

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

**ELEKTİF ÜROGENİTAL OPERASYON GEÇİREN 18-50 YAŞ  
ARASI HASTALARDAKİ ANKSİYETE DÜZEYİNİN AYNI  
YAŞLARDA BAŞKA OPERASYON GEÇİRENLERİNKİ İLE  
KARŞILAŞTIRILMASI**

**THE COMPARISON OF ANXIETY IN 18-50 AGE PATIENTS,  
PERFORMED ELECTIVE UROGENITAL OPERATIONS AND  
OTHER OPERATIONS**

**Uzmanlık Tezi**

**Dr. Taner TOKER**

**TRABZON - 2014**

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

**ELEKTİF ÜROGENİTAL OPERASYON GEÇİREN 18-50 YAŞ  
ARASI HASTALARDAKİ ANKSİYETE DÜZEYİNİN AYNI  
YAŞLARDA BAŞKA OPERASYON GEÇİRENLERİNKİ İLE  
KARŞILAŞTIRILMASI**

**THE COMPARISON OF ANXIETY IN 18-50 AGE PATIENTS,  
PERFORMED ELECTIVE UROGENITAL OPERATIONS AND  
OTHER OPERATIONS**

**Uzmanlık Tezi**

**Dr. Taner TOKER**

**Tez Danışmanı: Prof. Dr. Hatice Nesrin ERCEYES**

**TRABZON - 2014**

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince medikal ve paramedikal bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım tezimin her aşamasında ve ihtisasım süresince sabır ve hoş görüyle, bilgi ve becerisini benimle paylaşan; **Prof. Dr. Hatice Nesrin ERCEYES'e**

K.T.Ü. Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD Başkanı **Prof. Dr. Ahmet EROĞLU**'na, **Prof. Dr. İbrahim ÖZEN'e**, **Prof. Dr. Ahmet Can ŞENEL'e**, **Prof. Dr. Erdem Nail DUMAN'a**, **Doç. Dr. Hülya ULUSOY'a**, **Doç. Dr. Engin ERTÜRK'e**, **Doç. Dr. Bahanur ÇEKİÇ'e**, **Doç. Dr. Şükran GEZE'ye**, **Yrd. Doç. Dr. Mehmet Salih ÇOLAK'a**, **Yrd. Doç. Dr. Davut DOHMAN'a**, **Yrd. Doç. Dr. Müge KOŞUCU'ya**, **Öğrt. Gör Dr. Ahmet BEŞİR'e** ve **Öğrt. Gör. Dr. Dilek KUTANIS'e**;

Benimle asistanlık yapan, asistanlığın her anında yanımda olan, bıkmadan usanmadan işlerimin bitmesini bekleyen, zamanlarının çoğunu bana feda eden sevgili eşim **Hilal** ve biricik kızım **Ayça**' ya;

Bugünlere gelmem için büyük emek harcayan ve her zaman yanımda olan ve beni destekleyen **Annem'e**, **Babam'a** ve kardeşim **Şule'ye**;

Yoğun çalışma temposunda beraber çalıştığım dostluk ve yardımlarını esirgemeyen tüm asistan arkadaşlarıma ve poliklinik hemşiremize;

**SONSUZ TEŞEKKÜRLERİMLE...**

**Dr. Taner TOKER**

**Trabzon-2014**

# İÇİNDEKİLER

	<b>SAYFA</b>
TEŞEKKÜR .....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	v
TABLOLAR DİZİNİ.....	vi
<b>BÖLÜM I</b>	
GİRİŞ.....	1
<b>BÖLÜM II</b>	
GENEL BİLGİLER.....	3
1. Anksiyete.....	3
1.1. Anksiyetenin Tanımı.....	3
1.2. Anksiyetenin Tarihçesi .....	3
2. Anksiyetenin Etyolojisi .....	5
2.1. Psikolojik Yaklaşımlar .....	5
2.2. Biyolojik Kuramlar .....	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
5.1. Preoperatif Anksiyete Nedenleri .....	9
6. Anksiyetenin Sık Görüldüğü ya da Özellik Gösterdiği Cerrahi Türleri .....	9
<b>BÖLÜM III</b>	
MATERYAL VE METOD .....	11
1. Araştırmanın Modeli.....	11
2. Araştırma Evreni ve Örneklemi.....	11
3. Veri Toplama Araçları .....	12

4. STAI(Durumluluk ve Süreklilik Kaygı Ölçeği) .....	12
5. İstatistiksel İşlemler .....	14
BÖLÜM IV	
BULGULAR.....	15
BÖLÜM V	
TARTIŞMA.....	26
BÖLÜM VI	
SONUÇ.....	30
KAYNAKLAR.....	31
ÖZET.....	36
ABSTRACT.....	37
EKLER	
EK-1: Bilgilendirme ve onay formu .....	39
EK-2: Demografik bilgi formu .....	40
EK-3: STAI Form TX-I ve II .....	41

**ŞEKİLLER DİZİNİ**

		<b><u>Sayfa No</u></b>
Şekil 1.	Grade 2 operasyonlar STAI Değerleri	23
Şekil 2.	Grade 3 operasyonlar STAI Değerleri	23
Şekil 3.	Genel Preoperatif STAI-I Değerleri	25
Şekil 4.	Genel Preoperatif STAI-II Değerleri	25

**TABLÖLAR DİZİNİ**

		<b><u>Sayfa No</u></b>
Tablo 1.	Grade 2 operasyon geçiren hastaların demografik özellikleri	16
Tablo 2.	Grade 3 operasyon geçiren hastaların demografik özellikleri	17
Tablo 3.	Eğitim durumuna göre Ki-Kare testi sonuçları	18
Tablo 4.	Medeni hale göre Ki-Kare testi sonuçları	18
Tablo 5.	Çocuk sayısına göre Ki-Kare testi sonuçları	19
Tablo 6.	Meslek durumuna göre Ki-Kare testi sonuçları	19
Tablo 7.	Operasyon öyküsüne göre Ki-Kare testi sonuçları	20
Tablo 8.	ASA durumuna göre Ki-Kare testi sonuçları	20
Tablo 9.	Grade 2 operasyonların T-testi sonuçları	21
Tablo 10.	Grade 3 operasyonların T-testi sonuçları	21
Tablo 11.	Yaşa göre T-testi sonuçları	21
Tablo 12.	Genel STAI değerleri	22
Tablo 13.	Grade 2 operasyonlar genel STAI değerleri	24
Tablo 14.	Grade 3 operasyonlar genel STAI değerleri	24

## I-GİRİŞ VE AMAÇ

Anestezi ve cerrahi; daima gerginlik, korku, endişe, kaygı, heyecan ve hüzn gibi insanoğlu tarafından yaşanabilecek tüm olumsuz duygu ve düşünceleri anımsatan ve yaşatan işlemlerdir. Kaygı tüm diğer duygular gibi tarif edilmesi zor bir duygu olup kaygıyı; üzüntü, sıkıntı, korku, başarısızlık duygusu, acizlik, sonucu bilememe ve yargılanma gibi heyecanların birini veya çoğunu içerdiğini ifade etmek mümkündür (1).

Cerrahi girişim uygulanacak hastalarda genel olarak anestezi kaygısı; ölüm riskine ilişkin endişeler, özürlü olacağı endişesi, cinsel yeterliliğin kaybı korkusu, çalışabilirliğini kaybedeceği endişeleri nedenleri ile gelişir. Preoperatif dönemde hastaların %60-80'inin anksiyeteye sahip oldukları yapılan çalışmalarda bildirilmiştir (2,3).

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 (4). Preoperatif dönemde hastaların bilgilendirilmesinin anksiyete ve analjezik gereksinimini azalttığı, memnuniyeti arttırdığı gösterilmiştir (5). Hastaya, her aşamada yapılan işlemin ne olduğu ve niçin yapıldığı konusunda bilgi verildiğinde hastaların anksiyete düzeylerinin azaldığı gözlenmiştir (6). 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, akapunktur uygulama, gevşeme egzersizleri yaptırma gibi nonfarmakolojik yöntemler de anksiyete ile baş etmek amacıyla kullanılabilen diğer yöntemlerdir (7).

Yaklaşık 4 dekattan daha uzun bir süre hastalar anestezi, operasyondan, ağrı ve bilinçsizlikten belirgin derecede korkmuşlardır. Bu korkular tanımlanmış olmasına rağmen benzer korkular klinik uygulamalarda belirgin değildir. Eğer bunun nedenleri saptanabilirse destekleyici müdahaleler geliştirilecektir (8,9).

Anksiyete ölçümü için tıpta en yaygın kullanılan test, Stait- Trait Anxiety Inventory (STAI) skalasıdır. STAI skalası Spielberg ve arkadaşları tarafından 1970 yılında



geliştirilmiş olup, envanterin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirliği Öner N. tarafından yapılmıştır (10).

Preoperatif anksiyete; cerrahiyi, anesteziyi ve postoperatif iyileşmeyi olumsuz etkileyen bir faktördür (11). Anksiyete düzeyi kadınlarda erkeklere, ailesi ve arkadaşları tarafından ameliyata getirilen hastalarda yalnız gelenlere, kardiyak ve vertebra cerrahisi uygulanacak hastalarda diğerlerine göre, gençlerde yaşlılara göre ve kötü anestezi deneyimi olanlarda olmayanlara göre daha fazla bulunmuştur (12,13). Ayrıca ürogenital organlara yönelik yapılan cerrahi infertiliteyle ilişkili olduğunda hastaların depresif ve anksiyeteli oldukları bildirilmiştir (14,15).

