

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

**ELEKTİF PLASTİK VE REKONSTRÜKTİF OPERASYONU GEÇİRECEK 18-
50 YAŞ ARASI HASTALARDAKİ ANKSİYETE DÜZEYİNİN AYNI
YAŞLARDA BAŞKA OPERASYON GEÇİRECEK OLANLARINKİ İLE
KARŞILAŞTIRILMASI**

Uzmanlık Tezi

Dr. Şeyda KAYHAN

TRABZON - 2016

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

ELEKTİF PLASTİK VE REKONSTRÜKTİF OPERASYONU GEÇİRECEK 18-50 YAŞ ARASI HASTALARDAKİ ANKSİYETE DÜZEYİNİN AYNI YAŞLARDA BAŞKA OPERASYON GEÇİRECEK OLANLARINKİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI

THE COMPARISON OF ANXIETY IN 18-50 AGE PATIENTS, PERFORMED ELECTIVE PLASTIC VE RECONSTRUCTIVE OPERATIONS AND OTHER OPERATIONS

Uzmanlık Tezi

Dr. Şeyda KAYHAN

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Hatice Nesrin ERCEYES

TRABZON - 2016

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım; Anabilim dalı başkanımız; **Prof. Dr. Erdem Nail DUMAN**'a,

Tezimin her aşamasında ve ihtisasım süresince sabır ve hoş görüyle, bilgi ve becerisini benimle paylaşan hocam; **Prof. Dr. Hatice Nesrin ERCEYES**'e ve diğer hocalarıma,

Her zaman yanımda olan ve sadece eğitimimde değil hayatımın her aşamasında desteklerini benden esirgemeyen anneme, babama, kardeőime;

Zor zamanlarımda hep yanımda olan dostlarıma, uzmanlık eğitimim boyunca beraber çalıştığım asistan arkadaşlarıma, anestezi teknikerlerine, ameliyathane, yoğun bakım ve poliklinik ekibimize;

SONSUZ TEŐEKKÜRLERİMLE...

ŞEYDA KAYHAN

TRABZON 2016

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR.....	ii
ŞEKİLLER DİZİNİ	v
KISALTMALAR.....	vi
ÖZET	vii
SUMMARY.....	2
I-GİRİŞ VE AMAÇ	3
II-GENEL BİLGİLER	5
1. Anksiyete	5
1.1. Anksiyetenin Tanımı:	5
1.2. Anksiyetenin Tarihçesi	6
2. Anksiyetenin Etiyolojisi	7
2.1. Psikolojik Yaklaşımlar	7
2.2. Biyolojik Kuramlar	7
2.3. Nöroendokrin ve Otonom Sinir Sistemi	7
2.4. Nöroanatomik Görüşler	8
3. Anksiyete Bozukluklarında Risk Etkenleri	8
3.1. Genetik etkenler:.....	9
3.2. Biyolojik etkenler	9
3.3. Psikodinamik etkenler:	9
3.4. Öğrenme kuramları:	9
3.5. Ayrılık anksiyetesi ve anne-baba kaybı:.....	9
3.6. Ailesel etkenler:	9
3.7. Stresli yaşam olayları:.....	9
3.8. Çocukluk yaşantıları	9
3.9. Kişilik:	9
3.10. Madde bağımlılığı.....	9
3.11. Cinsiyet:	9
3.12. Yaş:	9
3.13. Sosyoekonomik düzey:.....	9
3.14. İşle ilgili etkenler:	9
3.15. Dikkat eksikliği bozukluğu:.....	9
3.16. Fiziksel hastalıklar:	9
3.17. Medeni durum:.....	9

3.18. Irk ve kültür	9
4. Anksiyete Belirtileri	10
4.1. Bilişsel belirtiler	10
4.2. Duyusal- algısal belirtiler	10
4.3. Düşünce zorlukları	10
4.4. Kavramsal zorluklar	10
4.5. Duygusal (affektif) belirtiler	10
4.6. Davranışsal belirtiler	10
4.7. Fizyolojik belirtiler	10
4. Preoperatif Anksiyete	10
5.1. Preoperatif Anksiyete Nedenleri	11
6. Anksiyetenin Sık Görüldüğü ya da Özellik Gösterdiği Cerrahi Türleri	13
6.1. Göğüs Kalp Damar Cerrahisi:	13
6.2. Plastik Cerrahi:	13
6.3. Beyin Cerrahisi	14
6.4. Baş-Boyun Cerrahisi:	14
6.5. Endokrinolojik Cerrahi:	14
6.6. Gastrointestinal Cerrahi:	14
6.7. Ortopedi:	14
6.8. Kanser Cerrahisi:	14
6.9. Ürogenital Cerrahi:	14
6.10. Transplantasyon	14
6.11. Yanık:	14
III-MATERYAL VE METOD	15
1. Araştırmanın Modeli	15
2. Araştırma Evreni ve Örneklemi	15
3. Veri Toplama Araçları	16
4. STAI (State Trait Anxiety Inventory=Durumluk ve Süreklilik Kaygı Ölçeği)	16
5. Verilerin İstatistiksel Analizi	18
IV-BULGULAR	19
1. Demografik Özellikler	19
V-TARTIŞMA	30
VI- SONUÇ	36
KAYNAKLAR	37
EKLER	44

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
TABLO 1. HASTALARIN PROFİLİ	20
TABLO 2. GRUPLARA GÖRE DEMOGRAFİK DAĞILIMI	21
TABLO 3. YAŞ, STAI I-II ORTALAMALARI	22
TABLO 4. STAI I (DURUMLUK KAYGIYI) ETKİLEYEN DEĞİŞKENLER	25
TABLO 5. STAI II (SÜREKLİLİK KAYGIYI) ETKİLEYEN DEĞİŞKENLER	26
TABLO 6. CİNSİYETE GÖRE STAI I TABAKALI ANALİZİ	27
TABLO 7. CİNSİYETE GÖRE STAI II TABAKALI ANALİZİ	27
TABLO 8. MEDENİ DURUMA GÖRE STAI I TABAKALI ANALİZİ	27
TABLO 9. MEDENİ DURUMA GÖRE STAI II TABAKALI ANALİZİ	27
TABLO 10. EĞİTİM DURUMUNA GÖRE STAI I TABAKALI ANALİZİ	28
TABLO 11. EĞİTİM DURUMUNA GÖRE STAI II TABAKALI ANALİZİ	28

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa No
ŞEKİL 1. HASTALARIN GRUPLARA GÖRE YAŞ DAĞILIMI	23
ŞEKİL 2. HASTALARIN GRUPLARA GÖRE DURUMLUK KAYGI ORTALAMALARI	23
ŞEKİL 3. HASTALARIN GRUPLARA GÖRE SÜREKLİLİK KAYGI ORTALAMALARI	24

KISALTMALAR

ASA: American Society of Anesthesiology

STAI: Sürekli Durum Anksiyete Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory)

VAS: Verbal Ağrı Skalası

ACTH: Adrenokortikotropik Hormon

CRH: Kortikotropin Salgılatıcı Faktör

TSH: Tiroid Stimulan Hormon

TRH: Tirotropin Salgılatıcı Hormon

BA: Bazal amigdala

LA: Lateralamigdala

Vb: Ve benzeri

Ark: Arkadaşları

TARD: Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği

ÖZET

ELEKTİF PLASTİK VE REKONSTRÜKTİF OPERASYONU GEÇİRECEK 18-50 YAŞ ARASI HASTALARDAKİ ANKSİYETE DÜZEYİNİN AYNI YAŞLARDA BAŞKA OPERASYON GEÇİRECEK OLANLARINKİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Anestezi ve cerrahi; daima gerginlik, korku, endişe, kaygı, heyecan ve hüzün gibi insanoğlu tarafından yaşanabilecek tüm olumsuz duygu ve düşünceleri anımsatan ve yaşatan işlemlerdir. Kaygı tüm diğer duygular gibi tarif edilmesi zor bir duygu olup kaygıyı; üzüntü, sıkıntı, korku, başarısızlık duygusu, acizlik, sonucu bilememe ve yargılanma gibi heyecanların birini veya çoğunu içerdiğini ifade etmek mümkündür. Preoperatif değerlendirme, hastanın hikâyesinin alınması, laboratuvar incelemeleri ve anestezi risk belirlemesini içerir. Preoperatif hazırlığın pek çok amacı vardır. Fakat en önemlisi anksiyetenin giderilmesidir. Anksiyete; cerrahiye, anesteziyi ve postoperatif iyileşmeyi olumsuz etkiler. Preoperatif dönemde hastalarda birçok nedene bağlı anksiyete olmaktadır. Bazı ameliyat tiplerinde diğerlerine göre daha fazla anksiyete olabilmektedir.

Bu çalışmada 18-50 yaş arası, elektif plastik cerrahi ve rekonstrüktif operasyon (rinoplasti, abdominoplasti, mammoplasti) planlanan hastaların anksiyeteleri benzer büyüklükteki (Grade) başka nedenlerle (histerektomi, tiroidektomi, artroskopi, inguinal herni) ameliyat planlanan hastaların anksiyeteleri karşılaştırılmıştır.

Hastaların durumsal ve sürekli anksiyeteyi ölçen STAI-I ve STAI-II testlerine yanıt vermesi istendi. Plastik cerrahi operasyonu geçirecek olan hastaların STAI-I ve STAI-II ortalamalarının diğer cerrahi operasyon geçireceklere oranla daha düşük olduğu görüldü.

Anahtar Sözcükler: Preoperatif Anksiyete, Plastik Cerrahide Anksiyete

SUMMARY

THE COMPARISON OF ANXIETY IN 18-50 AGE PATIENTS, PERFORMED ELECTIVE PLASTIC VE RECONSTRUCTIVE OPERATIONS AND OTHER OPERATIONS

Anesthesia and surgery are processes that can always be experienced by human being all the negative thoughts and feelings like excited, tension, anxiety, fear, worry and sadness. Anxiety is a feeling that is difficult to explain that it includes one or most of the excitements like despair, annoyonce, fear, the sense of failure, inability, not being able to know the result, and being tried. Pre-operative evaluation involves the patients story which is taken, lab tests and determination of risk in anesthesia. Preoperative preparation has many purposes. But the removal of anxiety is the most important of them. Anxiety adversely affects to surgery and anesthesia. There are many cause-related anxiety in patients in the preoperative period. According to others, in some types of surgery, more anxiety may occur.

In this study, comparing of the anxiety of the patients sheduled for elective plastic and reconstructive operation (rhinoplasti, abdominoplasti, mammoplasti) which is applied to the patients between the ages of 18 and 50 and the anxiety of the patients sheduled for surgery for other reasons (thyroidectomy, arthroscopy, inguinal hernia) at similar grades is performed.

Patients have been asked to respond STAI I and STAI II test that always measure state and trait anxiety. STAI I and STAI II values in the plastic surgery patients which is significantly lower than other surgery operation.

Key Words: Preoperative Anxiety, Anxiety in Plastic Surgery

I-GİRİŞ VE AMAÇ

Preoperatif değerlendirme, hastanın fizik ve psikolojik durumunun belirlenmesi ile farmakolojik ve terapotik hikayesinin alınması, laboratuvar incelemeleri ve anestezi risk belirlenmesini içerir. Bunu hastanın bilgilendirilmesi, farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerle preoperatif hazırlık takip eder. Preoperatif hazırlığın pek çok amacı vardır. Fakat en önemlilerinden biri anksiyetenin giderilmesidir. Anksiyete; cerrahi, anesteziyi ve postoperatif iyileşmeyi olumsuz etkiler (1; 2; 3). Preoperatif dönemde hastaların %60-80'inin anksiyeteye sahip oldukları yapılan çalışmalarda bildirilmiştir (4; 5). Cerrahi girişim uygulanacak hastalarda genel olarak ölüm ve özürlü olacağı kaygısı, cinsel yeterliliğin kaybı korkusu, çalışabilirliğini kaybedeceği, sonun belirsizliği, evinden ve yakınlarından uzaklaşma, günlük işlerinin kesintiye uğraması gibi genel endişeler yanında ameliyat sonrası uyanamama, ameliyat sonrasında ağrı duyma, ameliyat sırasında uyanma gibi anesteziye bağlı endişeleri de vardır (6). Preoperatif dönemde hastalarda birçok nedene bağlı anksiyete mevcuttur; sağlığı ve ameliyat konusundaki endişeleri, anksiyeteye sahip olan hastalar anestezi indüksiyonu esnasında daha yüksek doz anestezi ilacı ihtiyaç duyarlar. Bazı çalışmalarda, preoperatif dönemde detaylı bilgilendirilen hastaların preoperatif ve postoperatif anksiyete düzeylerinin ve postoperatif ağrının daha düşük olduğu, iyileşmenin daha hızlı olduğu gösterilmiştir (3).

Yaklaşık 4 dekattan daha uzun bir süre hastalar anestezi, operasyondan, ağrı ve bilinçsizlikten belirgin derecede korkmuşlardır. Bu korkular tanımlanmış olmasına rağmen benzer korkular klinik uygulamalarda belirgin değildir. Eğer bunun nedenleri saptanabilirse destekleyici müdahaleler geliştirilecektir (7; 8).

Anksiyete ölçümü için tıpta en yaygın kullanılan test, Stait- Trait Anxiety Inventory (STAI) skalasıdır. STAI skalası Spielberg ve arkadaşları tarafından 1970 yılında geliştirilmiş olup, envanterin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirliği Öner N. tarafından yapılmıştır (9).

