

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

ELEKTİF OPERASYON GEÇİRECEK HASTALARDAKİ
PREOPERATİF ANKSİYETE DÜZEYİNİN VÜCUT KİTLE İNDEKSİNE
GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

PREOPERATIVE ANXIETY LEVELS COMPARED TO BODY
MASS INDEX IN PATIENTS UNDERGOING ELECTIVE SURGERY

Uzmanlık Tezi

Dr. Ali ALTINBAŞ

TRABZON - 2015

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

**ELEKTİF OPERASYON GEÇİRECEK HASTALARDAKİ
PREOPERATİF ANKSİYETE DÜZEYİNİN VÜCUT KİTLE İNDEKSİNE
GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI**

**PREOPERATIVE ANXIETY LEVELS COMPARED TO BODY
MASS INDEX IN PATIENTS UNDERGOING ELECTIVE SURGERY**

Uzmanlık Tezi

Dr. Ali ALTINBAŞ

Tez Danışmanı: Yrd. Doc. Dr. Dilek KUTANİS

TRABZON - 2015

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım hocalarım; Anabilim dalı başkanımız *Prof. Dr. Ahmet EROĞLU*'na, *Prof. Dr. Hatice Nesrin ERCEYES'e* *Prof. Dr. İbrahim ÖZEN'e*, *Prof. Dr. Ahmet Can ŞENEL'e*, *Doç. Dr. Hülya ULUSOY'a*, *Doç. Dr.Engin ERTÜRK'e*, *Doç. Dr. Bahanur ÇEKİÇ'e*, *Doç. Dr. Şükran GEZE'ye*,*Doç. Dr. Müge KOŞUCU'ya*,*Yrd. Doç. Dr. Mehmet Salih ÇOLAK'a*, *Yrd. Doç. Dr. Davut DOHMAN' a*, ve *Öğrt. Gör. Dr. Ahmet BEŞİR'e*;

Tezimin her aşamasında ve ihtisasım süresince sabır ve hoş görüyle, bilgi ve becerisini benimle paylaşan hocalarım; *Prof. Dr. Erdem Nail DUMAN'a* ve *Yrd. Doc. Dr. Dilek KUTANIS'e*

Hayatımı paylaştığım, her şeyin en güzeline layık olan evimizin fedakar annesi biricik sevgili eşime, gelişiyile evimizi şenlendiren mutluluğumuzu daha da çok arttıran çocuklarıma;

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

Uzmanlık eğitimim boyunca beraber çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma, anestezi teknikerlerine, ameliyathane, yoğun bakım ve poliklinik ekibimize;

İstatiksel işlemlerde yardımlarını esirgemeyen Dr. Sertaç ÇANKAYA ' ya;

SONSUZ TEŞEKKÜRLERİMLE...

Dr. Ali ALTINBAŞ

ÖZET

ELEKTİF OPERASYON GEÇİRECEK HASTALARDAKİ PREOPERATİF ANKSİYETE DÜZEYİNİN VÜCUT KİTLE İNDEKSİNE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Operasyon öncesi dönemde anestezi ve cerrahiyle ilişkili birçok nedene bağlı olarak hastalarda anksiyete hali mevcut olduğu bilinmektedir. Anksiyeteye sebep olan bu nedenler bilinirse, premedikasyonla anksiyetenin giderilmesi için kullanılacak olan yöntemin seçimi daha kolay olur.

Preoperatif anksiyete düzeyini yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim gibi birçok faktör etkilemektedir. Bu çalışmada elektif operasyon geçirecek olan 18-65 yaş arası, ASA I-III risk indeksindeki hastaların preoperatif dönemdeki anksiyete düzeylerinin vücut kitle indeksine göre karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Preoperatif dönemde anestezi polikliniğimizde hastaların demografik bilgilerine, durumsal ve sürekli anksiyeteyi ölçen STAI I ve STAI II testlerine yanıt vermesi istendi.

Çalışmamızın sonucunda; preoperatif dönemde çalışmaya dahil edilen hastaların ortalama STAI I değerlerinin yüksek olduğu ve hastalarda preoperatifanksiyete durumunun sözkonusu olduğu anlaşılmaktadır. Preoperatif anksiyete düzeyinin evli olan hastalarda daha yüksek olduğu ve eğitim düzeyinin azaldıkça anksiyete düzeyinin arttığı görüldü. Vücut kitle indeksiyle anksiyete düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülemedi.

Bu çalışmada eğitimin ve düzenli hayatın anksiyeteyi azalttığı bulunmuştur. Fakat vücut kitle indeksinin anksiyeteyi etkilemediği anlaşılmıştır.

Anahtar Sözcükler:Preoperatif Anksiyete, vücut kitle indeksi

SUMMARY

PREOPERATIVE ANXIETY LEVELS COMPARED TO BODY MASS INDEX IN PATIENTS UNDERGOING ELECTIVE SURGERY

In the preoperative stage, it's known that anxiety presents in the patients depend on many reasons associated with anesthesia and surgery. If the cause of anxiety is known, it is easier to select the method that will be used to eliminate the state of anxiety in the premedication.

Preoperative anxiety status is affected many factors such as age, gender, education, marital status. In this study it was aimed to compare patients preoperative anxiety levels according to body mass index who would undergo elective surgery, age were 18-65 and ASA were I-III.

The patients asked to answer the demographic datas and STAI-I and STAI-II tests that measures continuous and situational anxiety in the preoperative period.

The study concluded that there were high STAI-I values before the operation and the patient had serious anxiety status. Preoperative anxiety status were higher in married patients. It was detected that as education levels reduced, anxiety scores increased. There was not statistically significant correlation between body mass index and anxiety status.

It was found that education and regular life decreased anxiety in this study. However it was concluded that body mass index didn't affect to anxiety.

Key Words:Preoperative anxiety, body mass index

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR	i
ÖZET	ii
SUMMARY	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TABLolar DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	ix
KISALTMALAR	x
I-GİRİŞ VE AMAÇ	1
II-GENEL BİLGİLER.....	3
1. Anksiyete	3
1.1. Anksiyetenin Tanımı:.....	3
1.2. Anksiyetenin Tarihçesi:	4
2. Anksiyetenin Etyolojisi.....	5
2.1. Psikolojik Yaklaşımlar	5
2.2. Biyolojik Kuramlar	5
2.2.2. Hayvan Modelleri	5
2.3. Nöroendokrin ve Otonom Sinir Sistemi	5
2.4. Nöroanatomik Görüşler	6
3. Anksiyete Bozukluklarında Risk Etkenleri.....	6
4. Anksiyete Belirtileri.....	7
5. Preoperatif Anksiyete.....	8
6. STAI (State Trait Anxiety Inventory=Durumluk ve Süreklilik Kaygı Ölçeği).....	10
7. Vücut kitle indeksi	10
8. Obezite	10
III-MATERYAL VE METOD	12
Araştırmanın Modeli	12
Araştırma Evreni ve Örnekleme	12
Veri Toplama Araçları	13
İstatistiksel İşlemler	14
IV-BULGULAR.....	15

1.	Demografik Özellikler	15
2.	Genel Değerler	18
3.	Durumluk Kaygı Ölçeğine Ait Bulgular	18
4.	Vücut kitle indeksine ait bulgular	23
5.	Obezite durumuna ait bulgular.....	29
V-TARTIŞMA		35
VI- SONUÇLAR.....		42
KAYNAKLAR.....		44
EK-1		51
Demografik Bilgi Formu (EK 2).....		52
EK 3.....		53
EK 3.....		54

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1:Hastaların demografik özellikleri	17
Tablo 2:Hastaların ortalama STAI-I ve STAI-II değerleri.....	18
Tablo 3:Hastaların cinsiyetlerine göre ortalama STAI-I değerleri.....	18
Tablo 4:Hastaların yaşlarına göre ortalama STAI-I değerleri.....	19
Tablo 5:Hastaların medeni durumlarına göre ortalama STAI-I değerleri.....	19
Tablo 6:Evli olan erkek ve bayan hastaların ortalama STAI-I değerleri	20
Tablo 7:Hastaların eğitim durumuna göre ortalama STAI-I değerleri.....	20
Tablo 8:Hastaların mesleki durumuna göre ortalama STAI-I değerleri	21
Tablo 9:Hastaların operasyon öyküsüne göre ortalama STAI-I değerleri	21
Tablo 10:Hastaların anestezi öykülerine göre ortalama STAI-I değerleri	22
Tablo 11:Hastaları ASA değerlerine göre ortalama STAI-I değerleri	22
Tablo 12:Hastaların ek hastalığı durumuna göre ortalama STAI-I değerleri.....	23
Tablo 13:Hastaların cerrahi grade sınıflamasına göre ortalama STAI-I değerleri.....	23
Tablo 14:Hastaların cinsiyetine göre VKİ değerlerinin ortalaması	24
Tablo 15: Hastaların yaşlarına göre VKİ değerlerinin ortalaması	24
Tablo 16:Hastaların eğitim durumuna göre VKİ ortalama değerleri	25
Tablo 17:Hastaların medeni durumuna göre VKİ değerlerinin ortalaması.....	25
Tablo 18:Hastaların mesleki durumuna göre VKİ değerlerinin ortalaması	26
Tablo 19:Hastaların ek hastalığı durumuna göre VKİ değerlerinin ortalaması	26
Tablo 20:Hastaların VKİ değerlerine göre ortalama STAI-I değerleri	27
Tablo 21:Hastaların VKİ değerlerine göre ortalama STAI-II değerleri.....	27
Tablo 22. Hastaların VKİ ve STAI-I Değerleri.....	28
Tablo 23:Hastaların obezite durumlarına göre STAI-I değerlerinin ortalaması	29
Tablo 24: Hastaların obezite durumlarına göre STAI-II değerlerinin ortalaması.....	29
Tablo 25: Obez hastaların cinsiyetlerine göre ortalama STAI-I değerleri	30
Tablo 26:Obez hastaların yaşlarına göre ortalama STAI-I değerleri	31
Tablo 27:Obez hastaların medeni durumlarına göre ortalama STAI-I değerleri	31
Tablo 28:Obez hastaların eğitim durumuna göre ortalama STAI-I değerleri	32
Tablo 29:Obez hastaların ek hastalığı durumuna göre ortalama STAI-I değerleri	32
Tablo 30:Obez olan hastaları ASA değerlerine göre ortalama STAI-I değerleri.....	33
Tablo 31:Obez hastaların operasyon öyküsüne göre ortalama STAI-I değerleri.....	33

Tablo 32:Obez hastaların operasyon grade sınıflamasına göre ortalama STAI-I değerleri.....	34
--	----





ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1 Hastaların VKİ değerlerine göre STAI-I ve STAI-II değerlerinin karşılaştırılması	28
Şekil 2 Obez hastalar ile obez olmayan hastaların ortalama STAI-I ve STAI-II değerleri.....	30



KISALTMALAR

VKİ: Vücut kitle indeksi

ASA: American Society of Anesthesiology

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

VAS: Verbal Ağrı Skalası

APAIS: Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve Bilgi Edinme Skalası (Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale)

Vb: Ve benzeri

TARD: Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği

TURDEP: Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması

TEKHARF: : Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri

I-GİRİŞ VE AMAÇ

Anksiyete; nedeni bilinmeyen, içten gelen, belirsiz, korku, kaygı, sıkıntı, kötü bir şey olacakmış endişesi ile yaşanan bir bunaltı duygusudur. Bireyin kendini güvende hissetmediği durumlara karşı geliştirdiği doğal bir tepki ve yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan bir çeşit alarm duygusudur (1).

Ameliyat fizyolojik olduğu kadar psikolojik olarak da hastayı tehdit eden bir deneyimdir (2).

Preoperatif dönemde hastaların %60-80'inin anksiyeteye sahip oldukları yapılan çalışmalarda bildirilmiştir(3). Değişik oranlarda olmak üzere hastalarda preoperatif dönemde birçok nedene bağlı anksiyete mevcuttur. Hastaların sağlığı ve ameliyat konusundaki endişeleri, sonucun belirsizliği, evinden ve yakınlarından uzaklaşma, günlük işlerin kesintiye uğraması gibi genel endişeler yanında ameliyat sonrası uyanmamak, ameliyat sonrası ağrı, ameliyat sırasında uyanmak, ameliyat sonrası bulantı-kusma, yoğun bakımda kalmak, anestezi bilgisi ve deneyim eksikliği, anestezi odasında bulunmaması, anestezi tavrı, iğne korkusu, ölmek, anestezi sırasında anlamsız konuşmak, ameliyat sırasında ağrı duymak gibi anesteziye bağlı endişeleri de mevcuttur(4).