Bu çalışmada 18-50 yaş arası hastalarda yapılan elektif ürogenital(histerektomi, varikosel, laparoskopik over kisti) ameliyatı geçirecek hastaların anksiyetelerinin benzer büyüklükteki(Grade) başka nedenlerle(tiroidektomi, artroskopi, inguinal herni) ameliyat olacak hastaların anksiyetelerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

## II-GENEL BİLGİLER

### 1.Anksiyete

#### 1.1. Anksiyetenin Tanımı:

Anksiyete sözcüğü sıkışma darlık anlamına gelen "angh" kökünden türemiştir. Değişik kültür ve dillerde farklı anlamlar çağırıştırır. Almanca "angst" sözcüğü, İngilizce "dread "(önceden korkma) veya "foreboding" ( kötü bir şey olacağını hissetme) anlamında kullanılır. Türkçe' de "bun", "bunaltı", "hoş olmayan heyecansal endişe hali" olarak tanımlanabilir (16).

Anksiyete, kendini belirsiz bir tehlike hissiyle gösteren ve çoğunlukla otonom belirtilerin bir arada görüldüğü bir duygudur. Anksiyete kişiye tehlikeyi haber veren ve tehlikeye başa çıkabilmek için önlem almaya iten bir sinyaldir (17).

Anksiyete çoğu zaman herhangi bir hastalık belirtisi olmadan yaşamın olağan bir parçası olarak yaşanır. Anksiyete genellikle kayıp ya da tehdit olarak algılanan durumlarda yaşanır. Bu durumlar; sağlığın sürdürülmesi ve korunmasında tehdit, benlik saygısında azalma, statü ve prestij korunmasında güçlük, duygusal, fiziksel, ekonomik, sosyo-kültürel sorunlar, kendini ve yaşamını kontrol etmede yetersizlik, sevilen kişilerin kaybı, bağımsızlığın kaybı, gereksinimlerin karşılanamaması, beklentilerin gerçekleşmemesi olarak sıralanabilir (18).

Normalde anksiyete uyum sağlayıcı bir işlev görür. Bireyi iç ve dış tehditlere karşı önlem alması konusunda uyarır (19). Anksiyetenin iki temel bileşeni vardır. Kişi anksiyete yaşadığının hem bilişsel hem de fizyolojik olarak farkına varır. Bilişsel açıdan kişide düşünme, algılama ve öğrenmeyi etkiler. Algılama, kişi, yer ve zaman yönelimiyle ilgili bozukluklar, yoğunlaşma zorlukları ortaya çıkabilir. Anksiyete düzeyi yüksek kişilerin tehlike olarak algıladıkları uyarılarla ilgili dikkatleri seçici olarak artmıştır. Anksiyete hisseden kişide ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler anksiyetenin periferik belirtileri olarak tanımlanır. Bu belirtiler; çarpıntı, huzursuzluk, titreme, terleme, sersemlik, ekstremitelerde karıncalanma, reflekslerde canlılık, hipertansiyon, pupillerde genişleme, epigastrik rahatsızlık, sık idrar yapma olarak sıralanabilir (17).

#### 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 (20).

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 (21).

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 (22).

Anksiyeteye ilişkin ciddi tanımlamalara ve açıklamalara 18. Yüzyıldan sonra rastlanmaktadır. Heinrich Neumann'ın 1800'lü yılların ortalarında anksiyetenin, cinsel dürtülerin (ve diğer dürtülerin) doyurulmaması durumunda ortaya çıktığına ilişkin görüşü psikanalitik dönem açıklamaları dikkate alındığında oldukça ilginçtir (19). Karl Ideler doyurulmamış cinsel arzuların ruhsal rahatsızlıklara kaynak teşkil edeceğine olan inancı doğrultusunda bu görüşü tekrarlamıştır (23).

Otto Domrich 1800'lerin ortalarında tıbbi psikoloji alanında ilk kez "anksiyete ataklarından" söz etmiştir. Bu kavram sonradan, Fransız devriminin ardından ortaya çıkan nörosürkülatuvar nevrasteni, asker kalbi, hiperventilasyon sendromu gibi tanımların yerine geçmiştir (23).

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 (23). Anksiyete belirtilerinin birçok hastalıkta görülmesiyle birlikte 1890'larda, fiziksel ve ruhsal belirtilerin adına anksiyete denilen, aynı klinik durumun unsurları olduğu düşüncesi gelişmeye başlamıştır (24).

Freud 1894'te, anksiyetenin fiziksel ve ruhsal belirtilerini bir araya getirerek "anksiyete nevrozu"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 (23).

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 (25).

Bu gelişmelere karşın yine de anksiyete kapsamına giren çeşitli klinik durumların birbirinden ayrılarak farklı klinik durumlar olarak tanımlanması 1960'lerden sonra elde edilen veriler sonucu 1980'de DSM-III ile gerçekleştirilmiştir.

## **2. Anksiyetenin Etiyolojisi**

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

Merkezi sinir sisteminin fizyolojisi ve farmakolojisindeki yeni gelişmeler, anksiyetenin biyolojisini kavrama yönünde yeni bulgular ortaya çıkarmaktadır (26).

Anksiyetenin etiolojisi şu şekilde sıralanabilir.

### **2.1. Psikolojik Yaklaşımlar**

#### **2.1.1. Psikoanalitik Kuram**

#### **2.1.2. Öğrenme Kuramı**

#### **2.1.3. Davranışçı ve Bilişsel Kuramlar**

#### **2.1.4. Varoluşçu Yaklaşımlar**

### **2.2. Biyolojik Kuramlar**

#### **2.2.1. Genetik Çalışmalar**

Kalıtımın rolü giderek daha belirgin olmaktadır; birinci derece akrabalarda anksiyete bozukluğu olasılığı %15-18 arasındayken, ikinci derece akrabalarda %6'dır (27).

#### **2.2.2. Hayvan Modelleri**

### **2.3. Nöroendokrin ve Otonom Sinir Sistemi**

Uyaranlara verilen uyanıklık artması, enerji depolarının boşalması, kardiyovasküler işlev artışı gibi adaptif yanıtlarda, hipotalamik-pitüiter-adrenal ekseninde, sempatik ve parasempatik otonom sinir sisteminin uyum işlevi rol oynar. Stres ve tehlike uyaranlarına karşı verilen biyolojik yanıtlar uygunsuz ya da kronik bir şekilde uzun süreli ise, bu uyum güçlüğü anksiyete oluşumuna neden olmaktadır (22).

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, pilo ereksiyon, pupiller dilatasyon vb. belirtilerin ortaya çıkmasında rol oynar.

Anksiyete bozukluğu olan kişilerde artmış bazal ACTH (Adrenokortikotropik Hormon) ve kortizol düzeyleri, TRH (Tirotropin Salgılatıcı Hormon)'dan bağımsız TSH (Tiroid Stimulan Hormon) ve prolaktin cevapları, CRF (Kortikotropin Salgılatıcı faktör)'den bağımsız ACTH salınımı, normal kortizol cevapları gibi nöroendokrin değişiklikler saptanmıştır (28).

#### **2.4. Nöroanatomik Görüşler**

İnsan beyninde korku şartlandırılmasının değerlendirilmesi ve ifadesinden sorumlu merkez amigdaladır. Amigdala kortikal ve subkortikal girdiler aracılığıyla öğrenilmiş bilgiler ve duysal girdilerden gelen bilgileri integre ederek, refleks tehlike yanıtını koordine eder. Amigdala medial temporal lobda yer alır ve 13 çekirdekten oluşur. Bunlardan BA (bazal amigdala), LA (lateral amigdala) ve santral çekirdek korku yanıtından esas sorumlu yapılardır (29).

LA'dan kalkan uyarı beyin sapı ve hipotalamusda yerleşmiş efektör alanlara gider ve akut korku yanıtının otonomik ve davranışsal semptomlarını ortaya çıkartır. Çalışmalar lateral amigdalanın korku şartlanması ile ilgili hafızanın oluşturulması ve plastisiteden sorumlu bölge olduğuna işaret etmektedir (30,31).

### **3. Anksiyete Bozukluklarında Risk Etkenleri**

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

**3.1. Genetik etkenler:**

**3.2. Biyolojik etkenler:**

**3.3. Psikodinamik etkenler:**

**3.4. Öğrenme kuramları:**

**3.5. Ayrılık anksiyetesi ve anne-baba kaybı:**

**3.6. Ailesel etkenler:**

**3.7. Stresli yaşam olayları:**

**3.8. Çocukluk yaşantıları:**

- 3.9. Kişilik:**
- 3.10. Madde bağımlılığı:**
- 3.11. Cinsiyet:**
- 3.12. Yaş:**
- 3.13. Sosyoekonomik düzey:**
- 3.14. İşle ilgili etkenler:**
- 3.15. Dikkat eksikliği bozukluğu:**
- 3.16. Fiziksel hastalıklar:**
- 3.17. Medeni durum:**
- 3.18. Irk ve kültür:**

#### **4. Anksiyete Belirtileri**

- 4.1. Bilişsel belirtiler**
- 4.2. Duyusal- algısal belirtiler**
- 4.3. Düşünce zorlukları**
- 4.4. Kavramsal zorluklar**
- 4.5. Duygusal (affektif) belirtiler**
- 4.6. Davranışsal belirtiler**
- 4.7. Fizyolojik belirtiler**

Bunlar genellikle organizmanın kendini korumaya yönelik bir savunma durumu içine girdiğini gösterir. Hormonal, sempatik ya da parasempatik sinir sistemlerinin çalışmasındaki değişiklikler sonucu ortaya çıkarlar. Örneğin, kalp hızı, kan basıncı, solunumda izlenen artışlar kişinin tehlikeden kaçabilmesi için gerekli sempatik sistem aktivasyonunu gösterirler. Parasempatik sistemle ilgili olaylar ise çaresizliği, çözüm bulamamayı işaret ederler (32,33).

