

T.C.  
Sağlık Bakanlığı  
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu  
Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Üroloji Kliniği  
Eğitim Sorumlusu: Op. Dr. Aydın ÖZGÜL

**ÜROLOJİK CERRAHİ GİRİŞİM YAPILACAK  
HASTALARIN PREOPERATİF ENDİŞE DURUMLARININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ VE CERRAHİ BİLGİLENDİRMEİNİN  
ETKİSİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Mehmet Kutlu DEMİRKOL**

**Tez Danışmanı**

**Doç. Dr. Fatih TARHAN**

**İSTANBUL – 2013**

## ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca büyük bir hoşgörü ile bilgi ve deneyimlerini aktararak iyi bir hekim olmanın yanı sıra iyi bir insan olarak yetişmemde büyük emeği geçen değerli hocam Op. Dr. Aydın Özgül'e, tez çalışmamın bütün aşamalarında yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen tez danışmanım Doç. Dr. Fatih Tarhan'a teşekkürlerimi sunarım.

Bana katkıları olan eğitim görevlisi Prof. Dr. Kemal Sarıca ve klinik idari sorumlusu Doç. Dr. Cemal Göktaş'a, kliniğimiz tüm başasistan ve uzman hekimlerine, bu süre boyunca gece-gündüz birlikte çalışarak birçok şeyi paylaştığımız asistan arkadaşlarıma ve kliniğimiz tüm çalışanlarına teşekkür ederim.

Ayrıca sevgili eşime ve eğitimim boyunca desteklerini hep hissettiğim aileme teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

GİRİŞ.....	4
GENEL BİLGİLER .....	6
GEREÇ VE YÖNTEM .....	18
BULGULAR .....	22
TARTIŞMA .....	39
SONUÇ .....	42
ÖZET .....	43
KAYNAKLAR .....	45
EKLER .....	49

## GİRİŞ ve AMAÇ

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.

Cerrahi girişim uygulanacak hastalarda genel olarak anestezi kaygısı, ölüm riskine ilişkin endişeler, özürlü olacağı endişesi, ağrıdan korkma, bedeni üzerindeki denetimini kaybedeceği endişesi, cinsel yeterliliğin kaybı korkusu, çalışabilirliğini kaybedeceği endişeleri gelişir. Preoperatif dönemde hastaların % 60 - 80'inin endişeli olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmiştir.<sup>[1]</sup> Endişe 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.<sup>[2]</sup>

Endişe cerrahiye, anesteziyi ve postoperatif iyileşmeyi olumsuz etkiler.<sup>[3]</sup> Endişeli hastalar anestezi indüksiyonu sırasında daha yüksek doz anestezi ilaca ihtiyaç duyarlar.<sup>[4]</sup> Bazı çalışmalarda preoperatif dönemde detaylı bilgilendirilen hastaların preoperatif ve postoperatif endişe düzeylerinin ve postoperatif ağrının daha düşük olduğu, iyileşmenin daha hızlı olduğu gösterilmiştir.<sup>[5]</sup> Cerrahi yapılacak hastaların %82'si cerrahi işlem hakkında özellikle hastanede yatış süresi hakkında daha çok bilgiye sahip olmak istediklerini belirtmiştir.<sup>[6]</sup> Hastaların tanı ve anestezi hakkında bilgi sahibi olmaları durumluluk endişesini etkilemediği, fakat cerrahi prosedürle ilgili bilgi yetersizliğinin yüksek durumluluk endişesine neden olduğu görülmüştür.<sup>[7]</sup>

Endişe ölçümü için tıpta en yaygın kullanılan test, 'State-Trait Anxiety Inventory' (STAI - Durumluluk Süreklilik Anksiyete Ölçeği) skalasıdır.<sup>[8]</sup> Le Compte ve Öner tarafından Türkçeye çevrilip uyumluluk çalışmaları da yapılmış olan bu skalaya durumluluk ve süreklilik kaygı ölçeği de denmektedir.<sup>[9]</sup> Durumluluk kaygı ölçeği kişinin kendisini belirli bir anda nasıl hissettiğini, süreklilik kaygı ölçeği ise kişinin genellikle kendini nasıl hissettiğini belirten ifadelerden oluşan bir testtir. Ayrıca, endişe ölçümünde Visual Analogue Scale (VAS – Görsel Analog Ölçeği) da kullanılır.<sup>[10]</sup>

Bu çalışmada; elektif ürolojik cerrahi planlanan hastalarda cerrahi tedavi ile ilgili endişe nedenlerinin belirlenmesi, cerrahi prosedür hakkında bilgilendirmenin endişe üzerine etkisinin değerlendirilmesi ve endişenin yaşam kalitesini ne ölçüde etkilediğinin belirlenmesi amaçlanmıştır.



## GENEL BİLGİLER

### 1. Geçmişten Günümüze Endişe Kavramı

Endişe sözcüğü, Hint- Germen kökenli “sıkıca bastırmak, boğazını sıkıkmak, sıkıntı ve tasa” anlamına gelen “angh” sözcüğünden türemiştir. Endişeye ilişkin en eski yazılı kanıt milattan önce 3000’lerde yazılan Gılgamış destanıdır.<sup>[11]</sup> Bu destanda Gılgamış, kendi ölümsüzlüğü ile ilgili endişelerini dile getirmektedir.<sup>[12]</sup> Endişe belirtileri, çok eski zamanlardan beri birçok hekimin ve yazarın dikkatini çekmiş ve çeşitli yazılarda dile getirilmiştir. Mani, histeri ve paronaya gibi terimleri psikiyatriye kazandırmış olan Hipokrata göre, her türlü psikiyatrik belirtinin kaynağı beyindir.<sup>[13]</sup> Hipokratın ruhsal bozukluklarla ilgili metinlerinde korkudan ve “amaçsız endişe” (aimless anxiety) olarak adlandırdığı bir durumdan söz ettiği bilinir.

17. yüzyılda dilbilimciler tarafından aralıklı olarak ortaya çıkan şiddetli huzursuzluk, yerinde duramama ve endişe durumları için farklı terimler kullanılmıştır. Benzer durumlar için, aralarında bazı anlam farklılıkları olmakla birlikte Fransızlar angoisse, Almanlar angst ve İspanyollar ise angustia sözcüklerini kullanmışlardır.<sup>[14]</sup> Endişe ile birlikte anılan diğer kavram ise korkudur. Korku (Fair) Almancadan gelen bir terimdir. Bu dilde köken aldığı kelime beklemek, pusuda yatmak veya saldırmak anlamına gelmektedir. 18. yüzyıldan sonra endişeye ilişkin oldukça ciddi tanımlamalara ve açıklamalara rastlanmaktadır. 1800’lü yılların ortalarında Heinrich Neumann’ın endişenin, cinsel dürtülerin (ve diğer dürtülerin) doyurulmaması durumunda ortaya çıktığına ilişkin görüşü psikanalitik dönem açıklamaları dikkate alındığında oldukça ilginçtir.<sup>[13]</sup> Bu görüşü, aynı dönemde Karl Ideler de, doyurulmamış cinsel arzuların ruhsal rahatsızlıklara kaynak teşkil edeceğine olan inancı doğrultusunda tekrarlamıştır. 1800’lerin ortalarında Otto Domrich tıbbi psikoloji alanında ilk kez “endişe ataklarından” söz etmiştir. Bu kavram sonradan, Fransız devriminin ardından ortaya çıkan nörosirkülatuar nevrasteni, asker kalbi, hiperventilasyon sendromu gibi tanımların yerine geçmiştir. Feuchtersleben, 1847’de ilk kez organik hastalıkların neden olduğuna endişe belirtilerini gözlemiştir; Morel, 1866’da otonomik sinir sistemindeki değişikliklerin emosyonel belirtilere yol açtığından söz etmiştir.<sup>[15]</sup> 1890’larda endişe belirtilerinin birçok başka hastalıklarda görülmekle birlikte, fiziksel ve ruhsal belirtilerin - adına endişe denilen- aynı, tek bir klinik durumun unsurları olduğu düşüncesi yavaş yavaş gelişmiştir.<sup>[14]</sup>

1894'te Freud, endişenin fiziksel ve ruhsal belirtilerini bir araya getirerek “endişe nevrozu”nu tanımlamıştır. Bu dönemde Freud, yazılarında histeri ve hipokondriasis gibi geleneksel nevrozların psikolojik kökenli olduğunu söylerken, buna karşı endişe nevrozunun organik kökenli olduğunu öne sürmüştür.<sup>[15]</sup>

Bu gelişmelere karşın yine de endişe kapsamına giren çeşitli klinik durumların birbirinden ayrılarak farklı klinik durumlar olarak tanımlanması 1960'lardan sonra elde edilen veriler sonucu gerçekleşebilmiştir.

Öztürk “anxiety, anxiété” karşılığında daha çok psikologlarca ve kimi psikiyatristlerce kullanılan “kaygı” sözcüğünü uygun bulmamaktadır.<sup>[16]</sup> Kaygı, genellikle nesnesi bilinen bir duruma yada kişiye karşı duyulan merak, endişe, tasa duygusudur. Örneğin “çocuğumun okul durumu beni kaygılandırıyor, Türkiye'nin ekonomik durumu kaygı verici” gibi. Ayrıca kaygı sözcüğü, klinik düzeyde şiddetli bunaltıyı karşılamamaktadır. Örneğin panik bozukluğundaki bunaltıya kaygı demek klinik durumun fenomenolojisini yansıtmamaktadır. “Bunaltı” sözcüğü hem kavramsal, hem klinik açıdan uygun görülmektedir.<sup>[16]</sup>

Bir insanın yaşayabileceği en acılı duygu olarak tanımlanabilen endişe, psikanalizin ilk döneminde biyolojik kökenli bir olgu olarak kabul edilmiştir. Ancak, topografik kuramın yerine yapısal kişilik kuramını geliştirdikten bir süre sonra endişe kavramının yorumuna da bir değişiklik getiren Freud, 1926'da yayımlanan “Ketlenmeler, Belirtiler Endişe” adlı yapıtıyla, endişeyi egonun bir işlevi olarak tanımlayarak bu duygunun psikolojik bir olgu olduğunu ortaya koymuştur.<sup>[17]</sup>

Endişe kavramının anlaşılabilmesinde en önemli katkılardan biri Karen Horney'dan gelmiştir.<sup>[17]</sup> Horney, endişe ve korku kavramını sıkça birlikte kullanarak bu iki kavram arasındaki yakınlığı ifade etmiştir. Yalom ise varolmanın getirileriyle yüzleşmeden kaynaklanan çatışmanın kaygıya neden olduğunu bildirmektedir.<sup>[18]</sup>

Endişe hem psikolojik hem de fizyolojik değişikliklere neden olan bir durumdur. Kişiliğin yapısında ve gelişmesinde önemli bir etken olan duygulanım ve coşku durumlarıyla birlikte ortaya çıkan ve onlara eşlik eden fizyolojik belirtiler olduğundan söz edilmiştir. Kişi belli bir tehlike algıladığında ya da öngördüğünde beyin sinir sisteminin otonom sinir sistemine mesaj yollar. Otonom sinir sistemi sempatik sinir sistemi ve parasempatik sinir sistemi olarak iki alt bölümden oluşur. Sinir sisteminin bu iki kısmı vücudun genel enerji düzeyinden ve harekete hazırlanmasından sorumludur. Sempatik sinir sistemi vücudun enerjisini arttıran ve harekete hazırlayan kaçma-savaşma tepkisinden sorumludur; parasempatik sinir sistemi de vücudu tekrar normal haline geri döndüren ve dinlenme haline geçiren sinir sistemidir. Otonom sinir sisteminin uyarılması ile kan basıncı, kalp atışı,

solunum sayısı artar. Mide-barsak hareketleri hızlanır. Tükrük salgısı azalır, ağız kuruluğu gelişir. Kan şekeri yükselir. Gözbebekleri genişler. Çizgili kasların gerginliği artar. Titreme olur. Dişler ve yumruklar sıkılır. Terleme olur. Derinin direnci artar. Bütün bu değişmeler, merkezi sinir sisteminde adrenalin ve ona benzer başka kimyasal ileticilerin kan düzeyinin artışı gösterir. Bu yükselişin oluşturduğu değişmelerin kişi tarafından hissedilmesi endişe yaratır.

## **2. Endişeyi Açıklayan kuramlar**

### **2.1. Psikanalitik Kuram**

Psikanalitik kuramın gelişiminde endişenin temel bir öneme sahip olduğu bilinir. Freud başlangıçta, 1894 ve 1895'teki yazılarında endişeyi temelde fizyolojik bir tablo olarak ele aldı. Endişe Freud tarafından, bastırılmış düşünce ve dürtülerden kaynağını alan yaygın endişe ve dehşet hissi olarak tanımlandığı gibi, kişiyi altüst eden paniğe benzer, bedensel belirtilerle kendini gösteren bir durum olarak da tanımlanmıştır. Bedensel belirtilerle ortaya çıkan endişenin birikmiş ve boşalamamış, ketlenmiş libidodan kaynaklandığı öne sürülmüş ve bu tür endişe “güncel (actual) nevroz” olarak adlandırılmıştır. Fizyolojik niteliğini vurgulamak için de, Freud bu dönemde patolojik endişeyi güncel nevroz olarak tanımladı ve psikonevrozlardan ayırdı. “Ketlenmeler, Belirtiler ve Endişe” başlıklı makalesinde endişe, “sinyal endişe” terimiyle psikolojik temele oturdu. Bu durumda endişe bir benlik (ego) duygulanımıdır; yani üstbenliğin (süper ego) ahlaki ve etik kurallarına aykırı olan cinsel ve saldırganca dürtülere benliğin bir yanıtıdır.

