

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

**PREOPERATİF ANESTEZİ BİLGİLENDİRMESİNDE
BROŞÜR İLE BİLGİLENDİRMENİN
VEYA SÖZEL BİLGİLENDİRMENİN
PREOPERATİF ANKSİYETEYE OLAN ETKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Yıldız TEZEL BAYDAR

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. İbrahim YEGÜL**

BORNOVA 2014

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ	1
GENEL BİLGİLER.....	2
1.Anksiyete.....	2
1.1.Anksiyetenin tanımı	2
1.2.Anksiyetenin tarihçesi	3
1.3.Anksiyetenin belirtileri.....	4
1.3.1. Fizyolojik belirtileri	4
1.3.2.Affektif belirtileri	5
1.3.3.Davranışsal belirtileri	6
1.3.4. Bilişsel belirtileri.....	6
1.4. Anksiyeteyi açıklayan kuramlar.....	7
1.4.1.Psikolojik Kuramlar	7
1.4.1.1. Psikanalitik kuram.....	7
1.4.1.2.Bilişsel davranışçı kuram	8
1.4.1.3.Varoluşçu kuram	9
1.4.2 Biyolojik kuramlar	9
1.4.2.1 Nörotransmitterler	9
1.4.2.1.1 Noradrenalin	10
1.4.2.1.2 Seratonin	10
1.4.2.1.3 GABA	11
1.5.Anksiyete ve Nöranatomi.....	11
1.5.1.Limbik sistem.....	11
1.5.2. Amigdala	12
2. Preoperatif Anksiyete.....	12
2.1. Anksiyetenin psikolojik değerlendirilmesi	13
2.1.1.STAI (State Trait Inventory) (Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği).....	14
GEREÇ VE YÖNTEM	15
BULGULAR	19
TARTIŞMA	23
SONUÇ	28
ÖZET	29
KAYNAKLAR.....	30
EKLER	33

GİRİŞ

Preoperatif dönemde hastaların %60-80 inin anksiyöz olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmiştir (1). Bazı çalışmalarda preoperatif dönemde detaylı bilgilendirilen hastaların preoperatif ve postoperatif dönemde bu hastalarda ağrı ve anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğu, iyileşmenin daha hızlı olduğu gösterilmiştir. Preoperatif dönemde mevcut olan anksiyete nedenleri arasında anesteziye bağı endişeler önemli yer tutar.

Literatürde değişik oranlarda olmak üzere bu endişeler: ameliyat sonrası uyanamamak, ameliyat sonrası bulantı kusma, yoğun bakımda kalmak, anestezistin bilgi ve deneyim eksikliği, anestezistin ameliyat odasında bulunmaması, anestezistin tavırları, iğne korkusu, ölmek, anestezi sırasında anlamsız konuşmak, ameliyat sırasında ağrı duymak olarak bildirilmiştir (2) (3).

Anestezistin ameliyat öncesi vizitinin amacı, hastayı değerlendirip anesteziye hazırlamak ve hastayı uygulanacak cerrahi işlemlerle ilgili bilgilendirmektir. Preoperatif dönemde hastaların bilgilendirilmesinin anksiyete ve analjezik gereksinimini azalttığı, memnuniyeti arttırdığı gösterilmiştir (4).

Bu çalışmanın amacı, hastanın ameliyatına uygun olan anestezi yöntemi hakkında, broşür ile görsel olarak bilgilendirilmesinin veya sözel olarak bilgilendirilmesinin preoperatif anksiyeteye olan etkisini değerlendirmektir.

GENEL BİLGİLER

1.ANKSİYETE

1.1. Anksiyetenin tanımı

Anksiyete, tehdit veya tehlike karşısında duygusal, davranışsal ve fiziksel alanlarda otomatik olarak ortaya çıkan birtakım değişiklikler ve bunların öznel yaşantılarını tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Anksiyete, hoş olmayan heyecansal endişe, kaygı hali olarak da tanımlanabilir (5).

Anksiyete (anxiety), Latince “tıkanma”, “boğulma” anlamına gelen “angere” kökünden türetilmiştir (5) . Anksiyete hissi gerçekte tüm insanlarca yaygın olarak yaşanır. Bu his, sıklıkla baş ağrısı, terleme, çarpıntı, göğüste sıkışma hissi ve hafifi mide rahatsızlığı gibi otonomik semptomların eşlik ettiği , hoş olmayan belirsiz bir endişe hissidir (6). Anksiyete duygulanımda kaygı, korku, sıkıntı hali olup, fizyolojik, bilişsel ve davranışsal bileşkeleri vardır (7). Anksiyete içsel ve dışsal tehditlere karşı uyarır; hayat kurtarıcı nitelikleri bulunmaktadır. Daha düşük düzeyde anksiyete vücut hasarı, ağrı, yarımsızlık, olası cezalandırma, sosyal ya da bedensel ihtiyaçların engellenmesi sevilen birinden ayrılma, birinin birliği veya bütünlüğünün tehdidi konusunda uyarır. Tehditten korunmak ya da sonuçlarını azaltmak için kişiyi gereken adımları atması için hazırlar (6).

Freud anksiyeteyi benliğin kendini tehdit altında hissettiği bir gerilim ve duygu durumu olarak tanımlamaktadır. Fiziksel hastalığın getirdiği engellemeler, çaresizlik, yeterliliğin kaybı endişesi, vücut oran ve kısımlarının zedeleneceği endişesi, ölüm korkusu, hastalığın anlamı, önem ve sembolik öznel algısı ve çeşitli gerçek ya da kişisel algılanmış tehlikeler, kişide anksiyete yaratır (7). Anksiyete durumlarının genel nüfustaki prevalansı %4-7 olarak bildirilmişken, tıbbi hastalardaki oranın ve yaygınlığının daha yüksek olduğu %10-20 kabul edilen bulgudur. Ciddi, akut, yaşamı tehdit eden ve organ kaybına yol açan hastalıklarda anksiyetenin daha yaygın olduğu bildirilmiştir (7). Tıbbi servislerde anksiyetenin önemli bir nedeni de hastalık hakkında bilgi eksikliğidir. Hastalığın niteliği, tedavi yöntemleri ve servisin yapısı da tıbbi hastalarda anksiyetenin şiddetini etkiler.

1.2 Anksiyetenin Tarihçesi

Anksiyeteye ilişkin betimlemelere çok eski dönemlere ait metinlerde bile rastlanmaktadır. Hipokratın, psikiyatrik bozukluklarla ilgili eserlerinde korkudan ve “amaçsız anksiyete” (aimless anxiety) olarak adlandırdığı bir durumdan söz ettiği bilinir. Psikiyatrinin rüştünü ilan ettiği 18.yüzyıldan sonra da anksiyete, tıbbi metinlerde sıkça rastlanan kavramlardan biri olagelmıştır (5). 18.yüzyıldan sonra anksiyeteye ilişkin oldukça ciddi tanımlamalara ve açıklamalara rastlanmaktadır. Örneğin 1800’lü yılların ortalarında Heinrich Neumann’ın anksiyetenin özellikle cinsel dürtülerin doyurulmaması durumunda ortaya çıktığına ilişkin görüşü psikanalitik dönem açıklamalarını andırmaktadır. Bu görüşü, aynı dönemde, KAarl Ideler de, doyurulmamış cinsel arzuların ruhsal rahatsızlıklara kaynak teşkil edeceğine olan inancı doğrultusunda tekrarlamıştır (5).

Anksiyete bozukluklarını kapsamlı bir biçimde ilk ele alan Sigmund Freud’dur. Freud yaklaşık 100 yıl evvel ilk kez anksiyete nevrozunu ayrı bir sendrom olarak tanımlamış ve 1894 yılında nevrasteniden ayırmıştır. Freud’un Anksiyete nevrozu kavramı oldukça kapsamlı bir kavramdır. Freud’un bu betimleyici çalışmaları anksiyete bozukluklarının sınıflamasının bugünkü temellerini oluşturmuştur. Freud’un bu alandaki rolü Kreapelin’in şizofreni ve sınıflamasındaki tarihsel rolüne benzetilebilir (5).

Freud’a göre anksiyete nevrozu 4 büyük sendromu içermektedir: Genel irritabilite, kronik anksiyöz beklenti, anksiyete nöbetleri ve sekonder fobik kaçınma. Freud anksiyöz beklentinin anksiyete nevrozunun çekirdek belirtisi olduğuna, sinirlilik, kaygı-endişe ve yüzer-gezer anksiyeteyi kapsadığına inanırdı. “Aşırı kaygı” durumu “anksiyöz beklenti” (anxious expectation) terimi altında ilk kez onun tarafından tanımlanmıştır. Freud, anksiyeteyi, kronik veya bazen yalın bir halde bazen de aniden ölme korkusu ile birlikte birden bire bilinç düzeyine çıkan akut şekliyle, büyük olasılıkla Domrich’in tanımladığı biçimiyle ele almıştır (5). Freud anksiyete belirtilerini, öncelikle somatik belirtiler olarak, ya yüzer-gezer anksiyeteye (free-floating anxiety) ya da ani anksiyete nöbetleri ile birlikte tarif eder. Her iki anksiyete durumunda da ortaya çıkabilen bedensel (somatik) belirtiler ürperme, aritmi, dispne,terleme, bulantı, midede ağırlık hissi, tremor, sık idrara çıkma, artmış iştah, ishal, baş dönmesi(vertigo), dengesizlik, paresteziler, uyku bozuklukları, kabuslar, ağrıya karşı aşırı duyarlılık, cinsel ilgide azalmadır. Freud kronik kaygı-endişenin basit fobiye, vertigo ve anksiyete nöbetlerinin ise agorafobiye yol açtığına inanmaktadır. Ayrıca Freud anksiyete nevrozunun sıklıkla diğer nevrozlarla bir arada oluşunu farketmiştir. Bu tabloları “karışık nevroz” (mixed neurosis) ismini

vermiştir. Nevrasteni ve histeri belirtilerinin, ayrıca obsesyonların anksiyete nevrozuna en çok eşlik eden belirtiler olduğunu gözlemlemiştir. Freud yüzer-gezer anksiyeteyi ve kronik endişe halini anksiyete nöbetlerinden ayırmamıştır (5).

1.3.Anksiyetenin belirtileri

1.3.1. Fizyolojik belirtiler:

Bunlar genellikle organizmanın kendini korumaya yönelik bir savunma durumu içine girdiğini gösterir. Hormonal, sempatik ya da parasempatik sinir sisteminin çalışmasındaki değişiklikler sonucu ortaya çıkarlar (8).

Kalp-Damar sistemi belirtileri

- ☐ Çarpıntı
- ☐ Kalp hızında artma
- ☐ Arteriel kan basıncı değişiklikleri
- ☐ Bayılma hissi
- ☐ Gerçek bayılma
- ☐ Yüz kızarması
- ☐ Aritmi

Solunum sistemi belirtileri

- ☐ Solunum sayısında artma ve derin soluma
- ☐ Göğüste ağrı, yanma, basınç ve sıkışma hissi
- ☐ Nefes darlığı
- ☐ Hava açlığı
- ☐ Kesik soluma
- ☐ Bronşial spazm

Kas-İskelet 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, kabuslar, huzursuz uyku

Sindirim sistemi belirtileri

- ☐ Karın ağrısı, karında huzursuzluk, spazm
- ☐ İştahsızlık
- ☐ Bulantı-kusma, ishal
- ☐ Yutma güçlüğü
- ☐ Ağızda kuruma ya da sulanma

Boşaltım ve Genital sistem belirtileri

- ☐ Sık idrara çıkma
- ☐ İdrar miktarında artma
- ☐ Cinsel güçsüzlük
- ☐ Erken boşalma

Cilt belirtileri

- ☐ Yaygın terleme
- ☐ Lokal terleme
- ☐ Soğuk ve nemli eller
- ☐ Kaşınma krizleri
- ☐ Sıcak ve soğuk basma krizleri
- ☐ Ateş basması

1.3.2. Affektif belirtiler:

Kişinin yaşadığı ve onu rahatsız eden çeşitli duygulardır.