- 4.7.1. Kalp-damar sistemi belirtileri**
- 4.7.2. Solunum sistemi belirtileri**
- 4.7.3. Kas-iskelet ve sinir sistemi belirtileri**
- 4.7.4. Sindirim sistemi belirtileri**
- 4.7.5. Boşaltım ve genital sistem belirtileri**
- 4.7.6. Cilt belirtileri**

## 5.Preoperatif Anksiyete

Ameliyat, fizyolojik olduğu kadar psikolojik olarak da hastayı tehdit eden bir deneyimdir (34). Hasta ameliyat olacağını bildiği için ve sonrasında bilmediği için korkar ve anksiyete duyar (35). Bireye anksiyete ve korku yaşatan ameliyat öncesi dönem, 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 yeterliliğın kaybı korkusu, çalışabilirliğini kaybedeceği endişeleri gelişir (2,3).

Genel olarak kalıcı komplikasyon riski az olan girişimlerde dahi, hastalar cerrahi dışı tedavi yöntemlerine kıyasla daha fazla psikososyal rahatsızlık tanımlar (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 (39). 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 (40). Yapılan bir çalışmada aslında bir ilgi göstergesi olan ameliyat öncesi ziyaretin bile hasta tarafından “kontrol ediliyorum” şeklinde algılanabileceği vurgulanmaktadır (41).

Cerrahi kliniklerinde gözlenen anksiyete iki açıdan önem taşımaktadır:

- Cerrahi işlemin kendisi anksiyete kaynağı olabilir ve postoperatif morbiditeyi etkileyebilir. Ameliyat öncesinde anksiyete düzeyi yüksek olan hastalarda ameliyat sonrasında daha fazla tıbbi komplikasyon geliştiği ve yatış süresinin uzadığı bildirilmiştir (42).

- Anksiyeteyi yatıştırmak için kullanılan ilaçlar cerrahi işlem sırasında kullanılan anestezi maddelerle etkileşime girebilir. İlaçların kesilmesi de anksiyete belirtilerinde alevlenmeye neden olabilir.

## **5.1. Preoperatif Anksiyete Nedenleri**

### **5.1.1. Beden bütünlüğünün tehdidi endişesi:**

### **5.1.2. Yabancıdan korku:**

### **5.1.3. Ayrılma endişesi:**

**5.1.4. Sevgi ve ilgi kaybı endişesi:** Özellikle mastektomi veya cinsel fonksiyon kaybıyla sonuçlanan operasyonlardan (histerektomi vs.) sonra hissedilen çekicilik ve partner ilgisi kaybı endişeleri bu başlıktadır.

**5.1.5. Fonksiyon kaybına bağlı endişeler:** Bağırsak, mide, mesane, kas denetimi, cinsel fonksiyonlar gibi işlevlerin geçici ya da sürekli kaybından duyulan endişeleri içermektedir (2).

### **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 (43,44).

## **6. Anksiyetenin Sık Görüldüğü ya da Özellik Gösterdiği Cerrahi Türleri**

### **6.1. Göğüs Kalp Damar Cerrahisi:**

### **6.2. Plastik Cerrahi:**

### **6.3. Beyin Cerrahisi:**

### **6.4. Baş-Boyun Cerrahisi:**

### **6.5. Endokrinolojik Cerrahi:**

### **6.6. Gastrointestinal Cerrahi:**

### **6.7. Ortopedi:**

### **6.8. Kanser Cerrahisi:**



**6.9. Ürogenital Cerrahi:** Erkek hastalarda preoperatif dönemde empotans endişeleri gelişebilir. Yine erkek hastalarda postoperatif dönemde empotans, cinsel isteksizlik ve eşlik eden depresyon oldukça sık (prostatektomi sonrası %20-50) görülür (38). Varikozel hastalarında, özellikle primer infertilitesi olanlarda genel nüfusa oranla daha fazla depresyon ve anksiyete görülmektedir (45).

Histerektomi operasyonu olan hastaların %36'sında operasyon öncesi, %22'sinde operasyon sonrası, %15'inde operasyon öncesi ve sonrası depresif belirtiler görülmüştür. Ayrıca hastaların %6'sında operasyon sonrası yeni başlayan depresif belirtiler görülmüştür (15). Hasta yaşının genç olması ve henüz doğurganlık çağında olunması bu tür ameliyatlarda öncesinde hasta anksiyetesini artırmaktadır (46). Jinekolojik kanser ameliyatları; kadın hastalar üzerinde derin psikolojik örselenmeye neden olurlar. Alttaki hastalığın yarattığı endişe, genel olarak ameliyatlara ilişkin yaşanan otonomisini yeterliliğini kaybedeceği, terk edileceği, özürlü kalacağı gibi korku ve kaygılar, genel kayıp reaksiyonu yanında, fiziksel çekicilik ve cinsel işlevlerle ilgili kaygılar ve korkular da gelişir. Bu hastalardaki kaygı kaynakları bu üç alanla ilgilidir:

- Alttaki hastalıkla ilgili
- Cerrahi girişimle ilgili
- Feminite ve seksüalite ile ilgili

#### **6.10. Transplantasyon:**

#### **6.11. Yanık:**

### **III-MATERYAL VE METOD**

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

Bu çalışma için Karadeniz Teknik Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 27.11.2012 tarih ve 2012/144 sayılı onay alınmıştır.

#### **1. Araştırmanın Modeli**

Bu çalışmada elektif ürogenital (histerektomi, varikosel, over kisti) ameliyatı geçirecek hastaların anksiyetelerinin benzer büyüklükteki (Grade) başka nedenlerle (tiroidektomi, artroskopi, inguinal herni) ameliyat olacak hastaların anksiyetelerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Karşılaştırma için Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD) anestezi uygulama kılavuzunun belirlediği cerrahi gradelerden grade 2 cerrahi (30 dk-1 saat süren, vital organların çok az etkilendiği operasyonlar/ inguinal herni onarımı, artroskopi, varikosel, laparoskopik over kisti.. v.s) yapılması planlanan operasyonlarla grade 3 cerrahi (1-4 saat süren, transfüzyon gerektirecek kanama da olabilecek, vital organların orta derecede etkilendiği operasyonlar/ abdominal histerektomi, tiroidektomi.. vs) yapılması planlanan operasyonlar ayrı ayrı karşılaştırılmıştır.

#### **2. Araştırma Evreni ve Örnekleme**

Çalışma evrenini 1 Kasım 2012 - 31 Haziran 2013 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı'na elektif varikosel, histerektomi, laparoskopik over kisti, inguinal herni, artroskopi ve tiroidektomi operasyonu nedeniyle başvuran 18 ile 50 yaşları arası ASA I ve II grubu hastalar oluşturmaktadır. Ürogenital operasyon geçiren hastalar Grup U'yu, diğer operasyon geçiren kontrol grubu hastalar ise Grup K'yı oluşturmaktadır. Çalışma evrenine alınan hastaların eğitim durumuna bakılmaksızın (anket soruları okur-yazar olmayan hastalara teker teker okunup yeterli düşünme süresi tanınarak, hastanın verdiği cevaplara göre işaretlenmiştir) çalışmaya katılımları gönüllülük esasına ve onamlarının alınmasıyla sağlanmıştır (EK-1). Çalışmaya iletişim kurulabilen hastalar dahil edilmiş, bilinen

psikiyatrik rahatsızlığı olan, sedatif ilaç kullanan, malignite nedeniyle opere olan, 18 yaşından küçük, 50 yaşından büyük, çalışmaya dahil olmak istemeyen ve değerlendirmede kısıtlılığa neden olabilen herhangi bir tıbbi problemi olan hastalar çalışma kapsamı dışında tutulmuştur.

### **3. Veri Toplama Araçları**

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

Preoperatif dönemde yapılan anket formu iki bölümden oluşmaktadır; Birinci bölümde; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, mesleği, operasyon öyküsü 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.

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

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

Türk toplumunda geçerliliği Necla Öner tarafından gösterilmiştir (10). 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. Preoperatif anksiyete ölçümünde yaygın olarak kullanılır.

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

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

Ölçeklerde doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadeler vardır. Durumluk kaygı ölçeğinde dört sınıfta toplanan cevap seçenekleri, (1) Hiç, (2) Biraz, (3) Çok ve (4) Tamamiyle şeklindedir. Ölçeklerde iki türlü ifade bulunur. Bunlara doğrudan ya da düz (direct) ve tersine dönmüş (reverse) ifadeler diyebiliriz. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Bu ikinci tür ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4’ e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1’e dönüşür. Doğrudan ifadelerde 4 değerindeki cevaplar kaygının yüksek olduğunu gösterir. Tersine dönmüş ifadelerde ise 1 değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı, 4 değerindekiler düşük kaygıyı gösterir. “Huzursuzum” ifadesi doğrudan, “kendimi 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, süreklilik kaygı ölçeği için 35'tir. Her iki ölçekten elde edile toplam puan 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan ise düşük kaygı seviyesini gösterir. Durumluk-Sürekli Anksiyete Envanterindeki değerlere göre hastanın anksiyete durumu 0-19 arası puanda anksiyete yok, 20-39 puanda anksiyete hafif, 40-59 puanda anksiyete orta, 60-79 puanda anksiyete ağır, 80 ve üzeri için panik, şiddetli anksiyete olarak değerlendirilir. Bu çalışmada STAI skorunun hesaplanmasında elle puanlama kullanılmıştır.