Vücut kitle indeksi(VKI) ile hastaların anksiyete düzeyi arasında korelasyon olduğuna dair çalışmalar mevcuttur(5,6,7). Britz ve arkadaşları obez hastalarda duygudurum, anksiyete, somatoform ve yeme bozukluklarının sağlıklı kontrollerden daha yüksek oranda görüldüğünü bildirmişlerdir(5).

Preoperatif anksiyete; cerrahi girişim, anestezi yaklaşım ve postoperatif iyileşmeyi olumsuz yönde etkileyen bir faktördür(8). Preoperatif anksiyete hipertansiyon, disritmi gibi hemodinamik sorunların ortaya çıkmasına hatta hastanın planlanan cerrahi reddetmesine neden olabilir. Ayrıca anestezi gereksinimini ve operasyon sırasında "farkındalık" riskini arttırabilir(9).Preoperatif anksiyete laringoskopi ve entübasyon sırasında refleks sempatikaktivasyon artışı ile taşikardi, aritmi ve hipertansiyona neden olabilir(10). Anksiyöz hastalar anestezi indüksiyonu sırasında daha yüksek doz anestezi ilaca ihtiyaç duyarlar(11).

Hastaların anksiyete seviyelerini düşürmek amacıyla çok çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Preoperatif dönemde anestezi tarafından yapılan görüşme ve bu

görüşmede verilen bilgiler, premedikasyon amacıyla uygulanan ilaçlar bunlardan bazılarıdır(12).

Hastanın kaygı ve endişelerinin dinlenmesi kaygı ile başa çıkma yeteneğini güçlendirmektedir. Hasta psikolojisinin tanınmasında, anksiyete derecesi ve anksiyete nedenlerinin bilinmesi, hastalığın niteliği, anestezi uygulaması, cerrahi girişim, postoperatif dönemle ilgili konularda kaygısını arttırmayacak şekilde yeterli düzeyde bilgilendirme önemlidir. Hastaya müzik dinletme, akupunktur uygulama, gevşeme egzersizleri yaptırma gibi nonfarmakolojik yöntemler de anksiyete ile baş etmek amacıyla kullanılabilen diğer yöntemlerdir (13).

Anksiyete ölçümü için tıpta en yaygın kullanılan test, State- TraitAnxiety Inventory (STAI) skalasıdır. STAI skalası Spielberg ve arkadaşları tarafından 1970 yılında geliştirilmiş olup, envanterin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirliği Öner N. tarafından yapılmıştır(14).

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. Premedikasyonda kullanılacak yöntemin belirlenmesinde birçok faktör düşünülmektedir. Biz çalışmamızda vücut kitle indeksi ile anksiyete düzeyi arasındaki ilişkiyi 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 çağrıştırır. Almanca "angst" sözcüğü, İngilizce "dread "(önceden korkma) veya "foreboding" (kötü bir şey olacağını hissetme) anlamında kullanılır. Türkçe' de "bun", "bunaltı", "hoş olmayan heyecan verici endişe hali" olarak tanımlanabilir(15).

Anksiyete, kendini belirsiz bir tehlike hissiyle gösteren ve çoğunlukla otonom belirtilerin bir arada görüldüğü bir duygudur. Anksiyete kişiye tehlikeyi haber veren ve tehlikle başa çıkabilmek için önlem almaya iten bir sinyaldir(16).

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, sosyokültürel sorunlar, kendini ve yaşamını kontrol etmede yetersizlik, sevilen kişilerin kaybı, bağımsızlığın kaybı, gereksinimlerin karşılanamaması, beklentilerin gerçekleşmemesi olarak sıralanabilir (17).

Normalde anksiyete uyum sağlayıcı bir işlev görür. Bireyi iç ve dış tehditlere karşı önlem alması konusunda uyarır (18). 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 anksiyeteninperiferik belirtileri olarak tanımlanır. Bu belirtiler; çarpıntı, huzursuzluk, titreme, terleme, sersemlik, ekstremitelerde karıncalanma, reflekslerde canlılık, hipertansiyon, pupillerde genişleme, epigastrik rahatsızlık, sık idrar yapma olarak sıralanabilir(16).

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(19).

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(20).

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(21).

Anksiyeteye ilişkin ciddi tanımlamalara ve açıklamalara 18. yüzyıldan sonra rastlanmaktadır. HeinrichNeumann'ın 1800'lü yılların ortalarında anksiyetenin, cinsel dürtülerin (ve diğer dürtülerin) doyurulmaması durumunda ortaya çıktığına ilişkin görüşü psikoanalitik dönem açıklamaları dikkate alındığında oldukça ilginçtir(17). Karl Ideler doyurulmamış cinsel arzuların ruhsal rahatsızlıklara kaynak teşkil edeceğine olan inancı doğrultusunda bu görüşü tekrarlamıştır(22).

OttoDomrich 1800'lerin ortalarında tıbbi psikoloji alanında ilk kez "anksiyete ataklarından" söz etmiştir. Bu kavram sonradan, Fransız devriminin ardından ortaya çıkan nörosürkülaturvar nevrasteni, asker kalbi, hiperventilasyonsendromu gibi tanımların yerine geçmiştir(22).

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(22). Anksiyete belirtilerinin birçok hastalıkta görülmesiyle birlikte 1890'larda, fiziksel ve ruhsal belirtilerin adına anksiyete denilen, aynı klinik durumun unsurları olduğu düşüncesi gelişmeye başlamıştır(23).

Freud 1894'te, anksiyetenin fiziksel ve ruhsal belirtilerini bir araya getirerek "anksiyetenevrozu"nu tanımlamıştır. Bu dönemde Freud, yazılarında histeri ve hipokondriazis gibi geleneksel nevrozların psikolojik kökenli olduğunu söylerken, buna karşı anksiyete nevrozunun organik kökenli olduğunu öne sürmüştür(22).

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(24).

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

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

Merkezi sinir sisteminin fizyolojisi ve farmakolojisindeki yeni gelişmeler, anksiyetenin biyojisini kavrama yönünde yeni bulgular ortaya çıkarmaktadır(25).

Anksiyetenin etiyojisi 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. Biyojistik 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 (26).

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 biyojistik yanıtlar uygunsuz ya da kronik bir şekilde uzun süreli ise, bu uyum güçlüğü anksiyete oluşumuna neden olmaktadır(21).

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, pupillerdilatasyon gibi sempatik aktivasyon belirtilerin ortaya çıkmasında rol oynar.

Anksiyete bozukluğu olan kişilerde artmış bazal ACTH (Adrenokortikotropik Hormon) ve kortizol düzeyleri, TRH (Tirotropin Salgılatıcı Hormon)'dan bağımsız TSH (TiroidStimulan Hormon) ve prolaktin salınımı, CRF (Kortikotropin Salgılatıcı faktör)'den bağımsız ACTH salınımı, normal kortizol salınımı gibi nöroendokrin değişiklikler saptanmıştır (27).

2.4.Nöroanatomik Görüşler

İnsan beyninde korku şartlandırılmasının değerlendirilmesi ve ifadesinden sorumlu merkez amigdaladır. Amigdalakortikal ve subkortikal girdiler aracılığıyla öğrenilmiş bilgiler ve duyuşal girdilerden gelen bilgileri integre ederek, refleks tehlike yanıtını koordine eder. Amigdalamedialtemporal lobda yer alır ve 13 çekirdekten oluşur. Bunlardan BA (bazal amigdala), LA (lateralamigdala) ve santral çekirdek korku yanıtından esas sorumlu yapılardır (28).

LA'dan kalkan uyarı beyin sapı ve hipotalamusda yerleşmiş efektör alanlara gider ve akut korku yanıtının otonomik ve davranışsalsemptomlarını ortaya çıkartır. Çalışmalar lateralamigdalanın korku şartlanması ile ilgili hafızanın oluşturulması ve plastisiteden(merkezi sinir sisteminin çevresel uyaranlara uyum gösterebilme yeteneği) sorumlu bölge olduğuna işaret etmektedir (29,30).

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 tehlikeye kaçabilmesi için gerekli sempatik sistem aktivasyonunu gösterirler. Parasempatik sistemle ilgili olaylar ise çaresizliği, çözüm bulamamayı işaret ederler (31,32).

4.7.1. Kalp-damar sistemi belirtileri: Çarpıntı (palpitasyon), kalp hızında artma (taşikardi), arteriyel kan basıncı değişiklikleri (düşme ya da yükselme), bayılma hissi, yüz kızarması

4.7.2. Solunum sistemi belirtileri: Solunum sayısında artma ve derin soluma, kalp krizini çağrıştıran göğüste ağrı, yanma, basınç ve sıkışma hissi, nefes darlığı, hava açlığı, kesik soluma, boğazda düğümlenme, bronşiyal spazm

4.7.3.Kas-iskelet ve sinir sistemi belirtileri: Kaslarda gerginlik, spazm, reflekslerde artma, yorgunluk hissi ve çabuk yorulma, ağrılar ve yalancı romatizmal ağrılar, titreme, yüzde ve göz kapaklarında daha fazla olmak üzere seyirme, uykuya dalma güçlüğü, uykusuzluk, huzursuz uyku, kabuslar , ertesigün dinlenmemişşekilde uyanma

4.7.4. Sindirim sistemi belirtileri: Karın ağrısı, karında huzursuzluk, spazm, iştahsızlık, bulantı, kusma, ishal, yutma güçlüğü, hava yutma, ağızda kuruma ya da sulanma, nöbetler şeklinde yaşanan acıkma ya da susama

4.7.5. Boşaltım ve genital sistem belirtileri: Sık idrara çıkma, idrar miktarında artma, cinsel güçsüzlük, erken boşalma, cinsel soğukluk

4.7.6. Cilt belirtileri: Yaygın terleme, lokal terleme (avuç içi gibi), soğuk ve nemli eller, kaşınma krizleri, sıcak ve soğuk basma nöbetleri, ateş basması

5.Preoperatif Anksiyete

Preoperatifanksiyete herhangi bir hastalık, hastanede yatma durumu, anestezi, cerrahi veya ne ile karşılaşılacağıının bilinmemesinden kaynaklanan huzursuzluk ile karakterize bir durumdur(33). Ameliyat, fizyolojik olduğu kadar psikolojik olarak da hastayı tehdit eden bir deneyimdir(2). Hasta ameliyat olacağını bildiği için ve sonrasında bilmediği için korkar ve anksiyete duyar(34). 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 işlem; acı, ağrı, güç kaybı veya ölüm olasılıklarıyla yüzleşmek zorunda kaldığı ciddi bir yaşamsal streştir(35). Bireye anksiyete ve korku yaşatan ameliyat öncesidönem, bireyin yaşamında yer alan bir kriz dönemidir (36).

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(3,37).

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 (38).

Çevreye yabancılık, kontrol ve otonomi kaybı, aileden ayrılma, bilgi eksikliği hastane ortamında anksiyete yaratan faktörlerdir. Hastanın adaptasyon yeteneği hastane stresine verdiği cevapta önemli rol oynar(1). 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(1).

Preoperatif dönemdeki hastaların anksiyeteleri çok farklı biçimlerde ortaya çıkabilmekte ve preoperatif artmış stres, mortalite ve morbidite üzerinde olumsuz etki yapmaktadır (39).

Hastanın ameliyat öncesi dönemde psikolojik olarak hazırlığı kendisine duygusal bir destek sağlar. Bu durum ameliyat sonrası dönemde anksiyete ve ağrı düzeyini, kullanılan analjezik dozunu azaltır, hastanede kalış süresini kısaltır, normal aktivitesine daha kısa sürede dönmesini sağlar (40).

5.1. Preoperatif Anksiyete Nedenleri

5.1.1. Beden bütünlüğünün tehdidi endişesi

5.1.2. Yabancidan korku

5.1.3. Ayrılma endişesi

5.1.4. Sevgi ve ilgi kaybı endişesi

5.1.5. Fonksiyon kaybına bağlı endişeler

5.1.6. Bedenini başkalarına teslim etme endişeleri

5.1.7. Suçluluk duyguları

5.1.8. Ağrı Korkusu

5.1.9. Anesteziyle İlgili Endişe Nedenleri: Preoperatif dönemde hastada mevcut olan anksiyete nedenleri arasında anesteziye bağlı endişeler önemli yer tutar. Bu endişeler anestezi uzmanları ve anestezi uygulamalarından, personelin problem çıkarmasına, ölüm korkusundan, iğne korkusuna kadar pek çok nedene bağlıdır. Literatürde değişik oranlarda olmak üzere bu endişeler; ameliyat sonrası uyanmamak, ameliyat sonrası ağrı, ameliyat sırasında uyanmak, ameliyat sonrası bulantı-kusma, yoğun bakımda kalmak, anestezi uzmanının bilgi ve deneyim eksikliği, anestezi uzmanının ameliyat odasında bulunmaması, anestezi uzmanının tavırları, iğne korkusu, ölmek, anestezi sırasında anlamsız konuşmak, ameliyat sırasında ağrı duymak olarak bildirilmiştir (4,41).