Freud yapısal modeli geliştirdikten sonra; endişenin, altbenlikten (id) kaynağını alan bilinçdışı cinsel ve saldırganca dürtüler ile üstbenliğin cezalandırma tehdidi arasındaki ruhsal çatışma sonucunda ortaya çıktığını öne sürdü. Endişe yalnız hastalıklı veya nahoş bir duygu olmayıp, bilinçdışı bir tehlikeye işaret eden, bazen uyuma yönelik bir sinyal olarak tanındı. Bu sinyalden hareketle benlik, kabul edilemeyen arzu ve düşünceleri önlemek için savunma düzeneklerini devreye sokar. Eğer sinyal endişe benliğin savunma düzeneklerini harekete geçiremezse, o durumda yoğun ve süregelen bir endişe veya nevroitik belirtiler ortaya çıkar. Freud tarafından endişe, hem nevroitik endişenin dışavurumu (belirti), hem de nevroitik çatışmayı bertaraf eden uyuma yönelik bir işaret olarak tanımlanır.

Freud'un modelinde, benlik bilinç alanına geçişi kontrol eder; bastırma yoluyla da albenlikten gelen dürtülerle olan herhangi bir bağlantıyı ortadan kaldırır; hem uyarının kendisini hem de iç- ruhsal temsilcilerini sansüre tabi tutar. Bastırılmış arzu belirtisi olarak ortaya çıktığında artık yer değiştirmiş ve maskelenmiş, kılık değiştirmiştir.

Freud'a göre, çocuğun gelişim sürecinde her dönem o evreye özgü korkuyu açığa çıkarır. Bu bağlamda endişe gelişimsel dizin içinde; üstbenlik endişesi, iğdişlik endişesi, sevgiyi kaybetme endişesi, ayrılık endişesi, kötülük görme endişesi ve dağılma endişesi olarak altı evreye ayrılır.

Freud'a göre endişe, fiziksel ya da toplumsal çevreden gelen tehlikelere karşı bireyi uyarma, gerekli uyumu sağlama ve yaşamı sürdürebilme işlevlerine katkıda bulunur. Ne var ki endişe, "nevrotik endişe" de olduğu gibi, gerçek dışı ve mantığa aykırı bir nitelik alırsa, uyum sağlamaya yardımcı olan işlevini yitirir ve nomaldışı davranışların kaynağı olur.<sup>[16]</sup> Gerçekte, her insan arada bir endişe duyarsa da Freud, nevrotiklerde bu duygunun daha sık ve daha yoğun yaşandığını gözlemlemiştir. Normal insanın yaşadığı endişe, nevrotik endişeden niteliği yönünden de farklıdır. Günlük yaşamda herkesin arada bir yaşadığı endişe "gerçekçi" endişedir. Dış dünyadaki nesnelere kaynaklanan bu duygu, "korku" duygusuyla eş anlam taşır. Gerçekçi endişe, mantıklı ve anlaşılır olmasıyla nevrotik endişeden ayrılır. Bu tür endişe, beklenen ya da yaklaşan bir dış tehlikenin algılanması sonucu geliştirilen bir tepkidir. Çoğu kez kaçma refleksiyle birlikte oluşan bu tepki, yaşamı sürdürme ve korunma içgüdülerinin bir belirtisi de sayılabilir.<sup>[16]</sup>

Adler, endişenin sebebi olarak aşağılık duyguları üzerinde durur. Aşağılık duygularından acı çeken kişi, bundan kurtulmak için emniyet ve üstünlük kurma amacını güder; bunu elde etmek için de endişeyi başkalarını kontrol etme aracı olarak kullanır. Adler'e göre kişi toplumla bağlantılarını kaybetmiş hissettiği zaman endişe duyar.<sup>[17]</sup>

Jung'a göre, endişe kolektif bilinçaltından gelen irrasyonel güçlerin ve imajların insanın bilincini kaplamasına karşı kişinin reaksiyonudur. Endişe, kolektif bilinçaltının hakim özelliklerine karşı duyulan korkudur.

Otto Rank, her çeşit endişenin ve nevrozun başlangıcını doğum travmasına bağlar. Esası anneden ayrılma olan doğum travması, insanın ileriki hayatında karşılaştığı bütün ayrılmalarda tekrarlanır ve endişenin temel ve evrensel sebebinin oluşturur. Çocuk hayatın kendisinden korkar ve bu korku ortada bunu gerektirecek hiçbir objektif sebep olmasa da, belli insanlardan veya şeylerden korku ve endişe duymaya kadar gider.<sup>[17]</sup>

Karen Horney'e göre, endişe de, tıpkı korku gibi tehlikeye karşı bir cevaptır. Horney'e göre endişede olan şey, kişinin emniyetidir. Bu emniyet korkusu çocukluktan itibaren temel endişe olarak bağlar, kişi potansiyel düşmana karşı dünyada emniyeti sağlamak için bir takım nevrotik savunma eğilimleri oluşturur. Bu savunma eğilimleri bir gün zayıflarsa veya yıkılırsa endişe ortaya çıkar.<sup>[17]</sup>

Harry Stack Sullivan, kişiliğin oluşumunda temel nokta olarak kişilerarası ilişkiyi görür ve endişenin de bu ilişkilerdeki bozukluklardan doğduğunu düşünür. Bir çocuk büyürken yaşadığı ortamdaki kültürel değerlere göre yetiştirilir. Bu eğitimi sırasında engelleme, yasaklama, cezalar ve memnuniyetsizlik gösterme durumlarıyla karşılaşan çocukta endişe temeli oluşur. Kültürel değerlerin bize çizdiğini zannettiğimiz sınırları aşmak tehlikesi ile karşılaştığımız zaman, endişe bir emosyonel uyarıcı sistem olarak bizi durumdan haberdar eder.<sup>[17]</sup> Sullivan'a göre endişe anneden çocuğa geçer. Annenin bakışları, ses tonu ve genel havası bu geçişi gerçekleştirir. Anneden geçen endişe sonucu çocuk, parataksik düşünce bağlantıları kurarak, yakın çevresindeki diğer insanlara karşı da endişe duygusu geliştirir ve kendisinde endişe yaratan durumlardan uzak durmayı öğrenir.<sup>[17]</sup> Bebeklik döneminde yaşanan endişe, ancak içinde bulunulan durumun değişmesiyle son bulabilir. Buna karşılık yetişkin insan endişeyi engellemek, azaltmak ya da ondan sakınmak amacıyla bazı davranışlar geliştirir. Endişenin yoğunluğunu azaltma çabalarına güvenlik tepkileri denir. Endişe sona erdirilmezse, yoğunluğu giderek artar ve dehşet duygusuna dönüşür.

Erich Fromm'a göre, hem normal kişilik gelişiminde, hem de nevrozların özünde, hürriyet ve bağımsızlık için mücadeleyi görürüz. Fromm'un düşüncesine göre insan toplumdaki koptuğu zaman kendisini yalnız hisseder. İşte bu hürriyetin yükünden kurtulmak için iki seçeneği vardır; ya diğer insanlarla sevgi ve işbölümü temelinde tekrar kaynaşacak ya da otoriteye ve topluma boyun eğerek kendisine emniyet sağlayacaktır. Bizim "normal insan" gözü ile baktığımız ve insanların çoğunluğunu teşkil ettiği bölümü, Fromm'a göre bu ideal olanı yapmamış, hürriyet ve bağımsızlık mücadelesini terk ederek kendi spontan kişiliklerini geliştirmekten vazgeçip otoriteye boyun eğmişlerdir; böylece bu kişiler normal ve topluma uyumlu sayılırlar. Nevrotik dediğimiz insanlar ise, tam bir boyun eğişe razı olamayan, hürriyet ve bağımsızlık mücadelesini terk etmeyen kişilerdir; ama bunlar da, bağımsızlığın getirdiği yalnızlık ve emniyetsizlik ile hürriyet arayışı arasında çatışmayı çözememiş, bu ikilemin arasında sıkışıp kalmışlardır.<sup>[17]</sup>

## **2.2. Öğrenme Kuramı**

Korku ve endişenin koşullanma aracılığı ile öğrenilmesi sürecinin temelleri Pavlov'a kadar gider. Klasik uyarıcı-tepki kuramında, yansız uyarıcı başka bir değişle doğal olarak korkutucu olmayan uyarıcı (koşullu uyarıcı), doğal olarak korkutucu bir uyarıcıyla (koşulsuz uyarıcı) eşleştirildiğinde; koşullu uyarıcı yansız olma özelliğini kaybederek itici-korkutucu bir uyarıcı (koşullu uyarıcı) özelliği kazanır. Klasik koşullanma ilkelerine göre özünde korkutucu olmayan her türlü yansız uyarıcının (basit veya karmaşık) korkutucu bir uyarıcıyla eşleştirilerek yansız olma özelliğini kaybedip, itici-endişe uyandırıcı bir özellik kazanabileceği

belirtilmiştir.<sup>[11]</sup> Koşullanma, koşullu uyaran ancak hemen ardından gelen koşulsuz uyaran hakkında bilgi verdiği müddetçe devam eder. Başka bir deyişle klasik koşullanma kuramına göre yinelenen bir koşullu uyaran zaman zaman koşulsuz uyaranla pekiştirilmezse, yani yalnız başına verilmeye devam edilirse giderek itici-korkutucu özelliğini kaybeder.

Edimsel (operan) koşullanma; bir davranış parçacığının kendi doğurduğu sonuçlara bağlı olarak değişikliğe uğrama sürecini tanımlamak için kullanılır. Belirli davranışlarının endişeyi ortaya çıkaran uyarlardan kurtulmaya yaradığını ve endişesini azalttığını gören kişi giderek bir kaçınma repertuarı geliştirir. Kaçma ve kaçınma davranışları kişiyi endişeden koruduğu için bir tür dış pekiştireç gibi işlev görerek endişenin devamına neden olur.

Mowrer'in iki basamaklı öğrenme kuramı klasik ve edimsel koşullanma kuramlarını bir araya getirerek endişe bozukluklarının oluşumunu açıklar. Bu kurama göre klasik koşullanma ile edinilen korku, kaçınma davranışları ile edimsel olarak koşullanmaya devam ederek pekişir. Yani kaçınma davranışları endişenin azalmasına ve böylelikle korkunun pekişmesine neden olmaktadır.

Özetle, koşullanma veya diğer öğrenme süreçleri (gözlemlenme, sosyal öğrenme gibi) ile edinilen korku tepkileri, “kaçma” ve “kaçınma” davranışlarının harekete geçmesine yol açmakta ve başarılı bir biçimde gerçekleştirilen bu kaçma ve kaçınma davranışları korku ve endişenin azalmasına neden olmaktadır. Korku ve endişenin olumsuz sonuçlarını ortadan kaldırdığı varsayılan kaçma ve kaçınmalar böylelikle pekişmekte ve her türlü endişe/korku durumunda devreye girerek korku/endişenin sönmesini engellemektedir. Korku ve endişenin devamı ise bu yolla sağlanmaktadır.<sup>[19]</sup>

### **2.3. Davranışçı ve Bilişsel Kuram**

Davranışçı kuram öğrenme kuramları üzerine kurulmuş yaklaşımlardır. Davranışçı kurama göre, hem fobiler hem de obsesif-kompulsif bozukluk bir koşullanma sonucu oluşmaktadır. Fobilerde hastalığın devam etmesinde en önemli etkenin korkulan uyarandan kaçma ve kaçınma davranışları olduğu düşünülmüş ve kaçınma davranışlarının söndürülmesi ve alışma döneminin ortaya çıkmasını sağlamaya yönelik, “alıştırma tedavileri (exposure)” olarak bilinen yaklaşım geliştirilmiştir.<sup>[20]</sup>

Watson, uyarılara karşı verilen öğrenilmemiş duygusal tepkilerin başlangıçta üç tipi olduğunu ifade etmektedir. Bu tepkiler korku, öfke ve sevgidir. Bu duygusal tepkiler koşullanmamış tepkiler olarak görülebilirler.

