunmuştur (3,10,28,34). Bu nedenle bu çalışmaya normalde daha yüksek anksiyete skoruna sahip oldukları düşünülen kadın hastalar alındı.

Yaş ile preoperatif anksiyete düzeyi arasındaki ilişkiye bakıldığında literatürde farklı sonuçlar göze çarpmaktadır. Bazı araştırmacılar yaşın preoperatif anksiyete düzeyini etkilemediğini bildirmişlerdir (10,34,40). Shevde ve Panagopoulos (41) ise yaşlılarda daha düşük preoperatif anksiyete düzeyi bildirmişlerdir. Taşdemir

ve ark.'nın (42) yaptığı çalışmada da istatistiksel olarak anlamlı olmasa da yaşlı grubun preoperatif anksiyete skorlarının genç ve orta yaşlı gruba göre düşük olduğu bulunmuştur. Demir ve ark. (2), anlamlı olmamakla birlikte 31-40 yaş arası genç hasta grubunun anksiyete düzeyini diğer yaş gruplarından yüksek bulmuşlardır. Çalışmamızda da yaş grupları ile anksiyete skorları ve VAS değerleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ancak istatistiksel olarak anlamlı olmasa da 35-50 yaş arası grupta Durumluk Anksiyete 1, Sürekli Anksiyete ve VAS değerleri diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Bazı çalışmalarda artan eğitim düzeyi ile birlikte anksiyetenin de arttığı bildirilirken (2,34), bazı çalışmalarda eğitim durumunun anksiyete derecesini etkilemediği saptanmıştır (41,42). Bir çalışmada 12 yıldan uzun eğitim almış kişilerde preoperatif anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (29). Domar ve ark. (34), eğitim düzeyi yüksek olan hastaların anksiyete skorlarını daha yüksek bildirme eğilimleri olmasına karşın, indüksiyonda ölçülen nabız değerlerinin anlamlı ölçüde daha düşük bulunduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamızda eğitim düzeyi ile anksiyete skorları ve VAS arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Eğitimli hastalarda bilinmezlik faktörü daha az etkin olacağından, anksiyetenin daha düşük olması beklenebilir. Ancak bazı konularda detaylı bilgi sahibi olmanın anksiyeteyi artırabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır.

Mesleğin preoperatif anksiyeteye etkisinin incelendiğinde araştırmalarda meslek ile anksiyete arasında bir korelasyon bulunmamıştır (34,41). Türkiye'de yapılan bir çalışmada anlamlı bir fark olmasa da anksiyete sıklığının işçi grubunda diğer meslek gruplarından daha yüksek olduğu dikkati çekilmiştir (2). Türkiye'deki başka bir çalışmada ise anlamlı olmamakla birlikte en yüksek anksiyete skoru ev hanımı grubunda en düşük anksiyete skoru ise memur grubunda bulunmuştur (42). Bizim çalışmamızda da istatistiksel olarak anlamlı olmasa da Türkiye'de yapılan iki çalışma ile uyumlu olarak ev hanımı ve işçi meslek grubunda anksiyete düzeyi daha yüksek bulundu. Çalışmamızdaki bu sonuç, ev hanımlarının sayısının daha fazla olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Medeni durum ile preoperatif anksiyete arasındaki ilişkiye bakıldığında, Taşdemir ve ark. (42)'nin yaptığı çalışmada medeni durum ile preoperatif anksiyete

arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Biz de çalışmamızda bu sonuçla uyumlu olarak medeni durum ile preoperatif anksiyete arasında bir korelasyon bulamadık.

Hastaların daha önceden anestezi deneyimlerinin olmasının preoperatif anksiyete üzerine önemli bir değişken olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Yapılan bir çalışmada ameliyat öyküsü olmayan hastaların anksiyete düzeyleri yüksek bulunmuştur (11). Buna zıt olarak bazı çalışmalarda anestezi deneyiminin anksiyete düzeyini değiştirmedigi ileri sürülmüştür (34,42) Bizim çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte daha önce anestezi almamış olan hastaların anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu bulundu.