6. 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 (AnxietyScale), Taylor'ın 'Açık Kaygı Ölçeği' (ManifestAnxietyScale) ve Welsh'in Kaygı Ölçeği (AnxietyScale) maddelerinden yararlanılmıştır(14).

Türk toplumunda geçerliliği Necla Öner tarafından gösterilmiştir(14). Türkçe'ye 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. Preoperatifanksiyete ölçümünde yaygın olarak kullanılır.

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

7. Vücut kitle indeksi

Vücut kitle indeksi(VKİ), kilogram cinsinden vücut ağırlığının, metre cinsinden boyun karesine oranı ile elde edilir ve günümüzde obezite tanımında belirleyicidir. Son zamanlarda obezite ile ilişkili sağlık sorunlarında abdominalobezitenin belirteci olan bel çevresinin önemi anlaşılmasına rağmen obezite tanımında vücut kitle indeksi (VKİ) halen geçerliliğini korumaktadır(42).

8. Obezite

Obezite vücutta aşırı yağ depolanması olarak tanımlanmakta ve beden kitle indeksi (BKİ) 30'un üzerinde olan bireyler obez olarak kabul edilmektedir(43).

Obezite günümüzde dünyada özellikle gelişmiş ülkelerde en önemli sağlık problemi haline gelmiştir. Dünya Sağlık Örgütü ICD-10'da obeziteyi bir hastalık olarak tanımlamış

ve Vücut Kitle İndeksi (VKİ) 18.5 kg/m^2 altını zayıf, VKİ $18.5-25 \text{ kg/m}^2$ arasını normal kilolu, VKİ $25-30 \text{ kg/m}^2$ arasını aşırı kilolu, VKİ $30-35 \text{ kg/m}^2$ arasını Grade 1 obezite, VKİ $35-40 \text{ kg/m}^2$ arasını Grade 2 obezite ve VKİ 40 kg/m^2 ve üstünü ise Grade 3 obezite olarak sınıflandırmıştır(44).

Obezitenin hipertansiyon, hiperlipidemi, diabetes mellitus, karaciğer fonksiyon bozukluğu, uyku apne sendromu gibi çok değişik fiziksel bozuklukların gelişmesine neden olduğu bilinmektedir(45).

Çoğu çalışmada genel popülasyonda normal ağırlıklı bireylerle karşılaştırıldığında obez bireylerde yeme bozuklukları, anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları ve özellikle duygudurum bozukluklarının daha sık olduğu gösterilmiştir (6).



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 03.03.2014 tarih ve 2014/25 sayılı onay alınmıştır.

Araştırmanın Modeli

Çalışmamızda, elektif cerrahi (genel cerrahi, göz cerrahisi, plastik ve rekonstruktif cerrahi, jinekolojik ve obstetrik cerrahi, kalp damar cerrahi, göğüs cerrahi, beyin cerrahi, ürolojik cerrahi, ortopedik cerrahi, kulak burun boğaz cerrahi) planlanan ve Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD) anestezi uygulama kılavuzunun belirlediği cerrahi grade sınıflamasına göre grade 2 (30 dakika – 1 saat süren, vital organların çok az etkilendiği operasyonlar (ingiüinalherni onarımı, tonsillektomi, artroskopi, sistoskopi vb.)) ve grade 3 (1 – 4 saat süren, transfüzyon gerektirecek kanama da olabilecek, vital organların orta derecede etkilendiği operasyonlar (mide rezeksiyonu, abdominalhisterektomi, orta kulak ameliyatı, v.b.)) olan hastalardaki preoperatif fonksiyon düzeyinin vücut kitle indeksine göre karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Araştırma Evreni ve Örnekleme

Çalışma evrenini 1 Nisan 2014 - 31 Temmuz 2014 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı'na elektif cerrahi (genel cerrahi, göz cerrahisi, plastik ve rekonstruktif cerrahi, jinekolojik ve obstetrik cerrahi, kalp damar cerrahi, göğüs cerrahi, beyin cerrahi, ürolojik cerrahi, ortopedik cerrahi, kulak burun boğaz cerrahi) nedeniyle başvuran, cerrahigrade sınıflamasına göre grade 2 (30 dakika – 1 saat süren, vital organların çok az etkilendiği operasyonlar (ingiüinalherni onarımı, tonsillektomi, artroskopi, sistoskopi vb.)) ve grade 3 (1 – 4 saat süren, transfüzyon gerektirecek kanama da olabilecek, vital organların orta derecede etkilendiği operasyonlar (mide rezeksiyonu, abdominalhisterektomi, orta kulak ameliyatı, v.b.)) olan, 18 ile 65 yaş arasındaki ASA 1-3 risk indeksindeki hastalar oluşmaktadır. Çalışma evrenine alınan hastaların eğitim durumuna bakılmaksızın (anket

soruları okur-yazar olmayan hastalara teker teker okunup yeterli düşünme süresi tanınarak, hastanın verdiği cevaplara göre işaretlenerek) çalışmaya katılımları gönüllülük esasına ve onamlarının alınmasıyla sağlanmıştır(EK-1). Bilinen psikiyatrik rahatsızlığı olan, sağlık personeli olan, değerlendirmede kısıtlılığa neden olacak herhangi bir tıbbi problemi olan ve çalışmaya dahil olmak istemeyen hastalar çalışma kapsamı dışında tutulmuştur. Çalışma örnekleme 248 hastadan oluşmaktadır.

Veri Toplama Araçları

Preoperatif dönemde anestezi polikliniğimizde anket formlarını okuyazar olan hastalardan kendilerinin, okuyazar olmayan hastalara ise 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, medeni durum, eğitim durumu, kilo, boy, vücut kitle indeksi, mesleği, operasyon öyküsü, daha önce uygulanan anestezi yöntemi, ASA skoru, operasyonun grade sınıflaması ve ek hastalığı ile ilgili demografik bilgiler yer almıştır (EK-2). İkinci bölümde; durumsal ve sürekli anksiyeteyi ölçen, Türk toplumunda adaptasyonu, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Necla Öner ve Le Compte tarafından 1983 yılında yapılan 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.

Durumluk kaygı ölçeğinin yanıtlanmasında; maddelerin ifade ettiği duyuş, düşünce ya da davranışların şiddet derecesine göre ‘ (1) hiç, (2) biraz, (3) çok, (4) tamamıyla’ şıklarından birinin seçilmesi; süreklilik kaygı ölçeğinin yanıtlanmasında ise; maddelerin ifade ettiği duyuş, düşünce ya da davranışların sıklık derecesine göre, ‘ (1) hemen hiçbir zaman, (2) bazen, (3) çok zaman ve (4) 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 sakin hissediyorum" ifadesi de tersine dönmüş ifadelerle örnek olarak gösterilebilir. Bu durumda "huzursuzum" ifadesi için 4 ağırlıklı bir seçenek, "kendimi sakin 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, sürekli 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.

İstatistiksel İşlemler

Veri analizi Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi BiyoistatistikA.D.'da yapıldı.Çalışmamızdaki tüm istatistiksel değerlendirmeler SPSS for Windows 13.0 Türkçe paket programı yardımıyla yapılmıştır (Lisans no:9069727) (46). Verilerin özetlenmesinde nominal veri sayı ve yüzde (%) ile, ölçümsel veriler ortalama ve standart sapma olarak ifade edilmiştir. İstatistiksel analizde nominal veriler için ki-kare testi; ölçümsel verilerde t-testi veya Mann Whitney U testi kullanılmıştır ve $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

IV-BULGULAR

1. Demografik Özellikler

1 Nisan 2014 - 31 Temmuz 2014 tarihleri arasında preoperatif değerlendirme için anestezi polikliniğimize yaklaşık 4800 hasta başvurmuştu. Polikliniğimizde değerlendirilen bu hastaların yaklaşık %20 si 18 yaş altı veya 65 yaş üzeri olan, hastaların yaklaşık %25 i cerrahi grade sınıflamasına göre grade 2 ve grade 3 olmayan, yaklaşık %2,4 ü ASA 1-3 risk indeksinde olmayan, yaklaşık %5,5 i psikiyatrik hastalığı olan, değerlendirmede kısıtlılığa neden olacak tıbbi problemi olan veya sağlık personeli olup %47,1 i çalışmamıza uygun olan hastalardan oluşmakta idi. Çalışmamız polikliniğe başvuran yaklaşık 4800 hastadan çalışmamıza uygun olup ve anket doldurmayı kabul eden ve anketleri eksiksiz dolduran 248 (%5,1) hasta üzerinde yapılmıştır.

Çalışmada değerlendirilen hastaların demografik özellikleri tablo 1 de özetlenmiştir.

Çalışmaya katılan toplam 248 hastanın 117'si (%47,2) erkek, 131'i (%52,8) kadındır. Eğitim durumuna göre 4 gruba ayrılan hastaların 10'u (%4,0) 'okuryazar olmayan' grupta, 98'i (%39,5) 'ilköğretim mezunu' olan grupta, 66'sı (%26,6) 'lise mezunu' olan grupta ve 74'ü (29,8) 'üniversite-yüksek okul mezunu' olan grupta yer almıştır. Medeni duruma göre 2 gruba ayrılan hastaların 157'si (%63,3) evli, 91'i (%36,7) bekâr ve dul hastalardan oluşmuştur. Meslek sahibi olup olmama durumuna göre 2 grupta değerlendirilen hastaların 144'ü (%58,1) mesleği olmayan, 104 'ü (%41,9) meslek sahibi olanlardan oluşmuştur (tablo 1).

Daha önceden herhangi bir operasyon geçirip geçirmeme öyküsüne göre 2 grupta değerlendirilen hastaların 101'i (%40,7) daha önceden operasyon öyküsü olmayanlardan, 147'si (%59,3) ise en az bir kez operasyon tecrübesi olan hastalardan oluşmuştur. Daha önceden uygulanan anestezi yöntemine göre 5 grupta değerlendirilen hastaların 101'i (%40,7) anestezi deneyimi olmayanlardan, 7'si (%2,8) sedoanaljezi uygulanan, 31'i (%12,5) rejyonel anestezi uygulanan, 96'sı (%38,7) genel anestezi uygulanan ve 13'ü (%5,2) birden fazla anestezi yöntemi deneyimi olan hastalardan oluşmuştur (tablo 1).

Fiziksel durum açısından (ASA) hastalar 3 gruba ayrılmıştır. Buna göre hastaların 170'i (%68,5) ek hastalığı bulunmayan ASA-I hastalardan, 67'si (%27,0) hipertansiyon, diabetes mellitus, kalp ve diğer sistemik hastalıklar gibi hastalıklar açısından herhangi bir ek hastalığı bulunan ve hastalığı açısından değerleri normal sınırlar arasında bulunan ASA-

II hastalardan ve 11'i (%4,4) aktivitesini sınırlayan, ancak güçsüz bırakmayan hastalığı (hipovolemi, latent kalp yetmezliği, geçirilmiş miyokard infarktüsü, ileri diabet, sınırlı akciğer fonksiyonu gibi) olan ASA-III hastalardan oluşmuştur. Ek hastalıkların mevcut olup olmama durumuna göre 2 grupta değerlendirilen hastaların 169'unun (%68,1) ek hastalığının bulunmayan, 79'u (%31,9) diyabet, hipertansiyon, astım vb gibi ek hastalığı bulunanlardan oluşmuştur. Yapılması planlanan operasyonun cerrahi grade sınıflamasına göre 2 gruba ayrılan hastaların 157'si (%63,3) grade 2 operasyon uygulanacak olan, 91'i (%36,7) grade 3 operasyon uygulanacak olanlardan oluşmaktadır (tablo 1).

Vücut kitle indeksine göre 4 grupta değerlendirilen hastaların 10'u (%4,0) zayıf, 94'ü (%37,9) normal kilolu, 79'u (%31,9) fazla kilolu, 65'i (%26,2) obez olanlardan oluşmuştur (Tablo 1).