## **5. İstatistiksel İşlemler**

Veri analizi Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik A.D.'da yapıldı. Çalışmamızdaki tüm istatistiksel değerlendirmeler SPSS for Windows 13.0 Türkçe paket programı yardımıyla yapılmıştır (48). Verilerin özetlenmesinde nominal veri sayı ve yüzde(%) ile, ölçümsel veriler ortalama ve standart sapma olarak ifade edilmiştir. İstatistiksel analizde ürogenital operasyon geçirenlerle diğerleri karşılaştırılırken nominal veriler için ki-kare testi; ölçümsel verilerde t-testi veya Mann Whitney U testi kullanıldı ve  $p < 0.05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

## IV-BULGULAR

### 1. Demografik Özellikler

1 Kasım 2012 - 31 Haziran 2013 tarihleri arasında ameliyathanede anestezi altında yapılan yaklaşık 10.000 operasyondan çalışmamıza katılabilecek olanlar yaklaşık %4,5'ini ve çalışmamıza uygun olanların sayısı ise yaklaşık %2,6'sını oluşturmaktadır.

Çalışmaya katılan toplam 260 hastanın 74'ü (%28,5) erkek, 186'sı (%71,5) kadındır.

Eğitim durumuna göre 4 gruba ayrılan hastaların 13'ü (%5,0) 'okuryazar olmayan' grupta, 140'ı (%53,8) 'ilköğretim mezunu' olan grupta, 61'i (%23,5) 'lise mezunu' olan grupta ve 46'sı (17,7) 'üniversite-yüksek okul mezunu' olan grupta yer almıştır.

Medeni duruma göre 2 gruba ayrılan hastaların 208'i (%80,0) evli, 52'si (%20,0) bekâr ve dul hastalardan oluşmuştur.

Sahip olunan çocuk sayısı açısından ise 3 gruba ayrılan hastaların ise 71'i (%27,3) çocuğu olmayan, 146'ı (%56,2) 1 ile 3 arasında çocuğa sahip olanlar ve 43'si (%16,5) 4 ve üzerinde çocuğu olanlar olarak hesaplanmıştır.

Meslek sahibi olup olmama durumuna göre 2 grupta değerlendirilen hastaların 145'i (%55,8) mesleği olmayan, 115 'i (%44,2) meslek sahibi olanlardan oluşmuştur.

Daha önceden herhangi bir operasyon geçirip geçirmeme öyküsüne göre 2 grupta değerlendirilen hastaların 154'ü (%59,2) daha önceden operasyon öyküsü olmayanlardan, 106'sı (%40,8) ise operasyon tecrübesi olan hastalardan oluşmuştur.

Fiziksel durum açısından (ASA) hastalar 2 gruba ayrılmıştır. Buna göre hastaların 153'ü (%58,8) ek hastalığı bulunmayan ASA-I hastalardan, 107'si (%41,2) ise 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 oluşmuştur.

Tablo 1: Grade 2 operasyon geçiren hastaların demografik özellikleri

		N		Yüzde (%)	
		Grup U	Grup K	Grup U	Grup K
CİNSİYET	Erkek	31	31	53,4	56,4
	Kadın	27	24	46,6	43,6
EĞİTİM	Okuryazar Değil	1	0	1,7	0
	İlköğretim	22	26	37,9	47,3
	Lise	20	12	34,5	21,8
	Üniversite ve üstü	15	17	25,9	30,9
MEDENİ HAL	Evli	41	39	70,7	70,9
	Bekar/Dul	17	16	29,3	29,1
ÇOCUK SAYISI	Çocuğu Yok	34	18	58,6	32,7
	1-3 arası çocuk	19	36	32,8	65,5
	4 ve üzeri çocuk	5	1	83,3	16,7
MESLEK DURUMU	Çalışmıyor	17	16	29,3	29,1
	Çalışıyor	41	39	70,7	70,9
OPERASYON ÖYKÜSÜ	Öykü yok	35	34	60,3	61,8
	Öykü var	23	21	39,7	38,2
ASA	ASA-I	45	42	77,6	76,4
	ASA-II	13	13	22,4	23,6

Tablo 2: Grade 3 operasyon geçiren hastaların demografik özellikleri

		N		Yüzde (%)	
		Grup U	Grup K	Grup U	Grup K
CİNSİYET	Erkek	0	12	0	21,8
	Kadın	92	43	100	78,2
EĞİTİM	Okuryazar Değil	10	2	10,9	3,6
	İlköğretim	55	37	59,8	67,3
	Lise	16	13	17,4	23,6
	Üniversite ve üstü	11	3	12,0	5,5
MEDENİ HAL	Evli	80	48	87,0	87,3
	Bekar/Dul	12	7	13,0	12,7
ÇOCUK SAYISI	Çocuğu Yok	12	7	13,0	12,7
	1-3 arası çocuk	57	34	62,0	61,8
	4 ve üzeri çocuk	23	14	25,0	25,5
MESLEK DURUMU	Çalışmıyor	21	14	22,8	25,5
	Çalışıyor	71	41	77,2	74,5
OPERASYON ÖYKÜSÜ	Öykü yok	39	23	42,4	41,8
	Öykü var	53	32	57,6	58,2
ASA	ASA-I	41	25	44,6	45,5
	ASA-II	51	30	55,4	54,5



### 1.1. Eğitim Düzeyine Göre Demografik Veriler

Eğitim düzeyine göre okuryazar değil, ilkokul mezunu, lise mezunu ve üniversite mezunu olarak 4 grupta değerlendirilen hastalardan grade 2 operasyon geçiren Grup U ile grade 2 operasyon geçiren Grup K arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Eğitim düzeyine göre grade 3 operasyon geçiren Grup U ile grade 3 operasyon geçiren Grup K arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Tablo 3: Eğitim durumuna göre Ki-Kare testi sonuçları

	p
Grade 2	0,337
Grade 3	0,193

### 1.2. Medeni Hale Göre Demografik Veriler

Medeni hale göre evli ve dul/bekar şeklinde 2 grupta değerlendirilen hastalardan grade 2 operasyon geçiren Grup U ile grade 2 operasyon geçiren Grup K arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Medeni hale göre grade 3 operasyon geçiren Grup U ile grade 3 operasyon geçiren Grup K arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Tablo 4: Medeni hale göre Ki-Kare testi sonuçları

	p
Grade 2	0,980
Grade 3	0,956

### 1.3. Çocuk Sayısına Göre Demografik Veriler

Çocuk sayısına göre çocuğu olmayan, 1-3 çocuğu olan, 4 ve üzeri çocuğu olan olmak üzere 3 grupta değerlendirilen hastalardan grade 2 operasyon geçiren Grup U ile grade 2 operasyon geçiren Grup K arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bu fark varikösel operasyonu geçiren hastaların dahil olduğu grupta infertil hastaların daha fazla bulunmasından kaynaklanmaktadır.

Çocuk sayısına göre grade 3 operasyon geçiren Grup U ile grade 3 operasyon geçiren Grup K arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Tablo 5: Çocuk sayısına göre Ki-Kare testi sonuçları

	p
Grade 2	0,002
Grade 3	0,997

### 1.4. Meslek Durumuna Göre Demografik Veriler

Hastalar mesleği olan ve olmayan olmak üzere 2 grupta değerlendirilmiştir. Meslek durumuna göre grade 2 operasyon geçiren Grup U ile grade 2 operasyon geçiren Grup K arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Meslek durumuna göre grade 3 operasyon geçiren Grup U ile grade 3 operasyon geçiren Grup K arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Tablo 6: Meslek durumuna göre Ki-Kare testi sonuçları

	p
Grade 2	0,980
Grade 3	0,717

### 1.5. Operasyon Öyküsüne Göre Demografik Veriler

Hastalar operasyon öyküsü olan ve olmayan olmak üzere 2 grupta değerlendirilmiştir. Operasyon öyküsüne göre grade 2 operasyon geçiren Grup U ile grade 2 operasyon geçiren Grup K arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Operasyon öyküsüne göre grade 3 operasyon geçiren Grup U ile grade 3 operasyon geçiren Grup K arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Tablo 7: Operasyon öyküsüne göre Ki-Kare testi sonuçları

	p
Grade 2	0,872
Grade 3	0,946

### 1.6. Fiziksel Durum Skalası (ASA) Durumuna Göre Demografik Veriler

ASA I ve ASA II grubunda yer alan hastalardan grade 2 operasyon geçiren Grup U ile grade 2 operasyon geçiren Grup K arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Fiziksel Durum Skalası (ASA) durumuna göre grade 3 operasyon geçiren Grup U ile grade 3 operasyon geçiren Grup K arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Tablo 8: ASA durumuna göre Ki-Kare testi sonuçları

	p
Grade 2	0,877
Grade 3	0,916

### 1.7. Yaş Göre Demografik Veriler

Yaş göre hastalar gruplandırılmamıştır. Grade 2 operasyon geçiren Grup U ile grade 2 operasyon geçiren Grup K arasında yaş göre anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Tablo 9: Grade 2 operasyonların T-testi sonuçları