Preoperatif dönemdeki anksiyete ile yapılan çalışmalarda kullanılan ölçeğe bağlı olarak preoperatif anksiyete düzeyinin %11 ile %80 arasında değiştiği bulunmuştur (1). Literatürde preoperatif anksiyetenin ölçüldüğü çalışmaların çoğunluğu STAI anksiyete ölçeği kullanılarak yapılmıştır. Domar ve ark. (34) STAI ölçeği ile ortalama preoperatif durumluk anksiyete skorunu 45 olarak bildirmişlerdir. Demir ve ark. (2)'nin yaptığı çalışmada kalp cerrahisi uygulanacak kadın hastalarda medyan preoperatif durumluk anksiyete skoru 38 bulunmuştur. Bu çalışmada anksiyete skorunun düşük saptanması çalışmadaki kadın hasta sayısının az olmasına bağlanmıştır. Aynı çalışmada kadınlarda medyan sürekli anksiyete skoru 44 olarak bildirilmiştir. Won-Sung Kim ve ark. (29), Kore'de yaptıkları çalışmada kadınlarda preoperatif durumluk anksiyete skoru ortalamasını 45.3, sürekli anksiyete ortalamasını 43.4 bulmuşlardır. Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise kadın hastaların ortalama preoperatif durumluk anksiyete skoru 48 olarak bildirilmiştir (42).

Biz tüm hastaların ameliyattan bir gün önce bakılan Durumluk Anksiyete 1 skoru medyan değerini 48 saptadık. Bu değer Türkiye'deki diğer çalışmalarla uyumlu bulunmuştur (29,34,42). Sürekli Anksiyete skoru medyan değeri 44 saptanmıştır. Bu değer de diğer çalışmalarla uyumludur (2,29).

Daha önceki bir çok çalışmada preoperatif anksiyeteyi ölçmede VAS ile STAI arasında anlamlı korelasyon saptanmıştır (5,43,44). Ancak bizim çalışmamızda preoperatif anksiyete ölçme açısından STAI ile VAS arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Hastaların VAS ölçeğinde 0 ile 100 arasında genellikle 50'yi işaretledikleri dikkat çekmiştir.

Literatürde preoperatif anksiyeteyi azaltmaya yönelik olarak hasta bilgilendirmesi ile yapılan birçok çalışma mevcuttur. Leigh ve ark. (48), preoperatif dönemde bir anestezi uzmanı tarafından anestezi hakkında bilgilendirilen hastaların anksiyete düzeylerinin hiçbir destek verilmeyen kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğunu bildirmişlerdir. Yine bu yazarlar özellikle hastaları anestezi ile ilgili olarak ikna etmek üzere yazılmış olan bir kitapçığın anestezi uzmanının yaptığı kişisel görüşmeye kıyasla anksiyetenin azaltılmasında önemli ölçüde daha az etkili olduğu görüşünü savunmuşlardır (45). Bir çalışmada da doktor; bilgi almak istenen ilk kaynak olarak gösterilmiştir (46).

Elektif operasyon öncesinde hastaya bilgi vermenin hastanın ameliyat ile başa çıkmasında psikolojik yeteneği üzerindeki etkileri araştırıldığı bir çalışmada; çeşitli biçimlerde verilen bilginin hastaların psikolojik olarak başa çıkma becerileri üzerinde olumlu bir etki sağladığı bulunmuştur. Yazarlar bu bilginin, bireyin ihtiyaçlarına uygun olması gerektiğini vurgulamışlardır (46). Lilja ve ark. (47), bilgilendirilerek bir karar verebilmesi için hastaya yeterli bilginin verilmesi ile hastayı korkutup daha fazla zarar verme ihtimali olan çok fazla bilgi vermek arasında bir denge olması gerektiği sonucuna varmışlardır. Çalışmamızda psikolojik premedikasyon grubuna (Grup P) alınan hastalara, anestezi uygulamasında bulunacak olan anestezi uzmanı ziyareti edip bilgilendirme yapıldı. Hastalar ameliyathaneye gelmeden önce yapılacaklar (ameliyata hazırlık, ameliyathaneye getirilme vb) ve ameliyathaneye geldikten sonra hastaya uygulanacak işlemler (ameliyathane ortamı, monitörizasyon vb) ile ilgili bilgilendirildiler. Hastalardan gelen sorular dikkatli bir şekilde yanıtlandı. Hastaya gereksiz ayrıntı vermekten kaçınıldı ve sorular olumlu telkinle yanıtlandı. Bu gruptaki hastalara, bilgilendirmeyi yapan hekimin ameliyat sırasında da yanlarında olacağı özellikle vurgulandı.