- ☐ Korku
- ☐ Endişe
- ☐ Sinirlilik
- ☐ Dehşet duygusu

- ☐ Tedirginlik
- ☐ Alarm durumuna geçme
- ☐ Gerginlik
- ☐ aresizlik

1.3.3. Davranışsal belirtiler:

Normal davranışların hiperaktivasyonu ya da inhibisyonu şeklinde izlenir. Bu davranışlar her ne kadar başlangıçta anksiyeteyi azaltma amacı güderlerse de, sonuçta aksine anksiyeteyi artırıcı özellik göstermeye başlarlar.

- ☐ Kaçma
- ☐ Kaınma
- ☐ Huzursuzluk
- ☐ Olduğu yerde hareketsiz donakalma
- ☐ Davranışlarda inhibisyon
- ☐ Konuşma akışında bozukluk
- ☐ Koordinasyon bozukluğu

1.3.4. Bilişsel belirtiler:

Normal bilişsel fonksiyonların abartılı hale gelmesi ya da normal işlevlerin inhibisyonu söz konusudur. Kişı kendisini huzursuz eden düşünce ve duygulardan rahatsızlık duyar.

- ☐ Dikkat dağınıklığı
- ☐ Önemli şeyleri hatırlayamama
- ☐ Düşüncede duraksamalar, kesintiler
- ☐ Aşırı uyanıklık hali
- ☐ Kendini aşırı gözleme
- ☐ Korku veren görsel imgeler
- ☐ Başa çıkamama korkusu
- ☐ Aklını yitirme korkusu
- ☐ Fiziksel zarar görme ya da ölüm korkusu

- ☐ Yineleyici korkulu düşünceler
- ☐ Gerçek dışılık hisleri ve depersonalizasyon

Bu belirtiler normalde zaman zaman herkeste yaşanan durumlardır. Çoğu ya normal işlevlerin abartılı hale gelmiş şekilleri ya da normal işlevlerdeki baskılanmalardır. Hastaları hekime getiren belirtiler ve hastalığın şiddeti kişiden kişiye değişkenlik göstermektedir.

1.4. Anksiyeteyi açıklayan kuramlar

Anksiyetenin psikolojik ve biyolojik alanlarda ortaya çıkan belirtileri olduğundan, nedenlerini de bu iki zeminde açıklamaya yönelik görüşler vardır. Psikoloji okullarının geliştirdikleri teoriler, kaygı için çeşitli nedenler ortaya koymuşlardır (9). Psikolojik yönden başlıca üç kuram anksiyeteyi açıklamaya çalışmıştır (10). Bu kuramların her birinin anksiyete bozukluğu olan hastaların tedavisinde hem kavramsal, hem de pratik kullanımı bulunmaktadır (6).

1.4.1. Psikolojik Kuramlar

1.4.1.1. Psikanalitik Kuramlar

Psikoanalitik teoriye göre, kaygının nedeni, benlik ile alt benlik ya da benlik ile üst benlik arasındaki iç çatışmalardır. Bu süreçte benlik, çözemediği ya da bastıramadığı çatışmayı tehlike olarak algılar; bilinç alanında ise kaygı ortaya çıkar (11).

Psikanalitik kuramın kurucusu Sigmund Freud anksiyeteyi önceleri ruhsal enerji artışına, sonradan da bilinç dışında bir tehlikenin varlığının algılanmasına bağlamıştır. Freud'a göre anksiyete kişide içsel bir çatışmanın sonucudur. Bu çatışmanın bir ayağını bilinç dışındaki cinsellik ya da saldırganlık dürtüleri diğer ayağını ise kişinin süperegosu oluşturur. Bu görüşe göre anksiyete bir anlamda kişinin süperegosunun, bilinç dışındaki kabul edilemez dürtülere karşı verdiği savaşımın bir sonucudur (10).

Psikanalitik kurama göre anksiyete İd ya da dürtü anksiyetesi, ayrılma anksiyetesi, kastrasyon anksiyetesi ve süperego anksiyetesi olarak dört ana kategori içinde bulunur. Anksiyetenin bu çeşitlerinin büyüme ve gelişmenin çeşitli safhalarında ortaya çıktığı varsayılmaktadır.

İd ya da dürtü anksiyetesi, bebeklerin bastırılamaz ihtiyaçlar hissettikleri ve çaresiz durumlarını kontrol edemediği uyaranlar hissettiklerinde yaşadıkları ilkel yaygın rahatsızlıktır. Ayrılık anksiyetesi daha büyük yaşlarda ancak dürtülerini ailesinin standartlarına ve isteklerine göre kontrol eden ve yöneten, sevgi kaybından ve babası tarafından terkedileceğinden korkan preödipal çocuklarda görülür. Özellikle çocuğun gelişen cinsel dürtülerine bağlı olan, ödipal çocuğu belirleyen kastrasyon fantazileri, erişkinin kastrasyon anksiyetesi olarak yansır. Süperego anksiyeteleri Ödipus kompleksinin bitiminin ve latent dönemin prepubertal dönemine ilerlemenin işareti olan süperegonun son oluşumunun doğrudan sonucudur (6).

Psikanalistler anksiyetenin kaynağı ve doğası hakkında fikir ayrılığına sahiptirler. Otto Rank tüm anksiyetelerin oluşumunu doğum travması ile ilişkilendirmiş, Hary Stack Sullivan ise anne ile çocuğun erken ilişkisini ve annenin anksiyetesinin bebeğe geçişini vurgulamıştır (6).

1.4.1.2.Bilişsel Davranışçı Kuramlar

Davranışçı teoriye göre kaygı, organizmanın belli bazı çevresel faktörlere gösterdiği şartlanmış bir cevaptır (12) ve öğrenme sonucu oluşur. Bilişsel teori ise kaygının, olayların birey tarafından nasıl algılandığına ve yorumlandığına bağlı olarak geliştiğini öne sürer. Buna göre kaygı, olayların çarpıtılmış düşünce örüntüleri ile algılanması sonucu ortaya çıkar (11) (9).

Bilişsel davranışçı kuram anksiyeteyi öğrenme modeli ile açıklar. Buna göre anksiyete özgül çevresel uyaranlara karşı “genelleşmiş koşullu bir cevap” olarak ortaya çıkar. Örneğin metroda fenalaşan bir kişi tekrar fenalaşacağı korkusu ile metroyu kullanmak istemez. Giderek korkusu otobüs, uçak vb. taşıt araçlarına karşı da genellenir. Hatta market, sinema vb. kalabalık yerleri de kendisi için tehlikeli bulabilir ve bu tür yerlerde de fenalaşacağı korkusu yaşar. Anksiyete çocukluktan itibaren ebeveynlerin olaylar ve durumlar karşısında verdiği tepkilerin gözlenmesi ve öğrenilmesi ile de gelişebilir (sosyal öğrenme). Bilişsel davranışçı kuram özellikle anksiyeteyi kişinin gerçeği hatalı ya da çarpık algılaması ve değerlendirmesi sonucunda edindiği yanlış izlenimlere bağlı olarak ortaya çıkan abartılı ve yetersiz bir “tehdit ve tehlike belirtisi” olarak açıklama eğilimindedir (10).

1.4.1.3.Varoluşçu Kuramlar

Varoluşçu teori ise, bireyin yaşamın anlamsızlığının farkına vardığını ve bunun gerçek ölüm korkusundan bile daha rahatsız edici olduğunu; dolayısıyla bu anlamsızlığa tepki olarak kaygının ortaya çıktığını savunur (12) (9).

Varoluşçu kurama göre anksiyete kişinin yaşamı anlamsız bulması ve bunun sonucunda içine düştüğü “hiçlik” duygusuna bağlıdır (10).

Varoluşçu kuramın ana kavramı kişilerin hayatlarının derin hiçliğinden haberdar ve hislerin, kaçınılmaz ölümü kabullenmekten bile daha rahatsızlık verici olabileceğidir. Anksiyete kişinin varoluşun ve anlamın geniş boşluğuna yanıtıdır. Nükleer silahların üretiminden sonra varoluşçu endişeler artmış olabilir (6).

1.4.2.Anksiyeteyi Açıklayan Biyolojik Kuramlar

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

Anksiyeteyi biyolojik yönden açıklayan kurama göre anksiyetenin biyolojik nedenleri vardır. Anksiyetenin çeşitli nörotransmitterler ve nöranatomik yapılarla ilişkisi yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur.

1.4.2.1.Nörotransmitterler

Başta noradrenalin, seratonin ve GABA olmak üzere bazı nörotransmitterlerin anksiyete oluşumunda önemli rolleri vardır. Gerek hayvan deneylerinde, gerek insanlar üzerinde yapılan çalışmalarda bu kimyasallarla anksiyete arasındaki ilişki ortaya konmuştur (10).

1.4.2.1.1. Noradrenalin

Lokus seruleus ponsun dorsal bölümünde yer alan ve santral sinir sistemindeki toplam noradrenalinin yaklaşık %70'ini içeren bir nükleustur. Lokus seruleustan çıkan noradrenerjik lifler serebral ve serebellar korteksleri, limbik sistemi, beyin sapını ve medulla spinalisi innerve eder ve lokus seruleus santral sinir sisteminin otonomik ve emosyonel alarm yanıtları ile ilişkili merkezidir (13) (14) (15) (16) (17) (18).

Lokus seruleusun uyarılması ve noradrenalin düzeyinin artması korku duyumsama, taşikardi, tremor, ağız kuruluğu, kan basıncında artış, gastrointestinal sistemde peristaltik hareketlerde artış, terleme ve pupillalarda genişleme gibi otonomik ve emosyonel anksiyete semptomlarına neden olur. Anksiyete teşhisi konanlarda noradrenalin ile birlikte noradrenalinin major metaboliti olan 3-metoksi-4-hidroksiglikol düzeylerinde artışlar saptanmıştır (14) (18).

1.4.2.1.2. Serotonin

Beyin sapının dorsal ve median raphe nükleusunda lokalize olan nöronlar beyindeki primer serotonin kaynaklarıdır. Serotonerjik sistem iştah, enerji, uyku, duygudurum, libido ve kognitif fonksiyonların modülasyonundan sorumludur. Serotoninin anksiyetede rolü lokus seruleus üzerindeki modulator etkileri ve amigdalaya gelen serotonerjik liflerin varlığı ile desteklenmektedir (8) (14) (15) (16) (17).

Serotonerjik ve noradrenerjik sistemler arasındaki etkileşme anksiyete gelişimi ile ilişkili olabilir. Maymun beyinde gerçekleştirilen araştırma sonuçlarına göre lokus seruleus noradrenerjik nöronların yanı sıra serotonerjik nöronlara da sahiptir. Ayrıca santral serotonerjik merkez kabul edebileceğimiz beyin sapı raphe sistemi noradrenerjik nöronlar tarafından da innerve edilirken, lokus seruleusun da beyin sapı raphe sisteminden serotonerjik innervasyonlar aldığı saptanmıştır (14) (18).