Tablo 1:Hastaların demografik özellikleri

		n (sayı)	Yüzde(%)
CİNSİYET	Erkek	117	47,2
	Kadın	131	52,8
EĞİTİM	Okuryazar Değil	10	4,0
	İlköğretim	98	39,5
	Lise	66	26,6
	Üniversite ve üstü	74	29,8
MEDENİ HAL	Evli	157	63,3
	Bekar/Dul	91	36,7
ASA	I	170	68,5
	II	67	27,0
	III	11	4,4
MESLEK DURUMU	Çalışmıyor	144	58,1
	Çalışıyor	104	41,9
OPERASYON ÖYKÜSÜ	Öykü yok	101	40,7
	Öykü var	147	59,3
ANESTEZİ ÖYKÜSÜ	Öykü yok	101	40,7
	Sedoanaljezi	7	2,8
	Rejyonel anestezi	31	12,5
	Genel anestezi	96	38,7
	Birden fazla anestezi yöntemi	13	5,2
CERRAHİ GRADE	Grade 2	157	63,3
	Grade 3	91	36,7
VÜCUT KİTLE İNDEKSİ	Zayıf	10	4,0
	Normal kilolu	94	37,9
	Fazla kilolu	79	31,9
	Obez	65	26,2

2. Genel Değerler

Çalışmaya alınan 248 hasta ile ilgili preoperatif anksiyete ölçümlerin genel değerlendirmesi tablo 2’ de gösterilmiştir. Hastaların yaşları 18 ile 65 arasında olup ortalama yaş $37,52 \pm 13,5$ yıldır. Hastaların vücut kitle endeksi ortalaması $26,7939 \pm 6,15864$ bulunmuştur. Preoperatif dönemde yapılan anketlerde STAI-I değerleri 27 ile 80 arasında; STAI-II değerleri ise 33 ile 74 arasında saptanmıştır. Preoperatif STAI-I ortalama değerleri $44,37 \pm 8,918$ olarak hesaplanmış olup aynı dönemdeki STAI-II ortalama değeri ise $47,88 \pm 6,436$ bulunmuştur. Hastaların preoperatif STAI-I ortalamasının STAI-II değerinden düşük olduğu ve hastaların süreklilik anksiyetesinin yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 2: Hastaların ortalama STAI-I ve STAI-II değerleri

	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
STAI-I	27	80	44,37	8,918
STAI-II	33	74	47,88	6,436

3. Durumluk Kaygı Ölçeğine Ait Bulgular

Araştırmaya alınan hastaların genel değerlendirmesine göre preoperatif dönemde erkekler ile bayanların Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-I) değerleri ve bu değerlerin Mann-Whitney U testi ile birbirleriyle karşılaştırılması tablo 3’ te özetlenmiştir. Erkek hastalar ile bayan hastaların preoperatif STAI-I değerlerinin ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 3: Hastaların cinsiyetlerine göre ortalama STAI-I değerleri

HASTA	n (sayı)	Ortalama STAI-I puanı	P değeri
ERKEK	117	45,34	0,081
BAYAN	131	43,50	

$p > 0,05$

Araştırmaya alınan hastaların genel değerlendirmesine göre preoperatif dönemde yaşları 18-35 arasında olan hastalar ile yaşları 35 yaşın üstünde olan hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-I) değerleri ve bu değerlerin Mann-Whitney U testi ile birbirleriyle karşılaştırılması tablo 4’ te özetlenmiştir. Preoperatif STAI-I değerlerinin ortalaması yaşları 35 yaşın üstünde olan hastalarda yaşları 18-35 yaş arasında olan hastalara oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4:Hastaların yaşlarına göre ortalama STAI-I değerleri

HASTA	n (sayı)	Ortalama STAI-I puanı	P değeri
18-35 YAŞ	119	42,63	0,001*
35 YAŞ ÜSTÜ	129	45,98	

* $p<0,05$ (35 yaş üstünde olan hastaların ortalama STAI-I değerleri 18-35 yaş arasında olan hastaların ortalama STAI-I değerlerinden istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu($p:0,001$))

Araştırmaya alınan hastaların genel değerlendirmesine göre preoperatif dönemde evli olan hastalar ile bekar ve dul olan hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-I) değerleri ve bu değerlerin Mann-Whitney U test ile birbirleriyle karşılaştırılması tablo 5’ te özetlenmiştir. Preoperatif STAI-I değerlerinin ortalaması evli olan hastalarda bekar ve dul olan hastalara oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 5:Hastaların medeni durumlarına göre ortalama STAI-I değerleri

HASTA	n (sayı)	Ortalama STAI-I puanı	P değeri
EVLİ	157	45,72	0,003*
BEKAR VE DUL	91	42,04	

* $p<0,05$ (evli olan hastaların ortalama STAI-I değerleri bekar ve dul olan hastaların ortalama STAI-I değerlerinden istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu($p:0,003$))

Araştırmaya alınan evli hastaların genel değerlendirilmesine göre preoperatif dönemde evli olan erkek hastalar ile evli olan bayan hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-I) değerleri ve bu değerlerin T test ile birbirleriyle karşılaştırılması tablo 6’ da özetlenmiştir. Preoperatif STAI-I değerlerinin ortalaması evli olan erkek hastalarda evli olan bayan hastalara oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur($p<0,05$).

Tablo 6:Evli olan erkek ve bayan hastaların ortalama STAI-I değerleri

HASTA	n (sayı)	Ortalama STAI-I puanı	P değeri
EVLİ ERKEK	68	47,87	0,015*
EVLİ BAYAN	89	44,08	

* $p<0,05$ (evli erkek hastaların ortalama STAI-I değerleri evli bayan hastaların ortalama STAI-I değerlerinden istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu($p:0,015$))

Araştırmaya alınan hastaların genel değerlendirilmesine göre preoperatif dönemde eğitim durumuna göre hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-I) değerleri ve bu değerlerin Mann-Whitney U testi ile birbirleriyle karşılaştırılması tablo 7’ de özetlenmiştir. Preoperatif STAI-I değerlerinin ortalaması okur-yazar olmayan veya ilköğretim mezunu olan hastalarda eğitim durumu lise ve üzeri olan hastalara oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 7:Hastaların eğitim durumuna göre ortalama STAI-I değerleri

HASTA	n (sayı)	Ortalama STAI-I puanı	P değeri
OKUR-YAZAR OLMAYAN VEYA İLKOKUL MEZUNU OLAN	108	46,55	0,001*
LİSE VE ÜZERİ OLAN	140	42,69	

* $p<0,05$ (okur-yazar olmayan veya ilkokul mezunu olan hastaların ortalama STAI-I değerleri eğitim durumu lise ve üzeri olan hastaların ortalama STAI-I değerlerinden istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu($p:0,001$))

Araştırmaya alınan hastaların genel değerlendirilmesine göre preoperatif dönemde mesleki durumuna göre çalışan hastalar ile çalışmayan hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-I) değerleri ve bu değerlerin Mann-Whitney U testi ile birbirleriyle karşılaştırılması tablo 8’ de özetlenmiştir. Preoperatif STAI-I değerlerinin ortalaması çalışan hastalar ile çalışmayan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 8:Hastaların mesleki durumuna göre ortalama STAI-I değerleri

HASTA	n (sayı)	Ortalama STAI-I değeri	P değeri
ÇALIŞAN	104	44,74	0,259
ÇALIŞMAYAN	144	44,10	

$p>0,05$

Araştırmaya alınan hastaların genel değerlendirilmesine göre preoperatif dönemde daha önce operasyon öyküsü olan hastalar ile operasyon öyküsü olmayan hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-I) değerleri ve bu değerlerin Mann-Whitney U testi ile birbirleriyle karşılaştırılması ve operasyon öyküsü olan hastaların uygulanan anestezi yöntemlerine göre sınıflandırılan hastaların (STAI-I) değerleri ve bu değerlerin Kruskal-Wallis testi ile birbirleriyle karşılaştırılması tablo 9 ve tablo 10’ da özetlenmiştir. Preoperatif STAI-I değerlerinin ortalaması gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 9:Hastaların operasyon öyküsüne göre ortalama STAI-I değerleri

HASTA	n (sayı)	Ortalama STAI-I değeri	P değeri
OPERASYON ÖYKÜSÜ OLAN	147	44,82	0,323
OPERASYON ÖYKÜSÜ OLMAYAN	101	43,72	

$p>0,05$

Tablo 10:Hastaların anestezi öykülerine göre ortalama STAI-I değerleri

ANESTEZİ ÖYKÜSÜ	n (sayı)	Ortalama STAI-I değeri	P değeri
SEDOANALJEZİ	7	44,14	0,592
REJYONEL ANESTEZİ	31	45,65	
GENEL ANESTEZİ	96	44,82	
BİRDEN FAZLA ANESTEZİ YÖNTEMİ ÖYKÜSÜ OLAN	13	43,15	

p>0,05

Araştırmaya alınan hastaların genel değerlendirilmesine göre preoperatif dönemde ASA risk sınıflamasına göre hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-I) değerleri ve bu değerlerin Kruskal-Wallis testi ile birbirleriyle karşılaştırılması tablo 11’ de özetlenmiştir. Preoperatif STAI-I değerlerinin ortalaması gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark bulunamamıştır (p>0,05).

Tablo 11:Hastaları ASA değerlerine göre ortalama STAI-I değerleri

HASTALARIN ASA SINIFLAMASI	n (sayı)	Ortalama STAI-I puanı	P değer
ASA I	170	44,14	0,182
ASA II	67	44,12	
ASA III	11	49,45	

p>0,05

Araştırmaya alınan hastaların genel değerlendirilmesine göre preoperatif dönemde ek hastalığı olan hastalar ile ek hastalığı olmayan hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-I) değerleri ve bu değerlerin Mann-Whitney U testi ile birbirleriyle karşılaştırılması tablo 12’ de özetlenmiştir. Preoperatif STAI-I değerlerinin ortalaması gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark bulunamamıştır (p>0,05).

Tablo 12:Hastaların ek hastalığı durumuna göre ortalama STAI-I değerleri

HASTALAR	n (sayı)	Ortalama STAI-I puanı	P değeri
EK HASTALIĞI OLAN	79	45,01	0,294
EK HASTALIĞI OLMAYAN	169	44,07	

p>0,05

Araştırmaya alınan hastaların genel değerlendirilmesine göre preoperatif dönemde cerrahi grade sınıflamasına göre grade 2 olan hastalar ile grade 3 olan hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-I) değerleri ve bu değerlerin Mann-Whitney U testi ile birbirleriyle karşılaştırılması tablo 13’ te özetlenmiştir. Preoperatif STAI-I değerlerinin ortalaması gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark bulunamamıştır (p>0,05).

Tablo 13:Hastaların cerrahi grade sınıflamasına göre ortalama STAI-I değerleri

HASTALAR	n (sayı)	Ortalama STAI-I puanı	P değeri
GRADE 2 OLAN	157	44,02	0,240
GRADE 3 OLAN	91	44,98	

p>0,05

4. Vücut kitle indeksine ait bulgular

Araştırmaya alınan hastaların genel değerlendirilmesine göre erkek hastalar ile bayan hastaların vücut kitle indeks değerleri ve bu değerlerin T testi ile birbirleriyle karşılaştırılması tablo 14’ de özetlenmiştir. Vücut kitle indeksi ortalaması gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark bulunamamıştır (p>0,05).

Tablo 14:Hastaların cinsiyetine göre VKİ değerlerinin ortalaması

HASTA	n (sayı)	Ortalama VKİ değeri	P değeri
ERKEK	117	26,2380	0,180
BAYAN	131	27,2904	

$p>0,05$

Araştırmaya alınan hastaların genel değerlendirilmesine göre yaşları 18-35 arasında olan hastalar ile yaşları 35 yaşın üstünde olan hastaların vücut kitle indeksi değerleri ve bu değerlerin T testi ile birbirleriyle karşılaştırılması tablo 15’ de özetlenmiştir. Vücut kitle indeksi ortalaması yaşları 35 ve üzeri olan hastalarda yaşları 18-35 arasında olan hastalara oranla istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur($p<0,05$).