Preoperatif anksiyete; hastanın anestezi veya analjeziye karşı yanıtını, anestezi indüksiyonunu ve hasta derlenmesini de etkileyebilir (10; 11). Preoperatif anksiyete, artmış postoperatif ağrı, analjezik gereksinimi ve uzamış hastanede kalış süresi ile de bağlantılı bulunmuştur (4). Yüksek düzeydeki anksiyete, hastanın aynı zamanda bağışıklık sistemini etkileyebilir ve yara iyileşmesini uzatabilir (10).

Preoperatif anksiyetenin derecesi peroperatif anestezi yönetimi ve postoperatif komplikasyonlarla birliktelik göstermektedir. Preoperatif anksiyetenin derecesinin bilinmesi bu kaygı ile baş etmek için kullanılan premedikasyon yönteminin belirlenmesinde önemlidir. Biz çalışmamızda elektif plastik cerrahi ve rekonstrüktif ameliyatı (rinoplasti, mammoplasti, abdominoplasti) geçirecek hastaların anksiyetelerini araştırarak bu hastaların preoperatif kaygılarının giderilmesi için kullanılacak yöntemin belirlenmesine katkı sağlamayı amaçlıyoruz.



II-GENEL BİLGİLER

1. Anksiyete

1.1. Anksiyetenin Tanımı:

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

Anksiyete, kendini belirsiz bir tehlike hissiyle gösteren ve çoğunlukla otonom belirtilerin bir arada görüldüğü bir duygudur. Anksiyete kişiye tehlikeyi haber veren ve tehlikeyle başa çıkabilmek için önlem almaya iten bir sinyaldir (13).

Anksiyete çoğu zaman herhangi bir hastalık belirtisi olmadan yaşamın olağan bir parçası olarak yaşanır. Anksiyete genellikle kayıp ya da tehdit olarak algılanan durumlarda yaşanır. Bu durumlar; sağlığın sürdürülmesi ve korunmasında tehdit, benlik saygısında azalma, statü ve prestij korunmasında güçlük, duygusal, fiziksel, ekonomik, sosyo-kültürel sorunlar, kendini ve yaşamını kontrol etmede yetersizlik, sevilen kişilerin kaybı, bağımsızlığın kaybı, gereksinimlerin karşılanamaması, beklentilerin gerçekleşmemesi olarak sıralanabilir (14).

Normalde anksiyete uyum sağlayıcı bir işlev görür. Bireyi iç ve dış tehditlere karşı önlem alması konusunda uyarır (15). Anksiyetenin iki temel bileşeni vardır. Kişi anksiyete yaşadığının hem bilişsel hem de fizyolojik olarak farkına varır. Bilişsel açıdan kişide düşünme, algılama ve öğrenmeyi etkiler. Algılama, kişi, yer ve zaman yönelimiyle ilgili bozukluklar, yoğunlaşma zorlukları ortaya çıkabilir. Anksiyete düzeyi yüksek kişilerin tehlike olarak algıladıkları uyarılarla ilgili dikkatleri seçici olarak artmıştır. Anksiyete hisseden kişide ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler anksiyetenin periferik belirtileri olarak tanımlanır. Bu belirtiler; çarpıntı, huzursuzluk, titreme, terleme, sersemlik, ekstremitelerde karıncalanma, reflekslerde canlılık, hipertansiyon, pupillerde genişleme, epigastrik rahatsızlık, sık idrar yapma olarak sıralanabilir (13).

1.2. Anksiyetenin Tarihçesi:

Anksiyeteye ilişkin en eski yazılı kanıt milattan önce 3000’lerde yazılan Gılgamış destanıdır. Bu destanda Gılgamış kendi ölümsüzlüğü ile ilgili endişelerini dile getirmektedir (16).

Anksiyete belirtileri, çok eski zamanlardan beri birçok hekimin ve yazarın dikkatini çekmiş ve değişik toplumsal ya da tıbbi bağlamlar içerisinde çeşitli yazılarda dile getirilmiştir. Mani, histeri ve paronoya gibi terimleri psikiyatriye kazandırmış olan Hipokrat’a göre, her türlü psikiyatrik belirtinin kaynağı beyindir. Hipokrat’ın ruhsal bozukluklarla ilgili metinlerinde korkudan ve amaçsız anksiyete olarak adlandırdığı durumdan söz ettiği bilinir (17).

Ortaçağda anksiyete kavramı tanrı korkusu ile ilgili olarak yorumlanmış, hastalık boyutunda ele alınmamıştır. De la Mettrie’nin (1748) ve Descartes (1937) çalışmalarıyla birlikte anksiyete artık psikolojik bir sorun olarak ele alınmaya başlanmıştır (18).

Anksiyeteye ilişkin ciddi tanımlamalara ve açıklamalara 18. Yüzyıldan sonra rastlanmaktadır. Heinrich Neumann’ın 1800’lü yılların ortalarında anksiyetenin, cinsel dürtülerin (ve diğer dürtülerin) doyurulmaması durumunda ortaya çıktığına ilişkin görüşü psikanalitik dönem açıklamaları dikkate alındığında oldukça ilginçtir (15). Karl Ideler doyurulmamış cinsel arzuların ruhsal rahatsızlıklara kaynak teşkil edeceğine olan inancı doğrultusunda bu görüşü tekrarlamıştır (19).

Otto Domrich 1800’lerin ortalarında tıbbi psikoloji alanında ilk kez “anksiyete ataklarından” söz etmiştir. Bu kavram sonradan, Fransız devriminin ardından ortaya çıkan nörosürkülatuvar nevrasteni, asker kalbi, hiperventilasyon sendromu gibi tanımların yerine geçmiştir (19).

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 (19). Anksiyete belirtilerinin birçok hastalıkta görülmesiyle birlikte 1890’larda, fiziksel ve ruhsal belirtilerin adına anksiyete denilen, aynı klinik durumun unsurları olduğu düşüncesi gelişmeye başlamıştır (20).

Freud 1894’te, anksiyetenin fiziksel ve ruhsal belirtilerini bir araya getirerek “anksiyetenevrozu” 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 (19).

Anksiyete kavramının anlaşılabilmesinde en önemli katkılardan biri Karen Horney'dan gelmiştir. Horney, anksiyete ve korku kavramını sıkça birlikte kullanarak bu iki kavram arasındaki yakınlığı ifade etmiştir (21).

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 1980'de DSM-III ile gerçekleşebilmiştir.

2. Anksiyetenin Etyolojisi

Etiyolojiye göre değil, klinik özelliklere göre geliştirilmiş bir tanı ve sınıflandırma sistemine dayanması yüzünden anksiyete bozukluklarının ortak etiyolojik modellerini belirtmek zordur. Anksiyetenin psikolojik yönleri üzerinde yıllardır çalışılmaktadır. Anksiyete bozukluklarının biyolojik modelleri ise oldukça yeni ve çok kesin tanımlanmamış olmakla birlikte kuvvetli bulgular üretmektedir.

Merkezi sinir sisteminin fizyolojisi ve farmakolojisindeki yeni gelişmeler, anksiyetenin biyolojisini kavrama yönünde yeni bulgular ortaya çıkarmaktadır (22).

Anksiyetenin etyolojisi şu şekilde sıralanabilir.

2.1.Psikolojik Yaklaşımlar

2.1.1.Psikoanalitik Kuram

2.1.2.Öğrenme Kuramı

2.1.3.Davranışçı ve Bilişsel Kuramlar

2.1.4.Varoluşçu Yaklaşımlar

2.2. Biyolojik Kuramlar

2.2.1.Genetik Çalışmalar

Kalıtımın rolü giderek daha belirgin olmaktadır; birinci derece akrabalarda anksiyete bozukluğu olasılığı %15-18 arasındayken, ikinci derece akrabalarda %6'dır (23).

2.2.2.Hayvan Modelleri

2.3.Nöroendokrin ve Otonom Sinir Sistemi

Uyaranlara verilen uyanıklık artması, enerji depolarının boşalması, kardiyovasküler işlev artışı gibi adaptif yanıtlarda, hipotalamik-pitüiter-adrenal ekseninde, sempatik ve parasempatik otonom sinir sisteminin uyum işlevi rol oynar. Stres ve tehlike

uyaranlarına karşı verilen biyolojik yanıtlar uygunsuz ya da kronik bir şekilde uzun süreli ise, bu uyum güçlüğü anksiyete oluşumuna neden olmaktadır (18).

Parasempatik sistem; anksiyetede izlenen gastrointestinal ve ürogenital sistemle ilgili belirtilerin ortaya çıkmasında rol oynar.

Sempatik sistem; aktivasyonu ile anksiyetede izlenen kan basıncı ve kalp hızı artışı, terleme, piloereksiyon, pupiller dilatasyon vb. belirtilerin ortaya çıkmasında rol oynar.

Anksiyete bozukluğu olan kişilerde artmış bazal ACTH (Adrenokortikotropik Hormon) ve kortizol düzeyleri, TRH (Tirotropin Salgılatıcı Hormon)'dan bağımsız TSH (Tiroid Stimülan Hormon) ve prolaktin cevapları, CRF (Kortikotropin Salgılatıcı faktör)'den bağımsız ACTH salınımı, normal kortizol cevapları gibi nöroendokrin değişiklikler saptanmıştır (24).

2.4. Nöroanatomik Görüşler

İnsan beyinde korku şartlandırılmasının değerlendirilmesi ve ifadesinden sorumlu merkez amigdaladır. Amigdala kortikal ve subkortikal girdiler aracılığıyla öğrenilmiş bilgiler ve duysal girdilerden gelen bilgileri integre ederek, refleks tehlike yanıtını koordine eder. Amigdala medial temporal lobda yer alır ve 13 çekirdekten oluşur. Bunlardan BA (bazal amigdala), LA (lateral amigdala) ve santral çekirdek korku yanıtından esas sorumlu yapılardır (25).

LA'dan kalkan uyarı beyin sapı ve hipotalamusda yerleşmiş efektör alanlara gider ve akut korku yanıtının otonomik ve davranışsal semptomlarını ortaya çıkarır. Çalışmalar lateral amigdalının korku şartlanması ile ilgili hafızanın oluşturulması ve plastisiteden sorumlu bölge olduğuna işaret etmektedir (26; 27).

3. Anksiyete Bozukluklarında Risk Etkenleri

Anksiyete bozukluklarıyla ilgili koruma çabalarını gözden geçirmek ve önerilerde bulunabilmek için, bu bozukluklarla ilgili bazı temel bilgilerin ve verilerin bilinmesi gerekir. Bunlar risk etkenleri olarak bilinen yatkınlaştırıcı (predisposing) ve ortaya çıkarıcı (precipitating) etkenlerle etiyolojik etkenlerdir.

- 3.1. Genetik etkenler:**
- 3.2. Biyolojik etkenler:**
- 3.3. Psikodinamik etkenler:**
- 3.4. Öğrenme kuramları:**
- 3.5. Ayrılık anksiyetesi ve anne-baba kaybı:**
- 3.6. Ailesel etkenler:**
- 3.7. Stresli yaşam olayları:**
- 3.8. Çocukluk yaşantıları:**
- 3.9. Kişilik:**
- 3.10. Madde bağımlılığı:**
- 3.11. Cinsiyet:**
- 3.12. Yaş:**
- 3.13. Sosyoekonomik düzey:**
- 3.14. İşle ilgili etkenler:**
- 3.15. Dikkat eksikliği bozukluğu:**
- 3.16. Fiziksel hastalıklar:**
- 3.17. Medeni durum:**
- 3.18. Irk ve kültür:**

4. Anksiyete Belirtileri

4.1. Bilişsel belirtiler

4.2. Duyusal- algısal belirtiler

4.3. Düşünce zorlukları

4.4. Kavramsal zorluklar

4.5. Duygusal (affektif) belirtiler

4.6. Davranışsal belirtiler

4.7. Fizyolojik belirtiler

Bunlar genellikle organizmanın kendini korumaya yönelik bir savunma durumu içine girdiğini gösterir. Hormonal, sempatik ya da parasempatik sinir sistemlerinin çalışmasındaki değişiklikler sonucu ortaya çıkarlar. Örneğin kalp hızı, kan basıncı, solunumda izlenen artışlar kişinin tehlikeden kaçabilmesi için gerekli sempatik sistem aktivasyonunu gösterirler. Parasempatik sistemle ilgili olaylar ise çaresizliği, çözüm bulamamayı işaret ederler (28; 29).

4.7.1. Kalp-damar sistemi belirtileri

4.7.2. Solunum sistemi belirtileri

4.7.3. Kas-iskelet ve sinir sistemi belirtileri

4.7.4. Sindirim sistemi belirtileri

4.7.5. Boşaltım ve genital sistem belirtileri

4.7.6. Cilt belirtileri

4. Preoperatif Anksiyete

Ameliyat, fizyolojik olduğu kadar psikolojik olarak da hastayı tehdit eden bir deneyimdir (30). Hasta ameliyat olacağını bildiği için ve sonrasını bilmediği için korkar ve anksiyete duyar (31). Bireye anksiyete ve korku yaşatan ameliyat öncesi dönem, bireyin yaşamında yer alan bir kriz dönemidir (32).

Cerrahi girişim uygulanacak hastalarda hastalığından kurtulma beklentisi yanında genel olarak anestezi kaygısı, ölüm riskine ilişkin endişeler, özürlü olacağı endişesi, ağrıdan korkma, bedeni üzerinde denetimini kaybedeceği endişesi, cinsel yeterliliğin kaybı korkusu, çalışabilirliğini kaybedeceği endişeleri gelişir (8; 9).