	N	Ortalama	Standart Sapma
Grup U	58	31,16	5,979
Grup K	55	31,42	6,943

Aynı şekilde grade 3 operasyon geçiren Grup U ile grade 3 operasyon geçiren Grup K arasında yaş göre anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Tablo 10: Grade 3 operasyonların T-testi sonuçları

	N	Ortalama	Standart Sapma
Grup U	92	44,35	4,007
Grup K	55	44,31	5,751

Tablo 11: Yaş göre T-testi sonuçları

	p
Grade 2	0,829
Grade 3	0,965

## 2. Genel Değerler

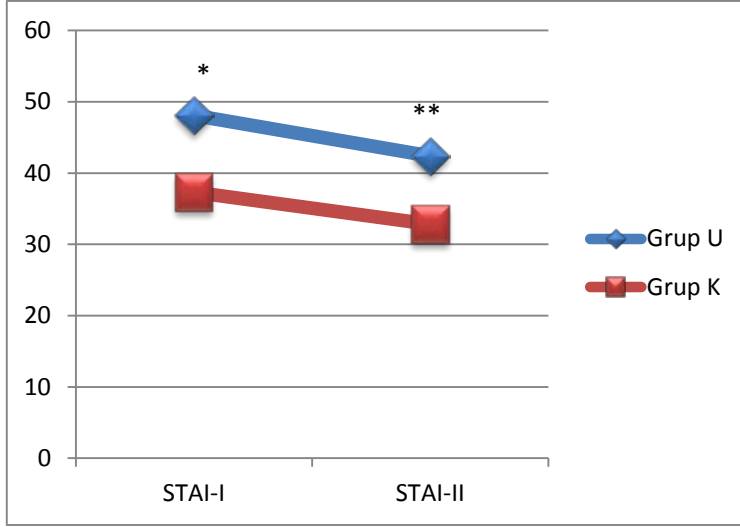
Çalışmaya alınan 260 hasta ile ilgili preoperatif anksiyete ölçümlerin genel değerlendirmesi Tablo 12’de gösterilmiştir. Hastaların 150’si (%57.7) ürogenital cerrahi, 110’u (%42,3) diğer grubu oluşturmaktadır. Ürogenital cerrahi geçecek gruptaki hastaların 92’si (%35,4) abdominal histerektomi, 27’si (%10,4) over kisti, 31’i (%11,9) varikosel operasyonu ve diğer gruptaki hastaların 55’i (%21,2) tiroidektomi, 37’si (%14,2) artroskopi ve 18’i (%6,9) inguinal herni operasyonu için başvurmuştur. Hastaların yaşları 18 ile 50 arasında değişmekte olup ortalama yaş  $38,66 \pm 8,513$  yıldır. Preoperatif dönemde yapılan anketlerde STAI-I değerleri 29 ile 77 arasında; STAI-II değerleri ise 22 ile 71 arasında saptanmıştır. Preoperatif STAI-I ortalama değerleri  $43,55 \pm 9,385$  olarak hesaplanmış olup aynı dönemdeki STAI-II ortalama değeri ise  $38,33 \pm 8,459$  bulunmuştur. Hastaların preoperatif STAI-II ortalamasının STAI-I değerinden düşük olduğu ve hastaların durumluk anksiyetesinin yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 12: Genel STAI değerleri

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama/Ortanca	Standart Sapma
Grup U (Grade2) STAI-I	58	29	77	48,07**	12,068
Grup U (Grade2) STAI-II	58	22	71	42,38**	11,337
Grup K (Grade2) STAI-I	55	29	56	37,31**	4,698
Grup K (Grade2) STAI-II	55	24	48	32,82**	4,579
Grup U (Grade3) STAI-I	92	35	77	46,00*	7,563
Grup U (Grade3) STAI-II	92	31	62	41,90**	6,727
Grup K (Grade3) STAI-I	55	29	49	36,00*	4,952
Grup K (Grade3) STAI-II	55	26	45	33,60**	4,153

\* Mann Whitney-U testi sonuçları

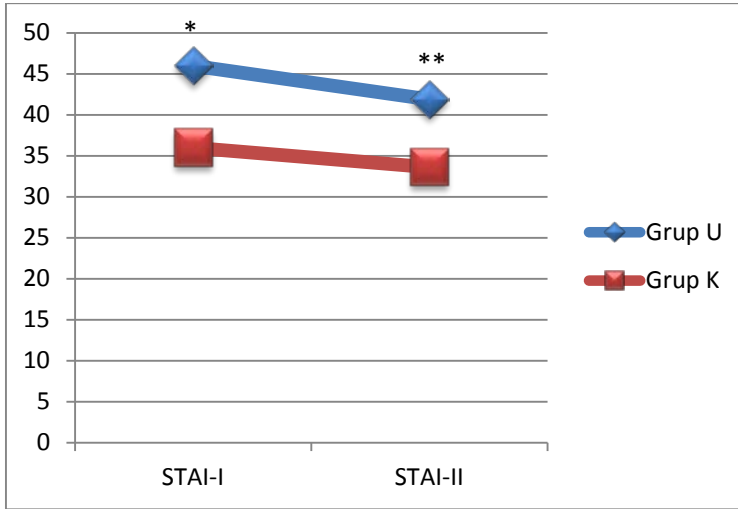
\*\* Student T-testi sonuçları



\* Grup U ile Grup K STAI-I değerlerinin karşılaştırılması ( $p < 0,05$ )

\*\* Grup U ile Grup K STAI-II değerlerinin karşılaştırılması ( $p < 0,05$ )

Şekil 1: Grade 2 operasyonlar STAI Değerleri



\* Grup U ile Grup K STAI-I değerlerinin karşılaştırılması ( $p < 0,05$ )

\*\* Grup U ile Grup K STAI-II değerlerinin karşılaştırılması ( $p < 0,05$ )

Şekil 2: Grade 3 operasyonlar STAI Değerleri

### 3. Durumluk Kaygı Ölçeğine Ait Genel Bulgular

Araştırmaya alınan hastaların genel değerlendirmesine göre preoperatif Grade 2 operasyonların Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-I) değerleri ve bu değerlerin T-Test ile birbirleriyle karşılaştırılması Tablo 13'te özetlenmiştir. Preoperatif STAI-I değerlerinin

ortalaması Grup U'da Grup K'ya oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Preoperatif STAI-II değerlerinin ortalaması Grup U'da ve Grup K'da, STAI-I değerlerinden düşük bulunmuştur.

Tablo 13: T-testi sonucunda Grade 2 operasyonlar genel STAI değerleri

	N	ORTALAMA	STANDART SAPMA
Grup U STAI-I	58	48,07*	12,068
Grup K STAI-I	55	37,31*	4,498
Grup U STAI-II	58	42,38**	11,337
Grup K STAI-II	55	32,82**	4,579

\* Her iki gruptaki STAI değerleri karşılaştırıldığında  $p<0,05$

\*\* Her iki gruptaki STAI değerleri karşılaştırıldığında  $p<0,05$

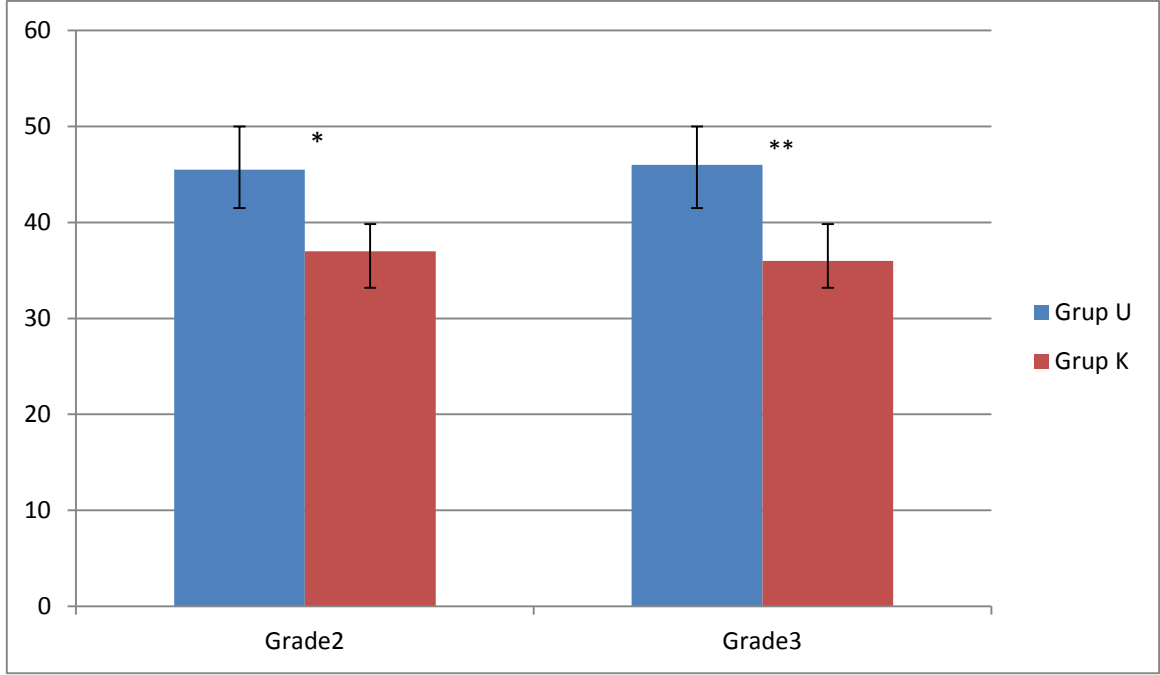
Araştırmaya alınan hastaların genel değerlendirmesine göre preoperatif Grade 3 operasyonların Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-I) değerleri ve bu değerlerin Mann-Whitney U test ile birbirleriyle karşılaştırılması Tablo 14'te özetlenmiştir. Preoperatif STAI-I değerlerinin ortalaması Grup U'da Grup K'ya oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Tablo 14: Grade 3 operasyonlar genel STAI değerleri