Tablo 15: Hastaların yaşlarına göre VKİ değerlerinin ortalaması

HASTA	n (sayı)	Ortalama VKİ değeri	P değeri
18-35 YAŞ	119	23,74	0,00*
35 YAŞ ÜSTÜ	129	29,60	

* $p<0,05$ (35 yaş üstü olan hastaların ortalama VKİ değerleri yaşları 18-35 olan hastaların ortalama VKİ değerlerinden istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu($p:0,00$))

Araştırmaya alınan hastaların genel değerlendirilmesine göre eğitim durumuna göre hastaların vücut kitle indeksi değerleri ve bu değerlerin T test ile birbirleriyle karşılaştırılması tablo 16’ da özetlenmiştir. Vücut kitle indeksi değerlerinin ortalaması okur-yazar olmayan veya ilköğretim mezunu olan hastalarda eğitim durumu lise ve üzeri olan hastalara oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 16:Hastaların eğitim durumuna göre VKİ ortalama değerleri

HASTALAR	n (sayı)	Ortalama VKİ değeri	P değeri
OKUR-YAZAR OLMAYAN VEYA İLKOKUL MEZUNU	108	29,5149	0,000*
LİSE VE ÜZERİ	140	24,6949	

* $p<0,05$ (okur-yazar olmayan veya ilkokul mezunu olan hastaların ortalama VKİ değerleri eğitim durumu lise ve üzeri olan hastaların ortalama VKİ değerlerinden istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu($p:0,000$))

Araştırmaya alınan hastaların genel değerlendirilmesine göre medeni durumu bekar veya dul olan hastalar ile evli olan hastaların vücut kitle indeks değerleri ve bu değerlerin T testi ile birbirleriyle karşılaştırılması tablo 17’ de özetlenmiştir. Vücut kitle indeksi ortalaması evli olan hastalarda bekar veya dul olan hastalara oranla istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur($p<0,05$).

Tablo 17:Hastaların medeni durumuna göre VKİ değerlerinin ortalaması

HASTA	n (sayı)	Ortalama VKİ değeri	P değeri
EVLİ	157	28,81	0,00*
BEKAR VE DUL	91	23,30	

* $p<0,05$ (evli olan hastaların ortalama VKİ değerleri bekar ve dul olan hastaların ortalama VKİ değerlerinden istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu($p:0,00$))

Araştırmaya alınan hastaların mesleki durumuna göre çalışan hastalar ile çalışmayan hastaların vücut kitle indeks değerleri ve bu değerlerin T testi ile birbirleriyle karşılaştırılması tablo 18’ de özetlenmiştir. Vücut kitle indeksi değerlerinin ortalaması gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır($p>0,05$).

Tablo 18:Hastaların mesleki durumuna göre VKİ değerlerinin ortalaması

HASTALAR	n (sayı)	Ortalama VKİ değeri	P değeri
ÇALIŞAN	104	27,09	0,329
ÇALIŞMAYAN	144	26,37	

p>0,05

Araştırmaya alınan hastaların ek hastalığı olan hastalar ile ek hastalığı olmayan hastaların vücut kitle indeks değerleri ve bu değerlerin T testi ile birbirleriyle karşılaştırılması tablo 19’ da özetlenmiştir. Vücut kitle indeksi değerlerinin ortalaması ek hastalığı olan hastaların ek hastalığı olmayan hastalara oranla istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur(p<0,05).

Tablo 19:Hastaların ek hastalığı durumuna göre VKİ değerlerinin ortalaması

HASTALAR	n (sayı)	Ortalama VKİ değeri	P değeri
EK HASTALIĞI OLAN	79	30,44	0,00*
EK HASTALIĞI OLMAYAN	169	25,08	

* p<0,05 (ek hastalığı olan hastaların ortalama VKİ değerleri ek hastalığı olmayan hastaların ortalama VKİ değerlerinden istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu(p:0,00))

Araştırmaya alınan hastaların genel değerlendirilmesine göre preoperatif dönemdevücut kitle indeksine göre hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-I) ve Süreklilik Kaygı Ölçeği (STAI-II) değerleri ve bu değerlerin OnewayAnova testi ile birbirleriyle karşılaştırılması tablo 20 ve tablo 21’ de özetlenmiştir. Preoperatif STAI-I ve STAI-II değerlerinin ortalaması gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark bulunamamıştır (p>0,05)(Şekil 1).

Tablo 20:Hastaların VKİ değerlerine göre ortalama STAI-I değerleri

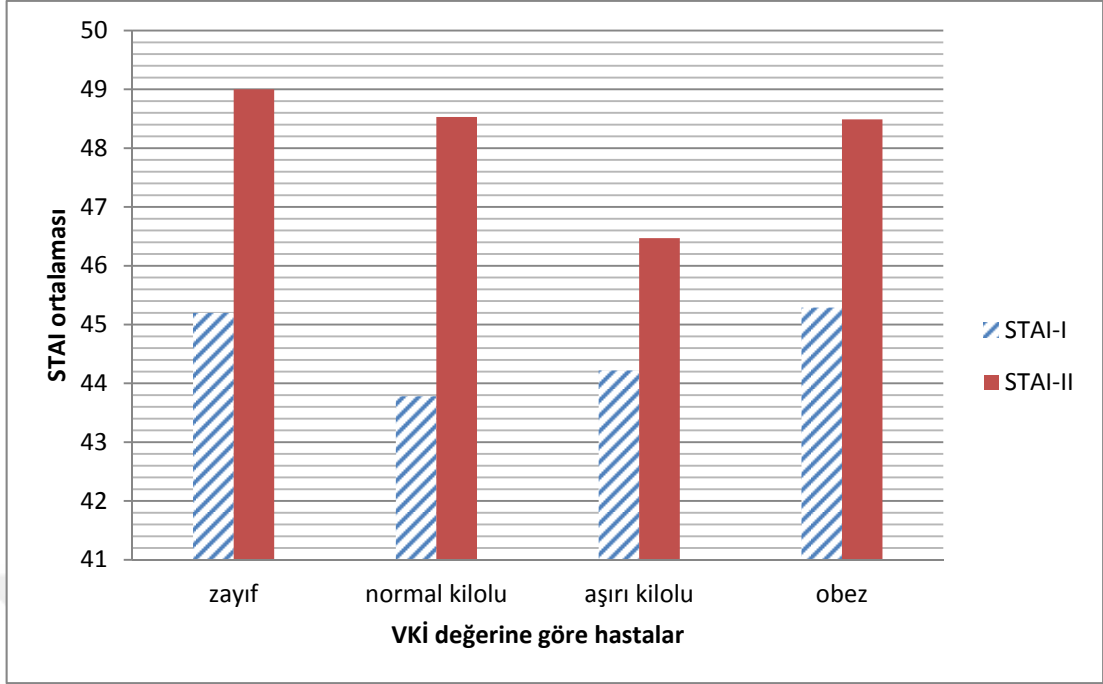
HASTALAR	n (sayı)	Ortalama STAI-I puanı	P değeri
ZAYIF	10	45,20	0,750
NORMAL KİLOLU	94	43,78	
FAZLA KİLOLU	79	44,22	
OBEZ	65	45,29	

p>0,05

Tablo 21:Hastaların VKİ değerlerine göre ortalama STAI-II değerleri

HASTALAR	n (sayı)	Ortalama STAI-II puanı	P değeri
ZAYIF	10	49,00	0,129
NORMAL KİLOLU	94	48,53	
FAZLA KİLOLU	79	46,47	
OBEZ	65	48,49	

p>0,05



Şekil 1 Hastaların VKİ değerlerine göre STAI-I ve STAI-II değerlerinin karşılaştırılması

$p > 0,005$ STAI-I ortalama değerleri için ($p:0,750$)

$p > 0,005$ STAI-II ortalama değerleri için ($p:0,129$)

Araştırmaya alınan hastaların genel değerlendirmesine göre preoperatif dönemde ortalama STAI-I ve VKİ değerlerinin evli, 35 yaş üstü ve okur-yazar olmayan veya ilköğretim mezunu olan hastalarda diğer gruplarla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Tablo 22).

Tablo 22. Hastaların VKİ ve STAI-I Değerleri

HASTA	N	STAI-I		VKİ	
		Ortalama	P değeri	Ortalama	P değeri
EVLİ	157	45,72	0,003	28,81	0,00*
BEKAR VEYA DUL	91	42,04		23,30	
18-35 YAŞ ARASI	119	42,63	0,001*	23,74	0,00*
35 YAŞ ÜSTÜ	129	45,98		29,60	
OKUR-YAZAR OLMAYAN VEYA İLKÖĞRETİM MEZUNU	108	46,55	0,001	29,5149	0,00*
LİSE VE ÜZERİ	140	42,69		24,6949	

5. Obezite durumuna ait bulgular

Araştırmaya alınan hastaların; vücut kitle indeksine göre obez olanlar ve obez olmayanlar olmak üzere iki gruba ayrılarak STAI-I ve STAI-II değerleri ve bu değerlerin Mann-Whitney U ve T test ile birbirleriyle karşılaştırılması tablo 22 ve tablo 23’ de özetlenmiştir. Preoperatif STAI-I ve STAI-II değerlerinin ortalaması obez olan hastalarda obez olmayan hastalara oranla yüksek olmasına rağmen sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildi($p>0,005$)(Şekil 2).

Tablo 23:Hastaların obezite durumlarına göre STAI-I değerlerinin ortalaması

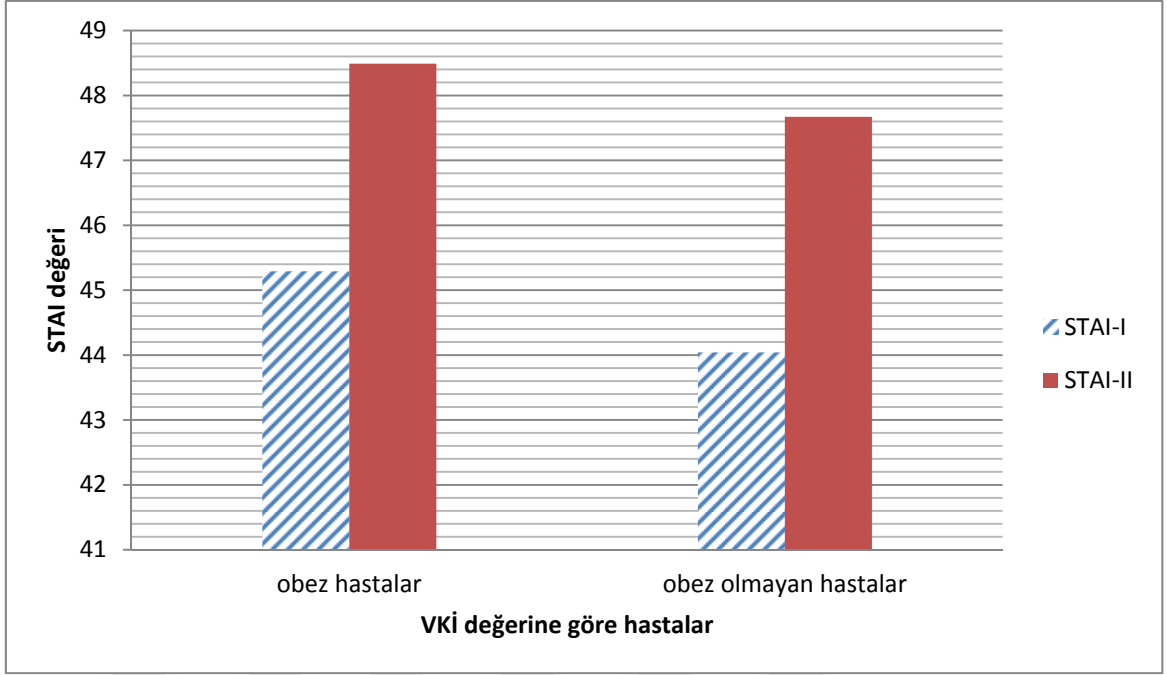
HASTALAR	n (sayı)	Ortalama STAI-I puanı	P değeri
OBEZ	65	45,29	0,074
OBEZ OLMAYAN	183	44,04	

$p>0,05$

Tablo 24: Hastaların obezite durumlarına göre STAI-II değerlerinin ortalaması

HASTALAR	n (sayı)	Ortalama STAI-II puanı	P değeri
OBEZ	65	48,49	0,375
OBEZ OLMAYAN	183	47,67	

$p>0,05$



Şekil 2: Obez hastalar ile obez olmayan hastaların ortalama STAI-I ve STAI-II değerleri

$p > 0,005$ STAI-I ortalama değerleri için ($p: 0,074$)

$p > 0,005$ STAI-II ortalama değerleri için ($p: 0,375$)

Araştırmaya alınan obez hastaların genel değerlendirmesine göre preoperatif dönemde erkek hastalar ile bayan hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-I) değerleri ve bu değerlerin T test ile birbirleriyle karşılaştırılması tablo 24' te özetlenmiştir. Preoperatif STAI-I değerlerinin ortalaması erkek hastalarda bayan hastalara oranla yüksek olmasına rağmen sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p > 0,05$).