Genel olarak kalıcı komplikasyon riski az olan girişimlerde dahi, hastalar cerrahi dışı tedavi yöntemlerine kıyasla daha fazla psiko-sosyal rahatsızlık tanımlar (33).

Ameliyat öncesinde hastanın anksiyete düzeyini, yapılacak işlemler hakkında bilgi sahibi olmamak, hastanın kişisel özellikleri, yaşı, daha önceki anestezi ve cerrahi deneyim, yapılacak operasyon tipi etkilemektedir (34).

Çevreye yabancıklık, kontrol ve otonomi kaybı, aileden ayrılma, bilgi eksikliği hastane ortamında anksiyete yaratan faktörlerdir. Hastanın adaptasyon yeteneği hastane stresine verdiği cevapta önemli rol oynar (35). Hastaneye kabul edilen bir hastaya verilen mesaj, onun pasif ve uysal bir role bürünmesinin gerekliliğidir. Hastadan her istenilenin yapılması beklenir. Bu otonomi ve özgürlük kaybı bazı hastalar tarafından iyi karşılanırken, pek çoğu için tehdit edici olarak algılanır (36). Yapılan bir çalışmada aslında bir ilgi göstergesi olan ameliyat öncesi ziyaretin bile hasta tarafından “kontrol ediliyorum” şeklinde algılanabileceği vurgulanmaktadır (37).

Cerrahi kliniklerinde gözlenen anksiyete iki açıdan önem taşımaktadır:

Cerrahi işlemin kendisi anksiyete kaynağı olabilir ve postoperatif morbiditeyi etkileyebilir. Ameliyat öncesinde anksiyete düzeyi yüksek olan hastalarda ameliyat sonrasında daha fazla tıbbi komplikasyon geliştiği ve yatış süresinin uzadığı bildirilmiştir (38).

5.1. Preoperatif Anksiyete Nedenleri

5.1.1. Narsistik Bütünlüğü Tehdit Eden Anksiyete

Özellikle ani oluşan hastalıklarda, ani operasyon kararlarında oluşabilmektedir. O zamana kadar (çoğu kişide normal olarak bulunan) gizli bir “her zaman kendime yeterim, hiç ölmeyeceğim” duygularının yanlışlığının hissedilmesiyle ilişkilidir (39).

5.1.2. Yabancı Korkusu

Hastaneye yatan kişide “hiçbir şey benim elimde değil, birileri bir şey yapıyor, söylüyor; her şey benim kontrolümün dışında ve ben tamamen onların elindeyim” duygusuyla ortaya çıkan bir anksiyete oluşturmaktadır (39; 40).

5.1.3. Ayrılık Anksiyetesi

Hastaneye yatan kişinin kendi sosyal destek sisteminden birdenbire ayrılmasıyla oluşmaktadır. Sosyal destek hem operasyon öncesi hem de operasyon sonrası prognoz açısından en önemli bileşenlerden biri olarak görülmektedir. Yaşlı hastalar bu tip sosyal

destek yokluğuna daha duyarlıdır. Hastaneye yatmadan önce, normal yaşamında sosyal desteğin az olduğu hastalarda prognozun daha olumsuz olduğu bildirilmektedir (39; 41).

5.1.4. Beden İmajının Değişmesi ve Beğenilmeme Anksiyetesi

Bir ekstremitenin ampute edilmesi; boyun diseksiyonu, mastektomi gibi şekil bozukluğuna neden olan bir ameliyat ya da psikolojik ve sembolik önemi olan bir organın çıkarılması (örneğin uterusun, memenin çıkarılması) beden imajında değişikliklere neden olabilir. Bu durum bayan hastalarda eşleri tarafından beğenilmeme duygusuna neden olabilir. Psikiyatrik destek sağlanmadığı durumlarda, ameliyat sonrası psikiyatrik bir komplikasyon olarak bu anksiyetenin yol açtığı depresif durum yıllarca kalabilmektedir (39; 41; 42).

5.1.5. Kendi Vücudunu Kontrol Edemeyeceği Korkusu

Ameliyat ve anestezi, geçici veya bazen kalıcı olarak bedensel bazı işlevlerin kaybolmasına yol açabilmektedir (fiziksel güçsüzlük, barsak ve mesane kontrolsüzlüğü, konuşma bozukluğu gibi). Bir çok hasta kendi vücuduyla ilgili kontrol kaybı korkusu yaşayabilir ya da operasyon öncesi böyle bir anksiyete olmasa da, ameliyat sonrası dönemde çeşitli nedenlerle beden işlevlerinin geç düzelmesi kimi hastalarda psikiyatrik bir komplikasyon olarak panik bozukluğu gibi çeşitli anksiyete bozukluklarına yol açabilmektedir (39; 41).

5.1.6. Vücut Parçalarını Kaybetme Korkusu

Ameliyat öncesi hastaların bir kısmı, vücut bütünlüğünü kaybedecekleri anksiyetesi yaşamaktadır (42).

5.1.7. Ağrı Anksiyetesi

Ameliyat sırasında ve sonrasında çok acı çekeceği beklentisi biçiminde kendini göstermektedir. Genellikle önceden benzeri ağrıları yaşamış olan hastalarda daha sık görülmektedir (39; 42).

5.1.8. Ölüm Anksiyetesi

Ameliyat sırasında bir şeylerin yolunda gitmeyeceği ve kendini kurtarmak için hiçbir şey yapamayacağı anksiyetesi olarak yaşanır. Örneğin genel anestezi almadan

opere edilecek kişilerde “kendisine olabilecek olumsuz gelişmelerin farkında olma” anksiyetesi sıklıkla görülmektedir (39; 40; 43).

6. Anksiyetenin Sık Görüldüğü ya da Özellik Gösterdiği Cerrahi Türleri

6.1. Göğüs Kalp Damar Cerrahisi:

6.2. Plastik Cerrahi:

Günümüzde birçok kişi fiziksel açıdan nasıl görüldüğü ile yakından ilgilenmekte, beden algısı bireyin yaşamını doğrudan etkilemektedir. Bundan dolayı beden algısında ortaya çıkan herhangi bir değişiklik yaşamda çeşitli kayıplara yol açmaktadır. Kişinin bedeninde ya da dış görünüşünde herhangi bir fonksiyon kaybı ve şekil bozukluğu oluştuğunda beden algısı bireysel özelliklere göre değişen düzeyde bozulabilir. Bu değişim bireyin tüm yaşantısını etkileyerek iş, statü ve rol kaybına neden olabilir (44). Bundan dolayı vücudun birçok bölgesinde uygulanan plastik ve rekonstrüktif cerrahi ameliyatları bireylerin yaşam kalitesini olumlu yönde etkiler. Dünya Sağlık Örgütü’nün 1948’de sağlığı sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik olma hali olarak tanımlamıştır (45).

Plastik ve rekonstrüktif cerrahi ameliyatı olmak için başvuran bireylerin özellikleri çeşitlilik gösterebilir. Fonksiyonel bir yetersizliğin giderilmesinin yanı sıra estetik bir görünüm kazanmak için de kişi ameliyat olmayı tercih edebilir. Sosyal alanda ilk karşılaşmada özellikle yüz bölgesi önemli olduğundan bireylerin yaşam kalitelerini düzeltme adına birçok cerrahi girişim yapılmaktadır (44). Bunlar içinde gözkapağı sarkmalarının ve gözaltı torbalarının giderilmesi; yüz, alın ve şakak germe ameliyatları; çene ve burun estetiği, kepçe kulak ameliyatları, yüzdeki nevüslerin alınması yada yara izlerinin giderilmesi amacıyla yüz ve baş bölgesinde birçok estetik girişim bulunmaktadır. Bir organ fonksiyonunun düzeltilmesi amacıyla cilt kanserleri, göz kapağı tümörleri, çene tümörleri, iş ve trafik kazaları, kriminal olaylar gibi nedenlerle oluşan doku ve organ kayıplarında da plastik ve rekonstrüktif cerrahi ameliyatları uygulanmaktadır (46).

Meme hipertrofisi fonksiyonel açıdan yetersizliğe yol açmasının yanı sıra, özellikle üst beden ağırlığı açısından değerlendirildiğinde bireyin vücuduna uygun olmaması ayrıca boyun, omuz, sırt ve meme ağrısı nedeniyle yaşam kalitesini olumsuz etkiler (47). Meme küçültme, semptomatik kadınlarda meme ağırlığını azaltmak amacıyla uygulanan cerrahi tedavidir. Blomqvist ve Brandberg’in yaptığı çalışmada da üç yıllık

izlem sonuçları mammoplasti yapılan kadınların yaşam kalitesinin geliştiğini göstermektedir (48).

Vücut şekillendirme ameliyatları içinde sık yapılan diğer ameliyatlara ise liposakşın, abdominoplasti veya her ikisinin kombine kullanıldığı lipoabdominoplastidir.

6.3. Beyin Cerrahisi:

6.4. Baş-Boyun Cerrahisi:

6.5. Endokrinolojik Cerrahi:

6.6. Gastrointestinal Cerrahi:

6.7. Ortopedi:

6.8. Kanser Cerrahisi:

6.9. Ürogenital Cerrahi:

6.10. Transplantasyon:

6.11. Yanık:

III-MATERYAL VE METOD

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

Bu çalışma için Karadeniz Teknik Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 26.01.2015 tarih Karar No:11 ve 2014/92 dosya nolu ile onay alınmıştır.

1. Araştırmanın Modeli

Bu çalışmada elektif plastik ve rekonstrüktif cerrahi operasyonu geçirecek 18-50 yaş arası hastalardaki anksiyete düzeyinin aynı yaşlarda başka operasyon geçirecek olanlarınki ile karşılaştırılmıştır.

Karşılaştırma için Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD) anestezi uygulama kılavuzunun belirlediği cerrahi gradelerden grade 2 cerrahi (30 dk-1 saat süren, vital organların çok az etkilendiği operasyonlar; rinoplasti, kulak deformitesi düzeltme operasyonları vs.) yapılması planlanan operasyonlarla, grade 3 cerrahi (1-4 saat süren, transfüzyon gerektirecek kanama da olabilecek, vital organların orta derecede etkilendiği operasyonlar; mammoplasti, abdominoplasti) yapılması planlanan hastaların anksiyetelerinin benzer büyüklükteki grade'ye sahip başka nedenlerle (tiroidektomi, artroskopi, inguinal herni, histerektomi vs.) ameliyat olacak hastaların anksiyetelerinin karşılaştırılmıştır.

2. Araştırma Evreni ve Örnekleme

Çalışma evrenini 1 Temmuz 2014- 30 Nisan 2015 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı'na elektif rinoplasti, mammoplasti, abdominoplasti, tiroidektomi, artroskopi, inguinal herni, histerektomi operasyonu nedeniyle başvuran 18 ile 50 yaşları arası ASAI ve II grubu hastalar oluşturmaktadır. Plastik ve rekonstrüktif operasyon geçiren hastalar Grup P'yi, diğer operasyon geçiren kontrol grubu hastalar ise Grup D'yi oluşturmaktadır. Çalışma evrenine alınan hastaların eğitim durumuna bakılmaksızın (anket soruları okur-yazar olmayan hastalara teker teker okunup yeterli düşünme süresi tanınarak, hastanın verdiği cevaplara göre işaretlenmiştir) çalışmaya katılımları gönüllülük esasına ve onamlarının

alınmasıyla sağlanmıştır (EK-1). Çalışmaya iletişim kurulabilen hastalar dahil edilmiş, bilinen psikiyatrik rahatsızlığı olan, sedatif ilaç kullanan, malignite nedeniyle opere olan, 18 yaşından küçük, 50 yaşından büyük, çalışmaya dahil olmak istemeyen ve değerlendirmede kısıtlılığa neden olabilen herhangi bir tıbbi problemi olan hastalar çalışma kapsamı dışında tutulmuştur.

3. Veri Toplama Araçları

Preoperatif dönemde anket formlarını okur-yazar olan hastalardan kendilerinin, okur-yazar olmayan hastalara ise araştırmacı tarafından tek tek ve anlaşılır bir şekilde okunarak yeterli zamanın tanınması sonucu hastaların verdiği cevaplara göre doldurulması sağlanmıştır.

Preoperatif dönemde yapılan anket formu iki bölümden oluşmaktadır; Birinci bölümde; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, mesleği, operasyon öyküsü ile ilgili demografik bilgiler yer almıştır (EK-2). İkinci bölümde; durumsal ve sürekli anksiyeteyi ölçen STAI I ve STAI II testlerine yanıt vermesi istenmiştir (EK-3). STAI skalası anketinde üçten fazla ifadeye cevap verilmemişse, doldurulan form geçersiz sayıldı ve puanlanmadı.

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

1964 yılında Speilberger ve Gorsuch tarafından geliştirilmeye başlanmış olan envanter ile normal ve normal olmayan bireylerdeki sürekli ve durumluk kaygı düzeylerinin ölçülmesi amaçlanmıştır. Envanter maddelerinin hazırlanmasında Cattell ve Scheier'in Kaygı Ölçeği (Anxiety Scale), Taylor'ın "Açık Kaygı Ölçeği" (Manifest Anxiety Scale) ve Welsh'in Kaygı Ölçeği (Anxiety Scale) maddelerinden yararlanılmıştır (10).

Türk toplumunda geçerliliği Necla Öner tarafından gösterilmiştir (10). Türkçeye Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri olarak çevrilmiştir.