Yapılan bir çalışmada ameliyata ilişkin bilgi almayan hastaların, bilgi alan hastalardan daha yüksek anksiyete skoruna sahip olduğu gösterilmiştir (48). Bu bulgu bilgi almamanın kaygı düzeyini arttırdığını desteklemektedir. Ameliyat öncesi eğitim üzerine yapılan çalışmalar, uygulanacak cerrahi ile ilgili ön bilgi alan ve almayanlar arasında her zaman farklılık olduğunu göstermemiştir. Shuldham söz konusu çelişkili bulguların çalışma tasarımlarının farklılıklarından kaynaklanabileceği sonucuna varmıştır (49). Tanı, cerrahi ve anestezi ile ilgili hastaların bilgi düzeyleri ile anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada, anestezi hakkında

bilgi sahibi olmanın durumsal kaygı düzeylerini etkilemediği saptanmıştır. Ayrıca bu çalışmada hastaların % 75'inin cerrahi prosedürü oldukça doğru bir şekilde tarif ettiği, ama sadece % 37.5'inin anestezi prosedürü hakkında bilgi sahibi olduğu bulunmuştur. Uygulanacak anestezi yöntemi hakkında bilgi verilen hastaların yüzdesi düşük bulunmuştur (6).

Bizim çalışmamızda özel bilgilendirme yapılan Grup P hastalarının, bilgilendirildikten sonra anksiyete düzeylerinin anlamlı olarak azaldığını bulduk. Bu sonuç literatürle uyumlu bulunmuştur. Yine diğer çalışmalarla uyumlu olarak özel bilgilendirme yapılmayan Grup K hastaları ile karşılaştırıldığında, Grup P hastalarının anksiyete düzeyinin anlamlı olarak daha az olduğunu bulduk. Bu hastaların preoperatif anksiyete düzeylerinin azalmasında, Grup P hastalarının kendilerine anestezi uygulaması yapacak olan anestezi hekimini önceden tanımalarının ve bizzat bu hekim tarafından bilgilendirme yapılmasının, ayrıca bu hekim tarafından ertesi gün ameliyathane bekleme odasında karşılanmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Anksiyetenin farmakolojik olarak azaltılmasıyla ilgili olarak literatürde çeşitli çalışmalar mevcuttur. Premedikasyonda Midazolam, Diazepam ve Plasebonun karşılaştırıldığı bir çalışmada anksiyete düzeyi açısından Diazepam ile Plasebo arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Ancak bu çalışmada anksiyete ölçümü için 'Hamilton Anksiyete Testi' ve VAS kullanılmıştır (35). Bizim çalışmamızda ise, farmakolojik hazırlama için Diazepam verilen Grup F hastalarında, hem STAI skorlarında hem de VAS değerlerinde anlamlı düşüklük saptandı. Ayrıca Diazepam verilmeyen Grup K hastaları ile karşılaştırıldığında, Grup F hastalarının anksiyetelerinin daha düşük olduğu saptandı.