1.4.2.1.3.GABA

Amino asit yapısında olan GABA memeli santral sinir sistemindeki en yaygın inhibitör nörotransmitterdir. Santral sinir sistemindeki tüm sinapsların yaklaşık olarak %40'ının nörotransmisyonunda GABA'yı kullandığı düşünülmektedir (14) (16) (17).

Deneyisel çalışmalar GABA'nın santral sinir sisteminde presinaptik ve postsinaptik sinir uçlarında etkili olarak eksitator nitelikli nörotransmitterlerin sinaptik aralığa salıverilmelerini önlediği ve presinaptik inhibisyon yaptığı, postsinaptik bölgede birçok etkisini GABA-A reseptörünün uyarılması yoluyla oluşturduğuna işaret etmektedir (18).

1.5.Anksiyete ve Nöroanatomi:

Normal veya anormal anksiyete esas olarak santral sinir sisteminden kaynaklanmaktadır. Beyindeki subkortikal yapılar içinde talamus, hipotalamus, hipokampus, pineal bez, hipofiz ve amigdala gibi önemli nöroanatomik oluşumları içeren limbik sistem bellek ve duygu durum değişikliklerinden sorumlu önemli bir bölgedir (13) (14) (15) (16) (18).

1.5.1.Limbik sistem

Anksiyete, beyin sapındaki çekirdekler, limbik sistem, prefrontal korteks ve serebellum arasındaki etkileşimin bir sonucudur. Beyin sapı gelişimsel olarak beynin en eski bölümüdür ve uyarılmayı kontrol etmede kısmi bir rolü vardır. Limbik sistem ve bu sistemin içinde yer alan amigdala, duyguların oluşmasında ve gerginlik yaratan durumlara karşı gelişen duygusal tepkilerin ve otonom sistemle ilgili tepkilerin kontrolünde rol oynamaktadır. Hipokampus ve amigdala, korkunun edinilmesi, sürdürülmesi ve körelmesinin bilişsel ve duygusal yönden öğrenilmesinde ve bellekte tutulmasında önemli bir rol oynarlar (18).

Lokus seruleus, limbik sistemin, serebral korteksin, serebellumun ve hipotalamusun noradrenerjik girdisini sağlayan ve orta beyinde yer alan küçük bir çekirdektir. Bu çekirdek "travma merkezi" olarak adlandırılmaktadır. Korku ve alarm yanıtlarına eşlik eder. Lokus seruleusun tahrip edilmesi hayvanlarda aldırılmaz bir biçimde cesaretle tehlikeli davranışlara girilmesine neden olur (18).

1.5.2.Amigdala

Limbik yapılar içinde amigdala korku duygusu ve anksiyete oluşumunda en önemli role sahip olan nöroanatomik oluşumdur. Amigdala ve amigdala ile nöronal bağlantılarla iletişim kuran lateral hipotalamus, vagusun dorsomedial nükleusu, nükleus ambiguus, parabrakial nükleus, ventral tegmental alan, lokus seruleus, pedinkülopontin nükleus, nükleus retikülaris ve hipotalamusun paraventriküler nükleusu normal ve patolojik anksiyete oluşumunda rolü olan belli başlı anatomik yapılardır (13) (15) (16) (17) (18).

Amigdala, koşullandırılmış korkunun edinilmesinde, saklanması ve ifade edilmesinde çok önemli rol oynamaktadır. Tüm duysal organlardan gelen bilgiler, amigdalaya korteksten ya da talamus ya da parabrakial kompleks gibi korteks altı yapılardan yansıtılmaktadır. Cerrahi olarak amigdalası alınmış hastalar yüzleri fark edebilmekte, ancak yüz ifadelerinin anlamını çözmemektedir (13) (8) (18).

2.Preoperatif anksiyete

Ameliyat kararı ve bekleme süreci çoğu hastada tedaviyi aksatmayacak ölçüde anksiyeteye neden olur. Ameliyat öncesi dönemde anksiyete düzeyini araştıran yayınlarda hastaların %60-80 inde belirgin anksiyete olduğu saptanmıştır(19)(20).Preoperatif anksiyetenin derecesi tanı ile, tutulan organ ve sistem ile, operasyonun zorluk ve risk derecesi ile, hastanın buna ilişkin önyargılarıyla ilişkilidir (21). Anksiyete düzeyi kadınlarda erkeklere göre, yalnız gelenlerde ailesi ve arkadaşları ile ameliyata gelenlere göre, gençlerde yaşlılara göre daha yüksek bulunmuştur (22).

Cerrahi girişimler ciddi psikiyatrik ve psikososyal sorunlara yol açma potansiyelindedir. Hastada, hastalığından kurtulma umut ve beklentisi yanında psikolojik açıdan kendi bedenini, yaşantısını denetleyemeyeceği endişesine, organ ve doku kaybı korkusuna neden olabilir. Bu kaygı, alttaki hastalığın niteliğine, kaybedilecek organa, kişi için bu durumun anlam ve önemine göre değişik düzeyde olur (23). Örneğin kardiyak ameliyatlarda plastik cerrahi ameliyatlarına göre daha yüksek düzeyde anksiyete olduğu belirtilmiştir (22).

Preoperatif dönemde hastada mevcut olan anksiyete nedenleri arasında anesteziye bağlı endişeler önemli yer tutar. Bu endişeler anesteziistler ve anestezi uygulamalarından,

personelin problem çıkarmasına, ölüm korkusundan, iğne korkusuna kadar pek çok nedene bağlıdır (24). Literatürde değişik oranlarda olmak üzere bu endişeler; ameliyat sonrası uyanamamak, ameliyat sonrası ağrı, ameliyat sırasında uyanmak, ameliyat sonrası bulantı, kusma, yoğun bakımda kalmak, anesteziistin bilgi ve deneyim eksikliği, anesteziistin ameliyat odasında bulunmaması, anesteziistin tavırları, iğne korkusu, ölmek, anestezi sırasında anlamsız konuşmak, ameliyat sırasında ağrı duymak olarak bildirilmiştir (25) (3).

Peroperatif dönemde hastaların psikolojik olarak hazırlanmasında, hastalığın niteliği, anestezi uygulaması, cerrahi girişim, postoperatif dönemle ilgili konularda kaygısını arttırmayacak şekilde yeterli düzeyde bilgilendirme çok önemli ve yararlıdır. Hastanın kaygı ve endişelerinin dinlenmesi kaygı ile başa çıkma yeteneğini güçlendirmektedir. Sheffer ve Greifstein'e göre hastaların anesteziye karşı duydukları anksiyetenin nedeni kısmen anestezi- hasta ilişkisindeki eksiklikten kaynaklanmaktadır (26). Peroperatif dönemde hastanın eğitimi ve bilgilendirilmesi psikolojik açıdan ameliyata hazırlamada ilk basamaktır. Bilgilendirmenin kaygı, korku ve depresyon gelişimini, ameliyat sonrası aneljezik gereksinimini azalttığı, hastanede yatış süresini kısalttığı birçok araştırmacı tarafından bildirilmiştir (27) (23). Yapılan çalışmalarda ameliyat olacak tüm hastalara gerekli açıklamaların yapılmasının kaygının giderilmesine yardımcı olacağı, iyileşme sürecini hızlandırıp, hastanede kalma sürecini kısaltacağı ve maliyeti düşüreceği sonucuna varılmıştır (28) (29). Psikolojik hazırlamada hastanın emosyonel yaşantısı, içsel endişe, korku ve çatışmalarını ifade edebilmesinin sağlanması, bilgilendirme ve gerçekçi güvence verilmesi önemlidir. Hasta için önemli olan kaygı kaynakları araştırılmalı ve endişeleri giderilmelidir (23).

2.1. Anksiyetenin psikolojik değerlendirilmesi

Kaygı, durumluk ve sürekli olmak üzere iki açıdan ele alınabilir. Buna göre durumluk kaygı; belli bir zamanda öznel gerginlik, evham (kuruntu) duyguları ve otonom sinir sistemi uyarılması ile karakterize geçici bir duygusal durumdur. Dolayısıyla geçici ve kısa süreli olarak kabul edilen durumluk kaygı, belli bir koşulda tehlikeli ya da tehdit edici durumlarla mücadele ederken söz konusudur. Sürekli kaygı ise, zaman içinde tezahür etmiş kaygı durumları olarak yansıtılan kaygı eğiliminde ve gelecekte yaşanabilecek kaygı olasılığında, göreceli olarak sabit bireysel farklılıklardır ve devamlı bir kişilik özelliğidir (30) (9).

2.1.1.STAI (State Trait Inventory) (Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği)

Anksiyete sınıflandırmasında birçok metot kullanılmaktadır. Bu sınıflandırmalar subjektif değerlendirmelerle, daha spesifik ve ayrıntılı testlerin kullanımını içeren değerlendirmeler arasında değişmektedir. Anksiyete ölçümü için tıpta en yaygın kullanılan test, State- Trait Anxiety Inventory (STAI) skalasıdır. Literatürde altın standart olarak kabul edilen bu test, durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini ölçmektedir. Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği Spielberger ve arkadaşları tarafından (1970)geliştirilmiştir (31). Ölçeğin Türkçe'ye adaptasyonu, geçerlilik ve güvenirlilik çalışması Öner ve Le Compte (1983) tarafından yapılmıştır (32). Durumluk Kaygı Ölçeği, ani değişiklik gösteren heyecansal reaksiyonları değerlendirmede oldukça duyarlı 20 sorudan oluşan bir ölçektir. Envanterin ikinci bölümünde yer alan yine 20 maddeden oluşan Sürekli Kaygı Ölçeği, kişinin genelde, yaşama eğilimi gösterdiği kaygının sürekliliğini ölçmeyi amaçlamaktadır. Skorlar 20 (düşük anksiyete) ile 80 (yüksek anksiyete) arasındadır. 36 ve altı puan kaygının olmadığını, 37- 42 hafif kaygıyı, 43 ve üstü puan ise yüksek kaygıyı gösterir. Genel olarak, durumluk ve sürekli kaygı puanlarının yüksek olması, anksiyete düzeyinin yüksek olduğunu göstermekte olup, puanları 60'ın üstünde olan bireylerin profesyonel yardıma gereksinimleri olduğu belirtilmektedir (33).

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma Ege Üniversitesi Etik Kurul onayı alındıktan sonra EÜTF Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde 1 Kasım 2011- 29 Şubat 2012 tarihleri arasında elektif cerrahi nedeniyle başvuran 18-65 yaş arası hastalar çalışmaya dahil edildi. Çalışma öncesi 20 hastadan oluşan alt grup ile power analiz yapıldı. Power analiz sonucuna göre çalışmaya dahil edilecek minimum hasta sayısı 40 olarak tespit edildi.

Çalışmaya kabul edilme kriterleri 18-65 yaş arası, ASA I-II sınıfına dahil, okuma yazma bilen, elektif cerrahi operasyon geçirecek hastalar iken, çalışma dışı bırakma kriterleri anksiyete bozuklukları, son bir yıl içinde geçirilmiş fiziksel/ruhsal travma, sedatif, antidepresan, antiepileptik kullanımı, kooperasyon, anlama ve işitme sorununun varlığı, ASA fiziksel durum skorlamasına göre III ve üzeri grupta olmak ve major cerrahi girişim olarak belirlendi.