STAI durumluk ve süreklilik kaygı düzeylerini ölçer. Yirmişer maddeden oluşan iki ayrı ölçeği vardır. STAI, bireyin kendi kendine yanıtlayabileceği, uygulanması kolay bir envanterdir. Her iki ölçek de aynı zamanda uygulanabilir. Envanter okuma yazma bilmeyenlere bireysel olarak uygulandığında, maddeler uygulamacı tarafından okunup,

verilen yanıtlar yine uygulamacı tarafından form üzerinde işaretlenir. On dört yaş ve üstünde bilinçli olan hastalara uygulanabilir. Testin kullanımı için özel eğitim gerekmez.

STAI değerlendirmesine göre yüksek puan yüksek kaygıyı, düşük puan ise düşük kaygıyı göstermektedir.

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

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

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

Ölçeklerde doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadeler vardır. Durumluk kaygı ölçeğinde dört sınıfta toplanan cevap seçenekleri, (1) Hiç, (2) Biraz, (3) Çok ve (4) Tamamiyle şeklindedir. Ölçeklerde iki türlü ifade bulunur. Bunlara doğrudan ya da düz (direct) ve tersine dönmüş (reverse) ifadeler diyebiliriz. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Bu ikinci tür ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4' e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüşür. Doğrudan ifadelerde 4 değerindeki cevaplar kaygının yüksek olduğunu gösterir. Tersine dönmüş ifadelerde ise 1 değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı, 4 değerindekiler düşük kaygıyı gösterir. “Huzursuzum” ifadesi doğrudan, “kendimi sakın hissediyorum” ifadesi de tersine dönmüş ifadeler örnek olarak gösterilebilir. Bu durumda “huzursuzum” ifadesi için 4 ağırlıklı bir seçenek, “kendimi sakın hissediyorum” ifadesi için 1 ağırlıklı seçenek işaretlenmişse, bu cevaplar yüksek kaygıyı yansıtmış olur.

Durumluk kaygı ölçeğinde on tane (1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20. maddeler), sürekli kaygı ölçeğinde ise yedi tane (21,26,27,30,33,36 ve 39. maddeler) tersine çevrilmiş ifade vardır. Puanlama elle yapılabildiği gibi bilgisayar yardımıyla da yapılabilir.

Bilgisayarda puanlama: Büyük örneklem gruplarında, ölçeklerin puanlanması ve maddelerin temel istatistik işlemlerinin yapılması için bilgisayar programlarından yararlanılabilir.

Elle puanlama: Yapılan puanlamada, doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadelerin toplam ağırlıklarının saptanması için iki ayrı anahtar hazırlanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerdeki toplam ağırlıklı puan çıkarılır ve bu sayıya değişmeyen bir değer eklenir. Bu değer durumluk kaygı ölçeği için 50, süreklilik kaygı ölçeği için 35'tir. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan ise düşük kaygı seviyesini gösterir. Durumluk-Sürekli Anksiyete Envanterindeki değerlere göre hastanın anksiyete durumu 0-19 arası puanda anksiyete yok, 20-39 puanda anksiyete hafif, 40-59 puanda anksiyete orta, 60-79 puanda anksiyete ağır, 80 ve üzeri için panik, şiddetli anksiyete olarak değerlendirilir. Bu çalışmada STAI skorunun hesaplanmasında elle puanlama kullanılmıştır.

5. Verilerin İstatistiksel Analizi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 21.0 İstatistik paket programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) yanı sıra normal dağılımın incelenmesi için Kolmogorov - Smirnov dağılım testi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi kullanıldı. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup durumunda, parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında ikiden fazla grup durumunda, normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi kullanıldı. Değeri değişen değişkenlerin ilişkilerinde Korelasyon testi kullanıldı. Sonuçlar % 95 güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

IV-BULGULAR

1. Demografik Özellikler

Temmuz 2014– 30 Nisan 2015 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon polikliniğine başvuran operasyon geçirecek yaklaşık 10.000 hastanın çalışmamıza katılabilecek olanlar yaklaşık %5'ini çalışmamıza uygun olanlar ise %3,2'sini oluşturmaktadır.

Hastaların 144'ü (%44,4) Grup P; plastik cerrahi, 180'i (%55,6) Grup D; diğer cerrahi operasyonu geçirdi.

Çalışmaya katılan toplam 324 hastanın 134'ü (%41,4) erkek, 190'sı (%58,6) kadındır.

Grup P'nin 108'i (%75,0) rinoplasti, 2'si (%1,4) abdominoplasti, 34'ü (%23,6) mamoplasti operasyonu geçirdi.

Hastaların operasyon grade değişkenine göre 223'ü (%68,8) grade 2, 101'i (%31,2) grade 3 olarak dağılmaktadır.

Hastaların yaş değişkenine göre 126'sı (%38,9) ≤ 29 yaş, 70'i (%21,6) 30-39 yaş, 58'i (%17,9) 40-49 yaş, 70'i (%21,6) ≥ 50 yaş olarak dağılmaktadır.

Hastaların medeni durum değişkenine göre 131'i (%40,4) bekar, 193'ü (%59,6) evli olarak dağılmaktadır.

Hastaların eğitim durumu değişkenine göre 10'u (%3,1) yok, 108'i (%33,3) ilkokul, 89'u (%27,5) lise, 117'si (%36,1) üniversite olarak dağılmaktadır.

Hastaların çalışma durumu değişkenine göre 182'si (%56,2) çalışmıyor, 142'si (%43,8) çalışıyor olarak dağılmaktadır.

Hastaların operasyon öyküsü değişkenine göre 137'si (%42,3) yok, 187'si (%57,7) var olarak dağılmaktadır.

Hastaların ASA değişkenine göre 228'i (%70,4) ASA I, 96'sı (%29,6) ASA II olarak dağılmaktadır.

Tablo 1. Hastaların Profili

		Frekans(n)	Yüzde (%)
Grup	Plastik Cerrahi	144	44,4
	Diğer Cerrahi	180	55,6
	Toplam	324	100,0
Operasyon Grade	2	223	68,8
	3	101	31,2
	Toplam	324	100,0
Yaş	<=29	126	38,9
	30-39	70	21,6
	>=40	128	39,5
	Toplam	324	100,0
Cinsiyet	Kadın	190	58,6
	Erkek	134	41,4
	Toplam	324	100,0
Medeni Durum	Bekar	131	40,4
	Evli	193	59,6
	Toplam	324	100,0
Eğitim Durumu	Yok	10	3,1
	İlkokul	108	33,3
	Lise	89	27,5
	üniversite	117	36,1
	Toplam	324	100,0
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	182	56,2
	Çalışıyor	142	43,8
	Toplam	324	100,0
Operasyon Öyküsü	Yok	137	42,3
	Var	187	57,7
	Toplam	324	100,0
ASA	1	228	70,4
	2	96	29,6
	Toplam	324	100,0

Tablo 2. Gruplara göre demografik dağılımı

		Plastik Cerrahi (n=144)		Diğer Cerrahi (n=180)		p
		n	%	n	%	
Operasyon Grade	2	108	%75	116	%64,4	$X^2=3,626$ $p=0,057$
	3	36	%25	64	%35,6	
Cinsiyet	Kadın	105	%72,9	85	%47,2	$X^2=21,777$ $p=0,000$
	Erkek	39	%27,1	95	%52,8	
Medeni Durum	Bekar	85	%59,0	46	%25,6	$X^2=37,215$ $p=0,000$
	Evli	59	%41,0	134	%74,4	
Yaş	≤ 29	82	%56,9	44	%24,4	$X^2=39,852$ $p=0,000$
	30-39	26	%18,1	44	%24,4	
	≥ 40	36	%25	92	%51,2	
Eğitim Durumu	Yok	3	%2,1	7	%3,9	$X^2=43,350$ $p=0,000$
	İlkokul	22	%15,3	86	%47,8	
	Lise	46	%31,9	43	%23,9	
	Üniversite	73	%50,7	44	%24,4	
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	78	%54,2	104	%57,8	$X^2=0,424$ $p=0,295$
	Çalışıyor	66	%45,8	76	%42,2	
Operasyon Öyküsü	Yok	67	%46,5	70	%38,9	$X^2=1,913$ $p=0,102$
	Var	77	%53,5	110	%61,1	
ASA	1	105	%72,9	123	%68,3	$X^2=0,806$ $p=0,219$
	2	39	%27,1	57	%31,7	

Operasyon grade açısından : Grup P ve Grup D arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=3,626$; $p=0,057>0,05$). Grup P'nin 108'inin (%75) grade 2, 36'sının (%25) grade 3; Grup D'nin 116'sının (%64,4) grade 2, 64'ünün (%35,6) grade 3 olduğu görülmektedir.

Cinsiyet açısından Grup P ve Grup D arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=21,777$; $p=0,000<0,05$). Grup P'nin 105'i (%72,9) kadın, 39'unun (%27,1) erkek; Grup D'nin 85'i (%47,2) kadın, 95'i (%52,8) erkek olduğu görülmektedir.

Medeni Durum açısından Grup P ve Grup D arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=37,215$; $p=0,000<0,05$).Grup P'nin 85'i (%59,0) bekar, 59'unun (%41,0) evli; Grup D'nin 46'sının (%25,6) bekar, 134'ünün (%74,4) evli olduğu görülmektedir.

Yaş açısından Grup P ve Grup D arasında anlamlı fark bulunmuştur($X^2=39,852$; $p=0,000<0,05$). Grup P'nin 82'si (%56,9) ≤ 29 , 26'sının (%18,1) 30-39, 36'sı (%25) ≥ 50 ; Grup D'nin 44'ünün (%24,4) ≤ 29 , 44'ünün (%24,4) 30-39, 92'si (%51,2) ≥ 40 olduğu görülmektedir.

Eğitim Durumu açısından Grup P ve Grup D arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=43,350$; $p=0,000<0.05$). Grup P'nin 3'ünün (%2,1) yok, 22'si (%15,3) ilkokul, 46'sının (%31,9) lise, 73'ünün (%50,7) üniversite; Grup D'nin 7'si (%3,9) yok, 86'sının (%47,8) ilkokul, 43'ünün (%23,9) lise, 44'ünün (%24,4) üniversite olduğu görölmektedir.

Çalışma Durumu açısından Grup P ve Grup D arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=0,424$; $p=0,295>0.05$). Grup P'nin 78'i (%54,2) alışmıyor, 66'sının (%45,8) alışıyor; Grup D'nin 104'ünün (%57,8) alışmıyor, 76'sının (%42,2) alışıyor olduğu görölmektedir.

Operasyon Öyküsü açısından Grup P ve Grup D arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=1,913$; $p=0,102>0.05$). Grup P'nin 67'si (%46,5) yok, 77'si (%53,5) var; Grup D'nin 70'i (%38,9) yok, 110'unun (%61,1) var olduğu görölmektedir.

ASA açısından Grup P ve Grup D arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=0,806$; $p=0,219>0.05$). Grup P'nin 105'i (%72,9) ASA I, 39'u (%27,1) ASA II; Grup D'nin 123'ü (%68,3) ASAI, 57'si (%31,7) ASA II olduğu görölmektedir.

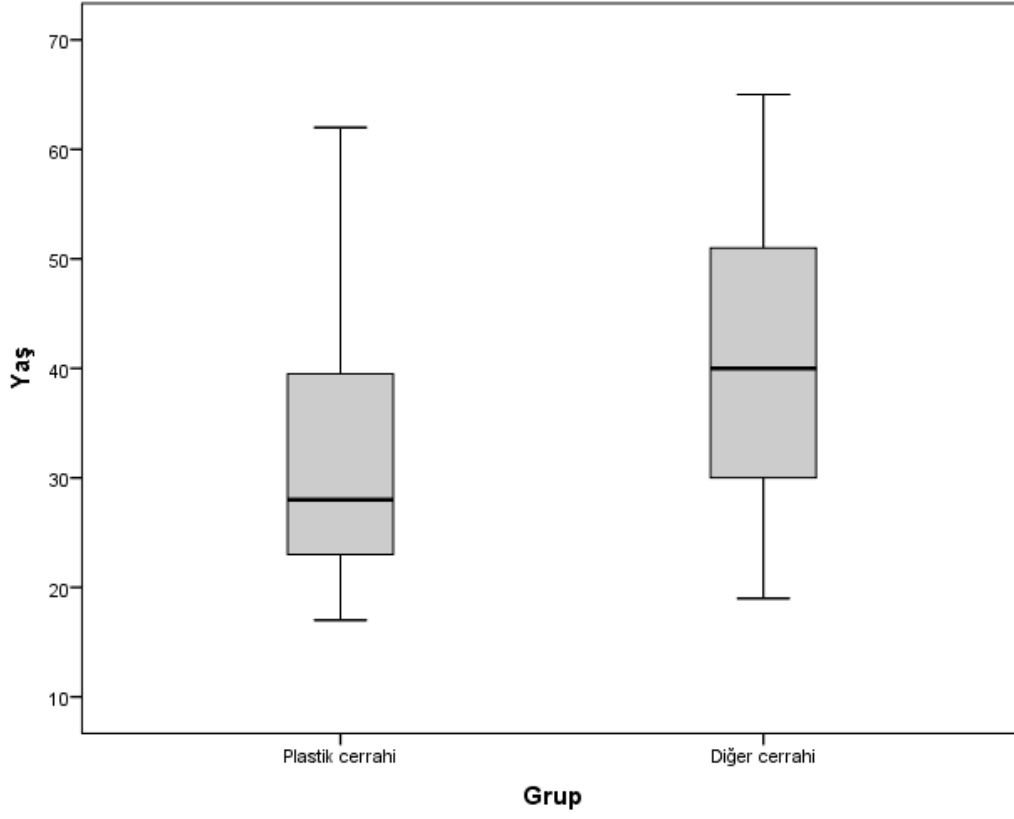
Tablo 3. Yaş, STAI I-II Ortalamaları

	Plastik Cerrahi		Diğer Cerrahi		MW	P
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Yaş	31,350	11,413	40,130	12,920	7844	<0,000
STAI I (Durumluk)	41,200	8,352	45,560	9,620	10036,5	<0,001
STAI II (Sürekliлик)	45,010	7,391	48,150	6,951	10174,5	0,001