Watson ve Raynor 11 aylık Albert adlı bir çocukta bir dizi deney yapmışlardır.<sup>[21]</sup> İlk deneyde beyaz bir fareye karşı koşullanılmış duygusal tepkinin oluşumuyla ilgilenilmiştir. Bu, Albert'in beyaz bir fareye dokunmasıyla, bir metal çubuğun çarpmasıyla elde edilen yüksek

bir sesin birkaç kez eşleştirilmesiyle başarılmıştır. Daha sonra beyaz fare tek başına Albert'a gösterildiğinde; Albert ağlama, çökme ve sürünerek uzaklaşmaya çalışma gibi korku tepkileri göstermiştir. İkinci deneyde beş gün sonra tavşan, köpek gibi diğer kürklü hayvanlar ve kürk manto, yün gibi nesnelere gösterildiğinde daha zayıf olmakla birlikte koşullanmış korku tepkisinin transfer edildiği görülmüştür. Otuz bir gün sonra benzer tepkiler azalmakla birlikte devam etmiştir. Psikopatolojideki birçok fobinin büyük olasılıkla koşullanmış tepkilerin doğrudan veya transfer edilen tipleri oldukları düşünülmektedir.<sup>[21]</sup>

Davey bu teoriyi yeni bir yaklaşımla ortaya koymuştur. Davey'e göre, koşullu bir refleks sonucunda bir beklenti vardır; koşullanmamış refleksle birlikte bilişsel kavramlar ortaya çıkar ve bir değerlendirme sürecinden sonra koşullu yanıt verilir.

Bandura ve Rosenthal ise "korku, korkulu insanlar izlenerek öğrenilebilir" şeklinde bir ifade kullanmıştır. "Ebeveynin uçağa binmek veya fırtınadan korkmak gibi bir korkusu varsa çocuk da bu korkuyu taşıyacak ve bu nesilden nesile aktarılacaktır" şeklinde görüş bildirmiştir.

Bilişsel kavramların "anormal psikoloji" içine girmesi endişenin daha iyi anlaşılmasını sağlamıştır. Beck'in klasik bilişsel kuramı Salkovskis tarafından şu şekilde yeniden düzenlenmiştir:

"Olayların ne biçimde yorumlandığı ve algılandığı, duygularımızı belirler. Başka bir deyişle, duygularımızı tetikleyen olayların kendisinden çok, onlara verilen anlam olmaktadır. Bu anlamlandırma; olayın olduğu ortamın özellikleri, olayın olduğu andaki duygudurum ve bireyin geçmiş deneyimlerine bağlıdır. Sonuç olarak, aynı olay farklı kişilerde farklı duygulara neden olabileceği gibi, aynı kişide farklı zamanlarda farklı duygulara neden olabilir".

Bilişsel kuramlar, korkunun kazanılmasında öğrenme kurumlarının ve koşullanmanın önemini kabul etmekle birlikte, en önemli vurguyu ister koşullu ister koşulsuz olsun bireyin olayla ilgili yorumlarına yaparlar. Daha da önemlisi, bilişsel kurama göre endişe tepkisinin devam etmesi değiştirilmemiş ya da ortadan kaldırılmamış çeşitli bilişsel hataların halen devam ediyor olmasıyla ilgilidir. "temel/kritik/anahtar ya da sorumlu biliş" olarak bilinen bu bilişsel hatalar pek çok endişe bozukluğunun devamından sorumlu olmaktadır.

#### **2.4. Varoluşçu Kuram**

Varoluşçu kuram farklı türde bir temel çatışmayı vurgulamaktadır: ne bastırılmış içgüdüsel çekişmelerle ne de içselleştirilmiş önemli yetişkinlerle olan çatışmayı önemsemektedir, onun yerine bireyin varolmanın getirileriyle yüzleşmesinden kaynaklanan çatışma üzerinde durmaktadır. Bireyin aşağıda sıralanmış hayat gerçeklerinden biriyle karşı

karşıya kalması varoluşçu dinamik çatışmanın içeriğini oluşturmaktadır. Varoluşçu kuramda endişenin en önemli nedenleri ölüm, özgürlük, yalıtım ve anlamsızlıktır.

Böylelikle “varoluşçu dinamikler” bu dört getiriye, bu nihai kaygılara ve her birinin neden olduğu bilinçli ve bilinçdışı korku ve güdülere gönderme yapmaktadır. Dinamik varoluşçu yaklaşım Freud tarafından ana hatları çizilen temel dinamik yapıyı korumakta, fakat içeriği temelden değiştirmektedir.<sup>[18]</sup>

Dürtü

Anksiyete

Savunma mekanizması

şeklindeki eski formül;

Temel kaygıların farkına varma

Anksiyete

Savunma mekanizması

halini almıştır.

Her iki formül de endişenin psikopatolojinin yakıtı olduğunu; bazıları bilinçli bazıları bilinçdışı olan psişik işlemlerin endişeyle başetmek üzere ortaya çıktığını; bu ruhsal işlemlerin (savunma mekanizmalarının) psikopatolojiyi oluşturduğunu; bu mekanizmaların güven vermelerine rağmen kaçınılmaz bir şekilde gelişmeyi ve deneyimi sınırladıklarını varsaymaktadır.<sup>[18]</sup>

## **2.5. Endişenin Nöropsikolojik Yönü**

Gary, beyindeki cezalandırma ve ödüllendirme sistemlerinin endişe üzerindeki rolünü araştırmıştır. Bu araştırmacılara göre endişe davranışsal baskılayıcı (behavioural inhibition system=BIS) sistemin etkinleşmesi ile oluşur. Bu sistem cezalandırma, ödüksüzleştirme ve sıra dışı uyarılara davranışsal yanıtı baskılar. Bu sistem, gelen uyarının gerçekte karşılaştırılmasını yaparak değerlendirir. Eğer beklenen uyarı gerçekte benzeşmiyorsa derhal davranışı engeller. BIS, uyarılar üzerinde bir tür gözlemlenebilirlik yapar. Bu kontroller sırasında tehdit edici veya umulmadık durumlar ortaya çıkarsa endişe belirtilerinin ortaya çıkması (otonom aktivitenin artışı, davranıştan kaçınma ve öznel deneyimler) tehdit edici nitelikteki davranışa karşı BIS'in durdurucu etkisi kaçınılmazdır. Ancak kuram tek başına endişe durumunu açıklamakta yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle bu görüşün, bilişsel kuramla birlikte ele alınması gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

### **3. Endişeyi Açıklayan Biyolojik Kuramlar**

Endişe hakkındaki biyolojik kuramlar, endişenin hayvan modellerindeki prelinik çalışmaları, biyolojik faktörlerin araştırıldığı hasta çalışmaları, temel nörolojik bilimler hakkındaki büyüyen birikim ve psikotrop ilaçların etkileri ile gelişmiştir. Düşüncenin bir kutbu endişe bozukluğu olan hastanın ölçülebilir biyolojik değişikliklerinin psikolojik çatışmalarının sonucunu yansıttığını kabul eder, karşıt kutup biyolojik olayların psikolojik çatışmalara öncülük ettiğini kabul eder. Her iki durum da özgün kişilerde bir dizi biyolojik esaslı hassaslıklar endişe belirtileri olan kişiler arasında varolabilirler.

#### **3.1. Otonom Sinir Sistemi**

Otonom sinir sisteminin uyarılması kardiyovasküler, musküler, gastrointestinal ve respiratuar sistemde belli belirtilere neden olur. Endişenin bu çevresel belirtileri ne endişe bozukluğuna özeldir, ne de endişenin deneyimi ile birlikteliği gereklidir. 20. yy'ın ilk üçte birlik diliminde, Walter Cannon havlayan köpeklere maruz kalan kedilerin, adrenal epinefrin salınımı ile birlikte olan korkunun davranışçı ve fizyolojik işaretlerini gösterdiklerini ortaya koymuştur. James-Lange kuramı öznel endişenin çevresel fenomene yanıt olduğunu ifade eder. Şu anda genel olarak Merkezi Sinir Sistemi (MSS) endişesinin, feokromasitoma gibi hastanın özgün çevresel nedeni olması dışında, endişenin çevresel belirtilerine öncüllük ettiği düşünülmektedir. Bazı endişe bozukluğu hastalarının, özellikle panik bozukluğu olanların, artmış sempatik tonusa sahip olan, tekrarlayan uyarana yavaş uyum sağlayan ve orta derecede uyarana aşırı yanıt veren otonomik sinir sistemleri bulunmaktadır.

#### **3.2. Nörotransmitterler**

Hayvan çalışmaları ve ilaç tedavisine yanıt esas alındığında endişe ile ilişkili bulunan üç ana nörotransmitter norepinefrin (NE), serotonin (5HT) ve  $\gamma$ -aminobutirik asit (GABA)'tir.<sup>[22]</sup> Endişe hakkındaki temel nörobilimsel bilginin çoğu davranışçı örnekler ve psikoaktif ajanları kapsayan hayvan deneylerinden gelmektedir. Endişenin böyle bir hayvan modeli çatışma testidir, bu testte hayvan aynı anda birisi pozitif (örn. yiyecek), diğeri negatif (örn. elektrik şoku) olan iki ayrı uyarana karşılaştırılır. Anksiyolitik ilaçlar (örn. benzodiazepinler) hayvanın o duruma adaptasyonunu kolaylaştırma eğiliminde olurken, diğer ilaçlar (örn. amfetaminler) hayvanın yanıtını daha da bozarlar.

##### **3.2.1. Norepinefrin (NE)**

Endişede NE rolünden bahseden genel kurama göre etkilenen hastaların zaman zaman aktivite patlamaları ile seyreden, noradrenarjik sistem regülasyon sorunları olabilmektedir. Noradrenarjik sistemin hücre gövdeleri birincil olarak rostral pon ve lokus seruleusta yerleşmişlerdir. Aksonları serebral korteks, limbik sistem, beyin sapı ve spinal korda projekte

olurlar. Maymunlar üzerinde yapılan çalışmalarda locus seruleusta uyarılmanın hayvanlarda korku yanıtına neden olduğu ve aynı alanın yakılmasının hayvanların korku yanıtı oluşturmasını inhibe ettiği ya da tamamen bloke ettiği gösterilmiştir.

İnsan çalışmalarında panik bozukluğu olan hastalarda  $\beta$ -adrenerjik agonistlerin (örn. isoproterenol) ve  $\alpha_2$  adrenerjik antagonistlerin (örn. yohimbin) panik atakların sıklığını ve şiddetini proveke ettiği bulundu.<sup>[23]</sup> Aksine,  $\alpha_2$  adrenerjik agonist olan klonidin bazı deneysel çalışmalar ve terapötik durumlarda endişe semptomlarını azaltmıştır. Daha az uyumlu bir bulgu olarak özellikle endişe bozukluğu olan hastaların beyin omurilik sıvısında (BOS) veya idrarında noradrenerjik metabolit olan 4-metoksi-4-hidroksifenil glikol (MHPG) miktarının yükseldiği saptanmıştır.<sup>[23]</sup>

### **3.2.2. Serotonin (5HT)**

Çeşitli serotonin reseptör tiplerinin tanımlanması, endişe patogenezinde serotonin rolü konusunda araştırmaları hızlandırmıştır. Bu ilişki ilk olarak serotonerjik antidepresan ilaçların bazı endişe bozukluklarında teropötik etkilerinin gözlenmesinden sonra olmuştur. Bir serotonerjik tip 1a reseptör agonisti olan buspironun endişe bozukluklarındaki etkinliği de endişe ile serotonin arasındaki ilişki olasılığını gösterir. Serotonerjik nöronların hücre gövdelerinin çoğu beyin sapında raphe çekirdeklerinden köken alırlar ve serebral korteks, limbik sistem ve hipotalamusa projekte olurlar. Hayvanlara serotonerjik ajan uygulanması endişe benzeri davranışlarla sonuçlanırken, insanlarda benzer etki ile ilgili bilgi daha azdır. Çeşitli raporlarda serotonerjik etkili bir ilaç olan m-klorofenil piperazin (mCPP) ve serotonin salınımına neden olan fenfluraminin endişe bozukluğu olan hastalarda endişeyi arttırdığı gösterilmiştir ve birçok anektodal raporlarda liserjik asit dietilamid (LSD) ve 3,4-metilen dioksine amfetamin (NDMA) gibi serotonerjik halüsünojenler ve uyarıcıların hem akut, hem de kronik endişe bozukluklarına neden oldukları gösterilmiştir.<sup>[23]</sup>

### **3.2.3. GABA**

Endişe bozukluklarında GABA'nın rolü, bazı endişe bozukluklarının tedavisinde GABA-A reseptörleri üzerinden GABA etkisini arttıran benzodiazepinlerin tartışılmaz etkinliği ile güçlü şekilde desteklenmektedir.

### **3.3. Genetik Çalışmalar**

Genetik çalışmalar, endişe oluşumuna en azından bazı genetik komponentin katıldığı yönünde sabit bilgi üretmiştir. Panik bozukluğu olan hastaların hemen hemen yarısının etkilenmiş en az bir akrabası bulunmaktadır. Endişe bozuklukları ile ilgili evlat edinme çalışmaları bildirilmemiş olmakla beraber, ikiz kayıtlarında edinilen bilgiler endişe bozukluklarının en azından kısmen genetik olarak belirlendiği varsayımını desteklemektedir.