Tablo 25: Obez hastaların cinsiyetlerine göre ortalama STAI-I değerleri

OBEZ HASTALAR	n (sayı)	Ortalama STAI-I puanı	P değeri
ERKEK	21	46,14	0,531
BAYAN	44	44,73	

$p > 0,05$

Araştırmaya alınan obez hastaların genel değerlendirmesine göre preoperatif dönemde yaşları 18-35 arasında olan hastalar ile yaşları 35 yaşın üstünde olan hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-I) değerleri ve bu değerlerin T test ile birbirleriyle karşılaştırılması tablo 25' te özetlenmiştir. Preoperatif STAI-I değerlerinin ortalaması yaşları 18-35 yaş arasında olan hastalarda yaşları 35 üzerinde olan hastalara oranla yüksek olmasına rağmen sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildi($p>0,05$).

Tablo 26:Obez hastaların yaşlarına göre ortalama STAI-I değerleri

OBEZ HASTALAR	n (sayı)	Ortalama STAI-I puanı	P değeri
18-35 YAŞ	9	49,22	0,349
35 YAŞ ÜSTÜ	56	44,66	

$p>0,05$

Araştırmaya alınan obez hastaların genel değerlendirmesine göre preoperatif dönemde evli olan hastalar ile bekar ve dul olan hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-I) değerleri ve bu değerlerin T test ile birbirleriyle karşılaştırılması tablo 26' da özetlenmiştir. Preoperatif STAI-I değerlerinin ortalaması evli olan hastalarda bekar ve dul olan hastalara oranla yüksek olmasına rağmen sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildi($p>0,05$).

Tablo 27:Obez hastaların medeni durumlarına göre ortalama STAI-I değerleri

OBEZ HASTALAR	n (sayı)	Ortalama STAI-I puanı	P değeri
EVLİ	57	45,67	0,344
BEKAR VE DUL	8	42,63	

$p>0,05$

Araştırmaya alınan obez hastaların genel değerlendirilmesine göre preoperatif dönemde eğitim durumuna göre hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-I) değerleri ve bu değerlerin T test ile birbirleriyle karşılaştırılması tablo 27' de özetlenmiştir. Preoperatif STAI-I değerlerinin ortalaması okur-yazar olmayan veya ilköğretim mezunu olan hastalarda eğitim durumu lise ve üzeri olan hastalara oranla düşük olmasına rağmen sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Tablo 28:Obez hastaların eğitim durumuna göre ortalama STAI-I değerleri

OBEZ HASTALAR	n (sayı)	Ortalama STAI-I puanı	P değeri
OKURYAZAR OLMAYAN VEYA İLKOKUL MEZUNU	49	44,88	0,603
LİSE VE ÜZERİ	16	46,56	

$p>0,05$

Araştırmaya alınan obez hastaların genel değerlendirilmesine göre preoperatif dönemde ek hastalığı olan hastalar ile ek hastalığı olmayan hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-I) değerleri ve bu değerlerin T testi ile birbirleriyle karşılaştırılması tablo 28' de özetlenmiştir. Preoperatif STAI-I değerlerinin ortalaması gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 29:Obez hastaların ek hastalığı durumuna göre ortalama STAI-I değerleri

OBEZ HASTALAR	n (sayı)	Ortalama STAI-I puanı	P değeri
EK HASTALIĞI OLAN	39	44,13	0,218
EK HASTALIĞI OLMAYAN	26	47,04	

$p>0,05$

Araştırmaya alınan obez hastaların preoperatif dönemde ASA risk sınıflamasına göre Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-I) değerleri ve bu değerlerin Oneway-Anova testi ile birbirleriyle karşılaştırılması tablo 29' da özetlenmiştir. Preoperatif STAI-I değerlerinin ortalaması ASA I hastalarda, ASA II ve ASA III hastalara oranla yüksek olmasına rağmen bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildi($p>0,05$).

Tablo 30:Obez olan hastaları ASA değerlerine göre ortalama STAI-I değerleri

OBEZ HASTALAR	n (sayı)	Ortalama STAI-I puanı	P değeri
ASA I	27	47,37	0,244
ASA II	33	43,70	
ASA III	5	44,60	

$p>0,05$

Araştırmaya alınan obez hastaların genel değerlendirilmesine göre preoperatif dönemde daha önce operasyon öyküsü olan hastalar ile operasyon öyküsü olmayan hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-I) değerleri ve bu değerlerin T testi ile birbirleriyle karşılaştırılması tablo 30' da özetlenmiştir. Preoperatif STAI-I değerlerinin ortalaması gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 31:Obez hastaların operasyon öyküsüne göre ortalama STAI-I değerleri

OBEZ HASTALAR	n (sayı)	Ortalama STAI-I puanı	P değeri
OPERASYON ÖYKÜSÜ OLAN	46	45,30	0,986
OPERASYON ÖYKÜSÜ OLMAYAN	19	45,26	

$p>0,05$

Araştırmaya alınan obez hastaların genel değerlendirilmesine göre preoperatif dönemde cerrahi grade sınıflamasına göre grade 2 olan hastalar ile grade 3 olan hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-I) değerleri ve bu değerlerin T testi ile birbirleriyle karşılaştırılması tablo 31’ de özetlenmiştir. Preoperatif STAI-I değerlerinin ortalaması gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 32:Obez hastaların operasyon grade sınıflamasına göre ortalama STAI-I değerleri

OBEZ HASTALAR	n (sayı)	Ortalama STAI-I puanı	P değeri
GRADE 2	28	46,32	0,397
GRADE 3	37	44,51	

$p>0,05$

V-TARTIŞMA

Cerrahi planlanan hastalarda operasyon öncesi anksiyete hali mevcut olduğundan bu durumun nedenlerinin araştırılması ve giderilmesi amacıyla yapılan birçok çalışma mevcuttur. Ameliyat öncesinde hastanın anksiyete düzeyini; yapılacak işlemler hakkında bilgi sahibi olmamak, hastanın kişisel özellikleri, yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, yapılacak operasyon etkilemektedir(47). Bizde çalışmamızda preoperatif anksiyete düzeyinin vücut kitle indeksi ile arasındaki ilişkiyi araştırdık.

Birçok çalışmada anksiyete ölçümü ve hasta değerlendirilmesi preoperatif vizit sırasında yapılmıştır. Arellano ve ark.preoperatifvizitin zamanlamasını belirlemek amacıyla yaptıkları bir çalışmada, hastaların bir hafta önce, bir gün önce ve ameliyattan hemen önceki anksiyete düzeyleri arasında fark bulamamış, ancak ameliyattan hemen önce anestezi tarafından görülen hastanın anksiyete derecesinde anlamlı azalma olduğunu göstermiştir(48). Morita ve ark.ameliyattan önceki gün ve ameliyat odasına vardığında STAI ile anksiyete değerlendirmiş, preoperatif anksiyete düzeyleri yüksek olmasına rağmen ameliyat odasında önceki güne göre STAI değerlerinde artma saptamamışlardır(49). 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(50). Biz de çalışmamızda anksiyete ölçümünü operasyon öncesi bir gün ile bir haftalık zaman dilimi içerisinde yaptık.

Preoperatif anksiyete düzeyinin değerlendirilmesinde yapılan çalışmalarda birçok değişik metodlar 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. Tüm metodlarla sonuçlar yakından korale bulunmuştur(51).Ameliyat öncesi anksiyete ölçümünde kullanılan STAI literatürdealtın standart olarak gösterilmektedir(52).

Bizim de çalışmamızda ameliyat öncesi anksiyete düzeyini değerlendirmede STAI testi kullanılmıştır.

Preoperatif dönemde hastalarda anksiyete düzeyinin arttığı yapılan birçok çalışmalarda gösterilmiştir. Norris ve Baird tarafından yapılan bir çalışmada 352'si jinekolojik hastalardan oluşan 500 kişilik hasta grubunun %60'ının anksiyöz olduğunu bildirmiştir (53). Domar ve ark. 523 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada STAI ölçeğine göre ortalama anksiyete skorunu 45 olarak bildirmişlerdir(54). Gönüllü ve ark.da 83 hastada preoperatifanksiyete düzeyini araştırmak amacı ile yaptıkları çalışmada cerrahiden iki gün önce hastalara STAI uygulamışlar ve ölçülen anksiyete değerini 40,76 olarak tespit etmişlerdir(55). Biz de çalışmamızda hastaların preoperatif STAI-I ortalamasını 44,37 olarak saptadık ve bizim örneklemimizdeki anksiyete değerinin daha önce yapılan çalışmalarda bildirilen anksiyete düzeyleriyle uyumlu olduğunu gördük(Tablo 2).

Yapılan birçok çalışmada anksiyete düzeyinin bayan hastalarda erkek hastalara göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir(3,56). Bayan hastalar ile erkek hastalar arasındaki bu farkın erkeklere oranla kadınların endişelerini, korkularını daha rahat ifade edebildikleri 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(57). Bizim çalışmamızda hastaların anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesinde; erkeklerin STAI-I ortalaması (45,34) bayanların STAI-I ortalamasından (43,50) daha yüksek bulunmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü($p>0,05$)(Tablo 3).

Yaşın preoperatifanksiyete düzeyi üzerine etkisinin araştırıldığı çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Shevde ve Panagopoulos yaşlı hastalarda endişe düzeyinin daha düşük olduğunu belirtmişlerdir(58). Ramsay orta yaş grubunda anksiyete skorunun yüksek olduğunu bildirmiş ve bu durumu orta yaşlarda hastaların ailelerine karşı sorumluluklarının fazla oluşuna bağlamıştır(33). Grabow ve ark.yapmış olduğu bir çalışmada gençlerde preoperatifanksiyete düzeyinin yüksek olduğunu bildirilmiştir(59). Aykent ve ark. çalışmalarında anksiyetenin otuz yaş altı grupta daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir.

Yaşlılarda gençlerden farklı olarak daha kadercı bakış açısının hâkim oluşu, gençlerin iletişim araçlarını daha yakından takip edebilmeleri ve sağlık alanında yaşanan olumsuz olaylardan haberdar olmaları bu sonuçta etkili olarak değerlendirilmiştir(60). Moerman ve ark. 320 hasta üzerinde ve Badner ve ark. 96 hasta üzerinde preoperatif anksiyeteyi değerlendirdikleri çalışmalarında yaşınpreoperatifanksiyete düzeyini etkilemediğini bildirmişlerdir(61,3). Bizim çalışmamızda da preoperatif STAI-I değerlerinin ortalaması yaşları 35 yaşın üstünde olan hastalarda yaşları 18-35 yaş arasında olan hastalara oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur(Tablo 4). Bu sonucun ölüm korkusu, ek hastalıklar nedeniyle hayat konforunun düşük olması, bakıma muhtaç hale gelmek gibi endişelerin gençlere oranla daha fazla olmasından kaynaklanabileceğini düşünüyoruz ($p<0,05$).

Demir ve ark.yaptığı çalışmada medeni durum ile ameliyat öncesi anksiyete arasında anlamlı bir ilişki saptanamamış olup, bekâr hastalarda anksiyeteskorları, dul ve evli gruplara göre daha yüksek bulunmuştur(35). Bizim çalışmamızda ise evli olan hastaların STAI-I değerlerinin ortalaması medeni durumu bekarveya dul olan hastalara oranla istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek bulundu($p<0,05$)(Tablo 5). Yine çalışmamıza göre evli olan hastalara bakıldığında evli olan erkek hastaların STAI-I ortalaması (47,87) evli bayan hastaların STAI-I ortalamasına (44,08) oranla istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu($p>0,05$)(Tablo 6). Evli hastalarda anksiyete düzeyinin yüksek olmasının ailelerine karşı olan sorumluluk bilincinden kaynaklanabileceğini düşünüyoruz.