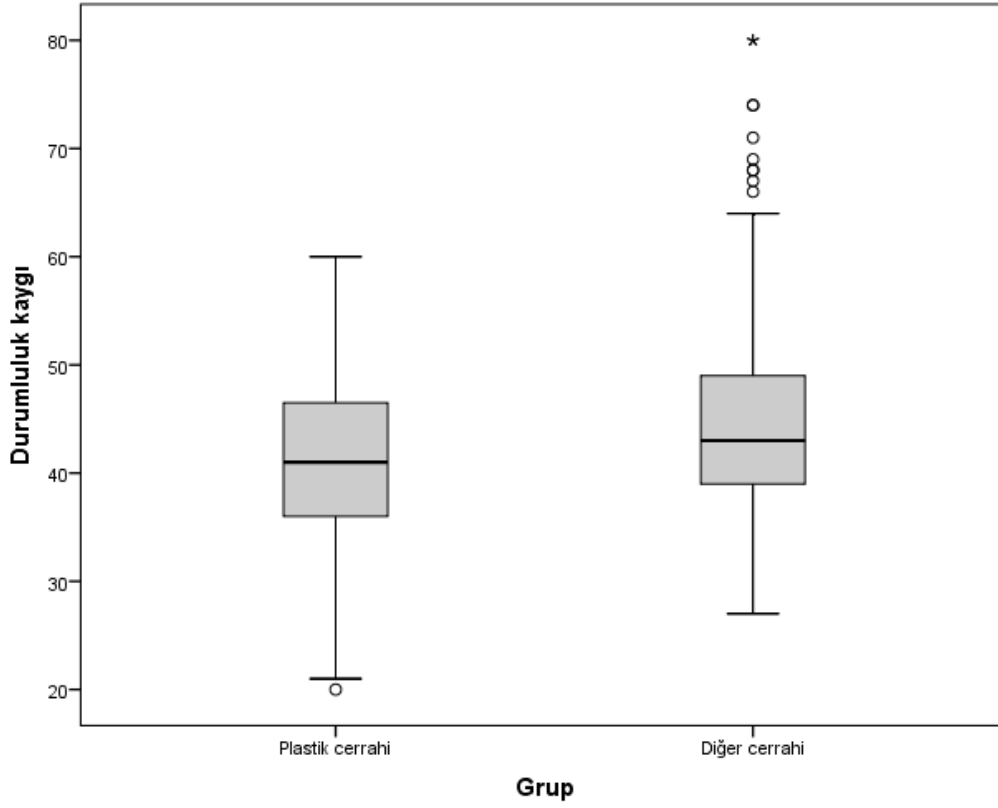
Grup P yaş ortalamaları ($31,350 \pm 11,413$), Grup D yaş ortalamalarından ($40,130 \pm 12,920$) düşüktü. (Mann Whitney $U=7\ 844,000$; $p=0,000<0,001$).

Grup P durumluk kayđı ortalamaları ($41,200 \pm 8,352$), Grup D durumluk kayđı ortalamalarından ($45,560 \pm 9,620$) düşüktü. (Mann Whitney $U=10\ 036,500$; $p=0,000<0,001$).

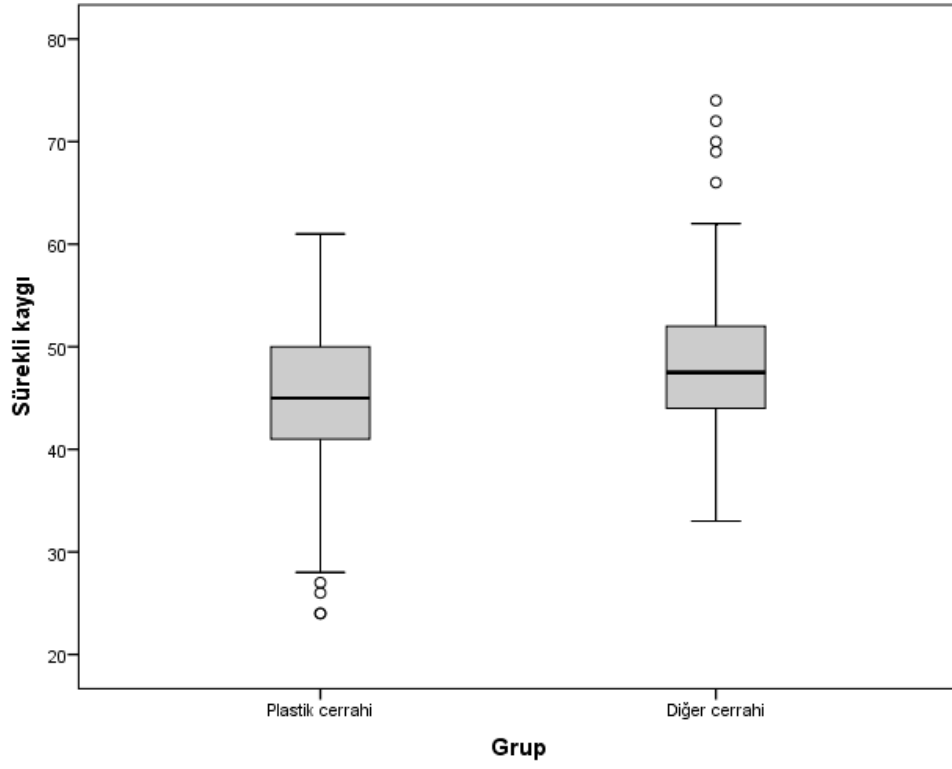
Grup P sürekliлик kayđı ortalamaları ($45,010 \pm 7,391$), Grup D sürekliлик kayđı ortalamalarından ($48,150 \pm 6,951$) düşüktü. (Mann Whitney $U=10\ 174,500$; $p=0,001<0,001$).



Şekil 1. Hastaların gruplara göre yaş dağılımı



Şekil 2. Hastaların gruplara göre durumluluk kaygı ortalamaları



Şekil 3. Hastaların gruplara göre süreklilik kaygı ortalamaları

Tablo 4. STAI I (Durumluk kaygısı) etkileyen değişkenler

		Plastik cerrahi					Diğer cerrahi				
		n	Ort	Ss	MW / KW	p	n	Ort	Ss	MW / KW	P
Cinsiyet	Kadın	105	42,070	8,322	1668,5	0,088	85	42,084	7,129	1489,5	0,012
	Erkek	39	38,870	8,082			95	46,100	7,375		
Operasyon Grade	2	108	40,757	8,184	1791,5	0,390	116	45,267	9,797	1590,5	0,075
	3	36	42,486	8,809			64	46,078	9,342		
Çalışma durumu	Çalışmıyor	78	40,190	8,586	2192	0,125	104	45,360	10,158	3634,5	0,357
	Çalışıyor	66	42,390	7,967			76	45,830	8,890		
Operasyon öyküsü	Yok	67	40,850	8,582	2484	0,702	70	44,800	8,834	3584,5	0,435
	Var	77	41,510	8,191			110	46,040	10,098		
Medeni durum	Bekar	85	40,470	8,393	2273	0,340	46	43,110	8,075	2454,5	0,039
	Evli	59	42,250	8,250			134	46,400	9,985		
ASA	1	105	41,150	9,029	1965,5	0,712	123	45,760	9,914	3459,5	0,887
	2	39	41,330	6,276			57	45,110	9,019		
Yaş	<=29	82	41,256	8,102	3,997	0,262	44	42,841	8,599	5,957	0,114
	30-39	26	41,192	9,055			44	45,932	8,995		
	>=40	36	41,083	7,794			92	46,674	10,189		
Eğitim durumu	Yok	3	47,000	3,000	4,539	0,209	7	49,857	6,362	1,366	0,256
	İlkokul	22	43,680	7,931			86	46,872	10,711		
	Lise	46	40,370	7,643			43	43,674	7,702		
	Üniversite	73	40,740	8,916			44	44,136	9,098		

Grup P’de operasyon grade, çalışma durumu, operasyon öyküsü, medeni durum, ASA, yaş ve eğitim durumu değişkenlerinin durumluk kaygı düzeyleri üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı değildi. ($p>0,05$).

Grup D operasyon grade, çalışma durumu, operasyon öyküsü, ASA, yaş ve eğitim durumu değişkenlerinin durumluk kaygı düzeyleri üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı değildi. ($p>0,05$).

Grup D’de erkeklerin durumluk kaygı düzeyleri , kadınlara göre anlamlı olarak yüksekti. ($p=0,012$)

Grup D’de evli olan hastaların durumluk kaygı düzeyleri, bekar olan hastalara göre anlamlı olarak yüksekti. ($p=0,039$).

Tablo 5. STAI II (Süreklilik kaygısı) etkileyen değişkenler

		Plastik cerrahi					Diğer cerrahi				
		n	Ort	Ss	MW / KW	p	n	Ort	Ss	MW / KW	P
Cinsiyet	Kadın	105	46,100	7,129	3644,5	0,260	85	48,480	7,514	3836	0,563
	Erkek	39	42,080	7,375			95	47,850	6,431		
Operasyon Grade	2	107	44,243	7,565	3410	0,366	116	47,879	7,301	3397,5	0,347
	3	37	47,216	6,460			64	48,641	6,293		
Çalışma durumu	Çalışmıyor	78	45,350	6,858	2371	0,414	104	47,900	6,812	3815	0,691
	Çalışıyor	66	44,610	8,009			76	48,490	7,169		
Operasyon öyküsü	Yok	67	44,130	7,453	2225	0,155	70	48,040	7,829	3849	0,998
	Var	77	45,770	7,300			110	48,220	6,367		
Medeni durum	Bekar	85	43,580	7,844	1891	0,012	46	45,780	6,418	2341	0,015
	Evli	59	47,070	6,184			134	48,960	6,963		
ASA	1	105	44,160	7,985	1588	0,038	123	48,190	7,196	3464	0,897
	2	39	47,280	4,877			57	48,070	6,453		
Yaş	<=29	82	44,146	7,454	11,283	0,010	44	46,523	6,873	4,142	0,247
	30-39	26	43,962	8,431			44	48,364	7,431		
	>=40	36	47,722	3,441			92	48,825	5,768		
Eğitim durumu	Yok	3	50,670	1,155	7,314	0,063	7	47,571	3,309	2,238	0,086
	İlkokul	22	48,000	5,363			86	48,512	6,597		
	Lise	46	44,610	6,039			43	48,419	7,189		
	Üniversite	73	44,120	8,503			44	47,273	7,869		

Grup P’de; evli olan hastaların süreklilik kaygı düzeyleri, bekar olan hastalara göre anlamlı olarak yüksekti (p=0,012).

Grup P’de; ASA II olan hastaların süreklilik kaygı düzeyleri, ASA I olan hastalara göre anlamlı olarak yüksekti (p=0,038).

Grup P’de ASA II olan hastaların süreklilik kaygı düzeyleri, ASA I olan hastalara göre anlamlı olarak yüksekti (p=0,038).

Grup P’nin operasyon grade, çalışma durumu, operasyon öyküsü, eğitim durumu değişkenlerinin süreklilik kaygı düzeyleri üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı değildi (p>0,05).

Grup D’de evli olan hastaların süreklilik kaygı düzeyleri, bekar olan hastalara göre anlamlı olarak yüksekti (p=0,015).

Grup D’de operasyon grade, çalışma durumu, operasyon öyküsü, ASA, yaş ve eğitim durumu değişkenlerinin süreklilik kaygı düzeyleri üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumuna göre Grup P ve Grup D arasında anlamlı fark bulunması nedeniyle bu değişkenlere göre durumluk ve süreklilik kaygı ortalamaları açısından Grup P ve Grup D arasında tabakalı analiz yapıldı (Tablo 7- 12).