### **3.4. Nöroanatomik Görüşler**

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

#### **3.4.1. Limbik Sistem**

Noradrenerjik ve serotonerjik innervasyon alanının yanı sıra, limbik sistem yüksek yoğunlukta GABA-A reseptörü içermektedir. İnsan olmayan primatlar (maymunlar) üzerindeki ablasyon ve uyarma çalışmaları limbik sistemin endişe ve korku yanıtının oluşumunda rolü olduğunu göstermiştir. Özellikle sempatohipokampal yolaktaki artmış aktivitenin endişe oluşumunda daha önemli olduğu düşünülmektedir.

#### **3.4.2. Serebral Korteks**

Frontal serebral korteks parahipokampal bölge, singulat girus ve hipotalamus ile bağlantılıdır, o nedenle endişe oluşumunda rol oynayabilir. Temporal kortekse endişenin patofizyolojik alanı olarak görülmektedir.

### **4. Preoperatif Anksiyate**

Cerrahi girişimler ciddi psikiyatrik ve psikososyal sorunlara yol açma potansiyelindedir. Cerrahi girişim uygulanacak hastalarda genel olarak anestezi, ölüm korkusu, operasyon sonrası ağrı, bedeninin zarar göreceği gibi düşünceler nedeniyle endişe gelişir.

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 başaçıkma yeteneğini güçlendirmektedir. Sheffer ve Greifenstein'e göre hastaların anesteziye karşı duydukları endişenin nedeni kısmen anestezist-hasta ilişkisindeki eksiklikten kaynaklanmaktadır.<sup>[24]</sup> 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.<sup>[3]</sup> Ayrıca bilgilendirme ve psikolojik olarak ameliyata hazırlama, bulantı-kusma gibi postoperatif komplikasyonları da azaltmaktadır.<sup>[3,4]</sup> 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.

Endişe düzeyi hastaneye yatış ile operasyona kadar geçen sürede ve operasyonu takip eden ilk iki günde daha yüksektir. Arellano ve arkadaşları preoperatif vizitin zamanlamasını belirlemek amacı ile yaptıkları bir çalışmada, hastaların bir hafta önce, bir gün önce ve ameliyattan hemen önceki endişe düzeyleri arasında fark bulamamışlar, ancak ameliyattan hemen önce anestezi tarafından görülen hastanın endişe derecesinde anlamlı azalma olduğunu göstermişlerdir.<sup>[25]</sup>

Endişe çeşitli metabolik ve hormonal değişime neden olur. Pituitar-hipotalamik ve adrenal-kortikal sistemi olduğu kadar, sempato-adrenal yolu da aktive eder. Bunun sonucu olarak da mukus ve tükürük gibi sekresyonlarda, gastrik asiditede, gastrointestinal tonus ve motilitede ve katekolamin salınımında artışlar görülür. Anestezi indüksiyonu öncesi adrenal miktarı % 40 artar ve bu endişenin artışı ile orantılıdır. Operasyondan önceki gece rahat uyuyan hastalarda plazma kortizol düzeyi 16 µg/100 ml iken rahat uyumayan hastalarda 20 µg/100 ml civarındadır.<sup>[26]</sup>

Preoperatif endişe laringoskopi ve entübasyon sırasında refleks sempatik aktivasyon artışı ile taşikardi, aritmi ve hipertansiyona neden olur.<sup>[27]</sup>

### **5. Cerrahi ile İlgili Endişe Nedenleri**

Cerrahi girişim uygulanacak hastalarda genel olarak anestezi kaygısı, ölüm riskine ilişkin endişeler, özürlü olacağı endişesi, ağrıdan korkma, bedeni üzerindeki denetimini kaybedeceği endişesi, cinsel yeterliliğin kaybı korkusu, çalışabilirliğini kaybedeceği endişeleri gelişir.

Cerrahi işlem uygulanacak olan hasta, ağrı ve acıdan kurtuluş umudu taşımasının yanı sıra, işlemin kendisinden kaynaklanacak yeni ağrı ve acıların, eğer anestezi sırasında bilincini yitirecekse yaşayacağı bilinmezliğin korkusu içindedir.

Cerrahideki korku kaynakları şöyle sıralanabilir:

1. Ölüm korkusu,
2. Bedenin zarar göreceği ve acı çekeceği korkusu,
3. Anestezi sırasında kimliğini ve denetimini yitireceği korkusu,
4. Ameliyat sonrasında yeti yitimi ve bağımlılık korkusu,
5. Hem cerrahi, hem de anestezi ile ilişkili olarak bilinmeyen korku,
6. İşlemin belirli yönlerine ilişkin özgül korkular (Örneğin: ameliyat korkusu, enjeksiyon korkusu, anestezi korkusu).

## GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmaya Aralık 2012 – Mayıs 2013 tarihleri arasında Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniğinde elektif cerrahi planlanan 800 hasta değerlendirmeye alınmıştır. Çalışmaya alınan hastaların en az ilkokul mezunu olmaları ve Türkçeyi konuşup anlayabilmesi hedeflenmiştir. Bilinen psikiyatrik rahatsızlığı olan ve değerlendirmeyi engelleyecek derecede herhangi bir tıbbi problemi olan hastalar çalışma kapsamı dışında tutulmuştur. Çalışmaya yaşları 18 ile 65 arasında olan 497 hasta alınmıştır. Çalışma için hastanemiz etik komitesinden izin alınmış (14.02.2012, no:5) ve çalışmaya katılan hastalardan yazılı onam alınmıştır.

Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim gibi demografik bilgileri, tanı ve planlanan operasyonu, uygulanacak olan dört ayrı anket formlarının sonuçları önceden hazırlanan bir forma kaydedilmiştir. Birinci form, cerrahi ile ilgili endişeleri içeren 9 soru ve hastayı en çok endişelendiren üç nedenin sıraya göre işaretlemesi istenen formdur. İkinci form, durumsal endişeyi ölçen STAI (State-Trait Anxiety Inventory = Durumluluk Süreklilik Kaygı Ölçeği) testidir.<sup>[8]</sup> Üçüncüsü, endişe ölçümünde kullanılan diğer bir ölçek olan VAS (Visual Analogue Scale = Görsel Analog Skalası) ölçeğidir.<sup>[10]</sup> Dördüncüsü ise, EQ-5D (European Quality of Life-5 Dimensions) genel yaşam kalitesi indeksidir.<sup>[28]</sup> Hastalardan preoperatif dönemde operasyondan 5 gün önce sosyodemografik veri formu, cerrahi endişe nedenlerini içeren formu, STAI, VAS ve EQ-5D formunu doldurmaları istenmiştir. Takiben hastalar aşırı detaya kaçmadan standart bir şekilde tanı ve yapılacak operasyonla ilgili bilgilendirilmiştir. Hastalardan tekrar preoperatif dönemde operasyondan 1 gün önce STAI, VAS ve EQ-5D formunu doldurmaları istenmiştir.

### STAI

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.<sup>[29]</sup>

Türk toplumunda geçerliliği Necla Öner tarafından gösterilmiştir.<sup>[29]</sup> Türkçe'ye Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri olarak çevrilmiştir.

STAI durumluluk ve sürekli kaygı düzeylerini ölçer. Yirmişer maddeden oluşan iki ayrı ölçeği vardır. STAI, bireyin kendi kendine yanıtlayabileceği, uygulanması kolay bir envanterdir. Her iki ölçekte 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.

Durumluluk kaygı ölçeği, bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler. Preoperatif endişe ölçümünde yaygın olarak kullanılır.

Sürekli kaygı ölçeği, bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler.

Durumluluk kaygı ölçeğinin yanıtlanmasında; maddelerin ifade ettiği duyuş, düşünce ya da davranışların şiddet derecesine göre hiç, biraz, çok, tamamiyle şıklarından birinin seçilmesi, sürekli 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. Olumlu duyguları dile getiren (tersine çevrilmiş) ifadelerde 4 değerlikli yanıtlar düşük, 1 değerlikli yanıtlar yüksek kaygıyı gösterir. Bu ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüştürülür. Olumsuz duyguları dile getiren (doğrudan) ifadelerde ise 4 değerlikli yanıtlar en yüksek kaygıyı gösterir.

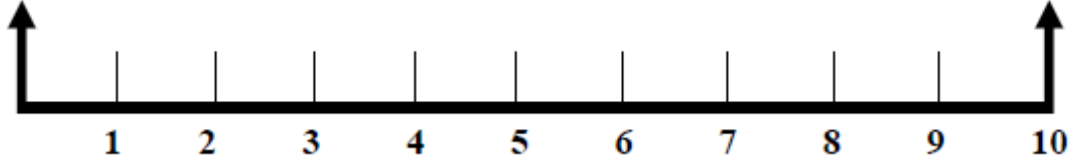
Durumluluk kaygı ölçeğinde on tane (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddeler), sürekli kaygı ölçeğinde ise sekiz tane (21, 23, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddeler) tersine çevrilmiş ifade vardır. Puanlama elle yapılabildiği gibi bilgisayar yardımı ile de yapılabilir. Elle yapılan puanlamada, doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadelerin toplam ağırlıklarının saptanması için iki ayrı anahtar hazırlanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerdeki toplam ağırlıklı puan çıkarılır ve bu sayıya değişmeyen bir değer eklenir. Bu değer durumluluk kaygı ölçeği için 50, sürekli kaygı ölçeği için ise 35'dir. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan ise düşük kaygı seviyesini gösterir.

## **VAS**

VAS sayısal olarak ölçülemeyen bazı değerleri sayısal hale çevirmek için kullanılır. 100 mm'lik bir çizginin iki ucuna değerlendirilecek parametrenin iki uç tanımı yazılır ve hastadan bu çizgi üzerinde kendi durumunun nereye uygun olduğunu bir çizgi çizerek veya nokta koyarak

veya işaret ederek belirtmesi istenir. Mesela endişe için bir uca hiç endişem yok, diğer uca çok fazla endişeliyim yazılır ve hasta kendi o anki durumunu bu çizgi üzerinde işaretler. Endişenin hiç olmadığı yerden hastanın işaretlediği yere kadar olan mesafenin uzunluğu hastanın endişesini belirtir.

Çizgi üzerindeki değerleri saptamak için aşağıdaki şablonu kullanabilir.



Testin bir dili olmaması ve uygulama kolaylığı önemli avantajıdır. Testin uygulandığı çizginin yatay veya dikey olmasından, uzunluğundan etkilenmediği gösterilmiştir. Testin kısa süre aralıkları ile tekrarı sonrası verilen cevaplarda anlamlı fark bulunmamıştır. Hastalar için elde edilen değerlerin ortalaması alınır. Test çok uzun süreden beri kendini kanıtlamış ve tüm dünya literatüründe kabul görmüş bir testtir. Güvenlidir, kolay uygulanabilir.

### **EQ-5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği**

Çeşitli hastalıklarda yaşam kalitesi genel sağlık ölçekleriyle ve/veya hastalığa özgü ölçeklerle hesaplanabilmektedir. EQ-5D yaşam kalitesini ölçmede kullanılan genel sağlık ölçeğidir. Batı Avrupa Yaşam Kalitesi Araştırma Topluluğu olan EuroQol grubu tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. EQ-5D genel sağlık ölçeği EuroQol grup tarafından 60'ı aşkın dile çevrilmiştir, bunlardan birisi de Türkçe'dir. Bu nedenle ölçek bu gruptan temin edilmiştir. [28] 1990 yılında ilk defa yayınlanmış ve 1991 yılından beri de aynı özelliğini (5 boyut) korumaktadır. Ölçek iki parçadan oluşmaktadır. [30]

EQ-5D indeks ölçek: Hareket (mobility), öz-bakım (self-care), olağan aktiviteler (usual activities), ağrı/rahatsızlık (pain/discomfort) ve endişe/depresyon (anxiety/depression) olmak üzere beş boyuttan oluşur. Her bir boyuta verilen cevaplar; problem yok, biraz problem var ve majör problem olmak üzere 3 seçenektir. Sonuç olarak ölçekle 243 ( $3^5=243$ ) olası farklı sağlık sonucu tanımlanmaktadır. Ölçeğin 5 boyutundan -0.59 ile 1 arasında değişen indeks skor hesaplanır. Skor fonksiyonunda 0 değeri ölümü, 1 değeri kusursuz sağlığı gösterirken negatif değerler bilinç kapalı, yatağa bağımlı olarak yaşamak vb. durumları göstermektedir. EQ-5D indeks skor hesabında Dolan ve ark. çalışmalarında ürettikleri katsayılar kullanılarak indeks skor hesaplanmıştır.