Hastalar ameliyattan önceki gün odalarında anestezi visiti sırasında birebir görüşme yöntemi kullanılarak, onamları alındıktan sonra durumluk (DKÖ) ve sürekli kaygı ölçekleri (SKÖ) ile değerlendirildi. Hastaların eğitim ve sosyokültürel düzeylerindeki farklılıklardan dolayı anket formları hastalara okunarak, hastaların vermiş olduğu cevaplar anketi yapan araştırmacı tarafından anket formuna işaretlendi. Hastaların ameliyatlarına ve sağlık durumlarına en uygun olan anestezi yöntemi hastaya ifade edildikten sonra, hastalar rastgele yöntemle görsel ve sözel gruba ayrıldı. Hastalara odalarında, bire bir yüz yüze görüşme yöntemi ile operasyonda uygulanacak anestezi çeşidi hakkında sözel veya broşür yardımıyla bilgilendirme yapıldı. Broşürle bilgilendirilen hastalara Prof. Dr. Sadi Sun tarafından hazırlanmış anestezi bilgilendirme broşürünün revize edilmiş hali verilerek, detaylı olarak incelemeleri istendi.

Ameliyat günü hastalara premedikasyon uygulanmaksızın, bekleme salonunda bekleyen hastalara birebir yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak preoperatif anksiyeteleri, durumluk (DKÖ) ve sürekli kaygı ölçekleri (SKÖ) ile değerlendirildi. Hastaların eğitim ve sosyokültürel düzeylerindeki farklılıklardan dolayı anket formları hastalara okunarak, hastaların vermiş olduğu cevaplar anketi yapan araştırmacı tarafından anket formuna işaretlendi.

STAI-S (DKÖ) ölçeğindeki 20 ifade sırasıyla şöyledir:

1. Şu anda sakinim;
2. Kendimi emniyette hissediyorum;
3. Su 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.

STAI-T (SKÖ) ölçeğindeki 20 ifade sırasıyla şöyledir:

1. Genellikle keyfim yerindedir;
2. Genellikle çabuk yorulurum;
3. Genellikle kolay ağlarım;
4. Başkaları kadar mutlu olmak isterim;
5. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım;
6. Kendimi dinlenmiş hissediyorum;
7. Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım;
8. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim;
9. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim;

10. Genellikle mutluyum;
11. Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim;
12. Genellikle kendime güvenim yoktur;
13. Genellikle kendimi emniyette hissedirim;
14. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım;
15. Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim;
16. Genellikle hayatımdan memnunum;
17. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder;
18. Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam;
19. Aklı başında ve kararlı bir insanım;
20. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor.

STAI skalası anketinde üçten fazla ifadeye cevap verilmemişse, doldurulan form geçersiz sayıldı ve puanlanmadı.

Durumluk kaygı ölçeğinde dört sınıfta toplanan cevap seçenekleri 1.hiç 2.biraz 3.çok 4.tamamiyle şeklindedir. Süreklilik kaygı ölçeğinde dört sınıfta toplanan cevap seçenekleri 1.hemen hemen hiçbir zaman 2.bazen 3.çok zaman 4.hemen her zaman şeklindedir.

Ölçeklerde iki türlü ifade bulunmaktadır. Bunlara (1) doğrudan ya da düz (direct) ve (2) tersine dönmüş (reverse) ifadeler olarak belirtilmektedir. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirmektedir. Bu ikinci tür ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4 'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüşür. Doğrudan ifadelerde 4 değerindeki cevaplar kaygının yüksek olduğunu gösterir. Tersine dönmüş ifadelerde ise 1 değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı, 4 değerindekiler düşük kaygıyı gösterir. "Huzursuzum" ifadesi doğrudan, "kendimi sakın hissediyorum" ifadesi de tersine dönmüş ifadelerle örnek olarak gösterilebilir. Bu durumda "huzursuzum" ifadesi için 4 ağırlıklı bir seçenek, "kendimi sakın hissediyorum" ifadesi için 1 ağırlıklı seçenek işaretlenmişse, bu cevaplar yüksek kaygıyı yansıtmış olur.

Durumluk kaygı ölçeğinde on tane tersine dönmüş ifade vardır. Bunlar 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. Maddelerdir. Sürekli kaygı ölçeğinde ise tersine dönmüş ifadelerin sayısı yedidir ve bunlar 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddeleri oluşturur.

Puanlama elle ya da bilgisayarla olmak üzere iki şekilde yapılmaktadır. Elle puanlamada doğrudan (direct) ve tersine dönmüş (reverse) ifadelerin herbiri için iki ayrı anahtar hazırlanır. Böylece bir anahtarla doğrudan ifadelerin, ikinci anahtarla tersine dönmüş ifadelerin toplam ağırlıkları hesaplanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkarılır. Bu sayıya önceden tespit edilmiş ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk kaygı ölçeği için bu değişmeyen değer 50, Sürekli kaygı ölçeği için ise 35' dir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır. Bilgisayarda puanlamada ise büyük örneklem gruplarında, ölçeklerin puanlanması ve maddelerin temel istatistik işlemlerinin yapılması için bilgisayar programlarından yararlanılabilir.

Puanların yorumlanması

Her iki ölçekten elde edilen puanlar kuramsal olarak 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan düşük kaygı seviyesini ifade eder. Puanlar yüzdelik sırasına göre yorumlanırken de aynı durum geçerlidir. Yani düşük yüzdelik sıra (1, 5, 10) kaygının az olduğunu gösterir. Uygulamalarda belirlenen ortalama puan seviyesi 36 ile 41 arasında değişmektedir.

Veri Analizi

Veri analizi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik A.D.'da Windows için SPSS 15.0 versiyonu kullanılarak yapıldı. Normal dağılım göstermeyen sürekli ölçümlü değişkenlerin analizinde Mann-Whitney testi kullanıldı. İki seviyeli kategorik değişkenlerin analizinde Fischer-Exact testi kullanıldı. Sürekli ölçümlü değişkenlerin dağılımının normal dağılımına uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile incelendi. Kategorik karşılaştırmalar için Pearson ki-kare testi kullanıldı. İki den fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis testi kullanıldı. $P < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya katılan 86 hastanın 45'i erkek, 41'i kadındı. Hastaların yaş ortalamaları karşılaştırıldığında ortalama 43.21 ± 14.71 olarak saptandı. Broşürlü grup ortalaması 44.36 ± 13.92 olarak, sözel grup ortalaması 42.00 ± 15.57 olarak saptandı. Gruplar arası Mann-Whitney testi ile karşılaştırma yapıldığında anlamlı fark olmadığı, grupların homojen olduğu saptandı.

Hastaların demografik özellikleri Tablo-1 de yer almaktadır.

Tablo 1: Hastaların demografik özellikleri

		Kişi	Broşür	Sözel	%
YAŞ	ORTALAMA	86	44.36 ± 13.92	42.00 ± 15.57	
CİNSİYET	ERKEK	45	22	23	52.3
	KADIN	41	22	19	47.7
	TOPLAM	86	44	42	100
MEDENİ HAL	BEKAR	31	14	17	36
	EVLİ	55	30	25	64
	TOPLAM	86	44	42	100
EĞİTİM	İLKOKUL	33	21	12	38.4
	ORTAOKUL	10	5	5	18.6
	LİSE	16	7	9	11.6
	LİSANS	27	11	16	31.4
	TOPLAM	86	44	42	100
SAĞLIK GÜVENCESİ	SGK	74	38	36	86
	ÖZEL SİGORTA	4	2	2	4.7
	ÜCRETLİ	3	1	2	3.5
	YEŞİLKART	5	3	2	5.8
	TOPLAM	86	44	42	100

Hasta grupları medeni hal ve cinsiyet açısından Fisher's Exact test ile karşılaştırıldığında anlamlı fark olmadığı, grupların homojen olduğu saptandı($p>0,05$).

Hasta grupları eğitim ve sağlık güvencesi açısından Pearson Chi-Square testi ile karşılaştırıldığında anlamlı fark olmadığı, grupların homojen olduğu saptandı.

Hasta grupları ASA sınıflaması açısından(Tablo 2) Pearson Chi-Square testi ile karşılaştırıldığında anlamlı fark olmadığı, grupların homojen olduğu saptandı.

Tablo 2: ASA sınıflamasına göre hastaların dağılımı

ASA	Broşür	Sözel	Toplam	%
1	27	22	49	57
2	17	20	37	43
Toplam	44	42	86	100

Hasta grupları anestezi yöntemleri açısından sınıflandırıldı(Tablo3).

Tablo 3:Anestezi yönteminin gruplar arası dağılımı

Anestezi Yöntemi	Broşür	Sözel	Toplam	%
Genel anestezi	6	4	10	11.6
Rejyonel anestezi	37	37	74	86.1
Sedasyon- maske	1	1	2	2.3

Meslek gruplarının sözel ve broşürlü hasta gruplarındaki dağılımı incelendiğinde, grupların dağılımındaki çeşitlilik nedeniyle STAI değerleriyle arasında anlamlı bir ilişki saptanamadı ($p>0,05$). Çalışmadaki hasta gruplarının dağılımı Tablo 4 te yer almaktadır.

Tablo 4: Meslek gruplarının dağılımı

Meslek grubu	Broşür	Sözel	Toplam	$\approx$ %
Memur	10	8	18	21
Öğrenci	-	5	5	6
Emekli	-	5	5	6
Ev hanımı	15	8	23	27
Serbest	12	8	20	23,5
İşçi	3	4	7	8,25
Diğer	4	3	7	8,25

Hasta grupları operasyon büyüklüklerine göre sınıflandırıldığında %68.6' sının büyük, %22.1'inin orta, %9.30'unun küçük operasyon sınıfına dahil olduğu görüldü. Ameliyat gruplarıyla STAI değerleri arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Grupların geçirilen operasyon sınıflarına göre grupların dağılımı Tablo 5 te yer almaktadır.

Tablo 5: Geçirilen operasyon sınıflarına göre grupların dağılımı

Operasyon sınıfı	Broşür	Sözel	Toplam	%
Büyük	36	23	59	68,6
Orta	5	14	19	22,1
Küçük	3	5	8	9,30

Hasta grupları anestezi geçmişlerini açısından sınıflandırıldığında %63.95'ine daha önce anestezi uygulandığı, %36.05'ine ise ilk kez anestezi uygulanacağı saptandı. Anestezi geçmişiyle STAI değerleri arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı($p>0,05$). Hasta gruplarının anestezi geçmişlerine göre dağılımı Tablo 6 da yer almaktadır.

Tablo 6: Anestezi geçmişlerine göre grupların dağılımı

Anestezi Geçmişi	Broşür	Sözel	Toplam	%
Var	29	26	55	63,95
Yok	15	16	31	36,05

Bakı sırasında yapılan STAI-1 puan ortalamaları; broşürlü grupta 39.30 ± 11.63 olarak, sözel grupta 36.64 ± 11.36 olarak saptandı (Tablo 7). Preoperatif yapılan STAI-1 puan ortalamaları; broşürlü grupta 38.66 ± 13.75 olarak, sözel grupta 35.88 ± 14.47 olarak saptandı. Gruplar Mann-Whitney testi ile değerlendirildiğinde anlamlı fark olmadığı belirlendi.

Tablo 7: STAI-1 bakı ve preoperatif değerlerinin gruplar arası dağılımı

STAI – 1	Kişi	Bakı STAI-1 $\pm$ SD	PreopSTAI-1 $\pm$ SD
Broşür	44	39.30 ± 11.63	38.66 ± 13.75
Sözel	42	36.64 ± 11.36	35.88 ± 14.47
Toplam	86	38.00 ± 11.51	37.30 ± 14.09

Bakı sırasında yapılan STAI-2 puan ortalamaları; broşürlü grupta 43.07 ± 8.63 olarak, sözel grupta 39.00 ± 8.98 olarak saptandı (Tablo 8). Preoperatif yapılan STAI-2 puan ortalamaları; broşürlü grupta 42.59 ± 11.92 olarak, sözel grupta 35.69 ± 10.03 olarak saptandı. Gruplar Mann-Whitney testi ile değerlendirildiğinde preoperatif STAI-2 grubunda anlamlı fark olduğu saptandı.