Tablo 6. Cinsiyete göre STAI I tabakalı analizi

		Platik cer		Diğer cer		p
		Ort	Ss	Ort	Ss	
Cinsiyet	Kadın	42,070	8,322	42,084	7,129	0,112
	Erkek	38,870	8,082	46,100	7,375	<0,001

Tablo 7. Cinsiyete göre STAI II tabakalı analizi

		Platik cer		Diğer cer		p
		Ort	Ss	Ort	Ss	
Cinsiyet	Kadın	46,100	7,129	48,480	7,514	0,172
	Erkek	42,080	7,375	47,850	6,431	<0,001

Tablo 8. Medeni duruma göre STAI I tabakalı analizi

			Platik cer		Diğer cer		p
			Ort	Ss	Ort	Ss	
Medeni durum		Bekar	40,470	8,391	43,110	8,075	0,167
		Evli	42,250	8,393	46,400	9,985	0,019

Tablo 9. Medeni duruma göre STAI II tabakalı analizi

		Platik cer		Diğer cer		p
		Ort	Ss	Ort	Ss	
Cinsiyet	Kadın	46,100	7,129	48,480	7,514	0,172
	Erkek	42,080	7,375	47,850	6,431	<0,001

Tablo 10. Eğitim durumuna göre STAI I tabakalı analizi

		Plastik		Diğer		p
		Ort	Ss	Ort	Ss	
Eğitim	Yok	47,000	3,000	49,857	6,362	0,667
	İlkokul	43,680	7,931	46,872	10,711	0,326
	Lise	40,370	7,643	43,674	7,702	0,084
	Üniversite	40,740	8,916	44,136	9,098	0,129

Tablo 11. Eğitim durumuna göre STAI II tabakalı analizi

		Plastik		Diğer		p
		Ort	Ss	Ort	Ss	
Eğitim	Yok	50,560	1,155	47,571	3,309	0,117
	İlkokul	48,000	5,363	48,512	6,597	0,801
	Lise	44,610	6,039	48,419	7,189	0,022
	Üniversite	44,120	8,503	47,273	7,869	0,088

Cinsiyete göre kadın Grup P ile kadın Grup D arasında durumluk kaygı ortalamalarında anlamlı fark görülmedi.

Cinsiyete göre Grup D' deki erkeklerin durumluk kaygı ortalamaları Grup P'deki erkeklere göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,0003$).

Medeni duruma göre bekar Grup P ile bekar Grup D arasında durumluk kaygı ortalamalarında anlamlı fark görülmedi.

Medeni duruma göre Grup D' deki evlilerin durumluk kaygı ortalamaları Grup P'deki evlilere göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,019$).

Eğitim durumuna göre eğitimi olmayan, ilkokul, lise ve üniversite değişkenlerine göre ayrı ayrı Grup P ve Grup D arası durumluk kaygı ortalamaları kıyaslandı. Anlamlı fark görülmedi.

Cinsiyete göre kadın Grup P ile kadın Grup D arasında; erkek Grup P ile erkek Grup D arasında süreklilik kaygı ortalamalarında anlamlı fark görülmedi.

Medeni duruma göre evli Grup P ile, evli Grup D arasında; bekar Grup P ile bekar Grup D arasında süreklilik kaygı ortalamalarına göre anlamlı fark bulunmadı.

Eğitim durumuna göre eğitimi olmayan ilkokul, lise ve üniversite değişkenlerine göre ayrı ayrı Grup P ve Grup D arası süreklilik kaygı ortalamaları kıyaslandı. Lise mezunu Grup P'nin süreklilik kaygı ortalamaları lise mezunu Grup D'den anlamlı olarak düşük bulundu ($p=0,022$). Diğerlerinde anlamlı fark bulunmadı.

Tablo 14. Yaş ile Durumluk ve Süreklilik kaygı ortalamaları korelasyonu

	Değişkenler	r	p
Plastik Cer.	Yaş-Durumluk	0,058	0,489
	Yaş- Süreklilik	0,210	0,012
Diğer	Yaş-Durumluk	0,193	0,0001
	Yaş- Süreklilik	0,223	0,0001

r (korelasyon katsayısı): 0,05 - 0,30 Düşük veya önemsiz korelasyon

Yaş değişkeninde tabaka olmadığı için durumluk ve süreklilik kaygı ortalamalarına göre korelasyon bakıldı. Yaş ile Durumluk ve süreklilik kaygı ortalamaları arasında önemsiz derecede korelasyon bulundu (Tablo 13).

V-TARTIŞMA

Cerrahi planlanan hastalarda operasyon öncesi anksiyete durumu mevcut olduğundan bu durumun nedenlerinin araştırılması ve giderilmesi amacıyla yapılan birçok çalışma mevcuttur. Ameliyat öncesinde hastanın anksiyete düzeyini; hastanın kişisel özellikleri, yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, yapılacak operasyon ve uygulanan işlemler hakkında bilgi sahibi olmamak etkilemektedir (49).

Günümüz toplumlarında fiziksel çekiciliğin önemi giderek artmaktadır. İyi bir kariyer, aile, sosyal statü ve yüksek özsaygı için, kusursuz bir fiziğin gerekli olduğu ifade edilirken, fiziksel görünümünden memnun olmadığını ifade eden kişi sayısı da giderek artmaktadır (50; 51). Amerikan Plastik Cerrahlar Cemiyeti'ne göre, 2008 yılında ABD'de, toplam 12.093.621 estetik cerrahi, 4.949.191 rekonstrüktif cerrahi işlemi yapılmıştır. 2000 yılı verileri ile karşılaştırıldığında estetik cerrahi işlemlerinde, % 63 oranında artış olduğu saptanmıştır (52). Türkiye'de bu konu ile ilgili istatistik veriler tam olarak bilinmese de azımsanmayacak düzeyde olduğu söylenebilir. Castle ve ark. bu alanda yapılan 36 çalışmayı incelediklerinde, hastalarda estetik ameliyatın distres ve utanmada azalma, kendine değer, kendine saygı ve yaşam kalitesinde artışa neden olduğunu saptamışlardır (53). Bu bakışla, estetik cerrahinin bir tür psikolojik girişime benzer bir işleve sahip olduğu söylenebilir. Belki de bu nedenle ruh sağlığı çalışanları için estetik cerrahi, diğer cerrahilerden daha fazla ilgi çekmektedir (54). Bütün bu bilinenlere rağmen, aslında estetik cerrahinin hastalar üzerindeki etkisi hala tam olarak anlaşılmadığı da belirtilmektedir (55). Bu durum, sağlık personeline bireylerin estetik cerrahiye yönelmelerinin arkasında yatan nedenleri, psikososyal tepkileri ve bu bireylere nasıl yaklaşımları gerektiğini bilme sorumluluğu getirmektedir (51). Biz de çalışmamızda elektif plastik ve rekonstrüktif cerrahi operasyonu olacak olan hastaların anksiyetesini araştırdık.

Preoperatif anksiyete ölçümünde değişik metotlar kullanılmıştır. STAI, VAS, 1 soru 1 cevap ile hasta anksiyetesinin değerlendirilmeye çalışıldığı bir çalışmada operasyondan 1 gün önce hastalara STAI soruları sorulmuş, VAS değerlendirilmiş ve 'herhangi bir şeyden korkuyor musunuz' diye sorulmuştur. Sonuçlar tüm metotlarla yakından korele bulunmuştur (56). Ameliyat öncesi anksiyete ölçümünde kullanılan STAI (State-TraitAnxiety Inventory) literatürde altın standart olarak gösterilmektedir

(57). Biz de çalışmamızda preoperatif anksiyete düzeyini değerlendirmek için STAI testini kullandık.

Yapılan çalışmaların birçoğunda anksiyete ölçümü ve hasta değerlendirilmesi preoperatif vizit sırasında yapılmıştır. Arellano ve ark. en uygun preoperatif vizit zamanlamasını belirlemek amacı ile yaptıkları bir çalışmada, hastaların bir hafta önce, bir gün önce ve ameliyattan hemen önceki anksiyete düzeyleri arasında fark bulamamış, ancak ameliyattan hemen önce anesteziist tarafından görülen hastanın anksiyete derecesinde anlamlı azalma olduğunu göstermiştir (58). Morita ve ark. planlanan ameliyat gününden bir gün önce ve ameliyat odasına vardığında STAI ile anksiyete değerlendirmiş; ameliyat odasında önceki güne göre STAI değerlerinde artma saptamamışlardır (59). Hospitalizasyon öncesi 2-3 hafta boyunca poliklinikte değerlendirmenin, geleneksel olarak hospitalizasyon sonrası yapılan değerlendirmeden preoperatif anksiyeteyi azaltma yönünde daha iyi olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur (60). Biz çalışmamızda anksiyete ölçümünü operasyon öncesi bir gün ile bir haftalık zaman dilimi içerisinde yaptık.

Ameliyat olması gerektiği bildirilen hasta, artık bir stres durumuyla karşı karşıyadır. Ameliyat kararı ve bekleme süreci çoğu hastada tedaviyi aksatmayacak ölçüde anksiyeteye neden olur iken cerrahi hastalarının %5'inde tedavi reddine neden olacak kadar şiddetli anksiyete geliştiği bildirilmiştir (61). Birçok hastada preoperatif anksiyete sempatik, parasempatik ve endokrin stimülasyona bağlı olarak anormal hemodinamik değişikliklere neden olmaktadır. Anksiyete bozuklukları ile ani ölüm arasında yakın bir ilişki olduğu da bilinmektedir (62).

Preoperatif anksiyetenin hasta memnuniyetini etkilediği ve hastanede kalış süresini uzattığı gösterilmiştir (4). Postoperatif ağrı, taburculuğun gecikme nedenlerindedir. Ameliyat öncesi anksiyete düzeyini inceleyen çalışmaların çoğunda anksiyete skorları yüksek olan hastaların daha fazla postoperatif ağrı hissettikleri ve daha fazla analjezik ihtiyacı duydukları gösterilmiştir (4; 63). Anksiyetenin ağrı şiddetinin olduğundan fazla olarak algılanmasını ve hipokampal formasyonun aktive edilmesini kolaylaştırarak ağrı eşiğini düşüren bir faktör olduğu iddia edilmiştir (64). Her ne kadar dış etkilere cevap olarak durum anksiyetesi (stait-anxiety) de önemli bir etken olsa da, durum- süreklilik (stait-trait) teorisi, yüksek sürekli-anksiyeteli (trait-anxiety) bireylerin uyarılara karşı hipersensitif ve psikolojik olarak duyarlı olduğunu ön görmektedir (65).

Hasta ile iyi iletişim, güven verme ve preoperatif anksiyolitikler postoperatif ağrıyı azaltma amaçlı preoperatif anksiyeteyi azaltmaya yönelik önlemlerdir (66).

Anestezi öncesi değerlendirmenin esas amacı korku ve endişeyi azaltmaktır. Birçok çalışmada anksiyeteyi en aza indirmek amacıyla çeşitli yöntemler denenmiştir. Ameliyat odasına yürüyerek gelmenin anksiyete seviyesi üzerine olumlu etkisi olabileceği düşünülerek yapılan bir çalışmada; bir grup hasta ameliyat odasına sedye ile getirilmiş, diğer grup ise yürüyerek getirilmiştir. Ameliyat odasına yürüyerek gelmenin preoperatif anksiyete seviyesi üzerine anlamlı etkisi bulunamamıştır (67). Düzenli spor yapanlarda anksiyete düzeyinin, yapılan spor türünden bağımsız olarak spor yapmayanlara göre daha düşük düzeyde olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur. Ayoğlu ve arkadaşları ise preoperatif oral karbonhidrat solüsyonunun, preoperatif anksiyete ve susuzluk hissi ile postoperatif erken dönemdeki bulantıyı azaltarak hasta konforunu arttırdığı sonucuna varmışlardır (68).

Norris ve Baird 500 kişilik hasta grubunun %60'ının anksiyöz olduğunu bildirmişlerdir (69). Ramsay 382 hastada yaptığı çalışmada anksiyöz hasta oranını %73 olarak bildirmiştir (70). Gönüllü ve arkadaşları da 83 hastada preoperatif anksiyete düzeyini araştırmak amacıyla yaptıkları çalışmada cerrahiden iki gün önce hastalara STAI testi uygulamışlar ve ölçülen anksiyete değerini 40,76 olarak tespit etmişlerdir (71). Borah ve ark. tarafından, 281 plastik cerrah ile yapılan çalışmada, cerrahların en fazla karşılaştığı psikolojik sorunların, hayal kırıklığı (% 96.8), anksiyete (%95.4), depresyon (% 95.0), non-spesifik fiziksel yakınmalar (% 92.2) uyku bozukluğu (% 88.5) olduğu ve cerrahların ameliyat sonrası psikososyal sorunlarla, hematoma ya da enfeksiyon gibi fiziksel sorunlardan daha fazla karşılaştıkları saptanmıştır (72). Biz de yaptığımız çalışmada örneklemimizdeki anksiyete değerlerinin daha önce yapılan çalışmalarda bildirilen anksiyete düzeyleri ile paralellik gösterdiğini gördük. Plastik cerrahi hastalarından oluşan Grup P de hastaların preoperatif STAI-I ortalamasını 41,2 olarak saptadık. Bunlardan grade 2 operasyon geçiren Grup P'de STAI-I puanı 40,75 ; grade 3 operasyon geçiren Grup P'de STAI-I puanı 42,48 idi. Çalışmamıza dahil ettiğimiz diğer cerrahi grup olan Grup D'de preoperatif STAI-I puan ortalamasını 45,56 olarak saptadık. Grup P nin STAI-I ve STAI-II ortalamaları Grup D'ye göre anlamlı olarak düşük bulundu.