Hastalar değerlendirilirken yaşlar 18-33 yaş, 34-49 yaş ve 50-65 yaş olacak şekilde üç grupta değerlendirilmiştir. Endişe skor ortalamaları düşük, orta ve yüksek olarak değerlendirilmiş olup STAI için düşük skor ortalaması < 33 puan, orta skor ortalaması 33-49 puan ve yüksek skor ortalaması > 49 puandır.<sup>[31]</sup> VAS için değerler < 4 puan, 4-6 puan ve > 6 puan şeklinde alınmıştır. Operasyonlar özelliklerine göre Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmiş gruplara ayrılmıştır. A grubu özellikli, B grubu büyük, C grubu orta, D grubu basit-orta ve E grubu basit operasyonlardır. Hastaların eşlik eden ko-morbiditeleri Charlson Komorbidite İndeksi (CKİ) ile değerlendirilmiştir.<sup>[32]</sup>

Tüm ölçümler ortalama  $\pm$  standart sapma olarak belirtilmiştir. İstatistiksel değerlendirmeler GraphPad Prism 5.0 programı ile yapılmıştır. Hasta bilgilendirme öncesi ve sonrası endişe ölçekleri (STAI, VAS ve EQ-5D'nin endişe ölçeği olan EQ-5D (E)) ve yaşam kalite ölçeği EQ-5D skor ortalama sonuçları paired t test ile analiz edilmiştir. Yaş grupları, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, çalışma durumu, doğum bölgesi, tanı, operasyon tipi ve operasyon geçmişi değişkenlerine göre endişe ve yaşam kalite ölçekleri değerlendirilmiş olup her bir değişken için endişe ve yaşam kalite ölçekleri un-paired t test ve ANOVA testi ile karşılaştırılmıştır. Hasta bilgilendirme sonrası ana endişe ölçeği olan STAI skorunda değişiklik olan ve olmayan gruplar değişkenler açısından ayrıca değerlendirilmiştir. Ölçekler arasındaki ilişki Pearson korelasyon testi ile, endişe nedenlerinin analizi betimsel istatistiksel yöntem ile yapılmıştır. Hasta bilgilendirme sonrası ana endişe ölçeği olan STAI skorunda değişim olan ve olmayan grupların cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, doğum bölgesi, tanı, operasyon tipi ve operasyon geçmişi değişkenlerine göre aralarındaki ilişki Chi-Square testi ile değerlendirilmiştir.  $P < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

## BULGULAR

### 1. Demografik Özellikler

Çalışmaya alınan 497 hastanın 368'i (% 74.1) erkek, 129'u (% 25.9) kadındı. Hastaların yaş ortalaması  $56.54 \pm 0.58$  yılıdır. Hastaların sosyodemografik bilgileri Tablo 1'de verilmiştir. Tablodan da görüleceği üzere hastaların çoğu erkek, 50 yaş üstü, evli, ilköğretim mezunu, Karadeniz ve Doğu Anadolu bölgesindedir (Tablo 1).

Tablo 1. Hastaların sosyodemografik özellikleri.

		N	%
<b>Cinsiyet</b>	Erkek	368	74.1
	Kadın	129	25.9
<b>Yaş grupları</b>	<33 yaş	98	19.7
	34-49 yaş	172	34.6
	>50 yaş	227	45.7
<b>Medeni durum</b>	Bekar	47	9.5
	Evli	439	88.3
	Dul	11	2.2
<b>Eğitim</b>	İlköğretim	378	76.1
	Lise	82	16.5
	Üniversite	37	7.4
<b>Çalışma durumu</b>	Aktif çalışıyor	201	40.4
	Çalışmıyor	296	59.6
<b>Bölge</b>	Marmara	94	18.9
	Ege	10	2.0
	Karadeniz	171	34.4
	İç Anadolu	54	10.9
	Doğu Anadolu	133	26.8
	Güneydoğu	18	3.6
	Akdeniz	10	2.0
	Yabancı	7	1.4

Hastaların Charlson komorbidite indeks (CKİ) ortalaması  $0.89 \pm 0.06$  idi. Hastaların tanı, operasyon tipi ve operasyon geçmişine göre dağılımları ise tablo 2’de gösterilmiştir. Tablodan da görüleceği üzere çalışma çoğunluğu benign tanısı olan, B grubu operasyon yapılan ve operasyon geçmişi olan hastalardan oluşmaktadır (Tablo 2).

Tablo 2. Hastaların tanı, operasyon tipi ve operasyon geçmişine göre dağılımları.

		N	%
<b>Tanı</b>	Benign	341	68.6
	Malign	156	31.4
<b>Operasyon tipi</b>	A grubu	163	32.8
	B grubu	284	57.1
	C grubu	43	8.7
	D grubu	5	1
	E grubu	2	0.4
<b>Operasyon geçmişi</b>	Yok	161	32.4
	Var	336	67.6

## 2. Endişe Skorları ile İlgili Bulgular

Hastaların preoperatif dönemde yapılan bazal endişe ve yaşam kalitesi (STAI, VAS, EQ-5D Endişe (E) ve EQ-5D) ve bilgilendirme sonrası endişe ve yaşam kalitesi durumlarının sorgulanmasının sonuçları tablo 3’de verilmiştir. Hasta bilgilendirme sonrasında endişe skorlarında artış gözlenmiştir. STAI ve VAS’da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Yaşam kalitesi sorgusu olan EQ-5D ve EQ-5D (E) de farklılık saptanmamıştır (Tablo 3).

Tablo 3. Hasta bilgilendirme öncesi ve sonrası STAI, VAS, EQ-5D ve EQ-5D (E) skorları.\*Paired t test

	STAI	VAS	EQ-5D (E)	EQ-5D
<b>Bilgilendirme öncesi</b>	$39.16 \pm 0.42$	$3.1 \pm 2.30$	$1.47 \pm 0.003$	$0.81 \pm 0.008$
<b>Bilgilendirme sonrası</b>	$39.77 \pm 0.45$	$3.27 \pm 2.42$	$1.49 \pm 0.003$	$0.81 \pm 0.008$
<b>p*</b>	<b>0.035</b>	<b>0.018</b>	0.344	0.509

Hastaların yaş gruplarına göre endişe, yaşam kalitesi ve CKİ skorları tablo 4’de verilmiştir. Bilgilendirme sonrası tüm yaş gruplarında STAI ve VAS skorlarında artış izlenmiştir ( $p > 0.05$ ). EQ-5D (E) skorlarında 33 yaş altı grupta azalma izlenirken diğer yaş gruplarında artış izlenmiştir ( $p > 0.05$ ). Yaşam kalitesi 33 yaş altı grupta azalırken diğer yaş gruplarında değişmemiştir ( $p > 0.05$ ). Özetle tüm yaş gruplarında hasta bilgilendirme sonrası endişe ve yaşam kalitesi düzeyleri değişmemektedir (Tablo 4).

Tablo 4. Yaş gruplarına göre endişe, yaşam kalitesi ve CKİ skor ortalama değerleri. \* Paired t test

	18-33 yaş (n:98)		34-49 yaş (n:172)		50-65 yaş (n: 227)	
	Ortalama	p*	Ortalama	p*	Ortalama	p*
<b>STAI önce</b>	39.11 ± 0.90	0.273	40.38 ± 0.73	0.410	38.25 ± 0.62	0.08
<b>STAI sonra</b>	39.92 ± 0.95		40.87 ± 0.77		38.99 ± 0.67	
<b>VAS önce</b>	3.27 ± 0.22	0.441	3.24 ± 0.19	0.160	2.92 ± 1.15	0.07
<b>VAS sonra</b>	3.39 ± 0.23		3.43 ± 0.20		3.09 ± 0.15	
<b>EQ-5D (E) önce</b>	1.53 ± 0.06	0.567	1.55 ± 0.04	0.588	1.39 ± 0.04	0.174
<b>EQ-5D (E) sonra</b>	1.50 ± 0.06		1.57 ± 0.05		1.43 ± 0.04	
<b>EQ-5D önce</b>	0.84 ± 0.02	0.657	0.79 ± 0.01	0.638	0.82 ± 0.01	0.80
<b>EQ-5D sonra</b>	0.83 ± 0.02		0.79 ± 0.01		0.82 ± 0.01	
<b>CKİ</b>	0.15 ± 0.05		0.62 ± 0.09		1.41 ± 0.09	

Yaş gruplarına arasında endişe, yaşam kalitesi ve CKİ skorları arasında farklar tablo 5’de verilmiştir. Tablo 5’e göre hastaların yaş grupları arasında STAI, VAS ve EQ-5D skorlarında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ( $p > 0.05$ ). 34-49 yaş grubu ile 50-65 yaş grubunun EQ-5D (E) skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı değişiklik vardır ( $p < 0.05$ ). Yaş grupları arasında CKİ skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür ( $p < 0.05$ ). Genel olarak yaş gruplarının endişe ve yaşam kalitesi düzeyleri arasında farklılık yoktur (Tablo 5).

Tablo 5. Yaş grupları arasında endişe, yaşam kalitesi ve CKİ skorları farkı. \*ANOVA

	<b>p *</b>
<b>STAI</b>	0.077
<b>VAS</b>	0.278
<b>EQ-5D (E)</b>	<b>0.008</b>
<b>EQ-5D</b>	0.082
<b>CKİ</b>	<b>&lt;0.0001</b>

Hastaların cinsiyetine göre endişe, yaşam kalitesi ve CKİ skorları ise tablo 6'da verilmiştir. Hasta bilgilendirme sonrası kadın hastalarda STAI, VAS ve EQ-5D (E) skorlarında artış izlenirken, EQ-5D skorlarında azalma izlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Erkek hastalarda ise STAI, VAS ve EQ-5D skorlarında artış izlenirken, EQ-5D (E) skorlarında azalma görülmüştür ( $p > 0.05$ ). Bu sonuçlara göre kadın hastaların bilgilendirilmesi endişe düzeylerini arttırmaktadır (Tablo 6).

Tablo 6. Cinsiyete göre endişe, yaşam kalitesi ve CKİ skor ortalama değerleri. \*Paired t test

	<b>Kadın (n:129)</b>		<b>Erkek (n: 368)</b>	
	<b>Ortalama</b>	<b>p*</b>	<b>Ortalama</b>	<b>p*</b>
<b>STAI önce</b>	42.19 ± 0.86	<b>0.001</b>	38.10 ± 0.47	0.895
<b>STAI sonra</b>	44.64 ± 0.93		38.14 ± 0.48	
<b>VAS önce</b>	3.87 ± 0.22	<b>0.002</b>	2.83 ± 0.11	0.531
<b>VAS sonra</b>	4.38 ± 0.24		2.88 ± 0.11	
<b>EQ-5D (E) önce</b>	1.69 ± 0.05	<b>0.035</b>	1.39 ± 0.028	0.663
<b>EQ-5D (E) sonra</b>	1.81 ± 0.06		1.38 ± 0.029	
<b>EQ-5D önce</b>	0.75 ± 0.02	<b>0.017</b>	0.83 ± 0.009	0.299
<b>EQ-5D sonra</b>	0.73 ± 0.02		0.84 ± 0.009	
<b>CKİ</b>	0.70 ± 0.12		0.95 ± 0.07	

Cinsiyete grupları arasında endişe, yaşam kalitesi ve CKİ skorları farkı tablo 7'de verilmiştir. Tablo 7'ye göre erkek hastaların endişe skorları kadın hastalara göre daha düşüktür ( $p < 0.05$ ). Yaşam kalite skorları erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ( $p < 0.05$ ). CKİ skoru erkek hastalarda daha yüksektir ( $p > 0.05$ ). Özetle kadın hastalar erkeklere göre daha çok endişelidir ve daha kötü yaşam kalitesine sahiptir (Tablo 7).

Tablo 7: Cinsiyet grupları arasında endişe, yaşam kalitesi ve CKİ skorları farkı. \*Un-paired t testi

	<b>P*</b>
<b>STAI</b>	<b>&lt;0.0001</b>
<b>VAS</b>	<b>&lt;0.0001</b>
<b>EQ-5D</b>	<b>&lt;0.0001</b>
<b>E</b>	<b>&lt;0.0001</b>
<b>CKİ</b>	0.073

Hastaların medeni durumlarına göre endişe, yaşam kalitesi ve CKİ skorları tablo 8’de verilmiştir. Bilgilendirme sonrası tüm medeni gruplarda STAI ve VAS skorlarında artış izlenmiştir ( $p > 0.05$ ). EQ-5D (E) skorlarında bekar grupta azalma izlenirken diğer gruplarda artış izlenmiştir ( $p > 0.05$ ). Yaşam kalitesinde bekar ve evli grupta değişiklik izlenmezken dul grupta azalma izlenmiştir ( $p > 0.05$ ). Özetle hastaların medeni durumuna göre bilgilendirme sonrası endişe ve yaşam kalitesi düzeyleri değişmemektedir (Tablo 8).