Tablo 8: STAI-2 bakı ve preoperatif değerlerinin gruplar arası dağılımı

STAI – 2	Kişi	Bakı STAI-2 $\pm$ SD	PreopSTAI-2 $\pm$ SD
Broşür	44	43.07 ± 8.63	42.59 ± 11.92
Sözel	42	39.00 ± 8.98	35.69 ± 10.03
Toplam	86	41.08 ± 8.99	39.22 ± 11.51

Hastaların STAI-T ve STAI-S değerleri karşılaştırıldığında, sadece preoperatif STAI-2 değerinde anlamlı fark saptandı ($p=0,007$). Broşürle bilgilendirilen hastaların anksiyete ortalamalarının değişmediği, sözel olarak bilgilendirilen hastaların ise anksiyete ortalamalarının azaldığı saptandı. Bu farkın nedenini belirlemek için gruplar arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek grubu, anestezi geçmişi ve operasyon sınıfı açısından istatistiksel analiz yapıldığında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Preoperatif STAI-2 uygulanan sözel grubun %61.9' unun anestezi geçmişi olduğu, %38.1' inin anestezi geçmişi olmadığı, görsel grubun ise %65.9'unun anestezi geçmişi olduğu, %34.1' inin anestezi geçmişi olmadığı saptandı.

TARTIŞMA

Anksiyete davranışsal olarak süreklilik ve durumluk anksiyetesi olarak iki kategoride incelenmektedir. STAI testleri anksiyete düzeyini ölçmek için kullanılmaktadır. Ameliyat öncesi anksiyete ölçümünde kullanılan STAI literatürde altın standart olarak gösterilmektedir. Hastaların durumluk ve süreklilik anksiyetelerini ölçmek için STAI-S ve STAI-T testleri kullanıldı.

Çalışmamızda görsel ve sözel olarak bilgilendirilen toplam 86 hastanın bazal STAI-S (39.40 ± 11.639 ve 36.64 ± 11.363) ve preoperatif STAI-S (38.66 ± 13.752 ve 35.88 ± 14.475) olarak saptandı. Değerler kendi arasında karşılaştırıldığında anlamlı bir fark olmadığı saptandı. Bulunan değerler literatürle uyumludur. Cuvaş ve ark(2010) sigara kullanmayan 150 hastada yaptıkları çalışmada bazal anksiyete değerini STAI-S 38.5 olarak saptamışlardır (34). Turhan (2007) cerrahi branşlarda operasyon uygulanacak 120 hastada yaptığı çalışmada ortopedi kliniğinde opere olacak hastaların preoperatif STAI-S değerini 39.31 ± 8.96 olarak saptamıştır (23). Hastaların preoperatif STAI-S değerleri cerrahi kliniklere göre farklılık göstermektedir. Turhan (2007) yaptığı çalışmada en yüksek STAI-S değerleri obstetrik cerrahi (48.54 ± 10.20), genel cerrahi (47.67 ± 9.80) ve plastik cerrahi (47.75 ± 10) kliniklerinde opere olacak hastalarda saptamıştır (23). Cserép ve ark (2012) elektif CABG ve kapak cerrahisi planlanan 197 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada ise preoperatif STAI-S değerini 43.7 ± 10.8 olarak saptamışlardır (35). Literatürdeki bu çalışmalarla hastaların anksiyete düzeylerinin opere olacakları kliniklere ve operasyonların türüne göre değişim gösterdikleri saptanmıştır.

Çalışmamızda görsel ve sözel olarak bilgilendirilen toplam 86 hastanın bazal STAI-T (43.07 ± 8.638 ve 39.00 ± 8.988) ve preoperatif STAI-T (42.59 ± 11.923 ve 35.69 ± 10.030) olarak saptandı. Değerler kendi arasında karşılaştırıldığında preoperatif STAI-T değerleri arasında anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0.007$). Bulunan STAI-T değerleri literatürle uyumludur. Cuvaş ve ark(2010) sigara kullanmayan 150 hastada yaptıkları çalışmada bazal anksiyete değerini STAI-T 41 olarak saptamışlardır (34). Cserép ve ark (2012) elektif CABG ve kapak cerrahisi planlanan 197 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada ise preoperatif STAI-T değerini 42.7 ± 9.2 olarak saptamışlardır (35). Maranets ve ark (1999) kadın doğum kliniğinde opere olacak 57 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada preoperatif STAI-T değerini 39.75 ± 8.8 olarak saptamışlardır (36). Bu çalışmada bu sonuca göre sözel olarak bilgilendirilen hastaların anestezi muayenesi sırasında hekimi ile yüz yüze görüşüp, soru sorup, bilgi almasının anksiyete düzeyini azalttığı gözlemlendi. Hekimlerin hastalarına bilgilendirmek için daha fazla

zaman ayırması gerektiği , hastanın hekimini tanımasının ve güvenmesinin anksiyetenin azalmasında etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda bazal STAI-S(Erkek 39.05±11.155 Kadın 39.55±12.362 p=0.805)ve preoperatif STAI-S (Erkek 35.5±8.673 Kadın 41.82±17.062 p=0.275)değerlerinin cinsiyetle ilişkisi değerlendirildiğinde anlamlı fark saptanmamıştır. Kiyohara ve ark(2004) 120 hastada yaptıkları çalışmada STAI-S anksiyete değerleri açısından cinsiyetle ilişkili anlamlı bir fark olmadığını (Erkek 36.10±11.94 Kadın 37.61±8.76 p=0.439) saptamışlardır (37). Bu değerler çalışmamızla paralellik göstermektedir. Turhan(2009) araştırmasında 120 hasta üzerinde yaptığı çalışmada preoperatif anksiyete açısından kadınların erkeklere göre daha fazla anksiyete yaşadığını saptamıştır (Erkek 39.54±10.060 Kadın 46.80±10.62 p<0.05) (23).

Çalışmamızda bazal STAI-T(Erkek 44.73±8.713 Kadın 41.41±8.433 p=0.279)ve preoperatif STAI-T (Erkek 41.5±11.967 Kadın 43.68±12.057 p=0.557)değerlerinin cinsiyetle ilişkisi değerlendirildiğinde anlamlı fark saptanmadı. Bulunan bu sonuç literatürdeki çalışmalarla paralellik göstermemektedir. Kiyohara ve ark(2004) 120 hastada yaptıkları çalışmada STAI-T değerleri açısından kadınlarda anksiyetenin anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır (Erkek 38.08±12.25 Kadın 42.55±10.39 p=0.041)(31). Literatürde cinsiyet ve anksiyete arasındaki ilişki değerlendirildiğinde kadınlarda anksiyetenin anlamlı olarak yüksek olduğu bildirilmiştir.

Çalışmamızda yaş ve anksiyete ilişkisi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Görsel bilgilendirilen grubun Preoperatif STAI-S değerleri karşılaştırıldığında 18-30 yaş grubunda 41.44±10.026, 30-50 yaş grubunda 36.45±14.674 , 50-65 yaş grubunda 39.93±14.478 olarak saptandı. Görsel grupta preoperatif durumluk anksiyete değerinin 30-50 yaş grubunda daha az olduğu ama sözel olarak bilgilendirilen hastaların arasında STAI-S değerleri açısından sayısal bir farklılık olmadığı saptanmadı. Turhan (2007) yaptığı çalışmada preoperatif STAI-S değerlerini ≤30 yaş grubunda 44.62±10.19 , 31-60 yaş grubunda 45.15±11.71 , ≥61 yaş grubunda 38.09±9.63 olarak tespit etmiş ve yaş gruplarının hastaların ameliyat öncesi kaygı düzeyleri üzerinde herhangi bir etkisi olmadığını saptamıştır (23). Cuvaş ve ark. yaptıkları çalışmada yaş ilerledikçe durumluk kaygı düzeylerinin azaldığını saptamışlardır(p=0.014) (34).

Sözel bilgilendirilen grubun preoperatif STAI-T değerleri karşılaştırıldığında 18-30 yaş grubunda 32.93±9.059, 30-50 yaş grubunda 44.33±13.186, 50-65 yaş grubunda

35.19±8.773 olarak saptandı. Sözel grubun preoperatif süreklilik anksiyete değerinin 30-50 yaş grubunda daha yüksek olduğu ama görsel bilgilendirilen grubun değerleri arasında sayısal bir farklılık olmadığı saptandı. Görsel bilgilendirilen grubun bazal STAI-T değerleri karşılaştırıldığında 18-30 yaş grubunda 44.44±10.72 , 30-50 yaş grubunda 44.60±7.870, 50-65 yaş grubunda 40.20±8.126 olarak saptandı. Görsel grubun bazal süreklilik anksiyete değerinin 50-65 yaş grubunda daha az olduğu saptandı. Sözel bilgilendirilen grubun bazal STAI-T değerleri karşılaştırıldığında 18-30 yaş grubunda 35.27±9.098, 30-50 yaş grubunda 50.33±7.967 , 50-65 yaş grubunda 38.43±6.516 olarak saptandı. Sözel grubun bazal süreklilik anksiyete değerinin 30-50 yaş grubunda daha yüksek olduğu saptandı.

Medeni durum ve anksiyete ilişkisi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Görsel bilgilendirilen grubun bazal ve preoperatif STAI-S değerleri karşılaştırıldığında evli grubun anksiyete değerlerinin daha düşük olduğu (Bazal STAI-S evli 37.97±10.921 bekar 42.14±13.008, preoperatif STAI-S evli 35.57±12.40 bekar 45.29±14.599)saptandı. Bazal ve preoperatif STAI-T değerleri arasında ise fark olmadığı görüldü.

Eğitim düzeyi ve anksiyete ilişkisi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Görsel olarak bilgilendirilen hastaların bazal ve preoperatif STAI-S değerleri karşılaştırıldığında üniversite eğitimi alan grubun anksiyete değerlerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu (üniv. Bazal STAI-S 43.30±10.045 , preoperatif STAI-S 44.30±16.958) , bazal ve preoperatif STAI-T değerlerinin ise diğer gruplardan daha düşük olduğu saptandı.(Üniv. Bazal STAI-T 39.10±5.405 , preoperatif STAI-T 32.80±5.051) Kiyohara ve ark. yaptıkları çalışmada eğitim düzeyinin STAI-S değerlerini etkilemediğini (p=0.964) fakat eğitim düzeyi arttıkça STAI-T değerlerinin anlamlı olarak azaldığını saptamışlardır(p<0.001) (37).

Sözel olarak bilgilendirilen hastaların bazal ve preoperatif STAI-S değerleri karşılaştırıldığında ortaokul eğitimi alan grubun bazal STAI-S değerinin yüksek, preoperatif STAI-S değerinin ise ilkokul mezunu olanlarda en düşük, lise mezunu olanlarda en yüksek olduğu saptandı(ortaokul bazal STAI-S 41.60±11.653 , lise preop STAI-S 41.67±20.075 , ilkokul preop STAI-S 29.33±13.041). Turhan'ın yaptığı araştırmada eğitim düzeyinin hastaların ameliyat öncesi kaygı düzeyleri üzerinde herhangi bir etkisi olmadığını göstermiştir(p<0.01)(28). Cuvaş ve ark. yaptıkları çalışmada ise eğitim düzeyi azaldıkça STAI-T düzeyinin arttığını saptamışlardır(p=0.002) (23).