Preoperatif anksiyete üzerine yapılan çalışmalarda eğitim durumunun anksiyete düzeyi üzerine etkisinin farklı derecelerde olduğu görülmüştür. Sağır ve ark. 210 hasta üzerinde yapmış oldukları bir çalışmada eğitim durumunun preoperatif anksiyeteyi etkilemediğini göstermişlerdir(9). Buna karşı Caumo ve ark. yapmış oldukları çalışmada 12 yıldan uzun eğitim almış kişilerde preoperatif anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir(62). Badner ve ark. ile Kindler ve ark.'nin yaptıkları çalışmalar da bunu destekler niteliktedir(3,63). 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(62,63,64). Bizim çalışmamızda

ise anksiyete düzeyi en yüksek grup okuryazar olmayan hastalar olmakla birlikte eğitim düzeyi arttıkça anksiyete düzeyinin azaldığı görülmektedir($p<0,05$)(Tablo 7). Bu durumun sosyoekonomik düzeyi düşük olan hastaların anksiyete düzeylerinin yüksek olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Ameliyat olmak hastalarda işgücü kaybına neden olmaktadır. Bu nedenle özellikle maddi durumu sıkıntılı ve günübirlik kazancı olan hastalarda operasyon öncesi endişe hali mevcuttur. Ancak Shevde ve Panagopoulos yaptıkları bir çalışmada mesleğin anksiyete derecesini etkilemediğini bildirmişlerdir(58). Bu çalışmanın sonucuyla benzer olarak bizim çalışmamızda, çalışan hastalar ile çalışmayan hastalar arasındaki anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü(Tablo 8).

Operasyon öyküsü olan hastalarda preoperatif anksiyete düzeyinin değişmediğini bildiren yayınlar olduğu gibi, anestezi deneyiminin erkeklerde anksiyeteyi azaltırken, kadınlarda etkilemediğini bildiren yayınlar da bulunmaktadır(61). Ramsey anestezi deneyimi on yıldan daha eski olanların anesteziye bağlı endişelerinin son on yıl içinde operasyon geçirenlerden daha az olduğunu bildirmiştir(60). Bizim çalışmamızda daha önce operasyon öyküsü olan hastaların ortalama STAI-I değerleri (44,82) ile operasyon öyküsü olmayan hastaların STAI-I değerleri (43,72) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi($p>0,05$)(Tablo 9). Operasyon öyküsü olan hastaların uygulanan anestezi yöntemlerine göre grup içinde yapılan değerlendirilmede de yine istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı($p>0,05$)(Tablo 10).

Genel olarak tümör cerrahisi veya organ kaybıyla sonuçlanacak girişimlerde hastaların anksiyetelerinin daha yüksek olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmiştir(65). Caumo ve ark. yaptıkları bir çalışmada küçük cerrahinin anksiyete düzeyini değiştirmezken, orta ve büyük cerrahinin anksiyete düzeyini arttırdığı belirtmişlerdir(62). Moerman ve ark. nın yapmış oldukları bir çalışmada ise ameliyat tipinin anksiyete düzeyini değiştirmediği görülmüştür(61). Bizim çalışmamızda da cerrahi grade derecelerine göre değerlendirilen hastalarda; grade 2 operasyon geçirecek olanlar ile grade 3 operasyon geçirecek olan hastalar arasında STAI-I ortalama değerleri açısından fark bulunamamıştır(Tablo 13).

ASA ile preoperatif anksiyete düzeyi ilişkisi değerlendirilen çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Caumo ve ark. ASA III kategorisini preoperatifanksiyete için risk faktörü olarak bildirmişlerdir(62). Romanik ve ark. nın yaptığı çalışmada ise ASA ile preoperatif ve postoperatifanksiyete arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür(51). Bu çalışmaya benzer olarak bizim çalışmamızda da ASA ile preoperatifanksiyete düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ($p>0,05$)(Tablo 11). Yine ek hastalığı olan hastalar ile ek hastalığı olmayan hastalar arasında da anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır($p>0,05$)(Tablo 12).

Obezite özellikle gelişmiş ülkeler başta olmak üzere günümüzde dünyada en önemli sağlık problemi haline gelmiştir. Ülkemizde de diğer dünya ülkelerinde olduğu gibi obezite görülme sıklığı gün geçtikçe artmaktadır(66). Bizim çalışmamızda da hastaların vücut kitle indeksi ortalaması $26,7939\pm 6,15864$ olarak bulunduğu ve VKİ ye göre aşırı kilolu olduğu görüldü.

TURDEP ve TEKHARF in yapmış olduğu çalışmalarda kadınlardaki obezite prevalansının erkeklerden fazla olduğu (sirasiyla %38 ve %22;%43.0 ve %21.1) görülmüştür(67,68).Bizim çalışmamızda ise erkek hastalar ile bayan hastalar arasında VKİ ortalamaları değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü(Tablo 14). Obezitenin duygusal durum, depresyon ve anksiyete üzerine olan etkisinin araştırıldığı bir çalışmada erkeklere oranla bayan obezlerde depresyon, anksiyete ve negatif duygusal durum sıklığının daha fazla olduğu görülmüştür(7). Biz de çalışmamızda erkek ile bayan obez hastaların preoperatif anksiyete düzeyini karşılaştırdığımızda; erkek obez hastalar ile bayan obez hastalar arasında preoperatif STAI-I ortalama değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını gördük(Tablo 24).

Yapılan çalışmalarda yaş arttıkça obezite oranında giderek arttığı görülmüştür(69,70). Bizim çalışmamızda da bu çalışmaların sonuçlarıyla uyumlu olarak VKİ ortalaması yaşları 35 ve üzeri olan hastalarda yaşları 18-35 arasında olan hastalara oranla istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu görüldü(Tablo 15). Yaşın obez hastalarda depresif belirtiler üzerine etkisini araştıran çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Yaş ile birlikte depresyon düzeyinin arttığını gösteren çalışmaların yanı sıra Heo ve ark. yapmış olduğu çalışmada genç obez kadınların obez olmayanlara göre depresyona daha eğilimli oldukları görülmüştür(71,72,73).Çalışmamızda obezitenin preoperatif anksiyete üzerine etkisini değerlendirdiğimizde; obez hastalarda preoperatif dönemde ortalama STAI-I

değerlerinin yaşları 18 ile 35 arasında olan hastalar ile yaşları 35 ve üzeri olan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görüldü(Tablo 25).

Öğrenim düzeyi ile obezite arasındaki ilişkinin değerlendirildiği çalışmalarda öğrenim düzeyinin arttıkça obezite prevalansının azaldığı görülmüştür (69,74). Bizim çalışmamızda da VKİ değerlerinin ortalaması okur-yazar olmayan veya ilköğretim mezunu olan hastalarda eğitim durumu lise ve üzeri olan hastalara oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu. Obezlerde artan eğitim düzeyi ile depresif belirtilerin azaldığına dair çalışmaların yanı sıra yüksek eğitim düzeyi ile depresyon riskinin arttığını gösteren çalışmalar da mevcuttur(71,73,75).Bizde çalışmamızda obez hastaların öğrenim düzeyine göre preoperatif anksiyete durumunu değerlendirdiğimizde; ortalama STAI-I değerlerinin okur-yazar olmayan veya ilköğretim mezunu olan hastalarla eğitim durumu lise ve üzeri olan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadığı görüldü(Tablo 27).

Yapılan çalışmalarda evlilerin bekarlara göre daha yüksek oranda obez olduğu görülmüştür(69,74). Bizim çalışmamızda da VKİ değerlerinin ortalaması evli olan hastalarda bekar veya dul olan hastalara oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu. Dong ve ark. obezlerde yapmış olduğu bir çalışmada evli olmayan obez bireylerde depresyon riskinin arttığı görülmüştür(75).Çalışmamızda ise obez hastalarda preoperatif STAI-I ortalama değerlerinin evli olan hastalar ile bekar veya dul olan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görüldü(Tablo 26).

Obezitenin, kardiyovasküler hastalıklar,tip 2 diyabet, hipertansiyon, dislipidemi,metabolik sendrom, hormon bağımlı bazı kanserler ve obstruktif uykuapnesi sendromu gibi çeşitli hastalıklar için risk oluşturduğu bilinmektedir(76). Çalışmamızda da VKİ değerlerinin ortalaması ek hastalığı olan hastalarda ek hastalığı olmayan hastalara oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü.

Obez hastalar ek hastalığı durumuna göre preoperatif STAI-I ortalama değerlerini karşılaştırdığımızda ise ek hastalığı olan hastalar ile ek hastalığı olmayan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görüldü(Tablo 28).

Ayrıca çalışmamızda obez hastalar ASA değerlerine göre preoperatif STAI-I değerleri karşılaştırıldığında ASA I risk sınıfında olan obez hastaların STAI-I ortalama değerleri ASA II ve ASA III risk sınıfında olan obez hastalara oranla yüksek olmasına rağmen bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildi(Tablo 29).

Obez hastalarda preoperatif anksiyete düzeyi ile operasyon öyküsü arasındaki ilişkiyi değerlendirdiğimizde operasyon öyküsü olan hastalar ile operasyon öyküsü olmayan hastalar arasında preoperatif STAI-I ortalama değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü(Tablo 30).

Çalışmamıza göre obez olan hastaların preoperatif STAI-I ortalama değerleri cerrahi grade sınıflamasına göre değerlendirildiğinde grade 2 olan hastalar ile grade 3 olan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü(Tablo 31).

Çayır, A. ve arkadaşlarının obez hastalarla ilgili yapmış olduğu çalışmada emekliler ve ev hanımlarındaki obezite oranının görece hareketli olan diğer meslek gruplarından anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür(77). Bizim çalışmamızda çalışan hastalar ile çalışmayan hastalar arasında VKİ ortalamaları değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü(Tablo 18). Mesleki durumun obez hastalarda preoperatif anksiyete durumu üzerine etkisine baktığımızda; preoperatif ortalama STAI-I değerleri açısından çalışan hastalar ile çalışmayan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı.

Çoğu çalışmada genel popülasyonda normal ağırlıklı bireylerle karşılaştırıldığında obez bireylerde yeme bozuklukları, anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları ve özellikle duygudurum bozukluklarının daha sık olduğu gösterilmiştir(6). Çalışmamızda VKİ ortalamasına göre obez olan hastalar ile obez olmayan hastaların ortalama STAI-I ve STAI-II değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmektedir($p>0,05$)(Tablo 22 ve tablo 23).

VI- SONUÇLAR

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

Çalışmamızda cinsiyet, mesleki durum, operasyon öyküsü, anestezi öyküsü, ASA değeri, operasyon grade ve ek hastalığı durumuna göre ayrı ayrı gruplandırılarak durumluluk kaygı ölçeği ortalama değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Çalışmamıza göre preoperatif anksiyete düzeyi 35 yaş üstü olan hastalarda yaşları 18-35 olan hastalara oranla yüksek olduğu görülmüştür($p<0,05$).

Çalışmamıza göre evli olan hastaların bekar ve dul olan hastalara ve evli erkek hastaların evli bayan hastalara oranla preoperatif dönemde anksiyetelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür($p<0,05$).

Çalışmamız sonucunda eğitim durumu arttıkça preoperatif anksiyete halinin azaldığı görülmüştür($p<0,05$).

Çalışmamızda hastaların VKİ ortalaması 26,7939 olup fazla kilolu oldukları görülmüştür.

Çalışmamızda cinsiyet ve mesleki durumun VKİ ortalaması üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır($p>0,05$).

Çalışmamızda VKİ değerlerinin ortalaması 35 yaş üstü olan hastalarda(29,60) yaşları 18-35 olan hastalara(23,70) oranla anlamlı yüksek olduğu görülmüştür($p<0,05$).

Çalışmamıza göre okur-yazar olmayan veya ilkokul mezunu olan hastaların ortalama VKİ değerleri eğitim durumu lise ve üzeri olan hastalara oranla istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu görülmüştür($p<0,05$).

Çalışmamızda evli hastaların ortalama VKİ değerleri bekar ve dul olan hastalara oranla anlamlı yüksek bulunmuştur($p<0,05$).

Çalışmamızda obez hastalar cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, ek hastalığı varlığı, ASA değeri, operasyon öyküsü ve cerrahi grade lerine göre hastalar gruplandırılıp preoperatif anksiyete düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür($p>0,05$).

Çalışmamızın sonucunda hastaların preoperatif anksiyete düzeyleri ile VKİ değerleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü.

Sonuç olarak operasyon planlanan hastalarda preoperatif dönemde birçok nedene bağlı olarak anksiyete hali mevcut olduğundan bu anksiyete halinin giderilmesi için bu nedenlerin iyi bilinmesi ve anksiyete halinin giderilmesi için önlemler alınması gereklidir.