Tablo 8. Medeni duruma göre endişe, yaşam kalitesi ve CKİ skor ortalama değerleri. \*Paired t test

	<b>Bekar (n:47)</b>		<b>Evli (n:439)</b>		<b>Dul (n:11)</b>	
	<b>Ortalama</b>	<b>p*</b>	<b>Ortalama</b>	<b>P*</b>	<b>Ortalama</b>	<b>p*</b>
<b>Yaş</b>	29.98 ± 1.63		48.20 ± 0.56		55.09 ± 3.38	
<b>STAI önce</b>	36.26 ± 1.27	0.153	39.42 ± 0.45	0.109	41.18 ± 2.00	0.066
<b>STAI sonra</b>	37.51 ± 1.35		39.97 ± 0.48		44.00 ± 2.51	
<b>VAS önce</b>	3.06 ± 0.30	0.171	3.09 ± 0.11	0.058	3.82 ± 0.48	0.067
<b>VAS sonra</b>	3.32 ± 0.34		3.23 ± 0.12		4.45 ± 0.61	
<b>EQ-5D (E) önce</b>	1.40 ± 0.07	0.785	1.48 ± 0.03	0.362	1.54 ± 0.16	0.167
<b>EQ-5D (E) sonra</b>	1.38 ± 0.09		1.50 ± 0.03		1.73 ± 0.19	
<b>EQ-5D önce</b>	0.86 ± 0.02	0.767	0.81 ± 0.01	0.713	0.68 ± 0.07	0.191
<b>EQ-5D sonra</b>	0.86 ± 0.02		0.81 ± 0.01		0.64 ± 0.07	
<b>CKİ</b>	0.38 ± 0.16		0.93 ± 0.06		1.45 ± 0.45	

Medeni durum grupları arasında endişe, yaşam kalitesi ve CKİ skorlarının sonuçları tablo 9’de verilmiştir. Tablo 9’a göre bekar hastalar ile evli ve dul hastaların yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak farklılık mevcuttur ( $p < 0.05$ ). Medeni gruplar arasında STAI, VAS ve EQ-5D (E) skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Bekar ile dul hastaların EQ-5D skorları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0.05$ ). Bekar hastalar ile evli ve dul hastaların CKİ skorları arasında istatistiksel olarak farklılık mevcuttur ( $p < 0.05$ ). Bu sonuçlara göre bekar hastalar daha düşük yaş ve CKİ skor ortalamasına ve daha yüksek yaşam kalitesine sahiptir (Tablo 9).

Tablo 9. Medeni durum grupları arasında endişe, yaşam kalitesi ve CKİ skorlarının sonuçları.

\* ANOVA testi

	<b>p *</b>
<b>Yaş</b>	<b>&lt;0.0001</b>
<b>STAI</b>	0.061
<b>VAS</b>	0.343
<b>EQ-5D (E)</b>	0.666
<b>EQ-5D</b>	<b>0.029</b>
<b>CKİ</b>	<b>0.001</b>

Hastaların eğitim durumlarına göre endişe, yaşam kalitesi ve CKİ skorları tablo 10’da verilmiştir. Bilgilendirme sonrası ilköğretim grubunda STAI, VAS ve EQ-5D (E) skorlarında artış, EQ-5D skorunda değişiklik olmadığı izlenmiştir. Bu artış STAI ve VAS için istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0.05$ ). Lise grubunda ise tüm endişe skorlarında azalma, yaşam kalitesi skorunda artış izlenmektedir ( $p > 0.05$ ). Üniversite grubunda endişe skorlarından STAI ve VAS’da artış, EQ-5D (E)’de azalma izlenirken EQ-5D skorunda artış izlenmiştir ( $p > 0.05$ ). Genel olarak eğitim seviyesi düşük hastalarda bilgilendirmenin endişe düzeylerini arttırdığı söylenebilir (Tablo 10).

Tablo 10. Eğitim duruma göre endişe, yaşam kalitesi ve CKİ skor ortalama değerleri. \*Paired t test

	İlköğretim (n:378)		Lise (n:82)		Üniversite (n:37)	
	Ortalama	p*	Ortalama	P*	Ortalama	p*
<b>Yaş</b>	48.12 ± 0.62		41.34 ± 1.52		41.84 ± 2.52	
<b>STAI önce</b>	38.95 ± 0.67	<b>0.005</b>	40.44 ± 1.18	0.186	38.49 ± 1.37	0.722
<b>STAI sonra</b>	39.98 ± 0.51		39.55 ± 1.11		38.86 ± 1.45	
<b>VAS önce</b>	3.09 ± 0.12	<b>0.009</b>	3.11 ± 0.27	0.332	3.19 ± 0.34	0.395
<b>VAS sonra</b>	3.31 ± 0.12		3.00 ± 0.27		3.40 ± 0.38	
<b>EQ-5D (E) önce</b>	1.46 ± 0.03	0.052	1.52 ± 0.07	0.090	1.46 ± 0.09	0.571
<b>EQ-5D (E) sonra</b>	1.51 ± 0.03		1.44 ± 0.07		1.40 ± 0.10	
<b>EQ-5D önce</b>	0.80 ± 0.01	0.166	0.84 ± 0.02	0.223	0.81 ± 0.02	0.824
<b>EQ-5D sonra</b>	0.80 ± 0.01		0.85 ± 0.02		0.81 ± 0.03	
<b>CKİ</b>	0.94 ± 0.07		0.65 ± 0.13		0.89 ± 0.27	

Eğitim durum gruplarına göre endişe, yaşam kalitesi ve CKİ skorlarının sonuçları tablo 11’de verilmiştir. Tablo 11’e göre ilköğretim grubu ile lise ve üniversite gruplarının yaş ortalamalarındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0.05$ ). Bütün eğitim durumu grupları arasında endişe, yaşam kalitesi ve CKİ skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Bu sonuca göre hastaların eğitim durumlarının endişe ve yaşam kalitesi skorları üzerine etkisinin olmadığı söylenebilir (Tablo 11).

Tablo 11. Eğitim durum grupları arasında endişe, yaşam kalitesi ve CKİ skorlarının sonuçları. \*ANOVA testi

	p *
<b>Yaş</b>	<b>&lt;0.0001</b>
<b>STAI</b>	0.381
<b>VAS</b>	0.968
<b>EQ-5D (E)</b>	0.632
<b>EQ-5D</b>	0.282
<b>CKİ</b>	0.205

Hastaların çalışma durumuna göre endişe, yaşam kalitesi ve CKİ skorları tablo 12’de verilmiştir. Çalışmayan hastaların bilgilendirme sonrası tüm endişe skorlarında artış olduğu ve yaşam kalitesi skorunda azalma olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Çalışan hastalarda ise endişe skorlarından STAI ve VAS’da artış, EQ-5D (E) skorunda azalma izlenirken yaşam kalitesi skorunda artış izlenmektedir ( $p > 0.05$ ). Genel olarak çalışmayan hastalarda bilgilendirmenin endişeyi arttırdığı dolayısıyla yaşam kalitesini azalttığı söylenebilir. Ancak çalışmamızda çalışmayan hastaların çoğunluğunu kadın hastalar oluşturmaktadır ve kadınlarda da endişe daha fazladır (Tablo 12).

Tablo 12. Çalışma durumuna göre endişe, yaşam kalitesi ve CKİ skor ortalama değerleri.

\*Paired t test

	Çalışmıyor (n:296)		Çalışıyor (n: 201)	
	Ortalama	p*	Ortalama	p*
	50.77 ± 0.74		40.31 ± 0.73	
<b>STAI önce</b>	39.72 ± 0.55	<b>0.019</b>	38.33 ± 0.63	0.731
<b>STAI sonra</b>	40.74 ± 0.59		38.48 ± 0.66	
<b>VAS önce</b>	3.30 ± 0.14	<b>0.017</b>	2.81 ± 0.15	0.443
<b>VAS sonra</b>	3.52 ± 0.15		2.89 ± 0.15	
<b>EQ-5D (E) önce</b>	1.49 ± 0.03	0.075	1.44 ± 0.04	0.367
<b>EQ-5D (E) sonra</b>	1.55 ± 0.04		1.41 ± 0.04	
<b>EQ-5D önce</b>	0.80 ± 0.01	<b>0.049</b>	0.83 ± 0.01	0.153
<b>EQ-5D sonra</b>	0.79 ± 0.01		0.84 ± 0.01	
<b>CKİ</b>	1.17 ± 0.09		0.48 ± 0.06	

Çalışan ve çalışmayan hasta grupları arasında endişe, yaşam kalite ve CKİ skorları sonuçları tablo 13’de verilmiştir. Tablo 13’e göre her iki grubun yaş ortalamaları arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0.05$ ). Çalışmayan hastaların endişe skorları daha yüksek olup bu farklılıklar sadece VAS için istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0.05$ ). Yaşam kalitesi skorları arasında istatistiksel anlamlı farklılık yoktur. Çalışmayan hastaların CKİ skorları daha yüksektir ( $p < 0.05$ ). Özetle çalışmayan hastaların kısmen daha yüksek endişe düzeyine sahip olduğu söylenebilir (Tablo 13).

Tablo 13. Çalışan ve çalışmayan hasta grupları arasında endişe, yaşam kalite ve CKİ skorları sonuçları. \*Unpaired t testi

	<b>p *</b>
<b>Yaş</b>	<b>&lt;0.0001</b>
<b>STAI</b>	0.102
<b>VAS</b>	<b>0.021</b>
<b>EQ-5D (E)</b>	0.273
<b>EQ-5D</b>	0.070
<b>CKİ</b>	<b>&lt;0.0001</b>

Hastaların doğum bölgesine göre endişe, yaşam kalitesi ve CKİ skorları tablo 14’de verilmiştir. Tablo 14’de görüldüğü üzere hasta bilgilendirme sonrası Marmara bölgesi hariç bütün bölgelerden gelenlerde endişe skorlarında artış izlenirken Marmara bölgesinde azalma görülmüştür. Doğu Anadolu bölgesi hariç tüm bölgelerin yaşam kalitesi skorlarında artış izlenirken Doğu Anadolu bölgesinde değişiklik izlenmemiştir (p > 0.05). Özetle hastaların doğum bölgesine göre bilgilendirme sonrası endişe ve yaşam kalitesi düzeyleri değişmemektedir (Tablo 14).

Tablo 14. Doğum bölgelerine göre endişe, yaşam kalitesi ve CKİ skor ortalama değerleri.

\*Paired t test

	<b>Marmara (n: 94)</b>		<b>Karadeniz (n:171)</b>		<b>İç anadolu (n:54)</b>		<b>Doğu anadolu (n:133)</b>	
	<b>Ortalama</b>	<b>p*</b>	<b>Ortalama</b>	<b>p*</b>	<b>Ortalama</b>	<b>p*</b>	<b>Ortalama</b>	<b>p*</b>
<b>Yaş</b>	42.1 ± 1.44		47.6 ± 0.07		48.02 ± 1.57		47.07 ± 1.06	
<b>STAI önce</b>	40.37 ± 1.02	0.112	39.98 ± 0.70	0.289	37.80 ± 1.24	0.075	38.35 ± 0.83	0.183
<b>STAI sonra</b>	39.31 ± 0.97		40.58 ± 0.80		39.41 ± 1.29		39.18 ± 0.88	
<b>VAS önce</b>	3.57 ± 0.24	0.318	3.14 ± 0.18	0.202	3.02 ± 0.30	0.090	2.83 ± 0.19	0.151
<b>VAS sonra</b>	3.40 ± 0.24		3.29 ± 0.19		3.41 ± 0.31		3.01 ± 0.21	
<b>EQ-5D (E) önce</b>	1.51 ± 0.06	0.058	1.47 ± 0.04	0.502	1.52 ± 0.08	0.472	1.46 ± 0.05	0.416
<b>EQ-5D (E) sonra</b>	1.40 ± 0.06		1.50 ± 0.05		1.57 ± 0.08		1.49 ± 0.05	
<b>EQ-5D önce</b>	0.82 ± 0.02	0.412	0.80 ± 0.01	0.148	0.84 ± 0.02	0.447	0.80 ± 0.01	0.839
<b>EQ-5D sonra</b>	0.83 ± 0.02		0.79 ± 0.01		0.85 ± 0.02		0.80 ± 0.01	
<b>CKİ</b>	0.75 ± 0.15		0.89 ± 0.10		0.81 ± 0.15		0.95 ± 0.12	

Doğum bölgesi grupları arasında endişe, yaşam kalitesi ve CKİ skorları sonuçları tablo 15’de verilmiştir. Tablo 15’e göre Marmara bölgesi ile diğer tüm bölgelerin yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttur ( $p < 0.05$ ). Bölgelerin endişe, yaşam kalitesi ve CKİ skorları arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ). Bu sonuçlara göre hastaların doğum bölgelerinin endişe ve yaşam kalitesi skorları üzerine etkisinin olmadığı söylenebilir (Tablo 15).

Tablo 15. Doğum bölgeleri grupları arasında endişe, yaşam kalitesi ve CKİ skorları sonuçları.

\* ANOVA testi

	<b>p *</b>
<b>Yaş</b>	<b>0.004</b>
<b>STAI</b>	0.186
<b>VAS</b>	0.119
<b>EQ-5D (E)</b>	0.847
<b>EQ-5D</b>	0.360
<b>CKİ</b>	0.628

Hastaların tanısına göre endişe, yaşam kalitesi ve CKİ skorları tablo 16’de verilmiştir. Hasta bilgilendirme sonrası benign hastalık tanısı olan grubunun STAI ve VAS endişe skorlarında artış izlenirken EQ-5D (E) ve EQ-5D skorlarında değişiklik izlenmemiştir. Malign hastalık tanısı olan grupta ise tüm endişe skorlarında artış ve yaşam kalitesi skorunda değişiklik olmadığı görülmüştür. Bu değişikliklerden sadece malign hastalık grubunun EQ-5D (E) skorundaki değişiklik istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0.05$ ). Bu sonuçlara göre genel olarak hastaların tanısına göre hasta bilgilendirme sonrası endişe ve yaşam kalitesi düzeyleri değişmemektedir (Tablo 16).