Çalışmamızda STAI değerleri ve operasyon sınıfları arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı bir ilişki saptanmadı. Cauma ve ark. küçük cerrahinin anksiyete düzeyini değiştirmezken, orta ve büyük cerrahinin anksiyete düzeyini arttırdığını belirlemişlerdir (38). Moerman ve ark. yaptıkları çalışmada ameliyat sınıfının anksiyete düzeyini değiştirmediğini saptamışlardır (39). Taşdemir ve ark ameliyat sınıfları ile preoperatif dönemde değerlendirilen anksiyete skorları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirlemişlerdir (40).

Çalışmamızda STAI değerleriyle anestezi geçmişi karşılaştırıldığında arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı($p>0,05$). Özellikle sözel grubun preoperatif STAI-2 değerinin anestezi geçmişiyle ilişkisi incelendiğinde preoperatif STAI-2 uygulanan sözel grubun %61.9' unun anestezi geçmişi olduğu, %38.1' inin anestezi geçmişi olmadığı, görsel grubun ise %65.9' unun anestezi geçmişi olduğu, %34.1' inin anestezi geçmişi olmadığı saptandı. Çalışmamızda sözel ve görsel grubun anestezi geçmişleri ve anksiyete skorlarının arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı($p>0,05$). Domar ve ark. anestezi deneyiminin anksiyete düzeyini değiştirmediğini belirtmişlerdir (41). Badner ve ark. 96 hastayla yaptıkları çalışmada anestezi deneyimi olan grubun anksiyete skorunun, deneyimi olmayan gruptan düşük olduğunu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu saptamışlardır (20).

Jlala, Arabul ve Sağır yaptıkları çalışmalarda hasta bilgilendirilmesinde görsel yöntem kullanılmasının müdahale/girişim öncesi anksiyeteyi azalttığını gösterilmişler. Jlala ve ark (42) 110 hasta üzerinde yaptıkları preoperatif multimedyalı hasta bilgilendirmesinde , görsel bilgilendirme yapılan grupla kontrol grubu arasında bazal STAI değerleri arasında fark olmadığı, fakat kontrol grubunun preop durumluk anksiyete düzeyinin artmış olduğu ($p<0.001$), çalışma grubunun ise kontrol grubuna göre daha az anksiyöz olduğunu saptamışlardır($p=0.04$) (42) . Arabul ve ark (43) gastroenteroloji kliniğinde kolonoskopi yapılacak 227 hasta üzerinde yaptıkları video ile bilgilendirilen çalışma grubunda anksiyetenin daha düşük olduğunu ve uygulanan girişimin başarı oranının arttığını bildirmektedirler(43). Sağır ve ark (44) 210 hasta üzerinde görsel bilgilendirmenin anksiyeteye olan etkisini araştırdıkları çalışmada iki grup arasında bazal ve postop durumluk STAI değerleri arasında fark olmadığını ama görsel grupta preop STAI değerinin anlamlı olarak düşük olduğunu belirtmişlerdir. Görsel resimli katalog yardımıyla yapılan bilgilendirmenin yazılı bilgilendirmeye göre daha olumlu etkisi olduğunu saptamışlardır (44). Çalışmamızda bulduğumuz sonuçlar sözünü ettiğimiz çalışmaların sonuçlarıyla uyumlu değildir. Çalışmamızda görsel bilgilendirme yapılan hastaların anksiyete düzeylerinin değişmediğini, sözel bilgilendirme yapılan hastaların anksiyete düzeylerinin azaldığını

saptadık. Sonuç olarak; toplumumuzda anestezi hakkında bigilendirme yapılırken sözel bigilendirmenin hasta-hekim ilişkisini güçlendirdiğini, hekimine olan güvenini arttırdığını ve hastanın hekimiyle konuşarak, sorular sorarak daha detaylı bilgi alabildiği için anksiyetelerinin azaldığını düşünmekteyiz.

SONUÇ

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ortopedi Kliniği ameliyathanesinde elektif opere olan 86 hastanın dahil edildiği çalışmamızda, hastaların anestezi vizitinde yapılan sözel bilgilendirme ile anksiyete düzeylerinin azaldığı, görsel bilgilendirmeyle ise değişmediği tespit edilmiştir. Yaş, eğitim düzeyi, meslek grubu, cinsiyet, medeni durum, anestezi geçmişi ve operasyon sınıfı ile preoperatif anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Yapılan çalışmalarda hastaların anksiyete düzeylerinin azaltılması üzerinde önemle durulmaktadır. Artmış anksiyete hastanede kalış süresinde uzamaya, intraoperatif anestezi gereksinim ve postop analjezik gereksinim artışına neden olmaktadır.

Sonuç olarak anestezi viziti sırasında hastayla yapılan görüşmede geçireceği operasyona uygun anestezi yöntemi konusunda endişeleri sorgulanmalı, endişelerini azaltacak yaklaşımlarla bilgilendirme yapılmalıdır.

ÖZET

Amacı hastanın ameliyatına uygun olan anestezi yöntemi hakkında, broşür ile görsel veya sözel olarak bilgilendirilmesinin preoperatif anksiyeteye olan etkisini değerlendirmek olan çalışmamız, Ege Üniversitesi Etik Kurul onayı alındıktan sonra EÜTF Hastanesi Ortopedi Kliniği ameliyathanesinde uygulandı. Çalışmamıza elektif opere olacak 18-65 yaş arası ASA I-II sınıfına dahil olan, Türkçe okuma yazma bilen, anksiyete bozukluğu olmayan, son bir yıl içinde geçirilmiş fiziksel/ruhsal travması olmayan, sedatif, antidepresan, antiepileptik kullanımı olmayan, kooperasyon, anlama ve işitme sorunu olmayan hastalar çalışmaya alınmıştır. Çalışmaya 86 hasta dahil edildi. Hastaların yazılı onamları alınarak, hastalar randomize olarak görsel ve sözel bilgilendirme gruplarına ayrılmıştır. Tüm hastalara odalarında birebir görüşme esasına dayanarak anestezi muayenesi öncesi STAI-T ve STAI-S testleri uygulandı. Görsel bilgilendirme yapılan hastalara Prof. Dr. Sadi Sun tarafından özel olarak hazırlanmış anestezi bilgilendirme broşürü revize edilerek verildi. Sözel bilgilendirme yapılan hastalara geçirecekleri operasyona uygun olan anestezi yöntemi hakkında bilgi verildi. Her iki grup hastaya preoperatif dönemde tekrar STAI-T ve STAI-S testleri uygulandı.

EÜTF Biyoistatistik ABD da yapılan istatistiksel analizlerin sonucunda görsel bilgilendirmenin hastaların anksiyete düzeylerine etkisi olmadığını, sözel bilgilendirmenin ise anksiyete düzeylerini azalttığı tespit edilmiştir. Yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, cinsiyet, meslek grupları, anestezi geçmişi, operasyon sınıfı ile preoperatif anksiyete arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü.

Sözel bilgilendirmenin hastalarda preoperatif anksiyetenin azaltılmasında önemli olduğu görüldü. Anestezi vizitlerinde hastalara daha çok zaman ayrılmasının, hasta hekim ilişkisini güçlendireceği, hastanın hekimine olan güvenini arttıracak ve hastanın detaylı bilgi alabilmesinin anksiyetelerini azaltacağı sonucuna varıldı.

KAYNAKÇA

1. **Norris W., Baird W.L.,** *Preoperative Anxiety: A Study Of The Incidence And Aetiology.* Br J Anaesth, 1967, Cilt 39;503-9.
2. **Ölmez D., Yıldırım H.,** *Hastaların Anestezi, Anestezist Ve Görevleri Hakkındaki Bilgi Düzeyleri: Anket Çalışması.* SSK İzmir Eğitim Hastanesi Tıp Dergisi, 2003, Cilt 9(4):135-139.
3. **Şekerci S., Akpek E., Göktuğ A.,** *Hasta Ve Yakınları İle Toplumun Farklı Kesimlerinin Anestezi Ve Uygulamaları Konusundaki Bilgi Ve Davranışları.* Anestezi Dergisi, 2001, Cilt 9(1): 48-51.
4. **Markland D., Hardy L.,** *Anxiety, Relaxation And Anaesthesia For Day-Case Surgery.* Br J Clin Psychol, 1993, Cilt 32;493-504.
5. **Berksun O. E.,** *Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları.* Turgut Yayıncılık, 2003.
6. **Kaplan H. I., Sadock B. J.,** *Klinik Psikiyatri.* Nobel Tıp Kitapevi, 2004.
7. **Özkan S.,** *Psikiyatrik Tıp Konsültasyon- Liyezon Psikiyatrisi.* İstanbul , 1993.
8. **Işık E., Taner Y.I.,** *Çocuk, Ergen Ve Yetişkinlerde Anksiyete Bozuklukları.* Golden print, 2006. Cilt 26-28.
9. **Kutanis R., Tunç, T.,** *Hemşirelerde Benlik Saygısı İle Durumluk Ve Sürekli Kaygı Arasındaki İlişki: Bir Üniversite Hastanesi Örneği.* "İş,Güç" Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, Nisan 2013, Cilt 15 02:1-15,
10. **Gögüş, Ali Kemal.** www.alikemalgogus.com/anksiyete-bozukluklari/. [Alıntı Tarihi: 23 Aralık 2013.]
11. **Ünal F. E.,** *Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinde Depresyon ve Anksiyete Sıklığının Saptanması ve Sosyodemografik Faktörlerin Araştırılması* T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008.
12. **Tural Ü.** [Alıntı Tarihi: 01 04 2012.] http://tip.kocaeli.edu.tr/docs/ders_notlari/u_tural/anksiyete.pdf.
13. **Eşel E.** *Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğunun Nörobiyolojisi.* Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2003, Cilt 13 2;78-87
14. **Uzbay İ.T.,** *Anksiyetenin Nörobiyolojisi.,* Klinik Psikiyatri Dergisi, 2002, Cilt Ek sayı1: 5-13
15. **Noyes R., Hoehn-Saric R., Şar V.(çeviri ed),** *Anksiyete Bozuklukları.* İstanbul, Cambridge University Press - CSA Yayıncılık, 1998. syf 7-26.