Literatürde anksiyeteyi azaltmada bilgilendirme ile farmakolojik ajanların etkilerini karşılaştıran çalışmalara çok rastlanmamıştır. Egbert ve ark.(50), preoperatif vizitin psikolojik etkilerini 2 mg/kg intramusküler (IM) pentobarbital ile karşılaştırarak değerlendirmişler ve ameliyat öncesinde bir anestezi uzmanı tarafından ziyaret edilen hastaların operasyon günü çok daha sakin olduğunu tespit etmişler. Çalışmamızda bilgilendirme ile Diazepam etkisini karşılaştırdığımızda, Grup P ile Grup F hastalarının STAI skorları arasında anlamlı bir farklılık saptamadık. Ancak istatistiksel olarak anlamlı olmasa da Grup F hastalarının VAS 2 değerleri Grup P hastalarının değerlerinden daha düşüktü.

SONUÇ

Bu çalışmada, anestezi uygulaması sırasında hastanın yanında bulunacak olan anestezi hekiminin preoperatif anestezi vizitinde uygun bir şekilde yaptığı bilgilendirme ve operasyon günü hastayı ameliyathane karşılaması ile kullanılan dozlarda oral yoldan verilen diazepamın ayrı ayrı preoperatif anksiyete düzeyini anlamlı olarak azalttığı belirlendi. Bu iki yöntemden birinin diğerine üstünlüğü saptanmadı. Sonuç olarak; preoperatif anksiyeteyi azaltmada tek başına uygun bir bilgilendirmenin, ilaçlı premedikasyon kadar etkili olduğu tespit edildi.

KAYNAKLAR

1. Pritchard MJ. Using the Hospital Anxiety and Depression Scale in surgical patients. *Nursing Standard* 2011;25,34,35-41.
2. Demir A, Akyurt D, Ergün B, Haytural C ve ark. Kalp cerrahisi geçirecek olgularda anksiyete sağaltımı. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi* 2010;18:177-82.
3. Badner NH, Nielson WR, Munk S, Kwiatkowska C ve ark. Preoperative anxiety detection and contributing factors. *Can Anaesth* 1990;37:444-7.
4. Kiecolt-Glaser JK, Page GG, Maruha PT, MacCallum RC ve ark. Psychological influences on surgical recovery. *American Psychologist* 1998;53,11:1209-18.
5. Kindler CH, Harms C, Amsler F, Scholl T ve ark. The Visual Analog Scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. *Anesth Analg* 2000;90:706-12.
6. Kiyohara LY, Kayano LK, Oliveira LM, Yamamoto MU ve ark. Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. *Rev Hosp Clin Fac Med S Paulo* 2004;59:51-56.
7. Tür A. Preoperatif Medikasyon. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 1988;5:235-42.
8. Miller RD, Miller Anestezi, Aydın D (çev. Ed.). İzmir: Güven Kitabevi,6. Baskı, 2010; Bölüm 10: İntravenöz Opioid Olmayan Anestezikler, s:341.
9. Tüzüner F, Anestezi, Yoğun Bakım, Ağrı MN Medikal ve Nobel Tıp Kitabevi, 2010; Konu 10: İntravenöz Anestezikler ve Verilim Sistemler, s: 190.
10. Moerman N, Van Dam FS, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS). *Anesth Analg* 1996;82:445-51
11. Aydemir Ö, Köroğlu E. *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*. Ankara:Hekimler Yayın Birliği. 2006;s:153-61.
12. Sürmeli A. *Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış, Psikiyatri Temel Kitabı,Cilt:1*, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1997
13. Tükel R. *Anksiyete Bozuklukları*, Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi, 2000;s:137-54
14. Tükel R, Aklın T. *Anksiyete Bozuklukları*, Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2006;s:3-4