Tablo 16. Tanıya göre endişe, yaşam kalitesi ve CKİ skor ortalama değerleri. \* Paired t test

	Benign (n:341)		Malign (n: 156)	
	Ortalama	p*	Ortalama	p*
<b>Yaş</b>	42.92 ± 0.68		54.45 ± 0.77	
<b>STAI önce</b>	39.32 ± 0.51	0.097	38.81 ± 0.73	0.179
<b>STAI sonra</b>	39.98 ± 0.53		39.49 ± 0.81	
<b>VAS önce</b>	3.06 ± 0.12	0.051	3.18 ± 0.18	0.176
<b>VAS sonra</b>	3.23 ± 0.13		3.33 ± 0.19	
<b>EQ-5D (E) önce</b>	1.48 ± 0.03	0.920	1.45 ± 0.04	<b>0.045</b>
<b>EQ-5D (E) sonra</b>	1.48 ± 0.03		1.53 ± 0.05	
<b>EQ-5D önce</b>	0.81 ± 0.01	0.798	0.82 ± 0.01	0.099
<b>EQ-5D sonra</b>	0.81 ± 0.01		0.81 ± 0.01	
<b>CKİ</b>	0.25 ± 0.03		2.27 ± 0.12	

Tanı grupları arasında endişe, yaşam kalite ve CKİ skorları sonuçları tablo 17’de verilmiştir. Tablo 17’e göre malign hastalık tanısına sahip hastaların yaş ortalaması istatistiksel anlamlı derecede daha yüksektir ( $p < 0.05$ ). Tanı grupları arasında endişe skorları bakımından istatistiksel anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Malign hastalık tanısı olan hastaların CKİ skor ortalaması istatistiksel anlamlı derecede daha yüksektir ( $p < 0.05$ ). Bu sonuçlara göre hastaların tanısının endişe ve yaşam kalitesi skorları üzerine etkisinin olmadığı söylenebilir (Tablo 17).

Tablo 17. Tanı grupları arasında endişe, yaşam kalite ve CKİ skorları sonuçları. \*Un-paired t test

	p *
<b>Yaş</b>	<b>&lt;0.0001</b>
<b>STAI</b>	0.577
<b>VAS</b>	0.605
<b>EQ-5D (E)</b>	0.669
<b>EQ-5D</b>	0.421
<b>CKİ</b>	<b>&lt;0.0001</b>

Hastaların yapılacak operasyon tipine göre endişe, yaşam kalitesi ve CKİ skorları tablo 18’de verilmiştir. Hasta bilgilendirme sonrası C grubu operasyon yapılacak olan hastaların bütün endişe skorları artarken yaşam kalitesi skoru sabit kalmıştır. B grubu operasyon yapılacak olan hastalarda ise endişe skorlarından STAI ve VAS’da artış EQ-5D (E)’de azalma izlenirken EQ-5D’de değişiklik olmadığı izlenmiştir. A grubu operasyon yapılacak olan hastalarda tüm endişe skorlarında artış yaşam kalitesi skorunda azalma olduğu görülmüştür. Bu değişikliklerden sadece A grubu operasyon yapılacak olan hastaların STAI ve VAS skorlarındaki değişiklikler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Genel olarak A grubu operasyon yapılacak hastaların bilgilendirme sonrası endişe düzeylerinin arttığı söylenebilir (Tablo 18).

Tablo 18. Operasyon tipine göre endişe, yaşam kalitesi ve CKİ skor ortalama değerleri.

\*Paired t test

	C grubu operasyon (n:43)		B grubu operasyon (n:284)		A grubu operasyon (n:163)	
	Ortalama	p*	Ortalama	p*	Ortalama	p*
<b>Yaş</b>	39.70 ± 2.05		45.87 ± 0.77		49.45 ± 0.95	
<b>STAI önce</b>	39.05 ± 1.38	0.135	39.15 ± 0.53	0.992	39.13 ± 0.80	<b>0.003</b>
<b>STAI sonra</b>	40.09 ± 1.55		39.15 ± 0.54		40.08 ± 0.87	
<b>VAS önce</b>	3.02 ± 0.37	0.222	2.96 ± 0.13	0.359	3.35 ± 0.19	<b>0.018</b>
<b>VAS sonra</b>	3.26 ± 0.40		3.03 ± 0.13		3.69 ± 0.20	
<b>EQ-5D (E) önce</b>	1.42 ± 0.09	0.710	1.45 ± 0.03	0.726	1.51 ± 0.04	0.056
<b>EQ-5D (E) sonra</b>	1.44 ± 0.10		1.44 ± 0.03		1.60 ± 0.05	
<b>EQ-5D önce</b>	0.84 ± 0.02	0.512	0.82 ± 0.01	0.559	0.78 ± 0.01	0.157
<b>EQ-5D sonra</b>	0.84 ± 0.02		0.82 ± 0.01		0.77 ± 0.01	
<b>CKİ</b>	0.32 ± 0.15		0.83 ± 0.07		1.13 ± 0.12	

Operasyon tipi grupları arasında endişe, yaşam kalitesi ve CKİ skor sonuçları tablo 19’de verilmiştir. Tablo 19’e göre tüm operasyon gruplarının yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttur ( $p < 0.05$ ). Operasyon gruplarının endişe skorları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ). Operasyon gruplarının yaşam kalitesi skorları arasında ise anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). C grubu ile A grubu operasyon yapılacak hastaların CKİ skor ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık

saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Bu sonuçlara göre hastaların operasyon tipinin endişe ve yaşam kalitesi skorları üzerine etkisinin olmadığı söylenebilir (Tablo 19).

Tablo 19. Operasyon tipi grupları arasında endişe, yaşam kalitesi ve CKİ skorları. \*ANOVA

	<b>p*</b>
<b>Yaş</b>	<b>&lt;0.0001</b>
<b>STAI</b>	0.998
<b>VAS</b>	0.219
<b>EQ-5D (E)</b>	0.431
<b>EQ-5D</b>	<b>0.029</b>
<b>CKİ</b>	<b>0.001</b>

Hastaların operasyon geçmişine göre endişe, yaşam kalitesi ve CKİ skorları tablo 20’de verilmiştir. Hasta bilgilendirme sonrası operasyon geçmişi olmayan grupta endişe skorlarından STAI ve VAS’da artış, EQ-5D (E)’de azalma ve EQ-5D skorunda değişiklik izlenmemiştir. Operasyon geçmişi olan grupta ise tüm endişe skorlarında artış, yaşam kalitesi skorunda değişikliğin olmadığı görülmüştür. Bu değişikliklerden operasyon geçmişi olan grubun VAS skorundaki değişiklik istatistiksel olarak anlamlıdır. Özetle, genel olarak hastaların operasyon geçmişine göre bilgilendirme sonrası endişe ve yaşam kalitesi düzeyleri değişmemektedir (Tablo 20).

Tablo 20. Operasyon geçmişine göre endişe, yaşam kalitesi ve CKİ skor ortalama değerleri.

\*Paired t test

	<b>Operasyon geçmiş yok (n:161)</b>		<b>Operasyon geçmiş var (n: 336)</b>	
	<b>Ortalama</b>	<b>p*</b>	<b>Ortalama</b>	<b>p*</b>
<b>Yaş</b>	43.05 ± 0.98		48.21 ± 0.70	
<b>STAI önce</b>	40.40 ± 0.75	0.306	38.57 ± 0.50	0.060
<b>STAI sonra</b>	41.02 ± 0.79		39.25 ± 0.54	
<b>VAS önce</b>	0.81 ± 0.01	0.758	0.81 ± 0.01	0.539
<b>VAS sonra</b>	0.81 ± 0.01		0.81 ± 0.01	
<b>EQ-5D (E) önce</b>	3.49 ± 0.19	0.564	2.91 ± 0.12	<b>0.006</b>
<b>EQ-5D (E) sonra</b>	3.58 ± 0.20		3.12 ± 0.13	
<b>EQ-5D önce</b>	1.54 ± 0.05	0.794	1.44 ± 0.03	0.139
<b>EQ-5D sonra</b>	1.53 ± 0.05		1.48 ± 0.03	
<b>CKİ</b>	0.55 ± 0.08		1.05 ± 0.08	

Operasyon geçmişi grupları arasında endişe, yaşam kalite ve CKİ skor sonuçları tablo 21’de verilmiştir. Tablo 21’e göre her iki grubun yaş ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0.05$ ). Operasyon geçmişi olmayan grubun endişe skorları operasyon geçmişi olan gruba göre daha yüksektir. Bu farklılık STAI ve VAS için istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0.05$ ). Yaşam kalitesi skorları her iki grupta da aynıdır. Operasyon geçmişi olan grupta CKİ skoru istatistiksel olarak daha yüksektir ( $p < 0.05$ ). Bu sonuçlara göre genel olarak operasyon geçmişi olmayan hastalar daha yüksek endişe düzeyine sahip olduğu söylenebilir (Tablo 21).

Tablo 21. Operasyon geçmişi grupları arasında endişe, yaşam kalite ve CKİ skorları sonuçları.

\*Unpaired t testi

	<b>p *</b>
<b>Yaş</b>	<b>&lt;0.0001</b>
<b>STAI</b>	<b>0.040</b>
<b>VAS</b>	<b>0.009</b>
<b>EQ-5D (E)</b>	0.052
<b>EQ-5D</b>	0.882
<b>CKİ</b>	<b>&lt;0.0001</b>

Hastaların bilgilendirme sonrası STAI değişim grupları ile cinsiyet ( $p = 0.158$ ), medeni durum ( $p = 0.767$ ), eğitim durumu ( $p = 0.055$ ), çalışma durumu ( $p = 0.531$ ), doğum bölgesi ( $p = 0.791$ ), tanı ( $p = 0.506$ ), operasyon tipi ( $p = 0.858$ ) ve operasyon geçmişi ( $p = 1.00$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Hastaların bilgilendirme sonrası STAI’da değişiklik olan ve olmayan hastaların yaş, diğer endişe skorları, yaşam kalite ve CKİ skor ortalama sonuçları tablo 22’de verilmiştir. Tablo 22’ye göre bilgilendirme sonrası STAI skorunda değişik olan ve olmayan grupların yaş ve CKİ skor ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p > 0.05$ ). Diğer endişe skorları ve yaşam kalitesi skor ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). (Tablo 22).

Tablo 22. Bilgilendirme sonrası STAI’da değişiklik olan ve olmayan hastaların yaşı, diğer endişe skorları, yaşam kalite ve CKİ skor ortalamaları sonuçları.

	STAI değişen	STAI değişmeyen	p
<b>Yaş</b>	47.76 ± 1.14	46,48 ± 0.67	0.428
<b>STAI</b>	40.05 ± 0.82	38.77 ± 0.48	< <b>0.0001</b>
<b>VAS</b>	3.45 ± 0.2	2.96 ± 0.1	< <b>0.0001</b>
<b>EQ-5D (E)</b>	1.53 ± 0.05	1.45 ± 0.03	< <b>0.0001</b>
<b>EQ-5D</b>	0.78 ± 0.01	0.82 ± 0.01	< <b>0.0001</b>
<b>CKİ</b>	0.94 ± 0.13	0.87 ± 0.07	0.501

STAI ile diğer endişe ölçekleri ve yaşam kalite ölçeği arasındaki ilişki sonuçları tablo 23’de verilmiştir. Tablo 23’de görüldüğü üzere STAI ile VAS ve EQ-5D (E) arasında pozitif yönde yüksek düzeyde ilişki gösterilmiştir (her ikisi için  $p < 0.05$ ). STAI ile yaşam kalite ölçeği EQ-5D arasında negatif yönde yüksek düzeyde ilişki bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Bu sonuçlara göre hastaların kaygı düzeyleri artışı yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Tablo 23).

Tablo 23. STAI ile VAS, EQ-5D (E) ve EQ-5D arasındaki korelasyon sonuçları. \*Pearson

		VAS	EQ-5D (E)	EQ-5D
<b>STAI</b>	<b>Pearson r</b>	0.642	0.596	-0.346
	<b>R<sup>2</sup></b>	0.412	0.355	0.120
	<b>P</b>	< <b>0.0001</b>	< <b>0.0001</b>	< <b>0.0001</b>

### 3. Endişe Nedenleri İle İlgili Bulgular

Hastaların operasyon öncesi endişe nedenleri tablo 24’de verilmiştir. Tablo 24’de görüldüğü üzere hastalarda operasyon öncesinde endişeye neden olan düşüncelerin birincisinin ameliyat sonrası ağrı (% 38.3), ikincisinin bedenin zarar göreceği korkusu, organ kaybı (% 21.3) ve üçüncüsünün ameliyat sonrası işgücü, performans kaybı ve hayat kalitesi bozulması (% 18.9) olduğu görülmektedir.

Tablo 24. Operasyon öncesi endişe nedenleri.