16. **Sadock B.J., Sadock B.A., Aydın H., Bozkurt A.,** *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Güneş Kitapevi, 8. Baskı 2005. Cilt 2 ; 1723-1753, Ankara 2007
17. **Kırkpınar I.,** *Anksiyete Bozukluklarının Etiyolojisi Monografı Serisi 2.*, Hekimler Yayın Birliği, 1995. syf 55-89, Ankara
18. **Gündüz, Süleyman.** Dental Fobisi Olan Hastalarda Diğer Anksiyete Bozuklukları Eş Tanısı. İstanbul 2009.
19. **Kindler CH., Harms C., Amsler F.,** *The Visual Analog Scale Allows Effective Measurement Of Preoperative Anxiety And Detection Of Patients Anesthetic Concerns.* Anesth Analg, 2000, Cilt 90(3):706-12.
20. **Badner NH., Nielson WR., Munk S.,** *Preoperative Anxiety Detection And Contributing Factors.* Can Anesth, 1990, Cilt 37:444-7.
21. **Midilli, Can.** *Cerrahide Anksiyete.* Klinik Psikiyatri, 2001, Cilt 4:182-186.
22. **Güz Z., Doğanay Z. ve Güz T.,** *Lomber Disk Hernisi Nedeniyle Ameliyat Olan Hastalarda Ameliyat Öncesi Anksiyete.* Nöropsikiyatri Arşivi, 2003, Cilt 40(1-2):36-39.
23. **Turhan Y.,** Elektif Cerrahi Operasyon Planlanan Hastalarda Preoperatif ve Postoperatif Anksiyetenin Hasta Memnuniyeti İle İlişkisi. Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Adana 2007.
24. **Özorak Ö.** Preoperatif Basınç Ağrı Eşiği, Statik Anksiyet İnventori (Durumluluk Kaygı Ölçeği) Ve Stres Hormonu (Kortizol' un) Postoperatif Analjezi İhtiyacı İle Korelasyonu. Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Isparta 2010.
25. **Hume MA., Kennedy B., Asbury AJ.,** *Patient Knowledge Of Anaesthesia And Perioperative Care.* Anaesthesia, 1994, Cilt 49:715-718.
26. **Kubzansky LD., Kawachi I. ve Spiro A.,** *Is Worry Bad For Your Heart?.* Circulation, 1997, Cilt 95(4):814-818.
27. **Boeke S., Jelicic M., Bonke B.,** *Preoperative Anxiety Variables As Possible Predictors Of Postoperative Stay In Hospital.* 31-36, Br J Clin Psychol, 1992.
28. **Bayraktar N ., Bulut H.D.,** *Ameliyathanede Ameliyat Öncesi Bekleyen Hastaların Gereksinimleri.* Hemşirelik Formu Dergisi, 2000, Cilt 3(6):34-38.
29. **Yıldız, Duygu.** Ameliyat Öncesi Ve Sonrası Dönemde Hastaların Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa 2011.
30. **Spielberger, Charles D.** *Anxiety as an Emotional State, Current Trend in Theory and Research.* s:24-49, New York : Academic Press, 1972, Cilt 1.
31. **Spielberger CD., Gorsuch RL., Lushene RE.,** *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory.* California Consulting Psychologist's Press, Palo, 1970, Cilt s:23-49.

32. **Öner N., LeCompte A.,** *Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı.* İstanbul 2.baskı : Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1985.
33. **Çetinkaya S.,Nur N.,Ayvaz A.,Özdemir D.,** *Bir Üniversite Hastanesinde Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarında Depresyon, Anksiyete Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tutumları.,* Nöropsikiyatri Arşivi, 2008, Cilt 45 (3):78-84
34. **Cuvas, Ö.,Aslanargun, P.,Aslan, E.,Yücel,F.,Dikmen B.,** *Sigara İçiminin Preoperatif Anksiyete Üzerine Etkisi.,* Türk Anest Rean Der Dergisi, 2010, Cilt 38(5);348-355.
35. **Cserép, Z.,Losoncz E.,Balog P.,Szili-Török T.,Husz A.,Juhasz B.,Kertai M.D.,Gal J.,Székely A.,** *The Impact Of Preoperative Anxiety And Education Level On Long-Term Mortality After Cardiac Surgery.* Journal Of Cardiothoracic Surgery, 2012, Cilt 7:86.
36. **Maranets I., Kain Z. N.,** *Preoperative Anxiety and Intraoperative Anesthetic Requirements.* Anesth Analg, 1999, Cilt 89:1346–51.
37. **Kiyohara L.Y.,Kayano L.K.,Oliveira L.M.,Yamamoto Y.U.,Inagaki M.M.,Ogawa N.Y.,** *Surgery Information Reduces Anxiety İn The Pre-Operative Period..* Rev. Hosp. Clin., 2004 Apr, Cilt 59(2):51-6.
38. **Caumo W., Schmidt A.P., Bergmann J.,** *Risk Factors For Preoperative Anxiety İn Adults.,* Acta Anaesthesiol Scand, 2001, Cilt 45: 298-307
39. **Moerman N, Van Dam FS, Muller MJ, Oosting H.,** *The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale Study (APAIS).* Anesth Analg, 1996, Cilt 82: 445-451.
40. **Taşdemir A.,Erakgün A.,Deniz M.N.,Çertuğ A.,** *Preoperatif Bilgilendirme Yapılan Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeylerinin State-Trait Anxiety Inventory Test ile Karşılaştırılması.*Turk J Anaesth Reanim, 2013, Cilt 41:44-9.
41. **Domar AD, Everett LL .,Keller M.G.,** *Preoperative Anxiety: Is It A Predictability?* Anesth Analg, 1989 69:763-7.
42. **Jlala H.A.,French J.L.,Foxall G.L.,Hardman J.G.,Bedforth N.M.,** *Effect Of Preoperative Multimedia İnformation On Perioperative Anxiety İn Patients Undergoing Procedures Under Regional Anaesthesia.* Br J Anaesth., 2010 March, Cilt 104(3):369-74.
43. **Arabul M.,Kandemir A.,Çelik M.,Torun S.,Beyazit Y.,Alper E.,Camci M.,** *Impact Of An İnformation Video Before Colonoscopy On Patient Satisfaction And Anxiety.* Turk J Gastroenterol, 2012, Cilt 23(5): 523-529.
44. **Sağır G.,Kaya M.,Eskiçırak H.E.,Kapusuz Ö.,Kadıoğulları A.N.,** *Spinal Anestezi Planlanan Hastalarda Görsel Bilgilendirmenin Preoperatif Anksiyete Üzerine Etkisi.* Turk J Anesth Reanim, 2012, Cilt 40(5):274-8.

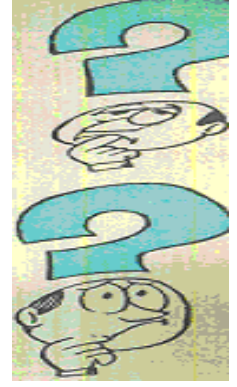
EKLER

EK 1: Görsel Bilgilendirme Broşürü

ANESTEZİ VE SİZ

Anestezi, ameliyatın neden olduğu ağrıyı ortadan kaldırır. Anestezi ameliyatın çok önemli bir kısmıdır; anestezi uzmanı yalnız ağrıyı kaldırmakla kalmaz ameliyatın daha emin şartlarda yapılmasını da sağlar. Doğumlarda ise yalnız annenin değil, bebeğinde sağlıklı olmasında önemli rol oynar.

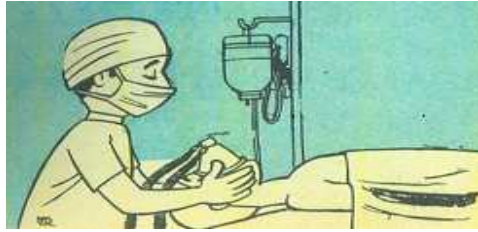
Bu broşür, size anestezi hakkında bilgi vermek ve hastaların bu konuda sık sık sordukları soruları cevaplandırmak için hazırlanmıştır.



ANESTEZİ NEDİR?

Anestezi, ameliyatta ağrı duyulmamasını sağlamaktır. Genel anestezi ile bütün vücut uyuşturulur. Bundan başka vücudun bir kısmını uyuşturmak için de yerel anestezi uygulanabilir.

Genel anestezi yapıldığı zaman şuur kaybolur, hasta uyur. Fakat bu normal bit uyku değildir. Şuur kaybolmuş ve vücudun birçok organlarının işlemesi de değişmiştir. Bu durumda anestezi uzmanı vücudun işlemesi değişen organlarını kontrol eder ve bunlar için gerekli tedavileri yapar.



KAÇ TÜRLÜ ANESTEZİ VARDIR?

Eğer hasta anestezi altında tamamen şuursuz ise buna ‘Genel Anestezi’ denir. Bu, hastanın damarına iğne ile ilaç verilerek veya solunum yolu ile anestezi gaz koklatılarak yapılır. Vücudun bir kısmının (kol, bacak, göğüs vs.) iğne yapılarak uyuşturulmasına ‘Yerel Anestezi’ denilir. Bunun da spinal, epidural, sinir bloğu gibi çeşitleri vardır.

Bazende yerel ve genel anestezinin birlikte uygulanması gerekebilir.

GENEL ANESTEZİ ÇEŞİTLERİ NELERDİR?

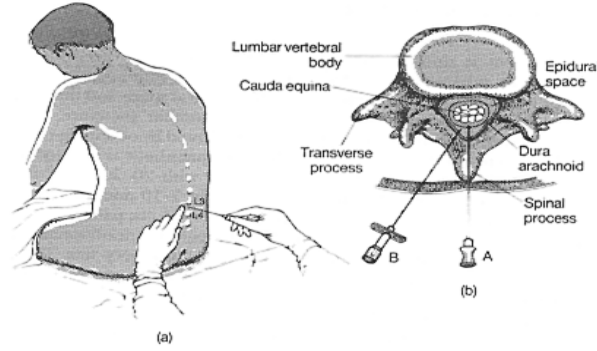
Genel anestezi için pek çok ilaç kullanılır. Her hastanın özelliğine göre gerekli ilaçlar seçilir.

Eter, eskiden çok kullanılan bir anestezi maddesi idi. Fakat son yıllarda çok kullanılmamaktadır; yerini daha iyi sonuçlar veren başka ilaçlara bırakmıştır. Bu iş için damara verilen ilaçlar olduğu gibi, oksijenle birlikte kullanılan gazlarda vardır.

SPİNAL ANESTEZİ NEDİR?

Vücudun, belden aşağısında ağrı hissedilmesini engelleyen bölgesel bir anestezi türüdür. Hastaya yan yatar veya oturur pozisyonda uygulanır. Bu sırada hastanın doğru pozisyonda durması çok önemlidir.

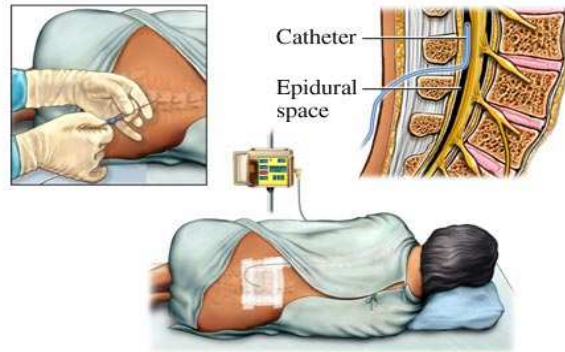
Bu yöntemde hastanın bel kemikleri arasından çok ince bir iğne ile girilerek bu bölgeye ağrı kesici ilaç uygulanır. Hasta hemen sırt üstü yatırılır. Hasta tüm ameliyat boyunca uyanıktır, şuuru açıktır. Hasta ameliyat bölgesinde dokunmayı hissederken, ağrı hissetmemekte, ayaklarını belli bir süre hareket ettirememektedir.



EPİDURAL ANESTEZİ NEDİR?

Vücudun belden aşağısında ağrı hissedilmesini engelleyen bölgesel bir anestezi türüdür. Hastaya yan yatar veya oturur pozisyonda uygulanır. Bu sırada hastanın doğru pozisyonda durması çok önemlidir.

Bu yöntemde hastanın bel kemikleri arasından bir iğne ile girilerek ameliyat sırasında ve sonrasında ağrı kesici ilaç uygulamak için 'kateter' yerleştirilir. Ameliyat sırasında ve sonrasında ağrı pompası ile hastaya ağrı kesici ilaç verilebilir. Hasta tüm ameliyat boyunca uyanıktır, şuuru açıktır ve ağrı hissetmemektedir.



SİNİR BLOĞU NEDİR?

Özellikle kol ve bacak ameliyatlarında, ameliyat edilecek bölgeyi hareket ettiren sinirlerin, bir iğne yardımıyla ilaç verilerek geçici olarak uyuşturulmasıdır. Kol ve bacak ameliyatlarında koltuk altı ve dirsekten, bacak ameliyatlarında diz arkasında uygulanır.