15. Nutt D, Argyropoulos S, Forshall S. Generalized Anxiety Disorder: Diagnosis, treatment and its relationship to other anxiety disorders. London; Martin Dunitz, 1998;s:1-4
16. Noyes R, Hoehn- Saric R. Anksiyete Bozuklukları, Şar V (çeviri ed.). İstanbul: Medical & Paramedical Yayıncılık, 1998;s:1-29
17. Tükel R, Aklın T. Anksiyete Bozuklukları, Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2006;s:16-17.
18. Tükel R, Aklın T. Anksiyete Bozuklukları, Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2006;s:27-37.
19. Noyes R, Roth M, burrows G.D. Handbook of Anxiety, Vol.2: Etiological Factors and Associated Disturbances. Elsevier Science Publishers, 1988;s:31-51.
20. Öner L., Le Compte A., Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi , 2. Baskı, İstanbul, 1998
21. Songer A. Psikiyatri, Psikobiyoloji ve Ruh Hastalıkları, 4. Baskı, Serhat Dağıtım Yayınevi. 1980;s:381-88.
22. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadoc's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8. Edition, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005, Chapter 14: Anxiety Disorders, s:1718-99.
23. Noyes R, Roth M, Burrows GD. Handbook of Anxiety, Vol.2: Etiological Factors and Associated Disturbances. Elsevier Science Publishers, 1988; s:223-41.
24. Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara: MedicoGraphics Matbaası, 2007.
25. Noyes R, Roth M, Burrows G.D. Handbook of Anxiety, Vol.2: Etiological Factors and Associated Disturbances. Elsevier Science Publishers, 1988; s:189-221.
26. Noyes R, Roth M, Burrows G.D. Handbook of Anxiety, Vol.2: Etiological Factors and Associated Disturbances. Elsevier Science Publishers, 1988; s:165-188.
27. Maranets I, Kain ZN. Preoperative anxiety and intraoperative anesthetic requirements. Anesth Analg 1999; 89: 1346-51.
28. Cimilli C. Cerrahide Anksiyete. Klinik Psikiyatri 2001;4:182-86.
29. Kim WS, Byeon GJ, Song BJ, Lee HJ. Availability of preoperative anxiety scale as a predictive factor for hemodynamic changes during induction of anesthesia. Korean J Anesthesiol 2010; 58:328-33.
30. Carabine UA, Milligan KR, Moore JA. Adrenergic modulation of preoperative anxiety. Anesth Analg 1991;73:633-40.

31. Carr E, Brockbank K, Allen S, Strike P. Patterns and frequency of anxiety in women undergoing gynaecological surgery. *Journal of Clinical Nursing* 2005;14:1–12.
32. Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, Bergman J ve ark. Risk factors for postoperative anxiety in adults. *Anaesthesia* 2001;56:720-28.
33. Erci B, Sezgin S, Kaçmaz Z. The impact of therapeutic relationship on preoperative and postoperative patient anxiety. *Australian Journal Of Advanced Nursing* 2004;26:59-66.
34. Domar AD, Everett LL, Keller MG. Preoperative anxiety: Is predictable entity? *Anesth Analg* 1989;69:763-70.
35. Küçük N, Ulaş Y, Çetin Ş, Uslu S. Premedikasyonda Midazolam, Diazepam ve Plasebonun anksiyolitik etkilerinin karşılaştırılması. *Journal of Turgut Özal Medical Center* 1995;2:319-23.
36. White PF. Pharmacologic And Clinical Aspects Of Preoperative Medication. *Anesth Analg* 1986;65:967-74.
37. Demir A, Turan S, Balaban F, Ümit K ve ark. Anestezi uygulamaları ile ilgili olarak preanestezik değerlendirme sırasında hastalarda yapılan anket çalışması. *Türk Anest Der Dergisi* 2009;37:225-33.
38. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Ankara: Hacettepe Taç kitabevi, 2000;153-163.
39. Lichtor LJ, Johanson CE, Mhoon D, Eveline RN ve ark. Preoperative anxiety, Does anxiety level the afternoon before surgery predict anxiety level just before surgery? *Anesthesiology* 1987;67:595-99.
40. Weissman C. The metabolic response to stress: An overview and update. *Anesthesiology* 1990;73:308-27.
41. Shevde K, Panagopoulos G. A survey of 800 patients knowledge, attitudes and concerns regarding anesthesia. *Anesth Analg* 1991;73:190-98.
42. Taşdemir A, Erakgün A, Deniz MN, Çertuğ A ve ark. Stai testi ile preoperatif ve postoperatif anksiyete Düzeylerinin değerlendirilmesi. *Turk J Anaesth Reanim* 2013;41:44-9
43. Arellano R, Cruise C, Chung F. Timing of the anesthetist's preoperative outpatient interview. *Anesth Analg* 1989;68:645-48.