KAYNAKLAR

1. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry(çeviri ed) Aydın H, Bozkurt A. 8. baskı. İstanbul, Güneş Kitabevleri, 1559-1800
2. Rothrock JC. Perioperative nursing research partI: preoperative pychoeducational unterventions: AORN Journal 1989;49(2):597-618.
3. Badner NH, Nielson WR, Munk S et al. Preoperative anxiety detection and contributing factors. Can Anaesth. 1990; 37: 444- 447.
4. Hume MA, Kennedy B, Asbury AJ. Patient knowledge of anaesthesia and perioperative care. Anaesthesia1994;49:715- 718.
5. Britz B, Siegfried W, Ziegler A ve ark. (2000) Rates of psychiatric disorders in a clinical study group of adolescents with extreme obesity and in obese adolescents as certained via a population based study. Int J Obes Relat Metab Disord, 2:1707-1714.
6. Berkowitz RI, Fabricatore AN. Obesity, psychiatric status, and psychiatric medications. Psychiatr Clin North Am. 2011; 34:47-64.
7. Jorm AF, Korten AE, Christensen H, Jacomb PA, Rodgers B, Parslow RA. Association of obesity with anxiety, depression and emotional well-being: a community survey.Aust N Z J Public Health. 2003;27(4):434-40.
8. Weis OF, Sriwatanakul K, Weintraub M, et al. Reduction of anxiety and postoperative analgesic requirements by audio visual instruction. Lancet 1983; 1:43.
9. 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.
10. Carabine UA, Milligan KR, Moore JA. Adrenergic modulation of preoperativeanxiety. Anesth Analg. 1991; 73: 633-640.
11. Goldman L, Ogg TW, Levey AB. Hypnosis and daycase anaesthesia: a study to reduce preoperative anaesthetic requirement. Anaesthesia. 1988; 43: 466- 469.

12. Hicks JA, Jenkins JG, The measurement of preoperative anxiety , Journal of the Royal Society of medicine 1988; 81:517-19
13. Turhan Y, Özcengiz D. Elektif cerrahi operasyon planlanan hastalarda Preoperatif ve Postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisi. Uzmanlık tezi. Çukurova Üniversitesi. Adana 2007
14. Öner L, Le Compte A. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, 2. Baskı, İstanbul, 1998
15. Sürmeli A, Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış, Psikiyatri Temel Kitabı, Cilt: 1, Hekimler Yayın Birliği, Ankara 1997
16. Tükel R. , Anksiyete Bozuklukları, Psikiyatri Ders Kitabı, İstanbul Ün. Yayınları No:4139, Emek Matbaacılık, İstanbul 1998
17. Akdağ A, Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi, İstanbul Ün. Psikoloji A.D. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2001
18. Arıkan M.K. , Temel Psikiyatrik Sendromlar, İstanbul 1999
19. Tükel R, Aklın T. Anksiyete Bozuklukları. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2006
20. Stone MH. Healing the Mind: A history of psychiatry from antiquity to the present. New York; W.W Norton & Company, 1997:1-10.
21. Işık E. Anksiyete Bozuklukları. İstanbul: Golden Print, 2006:4-26.
22. Nutt D, Argyropoulos S, Forshall S. Generalized Anxiety Disorder: Diagnosis, treatment and its relationship too the ranxiety disorders. London; Martin Dunitz, 1998:1-4.
23. Berrios GE. The History of Mental Symptoms. Cambridge; Cambridge University Pres, 1996:504-505.
24. Geçtan E. Psikanaliz ve Sonrası. 10. Baskı, İstanbul: Metis Yayıncılık, 2004:3-15.
25. Yalom I. Varoluşçu psikoterapi. İstanbul: Kabalcı Yayınevi, 2001:3-15. Kırpınar İ. Anksiyete bozukluklarının etyolojisi, Anksiyete Monograflan Serisi-2, Ankara: Medikomat, 1995:54-89.
26. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 8. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 2001:6-24.

27. Whitty PM, Shaw LH, Goodwin DR. Patient satisfaction with general anaesthesia. *Anaesthesia*1996;51:327-332
28. 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.
29. 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. *BiolPsychiatry* 1997;42:446-452.
30. Alkın T, Alptekin K: Yaygın anksiyete bozukluğu, Anksiyete Monograflan Serisi-4, Ankara: Medikomat, 1995:149-180.
31. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Ankara: Hacettepe Taş Kitabevi, 2000; 153-161
32. Klopfenstein EC, Forster A, Gessel EV, Anaesthetic assessment in an outpatient consultation clinic reduces preoperative anxiety, *Can J Anaesth.* 2000; 47;6, 511-515
33. Ramsay MA. A survey of pre-operative fear. *Anaesthesia* 1972 Oct;27(4):396-402.
34. Varcarolis EM. Foundation of Psychiatric Mental Health Nursing: Philadelphia: WB. Saunders Company. 1990:171-173.
35. 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.
36. Buldukoğlu K. Ameliyat öncesi hastaların ameliyata ilişkin tepkileri: *Türk Hemşireler Dergisi* 1988;38 (3-4):31-32
37. 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
38. 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.
39. Duman A, Öztin Öğün C, Şahin TK, Sarkılar G, Ökeşli S. Preoperatif Korku ve Endişeyi Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *S.Ü. Tıp Fak Derg.* 2003; 19: 21-26
40. Karayurt Ö. Ameliyat Öncesi Uygulanan Farklı Eğitim Programlarının Hastaların Anksiyete ve Ağrı Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 1998;2: 20-26.

41. Şekerci S, Akpek E, Göktuğ A ve ark. Hasta ve yakınları ile toplumun farklı kesimlerinin anestezi ve uygulamaları konusundaki bilgi ve davranışları. *Anestezi Dergisi* 2001;9(1):48-51.
42. Prevention and Management of the Global Epidemic of Obesity. Report of the WHO Consultation on Obesity (Geneva, June 3-5, 1997) Geneva: WHO
43. Willett WC, Dietz WH, Colditz GA (1999) Guidelines for healthy weight. *N Engl J Med*, 341:427-434.
44. World Health Organisation. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10). Geneva, WHO, 1992.
45. Pi sunyer-Pi-Sunyer FX Medical hazards of obesity. *Ann InternMed* 1993, 119:655-660
46. SPSS Inc. SPSS for Windows. Version 11.0 , Chicago Inc. 2000
47. Joseph – Kinzelman ve ark. Client’s perceptions of involuntary hospitalization: *Journal Psychosocial Nursing* 1994. 32(6) 28-32
48. Arellano R, Cruise C, Chung F. Timing of the anesthetist’s preoperative Outpatient interview. *Anesth Analg* 1989;68:645-648.
49. 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.
50. Claude Eric Klopfenstein, Alain Forster, Elisabeth Van Gessel. *Canadian Journal of Anesthesia*, 2000; 47 (6): 511–515
51. Romanik W. Kanski A. Soluch P. Szymanska O. Preoperative anxiety assessed By questionnaires and patient declarations. *AnestezjologiaI Intensywna Terapia*. 2009; 41(2): 94-9.
52. Tenenbaum G, Furst D, Weingarten G. A statistical reevaluation of the STAI anxiety questionnaire. *J ClinPsychol*1985; 41:239-44.
53. Norris W, Baird WL. Preoperative anxiety: a study of the incidence and a etiology. *Br J Anaesth* 1967;39(6):503-9.
54. Domar AD, Everett LL, Keller MG. Preoperative anxiety: Is predictable entity? *Anesth Analg* 1989;69(6):763-7

55. Gönüllü M, Turan ED, Erdem LK ve ark. Anestezi uygulanacak hastalarda anksiyete düzeyinin araştırılması. *Türk Anest ve Rean Cem* 1986;14:110-3.
56. Kayhan,C., (2003) cerrahi hastalarda preoperatif anksiyetenin postoperatif komplikasyonlarla ilişkisinin güncellenmesi. Yüksek lisans tezi Afyon Kocatepe üniversitesi sağlık bilimleri fakültesi
57. Taparlı T.Z., (2004) Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Anksiyete Düzeyleri ve Nedenlerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
58. Shevde K., Panagopoulos G., (1991) A Survey of 800 Patients K knowledge, Attitudes and Concerns Regarding Anesthesia. *Anesthesia and Analgesia* 73(2): 190-198
59. Grabow L, Buse R. Preoperative anxiety –anxiety about the operation, anxiety about anesthesia, anxiety about pain? *Psych other Psychosom Med Psychol* 1990; 40: 255-63.
60. Aykent R, Kocamanoglu 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
61. Moerman N, van Dam FS, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS). *Anesth Analg* 1996; 82: 445-51.
62. Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, et al. Risk factors for postoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiol Scand* 2001;45:298-307
63. 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
64. Güz H, Doğanay Z, Güz T. Lomber disk hernisi nedeniyle ameliyat olan hastalarda ameliyat öncesi anksiyete. *Nöropsikiyatri arşivi*, 2003;40:36-39
65. Mackenzie JW. Day case anaesthesiology and anxiety: A study of anxiety profiles amongst patients attending a day bed unit. *Anaesthesiology* 1989; 44: 437-40.

66. Bagriacik N, Onat H, Ilhan B, Tarakci T, Oşar Z, Ozyazar M, Hatemi H et al. Obesity profile in Turkey. *International Journal of Diabetes&Metabolism* 2009; 17:5-8
67. Onat A, Keles I, Sansoy V, CeyhanK, Uysal O, Çetinkaya A et al. Risingobesity indices in 10-year follow-up ofTurkish men and women: Body massindex independent predictor of coronaryevents among men. *Türk KardiyolojiDerneği Arsivi* 2001 29:430-36
68. Satman I, Alagöl F, Ömer B, KalaçaS, Tütüncü Y, Çolak N et al. TürkiyeDiyabet, Hipertansiyon, Obezite veEndokrinolojik Hastalıklar PrevalansÇalismasi-II. TURDEP II: Ön sonuçlar.Kronik Hastalıklar Oturumu, 13.Ulusal Halk Sağligi Kongresi, 18-22Ekim 2010, Izmir.
69. Fouad MF, Rastam S, Ward KD, MaziakW. Prevalence of Obesity and ItsAssociated Factors in Aleppo, Syria.*Prev Control* 2006;2:85-94
70. Onat A. Türkiye’de Obezitenin KardiyovaskülerHastalıklara Etkisi. *TürkKardiyoloji Dergisi* 2003;31: 79-89.
71. Pınar R (2002). Obezlerde depresyon, benlik saygısı ve beden imajı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 6(1): 30-41
72. Heo M, Pietrobelli A, Fontaine KR et al. Depressive mood and obesity in US adults: comparison and moderation by sex, age, and race. *International Journal of Obesity* 2006, 30: 513–519.
73. Özgür G, Babacan Gümüş A, Palaz C Obez bireylerin depresif belirti düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008; 11: 3
74. Maskarinec G, Takata Y, Pagano I,Carlin L, Goodman M, Marchand L,Nomura A. Trends and Dietary Determinants of Overweight and Obesityin A Multiethnic Population. *Obesity*2006;14:717-26.
75. Dong C, Sanchez LE, Price RA. Relationship of obesity to depression: a family-based study. *International Journal of Obesity* 2004, 28: 790-795
76. Bakhshi E, Eshraghian MR, Mohammad K, Foroushani AR, Zeraati H, Fotouhi A et al. Sociodemographic and smoking associated with obesity in adult women in Iran: Results from the National Health Survey. *J Public Health* 2008;30:429-35.

77. Çayır A, Atak N, Köse S. Beslenme ve diyet kliniğine başvuranlarda obezite durumu ve etkili faktörlerin belirlenmesi Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2011, 64(1)



EK-1

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

Elektif operasyon geçirecek hastalardaki preoperatif anksiyete düzeyinin vücut kitle indeksine göre karşılaştırılması

BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU

Prof. Dr.Erdem Nail DUMAN ile Araş.Gör.Dr. Ali ALTINBAŞ 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. Zarar görmesi durumunda tedavisi tarafımızca sağlanacaktır.

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.

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 :

Demografik Bilgi Formu (EK 2)

Adı Soyadı:

Tarih :

Yaş :

Dosya No :

Cinsiyet :

ASA :

Medeni Durumu:

Tanı:

Eğitim Durumu:

Ek Hastalık :

Kilo : Boy:

Vücut Kitle İndeksi:

Meslek:

Operasyon Öyküsü:

Uygulanan Anestezi:

Yattığı Klinik :

Planlanan Ameliyat Tarihi :

EK 3

Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-1)

Adı Soyadı:

Cinsiyet:

Yaş:

Meslek:

Tarih:

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duyguları anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi, herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman kaybetmeksizin, uygun olanını belirtin.

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

EK 3

SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ (STAI-2)

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

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duyguları anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir.Her ifadeyi okuyun, sonra da genellikle nasıl hissettiğinizi, herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin, uygun olanını işaretleyin