ANESTEZİ NE KADAR SÜREBİLİR?

Anestezi birkaç dakika veya saatlerce sürdürülebilir. Bu ameliyatın türüne bağlıdır, ameliyatın ne kadar sürmesi gerekiyorsa anestezi o kadar sürdürülür.

ANESTEZİST KİMDİR?

Anestezist tıp fakültesinden mezun olmuş, en az dört yıl anestezi üzerine ihtisas yapmış, bilgi ve tecrübesi sayesinde ameliyat sırasında sizin hayatınızı korumak için lazım olan bütün bakım ve tedaviyi yapan SİZİN EMNİYETİNİZİ AZAMI ŞEKİLDE SAĞLAYAN bir doktordur.



ANESTEZİST SİZE NASIL YARDIM EDER?

Genellikle anestezi çalışırken, hasta uyku halinde olduğundan, onun neler yaptığını ve kendine nasıl yardım ettiğini bilmez.

AMELİYATTAN ÖNCE:

Sizin sağlık durumunuzu inceler. Sizi odanızda ziyaret edip, yapacaklarını anlatır ve sorularınızı cevaplandırır. Yapılmasını istediği muayene, tedavi ve bakımı salık verir. Anesteziden önce size lazım olan ilaçları yaptırır. Muayenelerinin sonucuna ve hastalığınıza göre sizin için en uygun anesteziyi seçer.



AMELİYAT SÜRESİNDE:

Ameliyatta, ağrı duymamanız için gerekli ilaçları verir, kalbinizin ve akciğerlerinizin düzenli çalışmasını kontrol eder. Bunların ve diğer organlarınızın iyi bir şekilde çalışması için lüzumlu tedavileri yapar, gereken serumları, kanı ve diğer ilaçları verir.

Siz, ameliyatta anesteziistinizin, cerrahın işini kolaylaştırmak ve sizi yaşatmak için yaptığı bütün bu işlerden habersizsinizdir!

Ameliyat boyunca anesteziistiniz sizinle birlikte ve sizin en yakın koruyucusuz, bütün varlığınızın bekçisidir. Başınızda anesteziist varken cerrahınız sizin bakımınızın emin ellerde olduğunu bilerek, bütün dikkatini kendi işine verir.

AMELİYATTAN SONRA:

Anesteziist siz yalnız uyutmakla değil, aynı zamanda uyandırmakla da görevlidir. Onun diğer önemli bir işi de ameliyatta aldığınız ilaçların etkisinden kurtulmanızı ve ameliyattan sonra da ağrı duymamanız ve sağlıklı kalmanız için gerekli bakım ve tedavilerin hazırlığını yapmak ve bunları uygulatmaktır.

ANESTEZİSTİNİZE NASIL YARDIMCI OLABİLİRSİNİZ?

Her şeyden önce ameliyattan önceki sekiz saat zarfında hiçbir şey yememeli ve içmemelisiniz!

Ameliyata giderken (varsa) takma diş, veya protezinizi çıkarmanız ve ağzınızda çiklet, tütün ve başka şeyler bulundurmamanız lazımdır.

Ameliyata giderken tüm mücevherlerinizi, tokalarınızı ve tarak gibi eşyalarınızı çıkarmalı, tırnak ve dudak boyası kullanmamalısınız!

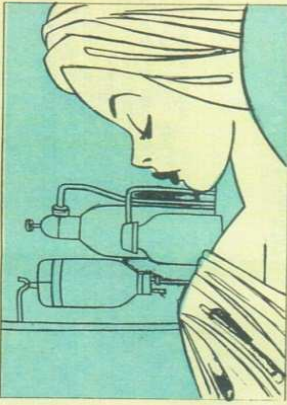


**TÜRK
ANESTEZİYOLOJİ
VE
REANİMASYON
DERNEĞİ**

ANESTEZİ NEDİR ?

ANESTEZİSTİNİZE NASIL YARDIMCI OLABİRSİNİZ?

Her şeyden önce ameliyattan önceki saat zarfında hiçbir şey yememeli ve içmemelisiniz! Ameliyata giderken (varsa) takma diş veya protezinizi çıkarmanız ve ağzınızda çiklet, tütün ve başka şeyler bulundurmamanız lazımdır. Ameliyatta giderken tüm mücevherlerinizi, tokalarınızı ve tarak gibi eşyalarınızı çıkarmalı, ırmak ve dudak boyası kullanmamalısınız...



CANLANDIRMA (REANİMASYON):

Bugün anestezişistler, ağır durumda olan hastaların ve yeni doğmuşların canlandırılması, çocuk felci tetanos, suda boğulma ve zehirlenmelerin tedavisiyle de özel olarak uğraşmakta ve çok başarılı sonuçlar almaktadırlar.

AĞRI TEDAVİSİ:

Bütün bunlardan başka anestezişistler dindiremeyen her çeşit şiddetli ağrıları, sinirlere veya beyin-omurilik sıvısı içine ilaç vererek tedavi etmektedirler.

AMELİYATTAN SONRA:

Anestezişist sizi yalnız uyutmakla değil, aynı zamanda uyandırmakla da görevlidir. Onun diğer önemli bir işi de ameliyatta aldığınız ilaçların etkisinden kurtulmanızı ve ameliyattan sonra da ağrı duymamanız ve sağlıklı kalmanız için gerekli bakım ve tedavilerin hazırlığını yapmak ve bunları uygulamaktır.

DOĞUMDA ANESTEZİ:

Bugün artık, pek çok kadın doğum sırasında anestezi altında ağrı duymadan çocuk sahibi olmaktadır. Doğum esnasında anestezişistiniz, yanınızda olup belden iğne yaparak veya başka yöntemler kullanarak doğum ağrılarınızı keser, bu şekilde **Anestezişist tarafından uygulanan anestezi**nin yavruyuza hiç bir zararı olmaz ve bu suretle hiç ağrı duymadan doğum yaparsınız. Doğumdan sonra uyanır ve yavrunuzu yanubagınızda bulursunuz.

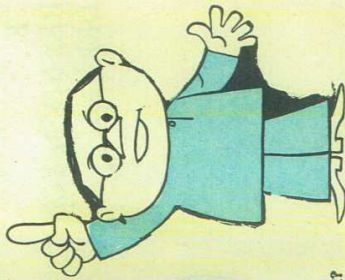


**BU BROŞÜR SON HAVADİS GAZETESİ
TESİSLERİNDE BASILMIŞTIR**

ANESTEZİ VE SİZ

Anestezi ameliyatın sebep olduğu ağrıyı ortadan kaldırır. Anestezi ameliyatın çok önemli bir kısmıdır; anesteziyalı olarak ağrıyı kaldırarak kalmaz ameliyatın daha emniyetli şartlarda yapılmasını da sağlar, doğumlarında ise yalnız annenin değil, bebeğin de sağlıklı olmasında önemli bir rol oynar.

Bu kitapçık, size anestezi hakkında bilgi vermek ve hastaların bu konuda sık sordukları soruları cevaplandırmak için hazırlanmıştır.



ANESTEZİ NEDİR?

Anestezi, ameliyatta ağrı duyulmasını sağlamak için. Genel anestezi ile bütün vücut uyuşturulur. Bundan başka vücudun bir kısmını uyuşturmak için de yerel anestezi uygulanabilir.

Genel anestezi yapıldığı zaman şuur kaybolur, hasta uyur. Fakat bu normal bir uyku değildir. Şuur aybolmuş ve vücudun birçok organlarının işlemesi de durmuştur. Bu durumda, anesteziist vücudun işlemesi gereken organlarını kontrol eder ve bunlar için gerekli tedavileri yapar.



KAÇ TÜRLÜ ANESTEZİ VARDIR?

Eğer hasta anestezi altında tamamen şursuz ise buna "Genel Anestezi" denir. Bu hastanın damarına iğne ile ilaç vererek veya solunum yolu ile anestezi gazı koklatılarak yapılır. Vücudun bir kısmını (kol, bacak, göğüs vs.) iğne yapılarak uyuşturmasına Yerel Anestezi denilir. Bunun da spinal, epidural, sinir bloku gibi çeşitleri vardır.

Bazı yerel ve genel anestezinin birlikte uygulanması gerekebilir.

GENEL ANESTEZİ ÇEŞİTLERİ NELERDİR?

Genel anestezi için pek çok ilaç kullanılır. Her hastanın özelliğine göre gerekli ilaçlar seçilir.

Eter, eskiden çok kullanılan bir anestezi maddesi idi. Fakat son yıllarda çok kullanılmamaktadır; yerini daha iyi sonuçlar veren başka ilaçlara bırakmıştır. Bu iş için damara verilen ilaçlar olduğu gibi, oksijenle birlikte kullanılan gazlar da vardır.

ANESTEZİ NE KADAR SÜREBİLİR?

Anestezi bir kaç dakika veya saatlerce sürdürebilir. Bu ameliyatın türüne bağlıdır; ameliyatın ne kadar sürmesi gerekiyorsa anestezi de o kadar sürdürülür.

ANESTEZİST KİMDİR?

Anesteziist en az üç yıl anestezi üzerinde ihtisas yapmış, bilgi ve tecrübesi sayesinde ameliyat sırasında sizin hayatınızı korumak için lazım olan bütün bakım ve tedaviyi yapar. SİZİN EMNİYETİNİZİ AZAMI ŞEKLİDE SAĞLAYAN bir doktordur.



ANESTEZİST SİZE NASIL YARDIM EDER?

Genellikle anesteziist çalışırken, hasta uyku halinde olduğundan, onun neler yaptığını ve kendine nasıl yardım ettiğini bilmez.

AMELİYATTAN ÖNCE:

Sizin sağlık durumunuzu inceleyer.

Sizi odanızda ziyaret edip, yapacaklarını anlatır ve sorularınızı cevaplandırır.

Yapılmasını istediği muayene, tedavi ve bakımı sağlar.

Anesteziiden önce size lazım olan ilaçları yapar. Muayenelerinin sonucuna ve hastalığınıza göre sizin için en uygun anesteziyi seçer.

AMELİYAT SÜRESİNDE:

Ameliyatta, ağrı duymamanız için gerekli ilaçları verir, kalbinizin ve akciğerinizin düzenli çalışmasını kontrol eder, bunların ve diğer organlarınızın iyi bir şekilde çalışması için gerekli tedavileri yapar, gereken serumları, kanı ve diğer ilaçları verir.

Siz, ameliyatta anesteziistiniz, cerrahın işini kolaylaştırmak ve sizi yaşıtmak için yaptığı bütün bu işlerden habersizsinizdir!

Ameliyat boyunca anesteziistiniz sizinle birlikte ve sizin en yakın koruyucunuz, bütün varlığınızın bekçisidir. Başınızda anesteziist varken Cerrahınız sizin bakımınızın emin ellerde olduğunu bilerek, bütün dikkatini kendi işine verir.

EK 3 Durumluk Anksiyete Düzey Değerlendirme Formu

STAI FORM TX – I

Ad Soyad:..... Yaş:..... Cinsiyeti:.....

Öğrenim durumu:..... Medeni hali:..... Mesleği:.....

Sağlık güvencesi:..... Tarih:...../...../.....

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 sarf etmeksizin **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 4 Sürekli Anksiyete Düzey Değerlendirme Formu**STAI FORM TX – 2**

Ad Soyad Baş Harfleri:..... Yaş:..... Cinsiyeti:.....

Öğrenim durumu:..... Medeni hali:..... Mesleği:.....

Sağlık Güvencesi:..... Tarih:...../...../.....

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 hissederim	(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 hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüznü hissederim	(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)