44. Millar K, Jellicic M, Bonke B, Asbury AJ. Assessment of preoperative anxiety: comparison of measures in patients awaiting surgery for breast cancer. *Br J Anaesth* 1995;74:180-83.
45. Leigh JM, Walker J, Janaganathan P. Effect of preoperative anaesthetic visit on anxiety. *Br Med J* 1977;2:987-9.
46. Gammon J, Mulholland CW. Effect of preparatory information prior to elective total hip replacement on psychological coping outcomes. *Journal of Advanced Nursing* 1996; 24:303-308
47. Lilja Y, Rydén S, Fridlund B. Effects of extended preoperative information on perioperative stress: an anaesthetic nurse intervention for patients with breast cancer and total hip replacement. *Intensive and Critical Care Nursing* 1998;14:276-82.
48. Ayşe Akkaş Gürsoy. Ameliyat Öncesi Hastaların Kaygı Düzeylerinin Ve Kaygıya Neden Olabilecek Etmenlerin Belirlenmesi. *Hemşirelik Araştırma Dergisi* 2001;1:23-9.
49. Romanik W, Kański A, Soluch P, Szymanska O. Preoperative anxiety assessed by questionnaires and patient declarations. *Anaesthesiology Intensive Therapy* 2009;2:80-84.
50. Egbert LD, Battit GE, Turndorf H, Beecher HK. The value of the preoperative visit by the anesthetist. *JAMA* 1963;185:553-5.

EK-1**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI**

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	823-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/> AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Psikolojik ve Farmakolojik Premedikasyonun Elektif Operasyon Planlanan Hastalarda Preoperatif Anksiyete Düzeyi Ölçülerek Karşılaştırılması
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr.Erol GÖKEL Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input checked="" type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2012/43-01	Tarih: 27.12.2012
	Prof.Dr.Erol GÖKEL'in sorumlusu olduğu "Psikolojik ve Farmakolojik Premedikasyonun Elektif Operasyon Planlanan Hastalarda Preoperatif Anksiyete Düzeyi Ölçülerek Karşılaştırılması" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmannın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
ETİK KURUL ÜYELERİ	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr..Besti ÜSTÜN (Başkan Yardımcısı)	Ph.D.Yüksek Hemşire	DEU Hemşirelik Fakültesi	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Osman AÇIKGÖZ	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Bilgin CÖMERT	İç Hastalıkları (Yoğun Bakım B.D)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.İşıl TEKMEK	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

EK-2

ANKET FORMUNUN BİRİNCİ BÖLÜMÜ

Tarih:

HASTA BİLGİLERİ

Adı:

Soyadı:

Yaşı:

Eğitim Durumu:

Mesleği:

Medeni Durumu:

Adresi:

Tel. No:

Tanı:

Planlanan Ameliyat:

Önceki Operasyon Öyküsü:

STAI FORM – 1

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

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

Durumluk Kaygı Puanı:

EK-3 devamı**STAI FORM -2**

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyunuz sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi, ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin

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

Sürekli Kaygı Puanı

EK-4

ANKET FORMUNUN ÜÇÜNCÜ BÖLÜMÜ

VİSUEL ANALOG SKALA - VAS

Aşağıda başına '0' (sıfır), sonuna '100' (yüz) yazılmış bir çizgi bulunmaktadır. '0' noktası ameliyatla ilgili hiç kaygılı olmadığınız noktayı, '100' noktası ameliyatla ilgili çok kaygılı olduğunuz noktayı gösterir.

Lütfen şu anda ameliyatınızla ilgili '0' ile '100' arasında, kaygı düzeyinizi en iyi şekilde ifade eden yere 'x' işareti koyunuz.