	N	ORTANCA/ ORTALAMA	STANDART SAPMA
Grup U STAI-I	92	46,00*	7,563
Grup K STAI-I	55	36,00*	4,952
Grup U STAI-II	92	41,90**	6,727
Grup K STAI-II	55	33,60**	4,153

\* Mann Whitney-U testi sonuçlarında  $p<0,05$

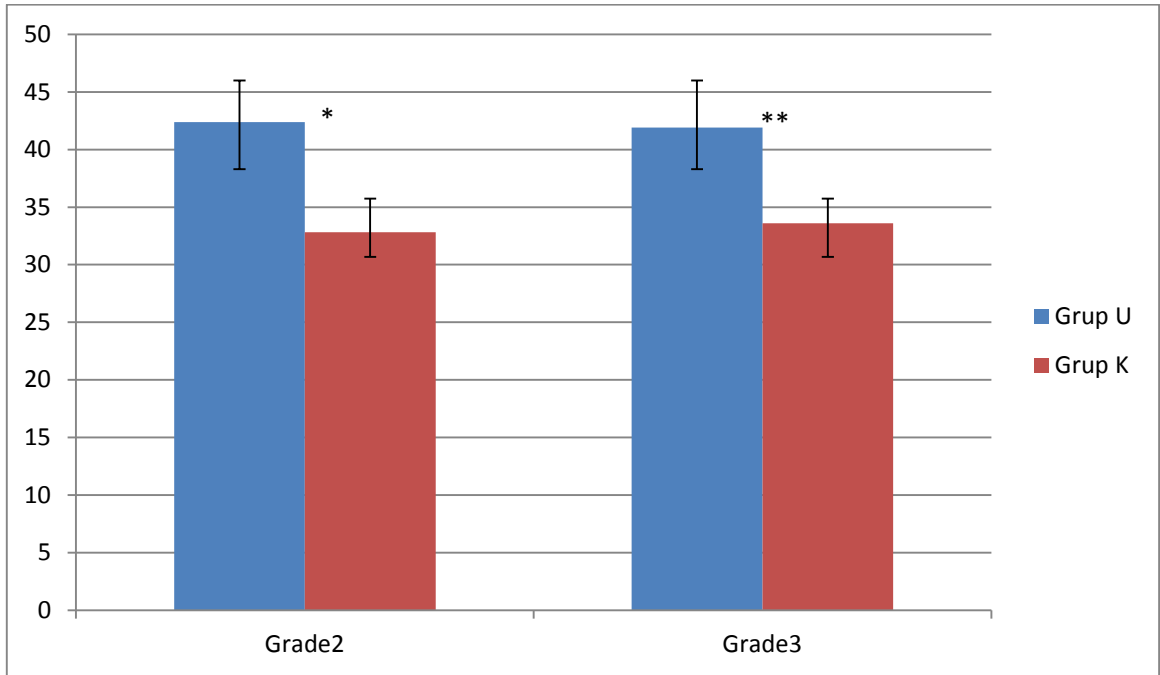
\*\* Student T-testi sonuçlarında  $p<0,05$



\* Grade 2 operasyon geçiren hastalardaki Grup U ile Grup K arasındaki fark ( $p < 0,05$ )

\*\* Grade 3 operasyon geçiren hastalardaki Grup U ile Grup K arasındaki fark ( $p < 0,05$ )

Şekil 3: Genel Preoperatif STAI-I Değerleri



\* Grade 2 operasyon geçiren hastalardaki Grup U ile Grup K arasındaki fark ( $p < 0,05$ )

\*\* Grade 3 operasyon geçiren hastalardaki Grup U ile Grup K arasındaki fark ( $p < 0,05$ )

Şekil 4: Genel Preoperatif STAI-II Değerleri



## V-TARTIŞMA

Preoperatif anksiyetenin ölçütlenirilmesi hasta karakteristikleri ve demografik özellikleri, preoperatif anksiyete üzerine ürogenital operasyonların etkisi genelde araştırılırken ürogenital operasyonlarla diğier operasyonlar arasındaki karşılaştırmayla ilgili çalışmalar yetersizdir.

Anksiyete ölçümünde değışik metotlar kullanılmıştır. STAI, VAS, 1 soru 1 cevap ile hasta anksiyetesinin değıerlendirilmeye çalışıldığı bir çalışmada operasyondan 1 gün önce hastalara STAI soruları sorulmuş, VAS değıerlendirilmiş ve 'herhangi bir şeyden korkuyor musunuz' diye sorulmuştur. Sonuçlar tüm metotlarla yakından korele bulunmuştur. Çalışmamızda anksiyete değıerlendirmede STAI testi kullanılmıştır.

Ameliyat öncesi anksiyete ölçümünde kullanılan STAI (State-Trait Anxiety Inventory) literatürde altın standart olarak gösterilmektedir (48). Ameliyat öncesi anksiyete ölçümü için STAI testinin durumsal anksiyete formu kullanılmaktadır.

Preoperatif dönemde hasta değıerlendirilmesi ve operasyona hazırlık preoperatif vizit sırasında gerçekleştirilir. Arellano ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada preoperatif vizitin zamanlamasını belirlemek amacıyla anksiyete ölçümünden yararlanmışlar, hastaların operasyondan bir hafta, bir gün ve operasyona girmeden hemen önce anksiyetelerini ölçmüşler ve üç grup arasında belirgin bir fark bulamadıklarını bildirmişlerdir (49). Lichtor ve arkadaşları operasyondan önceki günün öğleden sonrasında ölçülen anksiyete düzeyinin, operasyondan hemen önceki anksiyete düzeyini yansıtmayı yansıtmadığını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada; her iki dönemde ölçülen anksiyete düzeyleri arasında %70 gibi yüksek bir korelasyon olduğunu bildirmişlerdir (3). Badner ve arkadaşları da operasyondan önceki öğleden sonra ile operasyondan hemen önce ölçülen anksiyete dereceleri arasında %73 korelasyon gösterdiklerini bildirmişlerdir (2). Biz çalışmamızda anksiyete ölçümünü operasyondan bir gün önce yaptık.

Bilindiğı gibi ameliyat olması gerektiğı bildirilen hasta, artık bir stres durumuyla karşı karşıyadır. Ameliyat kararı ve bekleme süreci çoğı hastada tedaviyi aksatmayacak ölçüde anksiyeteye neden olur iken cerrahi hastalarının %5'inde tedavi reddine neden olacak düzeyde anksiyete geliştiğı bildirilmiştir (50). Preoperatif anksiyete birçok hastada endişe kaynağı olarak kalmakta ve vücuttaki sempatik, parasempatik ve endokrin

stimulasyona bağlı olarak anormal hemodinamik değişikliklere neden olmaktadır. Anksiyete bozuklukları ile ani ölüm arasında yakın bir ilişki olduğu da bilinmekte olup psikolojik stresin ani ölüme götüren akut etkileri miyokard iskemisi yapmak, aritmi oluşumunu başlatmak, trombositleri aktive etmek ve kan viskozitesini arttırmak şeklinde özetlenmektedir (51).

Bazı çalışmalarda anestezi öncesi değerlendirmenin amacı, korku ve endişeyi azaltmak olarak belirtilmiş olup anksiyeteyi en aza indirmek amacıyla çeşitli yöntemler denenmiştir. Ameliyat odasına yürüyerek gelmenin anksiyete seviyesi üzerine olumlu etkisi olabileceği düşünülerek yapılan bir çalışmada bir grup hasta ameliyat odasına sedye ile getirilmiş, diğer grup ise yürüyerek getirilmiştir. Ameliyat odasına yürüyerek gelmenin preoperatif anksiyete seviyesi üzerine anlamlı etkisi bulunamamıştır (52). Düzenli spor yapanlarda anksiyete düzeyinin, ne tür spor yapıldığından bağımsız olarak spor yapmayanlara göre daha düşük düzeyde olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur. Ayoğlu ve arkadaşları ise preoperatif oral karbonhidrat solüsyonunun, preoperatif anksiyete ve susuzluk hissi ile postoperatif erken dönemdeki bulantıyı azaltarak hasta konforunu arttırdığı sonucuna varmışlardır (53).

Norris ve Baird 352'si jinekolojik hastalardan oluşan 500 kişilik hasta grubunun %60'ının anksiyöz olduğunu bildirmişlerdir (54). Ramsay 382 hastada yaptığı çalışmada anksiyöz hasta oranını %73 olarak bildirmiştir (55). Domar ve arkadaşlarının %57'sini jinekolojik hastaların oluşturduğu 523 hasta üzerinde yapılan çalışmada STAI ölçeğine göre ortalama anksiyete skorunu 45 olarak bildirmişlerdir (56). Gönüllü ve arkadaşları da 83 hastada preoperatif anksiyete düzeyini araştırmak amacıyla yaptıkları çalışmada cerrahiden iki gün önce hastalara STAI testi uygulamışlar ve ölçülen anksiyete değerini 40,76 olarak tespit etmişlerdir (12). Biz çalışmamızda hastaların preoperatif STAI-I puan ortalamasını 43,55 olarak saptadık. Grade 2 operasyon geçiren Grup U'da STAI-I puanı 48,7 Grup K'da ise 37,31 olarak bulduk. Grade 3 operasyon geçiren Grup U'da STAI-I puanı 46,00 Grup K'da ise 36,00 olarak bulduk. Bizim örneklerimizdeki anksiyete değerlerinin daha önce yapılan çalışmalarda bildirilen anksiyete düzeyleri ile paralellik gösterdiğini gördük. Bu durumda hem grade 2, hemde grade 3 operasyon geçiren Grup U'da preoperatif anksiyete her iki Grup K'ya oranla daha fazla bulunmuştur.