Yaşın preoperatif anksiyete düzeyleri ile ilişkisi konusunda literatürde çelişkili sonuçlar vardır. Bazı çalışmalarda ileri yaştaki hastalarda preoperatif anksiyete düzeyi daha düşük olarak bildirilmiştir. Yaşlılarda gençlerden farklı olarak daha kadenci bakış açısının hâkim oluşu, gençlerin iletişim araçlarını daha yakından takip edebilmeleri ve

sağlık alanında yaşanan olumsuz olaylardan haberdar olmaları bu sonuçta etkili olarak değerlendirilmiştir (73). Ramsay çalışmasında anksiyete oranlarını 13-21 yaş grubunda %61, 22-41 yaş grubunda %84, 42-60 yaş grubunda %80, 62-82 yaş grubunda %57 olarak bildirmiştir. Orta yaş grubunda anksiyete oranının yüksek olmasını bu yaşlardaki hastaların ailelerine karşı sorumluluklarının fazla oluşuna bağlamışlardır (74). Taşdemir ve ark. yaptıkları çalışmada 50 yaş altındaki hasta grubunun anksiyetesini 50 yaş üstü hasta grubuna göre daha yüksek bulmuştur (75). Dohman ve Çetin ise histerektomi operasyonu geçiren hastaların anksiyetelerini inceledikleri çalışmalarında yine aynı sonucu bulmuştur (76). Birçok çalışmada da yaşın anksiyete derecesini etkilemediği bildirilmiştir. Özcengiz ve Turhan çalışmasında da benzer şekilde yaş ile anksiyete ilişkisi gösterilememiştir (77). Yine Moerman ve ark. 320 hasta üzerinde ve Badner ve ark. 96 hasta üzerinde preoperatif anksiyeteyi değerlendirdikleri çalışmalarında yaşın preoperatif anksiyete düzeyini etkilemediğini bildirmişlerdir (78; 4). Bizim çalışmamızda da Grup P de; yaş grubu < 29 olan hastalarının STAI-II ortalaması, yaş grubu >40 olan hastalarının STAI-II ortalamasından anlamlı olarak düşük bulundu. Gruplar arası yaş dağılımlarında anlamlı olarak fark olması nedeniyle yaşla STAI I ve STAI II değerleri arasında korelasyon bakıldı ve önemsiz derecede korelasyon bulundu. Yaş değişkeninin iki grup arasındaki anksiyete farkına etkili olduğunu düşünmedik.

Birçok çalışmada anksiyete düzeyinin bayan hastalarda erkek hastalara göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir (4; 79). Bayan hastalar ile erkek hastalar arasındaki bu farkın erkeklere oranla kadınların endişelerini, korkularını daha rahat ifade edebilmelerinden ve ailelerinden ayrılmaya bağlı endişelerinin daha fazla olmasından kaynaklanabileceği düşünülebilir. Epidemiyolojik açıdan bakıldığında depresyon ve anksiyete bozukluklarının genel olarak kadınlarda erkeklere göre daha sık olması bu bulguları destekler niteliktedir (80). Bizim çalışmamızda; Grup P deki kadınların STAI-I ortalaması (42,07) erkeklerin STAI-I ortalamasından (38,87) daha yüksek bulunmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü. Diğer grupta ise erkeklerin STAI-I ortalaması, kadınlarınkinden anlamlı olarak yüksek bulundu. Plastik cerrahi grubunda grade 3 operasyonları abdominoplasti ve mammoplasti operasyonları oluşturmakta ve bu operasyonların tamamı kadın hastalara uygulanmıştır. Plastik cerrahi grubundaki erkeklere ise sadece grade 2 olarak kabul edilen rinoplasti operasyonu uygulanmıştır. STAI-I ortalamasındaki farkın bundan kaynaklandığı düşünülebilir. Gruplar arasında cinsiyet değişkenine göre anlamlı fark olması nedeniyle yapılan tabaka analizinde plastik cerrahi operasyonu geçiren erkeklerin durumluk anksiyetesinin başka operasyon

geçirecek erkeklerden anlamlı olarak düşük olduğu görüldü. Bunun sebebini plastik cerrahi grubundaki erkeklerin tamamının rinoplasti operasyonu yani grade 2 olmasına bağladık. Bu nedenle cinsiyet değişkeninin gruplar arasındaki anksiyete farkına sebep olmuş olabileceğini düşündük.

Bir çok çalışmada medeni durumun anksiyete düzeyini etkilediği gösterilmiştir (81). Demir ve ark.yaptığı çalışmada medeni durum ile ameliyat öncesi anksiyete arasında anlamlı bir ilişki saptanamamış, yine de bekar hastalarda anksiyete skorları, dul ve evli gruplara göre daha yüksek bulunmuştur (82). Kutanis ve Altınbaş yaptıkları çalışmada ise evli olan hastaların STAI-I değerlerinin ortalamasını medeni durumu bekar veya dul olan hastalara oranla istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek bulmuşlardır. Evli hastalarda anksiyete düzeyinin yüksek olmasının ailelerine karşı olan sorumluluk bilincinden kaynaklanabileceğini düşünmüş (83). Çalışmamızda %41'i evli olan plastik cerrahi hastalarında medeni durum ile anksiyete arasında anlamlı fark bulunmadı fakat %74,4ü evli olan diğer cerrahi grupta STAI-I ortalaması evli olanlarda anlamlı olarak yüksek bulundu. Gruplar arası anlamlı farklılık gösteren medeni durum değişkenine göre gruplar arası kaygı düzeyleri açısından tabakalı analiz yapıldığında plastik cerrahi operasyonu geçiren evli hastaların anksiyetesi diğer gruptaki evli hastalara göre anlamlı olarak düşük bulundu. Bunun plastik cerrahi grubunda STAI-I ortalamasının anlamlı olarak düşük olmasını etkileyen faktörlerden biri olabileceğini düşündük.

Yapılan çalışmalarda eğitim durumunun preoperatif anksiyete düzeyi üzerine etkisinin farklı derecelerde olduğu görülmüştür. Caumo ve ark. yapmış oldukları çalışmada 12 yıldan uzun eğitim almış kişilerde preoperatif anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (84). Badner ve ark. ile Kindler ve ark.'nin yaptıkları çalışmalar da bunu destekler niteliktedir (4; 85). Yükseköğrenim düzeyine sahip hastaların anestezi ve cerrahiye bağlı ameliyat risklerini daha iyi değerlendirdikleri ve buna bağlı olarak anksiyete düzeylerinin arttığına dair çalışmalar olmakla birlikte, düşük sosyoekonomik düzeyin bazal anksiyeteyi de arttırdığı da bildirilmektedir (84; 85; 86). Eğitim düzeyi arttıkça anksiyete düzeyinin azaldığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (83). Sağır ve ark. 210 hasta üzerinde yapmış oldukları bir çalışmada eğitim durumunun preoperatif anksiyeteyi etkilemediğini göstermişlerdir (87). Bizim çalışmamızda da anksiyete düzeyiyle eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı bulundu.

Önceden geçirilen anestezi deneyiminin olumlu ya da olumsuz yönde olmasının preoperatif anksiyete üzerinde etkili olabileceği belirtilmektedir (85). Daha önce

ameliyat olan kişilerde ameliyat öncesi anksiyete düzeyinin değişmediğini bildiren yayınlar olduğu gibi, anestezi deneyiminin erkeklerde anksiyeteyi azaltırken, kadınlarda etkilemediğini bildiren yayınlar bulunmaktadır (88). Bizim çalışmamızda hastaların sadece daha önce ameliyat olup olmadıkları sorgulanmış ve anksiyete düzeyini etkileyebilecek değişkenler olan ameliyatın büyüklüğü ve deneyimin kötü olup olmadığı sorgulanmamıştır. Sonuçta her iki grupta da STAI-I ve STAI-II ortalamaları operasyon öyküsü olanlarda olmayanlara göre daha yüksek bulunmakla birlikte anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Çalışmalarda, ASA durumunun preoperatif anksiyete için belirleyici olduğu saptanmıştır (84; 89). Caumo ve ark. ASA III kategorisini preoperatif anksiyete için risk faktörü olarak bildirmişlerdir. Ayrıca uygulanacak ameliyatın büyüklüğünün de önemli olduğu, operasyon tipine göre ameliyat öncesi anksiyete düzeyinin farklı olduğu, örneğin kardiyak ameliyatlarda plastik cerrahi ameliyatlarına göre daha yüksek düzeyde anksiyete olduğu belirtilmiştir (84). Romanik ve ark. nın yaptığı çalışmada ise ASA ile preoperatif ve postoperatif anksiyete arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür (56). Bu çalışmaya benzer olarak bizim çalışmamızda da ASA ile preoperatif anksiyete düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi.

Genel olarak tümör cerrahisi veya organ kaybıyla sonuçlanacak operasyonlarda hastaların anksiyetelerinin daha yüksek olduğu kabul edilmektedir (90). Norris ve Baird, Jinekoloji hastalarında anksiyete görülme oranının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (69). Özcengiz ve Turhan çalışmasında operasyon türü ile anksiyete arasında istatistiksel anlamlılığı olan bir ilişki saptanmamıştır (77). Bizim çalışmamızda Grup D da histerektomi, tiroidektomi gibi organ kaybıyla sonuçlanan cerrahi işlemlerin bulunması anksiyete seviyesinin anlamlı olarak yüksek bulunmasına neden olmuş olabileceği düşünüldü.

VI- SONUÇ

Çalışmamızın sonucunda hastalarda preoperatif dönemde durumluluk kaygı ölçeği değerlerinin ortalaması yüksek olup hastalarda anksiyete hali olduğu görülmüştür.

Plastik cerrahi hastalarının anksiyeteleri çeşitli sebeplerden ötürü diğer cerrahi hastalarının anksiyetelerine göre anlamlı olarak düşük bulunmuş olmasına rağmen normalin üzerindedir.

Değişik parametreler üzerinden yaptığımız anket çalışmaları göstermiştir ki; plastik cerrahi grubunda gençlerde yaşlılara, evlilerde bekarlara ve ASA II de ASA I e göre sürekli kaygı ortalamalarının anlamlı yüksek olduğu görüldü. Diğer grupta ise erkek ve evli olan hastalarda durumluluk kaygı ortalamaları daha yüksekti.

Bu çalışma ile cerrahi operasyon ve anestezi uygulamalarının hastalar için önemli bir stres faktörü olduğu anlaşılmaktadır. Anestezist hastayla ameliyat öncesi gerek riskler açısından değerlendirmek gerek yapılacak işlemler hakkında bilgi vermek ve gerekse ameliyat öncesindeki kaygılarını ortadan kaldırmak için görüşmelidir. Hastada operasyon esnasında anksiyetenin yaratabileceği hemodinamik sorunları engellemek ve postoperatif iyileşme sürecini hızlandırmak için sedasyon amaçlı farmakolojik ve nonfarmakolojik metodların da uygulanması gerekmektedir.

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

Bu alanda yapılacak çalışmalar anestezi uygulamalarının kalitesini artırmada fayda sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Boeke S, Jelecic M. Preoperative anxiety variables as possible predictors of postoperative stay in hospital. *Br J Clin Psychol.*1992; 31-36.
2. Goldman L, Ogg TW, Levey AB. Hypnosis and day case anaesthesia: a study to reduce preoperative anaesthetic requirement. *Anaesthesia.* 1988; 43: 466- 469.
3. Weis OF, Sriwatanakul K, Weintraub M et al. Reduction of anxiety and postoperative analgesic requirements by audio visual instruction. *Lancet.* 1983;1:43.
4. Badner NH, Nielson WR, Munk S et al. Preoperative anxiety detection and contributing factors. *Can Anaesth.* 1990; 37: 444- 447.
5. Lichtor LJ, Johanson CE, Mhoon D et al. Preoperative anxiety, does anxiety level the afternoon before surgery predict anxiety level just before surgery? *Anesthesiology.*1987; 67: 595-599.
6. Hume MA, Kennedy B. Patient knowledge of anaesthesia and peri-operative care *Anaesthesia* 1994;49:715-8.
7. Egbert LD, Battit GE, Welch CE. & Bartlett MK. Reduction of post-operative pain by encouragement and instruction of patients. *New England Journal of Medicine* 1994; 270:825-827.
8. Mitchell MJ. Psychological preparation for patients under going day surgery. *International Journal of Ambulatory Surgery* 2000; 8:19-29.
9. Öner L, Le Compte A. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, 2. Baskı, İstanbul, 1998.
10. Kiecolt-Glaser JK, Page GG, Maruha PT, Mac Callum RC ve ark. Psychological influences on surgical recovery. *American Psychologist* 1998;53,11:1209-18.
11. 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.
12. Sürmeli A. Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış, *Psikiyatri Temel Kitabı*, Cilt: 1, Hekimler Yayın Birliği, Ankara 1997.
13. Tükel R. Anksiyete Bozuklukları, *Psikiyatri Ders Kitabı*, İstanbul Üniv. Yayınları No:4139, Emek Matbaacılık, İstanbul 1998.

14. Akdağ A, Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi, İstanbul Üniv. Psikoloji A.D. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2001.
15. Arıkan M.K. ,Temel Psikiyatrik Sendromlar, İstanbul 1999.
16. Tükel R, Aklın T. Anksiyete Bozuklukları. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2006.
17. Stone MH. Healingthe Mind: A history of psychiatry from antiquity to the present. New York; W.W Norton &Company, 1997:1-10.
18. Işık E. Anksiyete Bozuklukları. İstanbul: Golden Print, 2006:4-26.
19. Nutt D, Argyropoulos S, Forshall S. Generalized Anxiety Disorder: Diagnosis, treatment and its relationship to other anxiety disorders. London; Martin Dunitz, 1998:1-4.
20. Berrios GE. The History of Mental Symptoms. Cambridge; Cambridge University Pres, 1996:504-505.
21. Geçtan E. Psikanaliz ve Sonrası. 10. Baskı, İstanbul: Metis Yayıncılık, 2004:3-15.
22. Yalom I. Varoluşçu psikoterapi. İstanbul: Kabalcı Yayınevi, 2001:3-15. Kırpınar İ. Anksiyete bozukluklarının etyolojisi, Anksiyete Monograflan Serisi-2, Ankara: Medikomat, 1995:54-89.
23. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 8. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 2001:6-24.
24. Whitty PM, Shaw LH, Goodwin DR. Patient satisfaction with general anaesthesia. Anaesthesia 1996;51:327-332.
25. Sotres-bayon F, Cain CK, Ledoux JE. Brain mechanisms of fear extinction. Historical perspectives on the contribution of prefrontal cortex. Biolpsychiatry 2006; 60(4):329-336.
26. Rauch SL, Savage CR, Alpert NM, Fichman AJ, Jenike MA. The functional neuroanatomy of anxiety: A study of three disorders using positron emission tomography and symptom provocation. Biol Psychiatry 1997;42:446-452.
27. Alkın T, Alptekin K. Yaygın anksiyete bozukluğu, Anksiyete Monograflan Serisi-4, Ankara: Medikomat, 1995:149-180.

28. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Ankara: Hacettepe Taş Kitabevi, 2000; 153-161.
29. Klopfenstein EC, Forster A, Gessel EV. Anaesthetic assessment in an out patient consultation clinic reduces preoperative anxiety. Can J Anaesth. 2000; 47;6, 511-515.
30. Rothrock JC. Perioperative nursing research part I: preoperative psycho educational interventions: AORN Journal 1989;49(2):597-618.
31. Varcarolis EM. Foundation of Psychiatric Mental Health Nursing: Philadelphia: WB. Saunders Company. 1990:171-173.
32. Buldukoğlu K. Ameliyat öncesi hastaların ameliyata ilişkin tepkileri: Türk Hemşireler Dergisi 1988;38 (3-4):31-32.
33. Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyeyon Psikiyatrisi. İstanbul: 1993:175-183.
34. Joseph-Kinzelman A, Taynor J, Ossa J, Rubin W, Risner PB. Client's perceptions of in voluntary hospitalization. Journal of Psychosocial Nursing 1994;32(6):28-32.
35. Kaplan HI, Sadock B. Comprehensive Textbook of Psychiatry. London: Williams&Wilkins, 1989;2:1316-1330.
36. Kaplan HI, Sadock B. Comprehensive Textbook of Psychiatry. London: Williams&Wilkins, 1985;2:1294-1297.
37. Burrige L. Challenging the traditional view of preoperative visiting. Br J Theatre Nurs 1993;3(4):5-12.
38. Bekaroğlu ve ark. Ameliyat öncesi kaygı ve depresyon durumunun ameliyat komplikasyonlarına ve yatış süresine etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 1991; 2(4):285-288.
39. Boratav C. Cerrahide Psikiyatri, Genel Tıpta Ruhsal Bozukluklar, Parem, İstanbul 1999.
40. Karayurt Ö. Ameliyat Öncesi Uygulanan Farklı Eğitim Programlarının Hastaların Anksiyete ve Korku Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir 1997.
41. Özkan S. Konsültasyon Liyezyon Psikiyatrisi, Roche Müstahzarları Sanayi A.Ş. İstanbul 1993.

42. Büyükoktay N. Yetişkin Cerrahi Hastalarında Anksiyete ve Korku, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doçentlik Tezi, Ankara 1972.
43. Oflaz F, Günaydın N. Planlı Ameliyat Olacak Hastaların Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi, Gata Bülteni; 40(1): 6-10 1998.
44. Yıldız T Yüz Bölgesinde Uygulanan Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul 2009.
45. Güler D. Mastalji, yaşam kalitesi ve depresyon, Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, İstanbul 2006.
46. Ayaz S. Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi Hastalarında Beden Algısı, Turkish Medical Journal 2008,2:24-29.
47. Chao JD. et al. Reduction Mammoplasty Is a Functional Operation, Improving Quality of Life in Symptomatic Women: A Prospective, Single-Center Breast Reduction Outcome Study, Plastic and Reconstructive Surgery, December 2002, Vol. 110, No. 7 / Reduction Mammoplasty: 1644-1652.
48. Blomqvist L, Brandberg Y. Three-Year Follow-Up on Clinical Symptoms and Health-Related Quality of Life after Reduction Mammoplasty, Plastic and Reconstructive Surgery, 114: 49,2004.
49. Joseph – Kinzelman ve ark. Client's perceptions of involuntary hospitalization: Journal Psychosocial Nursing 1994. 32(6) 28-32
50. Sarwer DB, Nordmann JE, Herbert JD. Cosmetic Breast Augmentation Surgery: A Critical Overview. Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine 9(8), 843-856, 2000.
51. Haas CF, Champion A, Secor D. Motivating factors for seeking cosmetic surgery. Plastic Surgical Nursing 28(4), 177-182, 2008.
52. American Society of Plastic Surgeons 2000/2007/2008 National Plastic Surgery Statistics. Retrieved August 19, 2009.
53. Castle DJ, Honigman RJ, Phillips KA (2002) Does cosmetic surgery improve psychosocial wellbeing? Medical Journal of Australia 176, 601-604.
54. Sarwer DB, Pertschuk MJ, Wadden TA, Whitaker LA. Psychological investigations in cosmetic surgery: A look back and a look ahead. Journal of the American Society of Plastic and Reconstructive Surgery 101(4), 1136-1142,1998.

55. Ching S, Thoma A, McCabe RE, Antony MM. (2003) Measuring outcomes in aesthetic surgery: A comprehensive review of the literature. *Plastic and Reconstructive Surgery* 111, 469-480.
56. Romanik W, Kanski A, Soluch P, Szymanska O. Preoperative anxiety assessed By questionnaires and patient declarations. *Anestezjologia Intensywna Terapia*. 2009; 41(2): 94-9.
57. Tenenbaum G, Furst D, Weingarten G. A statistical reevaluation of the STAI anxiety questionnaire. *J ClinPsychol*1985; 41:239-44.
58. Arellano R, Cruise C, Chung F. Timing of the anesthetist's preoperative Outpatient interview. *Anesth Analg* 1989;68:645-648.
59. MoritaY, Sanuki M, Kinoshita H, Fujii K, Kajiyama S, Nakanuno R. Assessment of preoperative anxiety in patients entering the operating room on Foot using state-trait anxiety inventory. *Masui - Japanese Journal of Anesthesiology*, 2002; 51(4): 382-6.
60. Claude Eric Klopfenstein, Alain Forster, Elisabeth Van Gessel. *Canadian Journal of Anesthesia*, 2000; 47 (6): 511–515.
61. Cimilli C. Cerrahide anksiyete. *Klinik Psikiyatri*, 2001; 4: 182-186.
62. Vural M, Başar E. Anksiyete bozukluğunun ani ölüm yapma potansiyeli. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*.2007; 7: 179-83.
63. Ip HY, Abrishami A, Peng PW, et al. Predictors of postoperative pain and analgesic consumption: a qualitative systematic review. *Anesthesiology* 2009;111:657-677.
64. Ploghaus A, Narain C, Beckmann CF, et al. Exacerbation of pain by anxiety is associated with activity in a hippocampal network. *J Neurosci* 2001;21:9896-9903.
65. Spielberger CD, Gorsuch R, Lushene R. *The state-trait anxiety inventory*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, California, 1970.
66. Javo IM, Sørli T. Psychosocial predictors of an interest in cosmetic surgery among young Norwegian women: a population-based study. *Plast Surg Nurs* 2010;30:180-6.
67. MoritaY, Sanuki M, Kinoshita H, Fujii K, Kajiyama S, Nakanuno R. Assessment of preoperative anxiety in patients entering the operating room on Foot using state-trait anxiety inventory. *Masui-Japanese Journal of Anesthesiology*, 2002; 51(4): 382-6.

68. Ayoğlu H, Uçan B, Taşçılar Ö, Atik L, Kaptan Y, Turan I. Preoperatif oral karbonhidrat solüsyonu kullanılması hastanın anksiyetesi ve konforu üzerine etkileri. Türk Anest Rean Der. Dergisi 2009; 37(6):374-382.
69. Norris W, Baird WL. Pre-operative anxiety: a study of the incidence and aetiology, Br. J. Anaest. (1967) 39 (6): 503-509.
70. Ramsay MA. A survey of pre-operative fear. Anaesthesia 1972 Oct;27(4):396-402.
71. Gönüllü M, Turan ED, Erdem LK ve ark. Anestezi uygulanacak hastalarda anksiyete düzeyinin araştırılması. Türk Anes. ve Rean. Cem. 1986; 14:110- 113.
72. Borah G, Rankin M, Wey P (1999) Psychological complications in 281 plastic surgery practices. Journal of American Society of Plastic and Reconstructive Surgery 104(5), 1241-1246.
73. Aykent R, Kocamanoğlu S, Üstün E, Tür A, Şahinoğlu H. Preoperatif Anksiyete Nedenleri ve Değerlendirilmesi: APAIS ve STAI Skorlarının Karşılaştırılması. Türkiye Klinikleri Anesteziyoloji ve Reanimasyon Dergisi 2007; 5: 7-13.
74. Ramsay MA. A survey of pre-operative fear. Anaesthesia 1972 Oct;27(4):396-402.
75. Ayşe Taşdemir. Preoperatif Bilgilendirme Yapılan Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeylerinin State-Trait Anxiety Inventory Test ile Karşılaştırılması. Turk J Anaesth Reanim, 2013; 41: 44-9.
76. Dohman D, Çetin M.L. Genel veya spinal anestezi altında yapılan elektif histerektomi operasyonlarında, ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete ve hasta memnuniyetinin anket çalışmasıyla karşılaştırılması. KTÜ Tıp Fak. Anest.Rean. AD Tez Çalışması. 2012.
77. Turhan Y, Özcengiz D. Elektif cerrahi operasyon planlanan hastalarda Preoperatif ve Postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisi. Uzmanlık tezi. Çukurova Üniversitesi. Adana 2007.
78. Moerman N, van Dam FS, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS). Anesth Analg 1996; 82: 445-51.
79. Kayhan C. Cerrahi hastalarda preoperatif anksiyetenin postoperatif komplikasyonlarla ilişkisinin güncellenmesi. Yüksek lisans tezi Afyon Kocatepe üniversitesi sağlık bilimleri fakültesi 2003.

80. Taparlı T.Z. Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Anksiyete Düzeyleri ve Nedenlerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2004.
81. Yılmaz Y , Durmuş K. Septoplasti operasyonlarında preoperatif ve postoperatif anksiyetenin postoperatif ağrı ve analjezik ihtiyacına etkisi. Dicle Medical Journal. 2014; 41 (2): 288-293.
82. 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.
83. Kutanis D, Altınbas A. Elektif operasyon geçirecek hastalardaki preoperatif anksiyete düzeyinin vücut kitle indeksine göre karşılaştırılması KTÜ Tıp Fak. Anest.Rean. AD Tez Çalışması 2015.
84. Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, et al. Risk factors for postoperative anxiety in adults. Acta Anaesthesiol Scand 2001;45:298-307.
85. Kindler CH, Harms C, Amsler F, et al. The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patient's anesthetic concerns. AnesthAnalg 2000;90:706-712.
86. Güz H, Doğanay Z, Güz T. Lomber disk hernisi nedeniyle ameliyat olan hastalarda ameliyat öncesi anksiyete. Nöropsikiyatri arşivi, 2003;40:36-39.
87. Sağır G, Kaya M, Eskiçınar H, Özlem K, Kadioğulları A. Spinal anestezi planlanan hastalarda görsel bilgilendirmenin preoperatif anksiyete üzerine etkisi. Turk J AnesthReanim 2012; 40(5): 274-8.
88. Moerman N, van Dam FS, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale Study (APAIS). Anesth Analg 1996;82:445-451.
89. Aykent R, Kocamanoğlu İS, Üstün E, et al. Preoperatif anksiyete nedenleri ve değerlendirilmesi: APAIS ve STAI skorlarının karşılaştırılması. Türkiye Klinikleri J Anesth Reanim 2007;5:7-13.
90. Mackenzie JW. Daycase anaesthesia and anxiety: A study of anxiety profiles amongst patients attending a day bed unit. Anaesthesia. 1991; 44: 437.

EKLER

- EK-1: Bilgilendirme ve onay formu
- EK-2: Demografik bilgi formu
- EK-3: STAI Form TX-I ve II



EK-1

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

Elektif Plastik Ve Rekonstrüktif Operasyonu Geçirecek 18-50 Yaş Arası Hastalardaki Anksiyete Düzeyinin Aynı Yaşlarda Başka Operasyon Geçirecek Olanları İle Karşılaştırılması

BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Prof. Dr.Hatice Nesrin ERCEYES ile Araş.Gör.Dr. Şeyda KAYHAN tarafından yürütülmekte olan bu araştırma, anestezi (narkoz) uygulanacak hastaların ameliyat öncesi kaygı düzeylerini belirlemeyi amaçlamaktadır. Bu amaçla çalışmaya katılan hastalar anksiyete anketi ile değerlendirilecektir.

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

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

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

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

YUKARIDA BELİRTİLEN KOŞULLAR ÇERÇEVESİNDE ÇALIŞMAYA KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

ADI SOYADI :
TARİH :
İMZA :

EK-2

DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Adı Soyadı : **Tarih** :

Doğum Tarihi : **Dosya No** :

Eğitim Durumu : **ASA** :

Medeni Durum : **Ek Hastalık** :

Çocuk Sayısı :

Cinsiyeti :

Meslek :

Operasyon Öyküsü :

Adres :

Telefon :

Yattığı Klinik :

Tanı :

Planlanan Ameliyat Tarihi :

EK-3

STAI FORM TX – I

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

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

EK-3

STAI FORM TX – 2

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

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