Yaşın preoperatif anksiyete düzeyleri ile ilişkisi konusunda literatürde çelişkili sonuçlar vardır. Daha önceki çalışmalarda ileri yaştaki hastalarda preoperatif anksiyete

düzeyi daha düşük olarak bildirilmiştir. Ramsay çalışmasında anksiyete oranlarını 13-21 yaş grubunda %61, 22-41 yaş grubunda %84, 42-60 yaş grubunda %80, 62-82 yaş grubunda %57 olarak bildirmiş, orta yaş grubunda anksiyete oranının yüksek olmasını bu yaşlardaki hastaların ailelerine karşı sorumluluklarının fazla oluşuna bağlamışlardır (55). Norris ve Baird, 30 yaş altındaki hastaların anksiyete oranlarının, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (54). Birçok çalışmada da yaşın anksiyete derecesini etkilemediği bildirilmiştir. Özcengiz ve Turhan çalışmasında da benzer şekilde yaş ile anksiyete ilişkisi gösterilememiştir (7). Dohman ve Çetin ise çalışmasında histerektomi operasyonu geçiren 50 yaş altındaki hasta grubunun anksiyetesini 50 yaş üstü hasta grubuna göre daha yüksek bulmuştur (46). Bizim çalışmamızda da yaş ortalamasının yüksek olduğu grade 3 operasyon grubunun preoperatif anksiyetesi yaş ortalamasının düşük olduğu grade 2 operasyon grubuna oranla daha düşük bulunmuştur.

Genel olarak tümör cerrahisi veya organ kaybıyla sonuçlanacak operasyonlarda hastaların anksiyetelerinin daha yüksek olduğu kabul edilmektedir (13). Norris ve Baird, Jinekoloji hastalarında anksiyete görülme oranının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (54). Özcengiz ve Turhan çalışmasında operasyon türü ile anksiyete arasında istatistiksel anlamlılığı olan bir ilişki saptanmamıştır (7). Bizim çalışmamızda tümör cerrahisi çalışma dışı bırakılmış olup, ürogenital operasyon geçiren hastaların anksiyetesi başka operasyon geçiren hasta grubundan yüksek bulunmuştur.

Drostdzol ve Skrzypulec, Polonyalı infertil hasta gruplarında yaptığı bir çalışmada erkeklerde ve kadınlarda anksiyete ve depresyon belirtilerini göstermiştir (57). Ketabchi primer infertilitesi olan varikozel hastalarında genel nüfusa oranla daha fazla depresyon ve anksiyete bulunduğunu belirtmiştir (45). Bizim çalışmamızda da en fazla anksiyete özellikle varikozel operasyonu geçirenlerin dahil olduğu grupta görülmüştür ve varikozel operasyonu geçiren hastaların % 80,6' sının çocuğu bulunmamaktadır. Bu da infertilitenin preoperatif anksiyeteyi etkilediğini göstermektedir. Lin ve arkadaşları 500 erkek ve 500 kadın sterilize hastada anksiyete ve depresyon belirtilerini 500 erkek ve 500 kadın normal hastaya göre daha fazla görüldüğünü belirtmişlerdir (58). Bizim çalışmamızda da cerrahi operasyon ve anestezi uygulamalarının hastalar için önemli bir stres faktörü olduğu anlaşılmaktadır. Preoperatif dönemde grade 2 ve grade 3 operasyon grubunda preoperatif STAI-I testi sonuçları ürogenital operasyon geçiren gruplarda diğer gruplara oranla daha

yüksek bulunmuş olup ürogenital operasyon geçirenlerde anksiyetenin daha fazla olduğunu göstermektedir.

Hastaların preoperatif dönemde bilgilendirilmesi anksiyeteyi önemli ölçüde azaltmakla birlikte hastaların çok detaylı bilgilendirilmesinin anksiyete üzerine etkileri ise tartışmalıdır. Avustralya ve Amerika’da yapılan çalışmalar bilgi edinme isteğinin eğitimle ilgisi olmadığını gösterirken Aykent ve arkadaşları eğitim arttıkça bilgi edinme isteğinin arttığını saptamışlardır (59).

## VI- SONUÇ

Bu çalışma ile cerrahi operasyon ve anestezi uygulamalarının hastalar için önemli bir stres faktörü olduğu anlaşılmaktadır. Preoperatif dönemde grade 2 ve grade 3 operasyon grubunda preoperatif STAI-I testi sonuçları ürogenital operasyon geçiren gruplarda diğer gruplara oranla daha yüksek bulunmuş olup ürogenital operasyon geçirenlerde anksiyetenin daha fazla olduğunu göstermektedir.

Ayrıca grade 2 ve grade 3 operasyon grubunda hastaların preoperatif STAI-II ortalamasının STAI-I değerinden düşük olduğu ve hastaların durumluk anksiyetesinin yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

Sonuç olarak preoperatif dönemde hastayla yapılan görüşmede geçireceği operasyon ve/veya anestezi konusunda endişeleri sorgulanmalı, endişelerini azaltacak yaklaşımlarla bilgilendirilmeli ve farmakolojik olarak sedasyon uygulanmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Cüceloğlu D: İnsan ve Davranışı. Altıncı Baskı. Remzi Kitabevi, İstanbul, 1998, s:345-351.
2. Badner NH, Nielson WR, Munk S et al. Preoperative anxiety detection and contributing factors. *Can Anaesth.* 1990; 37: 444- 447.
3. 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
4. Hicks JA, Jenkins JG, The measurement of preoperative anxiety , *Journal of the Royal Society of medicine* 1988; 81:517-19
5. Markland D, Hardy L. Anxiety, relaxation and anesthesia for day-case surgery.*British Journal of Clinical Psychology* 1993; 32:493-504
6. Haugen AS, Eide GE, Olsen MV, Haukeland B, Remme AR, Wahl AK. Anxiety in the operating theatre: a study of frequency and environmental impact in patients having local, plexus or regional anaesthesia. *J Clin Nurs* 2009; 18: 2301-2010.
7. Turhan Y, Özcengiz D. Elektif cerrahi operasyon planlanan hastalarda Preoperatif ve Postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisi. *Uzmanlık tezi. Çukurova Üniversitesi. Adana* 2007
8. Egbert LD, Battit GE, Welch CE. & Bartlett MK. Reduction of post-operative pain by encouragement and instruction of patients. *New England Journal of Medicine* 1994; 270:825-827.
9. Mitchell MJ. Psychological preparation for patients undergoing day surgery. *International Journal of Ambulatory Surgery* 2000; 8:19-29.
10. Öner L, Le Compte A. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, *Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi* , 2. Baskı, İstanbul, 1998
11. Weis OF, Sriwatanakul K, Weintraub M, et al. Reduction of anxiety and postoperative analgesic requirements by audiovisual instruction. *Lancet* 1983; 1:43.
12. Gönüllü M, Turan ED, Erdem LK ve ark. Anestezi uygulanacak hastalarda anksiyete düzeyinin araştırılması. *Türk Anes. ve Rean. Cem.* 1986; 14:110- 113.
13. Mackenzie JW. Daycase anaesthesia and anxiety: A study of anxiety profiles amongst patients attending a day bed unit. *Anaesthesia.* 1991; 44: 437

14. Agnieszka D. , Violetta S. Depression and anxiety among Polish infertile couples – an evaluative prevalence study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, March 2009; 30(1): 11–20
15. Amanda DV, Ingrid B, Joan T, and Elizabeth Van Den K. Depressive Symptoms Before and After Elective Hysterectomy. *JOGNN*, 40, 566-576; 2011. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2011.01278.x
16. Sürmeli A , Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış, Psikiyatri Temel Kitabı,Cilt: 1,*Hekimler Yayın Birliği, Ankara* 1997
17. Tükel R. , Anksiyete Bozuklukları, Psikiyatri Ders Kitabı, İstanbul Üniv. Yayınları No:4139,*Emek Matbaacılık, İstanbul* 1998
18. Akdağ A, Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi, *İstanbul Üniv. Psikoloji A.D. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul* 2001
19. Arıkan M.K. ,Temel Psikiyatrik Sendromlar, *İstanbul* 1999
20. Tükel R, Aklın T. Anksiyete Bozuklukları. *Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları*, 2006.
21. Stone MH. Healing the Mind: A history of psychiatry from antiquity to the present. *New York; W.W Norton & Company*, 1997:1-10.
22. Işık E. Anksiyete Bozuklukları. *İstanbul: Golden Print*, 2006:4-26.
23. Nutt D, Argyropoulos S, Forshall S. Generalized Anxiety Disorder: Diagnosis, treatment and its relationship to other anxiety disorders. *London; Martin Dunitz*, 1998:1-4.
24. Berrios GE. The History of Mental Symptoms. Cambridge; *Cambridge University Pres*, 1996:504-505.
25. Geçtan E. Psikanaliz ve Sonrası. 10. Baskı, *İstanbul: Metis Yayıncılık*, 2004:3-15.
26. Yalom I. Varoluşçu psikoterapi. *İstanbul: Kabalcı Yayınevi*, 2001:3-15. Kırpınar İ. Anksiyete bozukluklarının etyolojisi, Anksiyete Monograflan Serisi-2, *Ankara: Medikomat*, 1995:54-89.
27. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 8. Baskı, *Ankara: Nobel Tıp Kitabevi*, 2001:6-24.
28. Whitty PM, Shaw LH, Goodwin DR. Patient satisfaction with general anaesthesia. *Anaesthesia* 1996;51:327-332

29. Sotres-bayon F, Cain CK, Ledoux JE. Brain mechanisms of fear extinction. Historical perspectives on the contribution of prefrontal cortex. *Biol psychiatry* 2006; 60(4):329-336.
30. Rauch SL, Savage CR, Alpert NM, Fichman AJ, Jenike MA. The functional neuroanatomy of anxiety: A study of three disorders using positron emission tomography and symptom provocation. *Biol Psychiatry* 1997;42:446-452.
31. Alkın T, Alptekin K: Yaygın anksiyete bozukluğu, Anksiyete Monograflan Serisi-4, Ankara: *Medikomat*, 1995:149-180.
32. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. *Ankara:Hacettepe Taş Kitabevi*, 2000; 153-161
33. Klopfenstein EC, Forster A, Gessel EV, Anaesthetic assessment in an outpatient consultation clinic reduces preoperative anxiety, *Can J Anaesth.* 2000; 47;6, 511-515
34. Rothrock JC. Perioperative nursing research partI: preoperative psychoeducational interventions: *AORN Journal* 1989;49(2):597-618.
35. Varcarolis EM. Foundation of Psychiatric Mental Health Nursing: Philadelphia: *WB. Saunders Company.* 1990:171-173.
36. Buldukoğlu K. Ameliyat öncesi hastaların ameliyata ilişkin tepkileri: *Türk Hemşireler Dergisi* 1988;38 (3-4):31-32
37. Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon- Liyezon Psikiyatrisi. *İstanbul:* 1993:175-183.
38. Joseph-Kinzelman A, Taynor J, Ossa J, Rubin W, Risner PB. Client's perceptions of involuntary hospitalization. *Journal of Psychosocial Nursing* 1994;32(6):28-32.
39. Kaplan HI, Sadock B. Comprehensive Textbook of Psychiatry. London: *Williams&Wilkins*, 1989;2:1316-1330.
40. Kaplan HI, Sadock B. Comprehensive Textbook of Psychiatry. London: *Williams&Wilkins*, 1985;2:1294-1297.
41. Burrige L. Challenging the traditional view of preoperative visiting. *Br J Theatre Nurs* 1993;3(4):5-12.
42. Bekaroğlu ve ark. Ameliyat öncesi kaygı ve depresyon durumunun ameliyat komplikasyonlarına ve yatış süresine etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991; 2(4):285-288.
43. Hume MA, Kennedy B, Asbury AJ. Patient knowledge of anaesthesia and perioperative care. *Anaesthesia* 1994;49:715- 718.



44. 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.
45. Ketabchi A.A, Ketabchi M. Psychological effects of infertility in clinical varicocele patients. Vol.3, No.8, 504-506 (2011) Health doi:10.4236/health.2011.38083
46. Dohman D, Çetin M.L. Genel veya spinal anestezi altında yapılan elektif histerektomi operasyonlarında, ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete ve hasta memnuniyetinin anket çalışmasıyla karşılaştırılması. *KTÜ Tıp Fak. Anest.Rean. AD Tez Çalışması*. 2012
47. SPSS Inc. *SPSS for Windows*. Version 11.0 , Chicago Inc. 2000
48. Tenenbaum G, Furst D, Weingarten G. A statistical reevaluation of the STAI anxiety questionnaire. *J Clin Psychol* 1985; 41:239-44.
49. Arellano R, Cruise C, Chung F. Timing of the anesthetist's preoperative out patient interview. *Anesth Analg*. 1989; 68: 645-648.
50. Cimilli C. Cerrahide anksiyete. *Klinik Psikiyatri*, 2001; 4: 182-186
51. Vural M, Başar E. Anksiyete bozukluğunun ani ölüm yapma potansiyeli. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*.2007; 7: 179-83
52. Morita Y. 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.
53. Ayoğlu H, Uçan B, Taşçılar Ö, Atik L, Kaptan Y, Turan I. Preoperatif oral karbonhidrat solüsyonu kullanılmasının hasta anksiyetesi ve konforu üzerine etkileri. *Türk Anest Rean Der. Dergisi* 2009; 37(6):374-382
54. Norris W, Baird WL. Pre-operative anxiety: a study of the incidence and aetiology, *Br. J. Anaest.* (1967) 39 (6): 503-509
55. Ramsay MA. A survey of pre-operative fear. *Anaesthesia* 1972 Oct;27(4):396-402.
56. Domar AD, Everett LL, Keller. Preoperative anxiety: Is predictable entity? *Anesth. Analg.* 1989; 69: 763-770.
57. Drostzol A, Skrzypulec V. Depression and anxiety among Polish infertile couples – an evaluative prevalence study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics&Gynecology*, March 2009; 30(1): 11–20
58. Lin L, Luo Lin, Shi-Zhong W, Changmin Z, Fan Q, Liu K, Sun G. Psychological long-term effects of sterilization on anxiety and depression.

59. Aykent R, Kocamanoglu S, Ustun E, Tur A, Sahinoglu H. Preoperatif Anksiyete Nedenleri ve Değerlendirilmesi: APAIS ve STAI Skorlarının Karşılaştırılması. *Türkiye Klinikleri Anesteziyoloji ve Reanimasyon Dergisi*, 2007; 5: 7-13

## ÖZET

### **ELEKTİF ÜROGENİTAL OPERASYON GEÇİREN 18-50 YAŞ ARASI HASTALARDAKİ ANKSİYETE DÜZEYİNİN AYNI YAŞLARDA BAŞKA OPERASYON GEÇİRENLERİNKİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI**

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

Bu çalışmada 18-50 yaş arası hastalarda yapılan elektif ürogenital(histerektomi, varikosel, laparoskopik over kisti) ameliyatı planlanan hastaların anksiyetelerinin benzer büyüklükteki(Grade) başka nedenlerle(tiroidektomi, artroskopi, inguinal herni) ameliyat planlanan hastaların anksiyetelerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Hastaların demografik bilgilerine, durumsal ve sürekli anksiyeteyi ölçen STAI I ve STAI II testlerine yanıt vermesi istendi. Preoperatif dönemde STAI I değerlerinin STAI II değerlerinden yüksek olduğu, hastalarda ciddi anlamda preoperatif anksiyete durumunun sözkonusu olduğu anlaşılmaktadır. Ayrıca grade 2 ve grade 3 operasyon operasyon geçiren hasta gruplarında ürogenital operasyon geçirenlerin diğerlerine oranla daha fazla anksiyeteye sahip olduğu görüldü.

**Anahtar Sözcükler:** *Preoperatif Anksiyete, Ürogenital Operasyonlarda Anksiyete*

## SUMMARY

### **THE COMPARISON OF ANXIETY IN 18-50 AGE PATIENTS PERFORMED ELECTIVE UROGENITAL OPERATIONS AND OTHER OPERATIONS**

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

In this study, comparing of the anxiety of the patients sheduled for effective urogenital surgery(hysterectomy, varicocele, laparoscopic ovarian cyst) which is applied to the patients between the ages of 18 and 50 and the anxiety of the patients sheduled for surgery for other reasons(thyroidectomy, arthroscopy, inguinal hernia) at similar grades is aimed.

Patients have been asked to respond demographic information and STAI I and STAI II test that always measure state and trait anxiety. STAI I values in the preoperative period, which is significantly higher than STAI II, it is understood that there is seriously preoperative anxiety in patients. In addition, it is seen that patients, who are operated genitourinary urgery in grade 2 and grade 3, are more anxiety than the others.

***Key Words:*** Preoperative Anxiety, Anxiety in Urogenital Operations

## **EKLER**

EK-1: Bilgilendirme ve onay formu

EK-2: Demografik bilgi formu

EK-3: STAI Form TX-I ve II

## EK-1

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

Elektif ürogenital operasyon geçirecek 18-50 yaş arası hastalardaki anksiyete düzeyinin aynı yaşlarda başka operasyon geçirecek olanlarıninki ile karşılaştırılması çalışması.

## BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

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

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

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

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

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

**YUKARIDA BELİRTİLEN KOŞULLAR ÇERÇEVESİNDE ÇALIŞMAYA KATILMAYI KABUL EDİYORUM.**

ADI SOYADI :  
TARİH :  
İMZA :

**EK-2**

**DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU**

**Adı Soyadı** : **Tarih** :

**Doğum Tarihi** : **Dosya No** :

**Eğitim Durumu** : **ASA** :

**Medeni Durum** : **Ek Hastalık** :

**Çocuk Sayısı** :

**Cinsiyeti** :

**Meslek** :

**Operasyon Öyküsü** :

**Adres** :

**Telefon** :

**Yattığı Klinik** :

**Tanı** :

**Planlanan Ameliyat Tarihi** :

## EK-3

## STAI FORM TX – I

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

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



## EK-3

## STAI FORM TX – 2

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

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