Endişe nedenleri	1. neden		2. neden		3. neden	
	n	%	N	%	n	%
a- Cerrahın bilgi yetersizliği	24	4.8	3	0.6	10	2
b- Anestezi sırasında denetimini yitirme	23	4.6	16	3.2	7	1.5
c- Ölüm korkusu	90	18.1	30	6.1	22	4.4
d- Ameliyat sonrası ağrı	<b>190</b>	<b>38.3</b>	86	17.4	36	7.2
e- Girişimle ilgili bilgi yetersizliği	12	2.4	25	5.1	8	1.6
f- Bedenin zarar göreceği korkusu, organ kaybı	45	9.1	<b>106</b>	<b>21.3</b>	92	18.5
g- Ameliyat sonrası işgücü, performans kaybı	28	5.6	67	13.6	<b>94</b>	<b>18.9</b>
h- Ameliyat sonrası bağımlı olma korkusu	3	0.6	14	2.6	47	9.5
I- Ameliyat başarısı (kür, nüks)	33	6.7	21	4.2	51	10.3
Endişe yok	49	9.8	129	25.9	130	26.1
<b>Toplam</b>	497	100	497	100	497	100

Endişe nedenlerinin STAI ile olan ilişkisi tablo 25’de verilmiştir. Endişe düzeyi düşük ve orta grubun ilk üç endişe nedenlerinin tüm hastaların genel endişe nedenleri ile aynı olduğu görülmüştür (ağrı, organ kaybı ve iş gücü kaybı). Ancak endişe düzeyi yüksek grupta ise birinci endişe nedeni ölüm korkusu, diğer endişe nedenleri ağrı ve organ kaybıdır.

Tablo 25. Endişe nedenleri ile STAI ile ilişkisi.

Sıklık	Düşük STAI (n: 140)			Orta STAI (n: 287)			Yüksek STAI (n: 70)		
	Neden	n	%	Neden	n	%	Neden	n	%
<b>1. neden</b>	Ağrı	61	44	Ağrı	116	40	Ölüm korkusu	23	33
<b>2. neden</b>	Organ kaybı	24	17	Organ kaybı	65	22	Ağrı	17	24
<b>3. neden</b>	İş gücü kaybı	20	14	İş gücü kaybı	58	20	Organ kaybı	17	24

Endişe nedenlerinin STAI değişim grupları ile olan ilişkisi tablo 26’de verilmiştir. Bilgilendirme sonrası STAI skoru değişen grubun ilk iki endişe nedeni ameliyat sonrası ağrı (% 35 ve % 21) ve üçüncü endişe nedeni bedenin zarar göreceği korkusu, organ kaybıdır (% 30). STAI skoru değişmeyen grupta ise ilk üç endişe nedeninin sırasıyla ameliyat sonrası ağrı

(% 40), bedeninin zarar göreceği korkusu, organ kaybı (% 48) ve ameliyat sonrası işgücü, performans kaybı ve hayat kalitesi bozulması (% 24) olduğu görülmektedir (tablo 26).

Tablo 26. STAI değişim gruplarına göre endişe nedenleri.

Sıklık	STAI değişen (n: 124)			STAI değişmeyen (n: 373)		
	Neden	n	%	Neden	n	%
1. neden	Ağrı	44	35	Ağrı	149	40
2. neden	Ağrı	27	21	Organ kaybı	182	48
3. neden	Organ kaybı	34	30	İş gücü kaybı	90	24

## TARTIŞMA

Belirli sınırlarda endişe, cerrahi girişim geçirecek hastalarda, hastanede yatmaya ve ameliyata normal bir tepki olarak kabul edilir. Çeşitli çalışmalarda ameliyat öncesi endişe görülme oranının % 60-80 olduğu bildirilmiştir.<sup>[33,34]</sup> Endişe düzeyinin patolojik seviyelere ulaşmasıyla zararlı etkileri ortaya çıkar. Anesteziye ve cerrahiye ait endişeler, ameliyatı ve ameliyat sonrası iyileşmeyi olumsuz etkiler.<sup>[3]</sup> Ameliyat öncesi endişe ölçümünde kullanılan testlerden STAI literatürde altın standart olarak gösterilmektedir.<sup>[35]</sup> Cerrahi birimlerde endişe ölçümlerinde genellikle STAI kullanılmıştır. Ameliyat öncesi endişe ölçümü için STAI testinin durumsal endişe formu kullanılmaktadır. Domar ve ark.<sup>[26]</sup> STAI ölçeğine göre ameliyat öncesi ortalama endişe skorunu 45 olarak bildirirken, Gönüllü ve ark.<sup>[2]</sup> bilgilendirme yapılmadan önce ölçülen endişe değerini 40.76 olarak bildirmişlerdir. Çalışmamızda elde edilen ortalama STAI değeri  $39.16 \pm 0.42$  idi.

Çalışmamızda demografik özelliklerden cinsiyetin endişe üzerine etkisinin olduğu, kadın hastaların erkeklere göre daha çok endişeli olduğu saptanmıştır. Birçok çalışmada kadınlarda endişe düzeyinin erkeklere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir.<sup>[26,36]</sup> Badner ve ark.<sup>[1]</sup> bu farklılığı, kadınlarda ailelerinden ayrılmaya bağlı endişenin daha yüksek olmasına bağlarken, bazı araştırmacılar ise kadınların endişelerini erkeklerden daha rahat ifade edebilmelerini gerekçe göstermişlerdir.<sup>[26,37]</sup>

Çalışmamızda yaş gruplarında endişe düzeyleri açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bazı araştırmacılar yaşın endişe derecesini etkilemediğini bildirirken,<sup>[1,26,33]</sup> Ramsey<sup>[38]</sup> orta yaş grubunda endişe düzeyinin yüksek olduğunu saptamış ve bunu da orta yaşlardaki hastaların ailelerine karşı sorumluluklarının fazla oluşuna bağlamıştır.

Çalışmamızda çalışmayan hastaların daha yüksek endişe düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Bu durumu çalışmayan hastaların çoğunluğunu kadın hastaların oluşturduğu ve kadınların da daha yüksek endişe seviyesine sahip olması ile açıklayabiliriz.

Çalışmamızda daha önce operasyon geçirmemiş olan hastaların daha yüksek endişe düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Bazı çalışmalarda operasyon geçmişinin endişe üzerine etkisi gösterilmiştir.<sup>[39,40]</sup> Bardner ve ark. cerrahi deneyiminin olmamasının yüksek endişe düzeyleri ile ilişkili olduğunu saptamıştır.<sup>[1]</sup>

Çalışmamızda eğitim düzeyi ile endişe arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Bazı çalışmalarda artan eğitim düzeyi ile birlikte endişenin de arttığı bildirilirken, bazı çalışmalarda eğitim durumunun endişe derecesini etkilemediği bildirilmiştir.<sup>[26,37]</sup>

Çalışmamızda operasyon grupları (A-C) arasında endişe düzeyleri arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ancak bir çalışmada majör cerrahi planlanan hastalarda endişe düzeyinin, minör cerrahi uygulananlardan yüksek olduğu gösterilmiş ve operasyon türünün preoperatif emosyonel durum üzerinde etkili olduğu sonucuna varılmıştır.<sup>[41]</sup> Genel olarak tümör cerrahisi veya organ kaybıyla sonuçlanacak operasyonlarda hastaların endişelerinin daha yüksek olduğu kabul edilmektedir.<sup>[42]</sup> Ancak çalışmamızda, tanısı benign ya da malign hastalık olan hasta grupları arasında endişe skoru farklı bulunmamıştır. Norris ve Baird Plastik Cerrahi ve Jinekoloji hastalarında endişe görülme oranının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir.<sup>[39]</sup> Bazı çalışmalarda ise operasyon türünün endişe düzeyini etkilemediği bildirilmiştir.<sup>[1,26]</sup>

Çalışmamızda operasyon öncesinde endişeye neden olan ilk üç nedenin sırasıyla ameliyat sonrası ağrı (% 38.3), bedenin zarar göreceği korkusu, organ kaybı (% 21.3) ve ameliyat sonrası işgücü, performans kaybı ve hayat kalitesi bozulması (%18.9) olduğu görülmektedir. Ayrıca endişe skoru yüksek olanlar ile düşük olanlar arasında endişe nedenleri farklı bulunmuştur. Endişe skoru düşük grupta en sık endişe nedeni postoperatif ağrı iken yüksek grupta ölüm korkusudur. McCleane ve Cooper hastaların preoperatif en sık endişe nedenlerini ameliyat sırasında uyanmak ve postoperatif ağrı olarak saptamışlardır.<sup>[43]</sup> Chew ve ark. en çok endişe duyulan nedenleri, ağrı (% 39,4) ve ameliyat sonrası uyanamamak (% 18,9) olarak bildirirken, Hume ve ark. en çok endişe duyulan nedenleri, ameliyat sırasında uyanmak (% 51,8), ameliyat sonrasında uyanamamak (% 43,4) ve ağrı (% 38) olarak bildirmiştir.<sup>[44,45]</sup> Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise Ceyhan ve ark. ölüm korkusu (%30.6), ameliyat sırasında ağrı (%22.6), Sekerci ve ark. ise ameliyat sonrası uyanamamak (%51.9), herhangi bir aksilik olması (%22.1) olarak belirlemişlerdir.<sup>[46,47]</sup>

Hastaların preoperatif dönemde bilgilendirilmesinin endişeyi önemli ölçüde azalttığı ileri sürülmüştür.<sup>[2]</sup> Hastaların çok detaylı bilgilendirilmesinin endişe üzerine etkileri ise tartışmalıdır.<sup>[40]</sup> Çalışmamızda ise preoperatif dönemde hasta bilgilendirmenin endişe düzeylerini arttırdığı görülmüştür. Ancak çalışmamızda bilgilendirme sonrası endişe düzeyi ölçümünün preoperatif bir gün önce yapılmış olması nedeni ile endişe düzeyleri yüksek çıkmış olabilir. Ayrıca her iki endişe ölçümü arasında uzun zaman olmasının bilgilendirmenin etkisini etkileyeceği düşünülmektedir. Bunu ortadan kaldırmak için kontrol grubu oluşturularak karşılaştırma yapılması daha iyi sonuçlar verecektir. Çalışmamızda kontrol grubunun olmaması bir eksikliktir. Literatürde farklı zamanlarda yapılan endişe ölçümleri arasında anlamlı farklılık olmadığı gösterilmiştir. Arellano ve ark. yaptıkları çalışmada

hastaların operasyondan bir hafta, bir gün ve operasyona girmeden hemen önce endişelerini ölçmüşler ve üç grup arasında belirgin bir farklılık bulamadıklarını bildirmişlerdir.<sup>[25]</sup> Lichtor ve ark. operasyondan önceki günün öğleden sonrasında ölçülen endişe düzeyinin, operasyondan hemen önceki endişe düzeyini yansıtmadığını belirlemek amacı ile yaptıkları çalışmada; her iki dönemde ölçülen endişe düzeyleri arasında % 70 gibi yüksek bir korelasyon olduğunu bildirmişlerdir.<sup>[48]</sup>

Çalışmamızda hasta bilgilendirmenin endişe üzerine etkisi alt gruplarda incelenmiş ve kadın hastaların bilgilendirilmesi endişe düzeylerini arttırdığı saptanmıştır. Kiyohara ve ark. cinsiyete göre cerrahi bilgilendirmenin durum endişesi üzerine etkisinin olmadığı ve cerrahi prosedürle ilgili bilgi sahibi olanların daha düşük endişe düzeyine sahip olduğunu bildirmişlerdir.<sup>[7]</sup> Ayrıca çalışmayan hastalarda, eğitim seviyesi düşük hastalarda ve A grubu operasyon (büyük- özellikli) yapılacak hastalarda bilgilendirme sonrası endişe düzeylerinin arttığı saptanmıştır.

Çalışmamızda yaşam kalitesini değerlendirmede hastanın endişesini de sorgulayan EQ-5D yaşam kalite ölçeği kullanılmıştır. Erkek, bekar ve C grubu (orta) operasyonu olacak hastaların daha yüksek yaşam kalitesi skoruna sahip olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda endişe ölçekleri ve yaşam kalitesi ölçeği arasında anlamlı bir pozitif korelasyon mevcuttur. Bir çok çalışmada STAI ve VAS arasında korelasyon olduğu bildirilmiştir.<sup>[10,25,49,50]</sup>

## SONUÇ

Ürolojik operasyon yapılacak hastaların orta derecede endişe düzeyine sahip olduğu ve en sık endişe nedeninin ameliyat sonrası ağrı olduğu görülmektedir. Kadın, çalışmayan ve operasyon geçmişi olmayan hastalarda endişe düzeyleri daha yüksektir. Endişe ölçekleri ve yaşam kalitesi ölçeği arasında anlamlı bir pozitif korelasyon mevcuttur. Preoperatif dönemde hasta bilgilendirmenin endişe düzeylerini literatürdeki genel bilginin aksine arttırdığı görülmüştür. Hasta bilgilendirilmesinin yapılmadığı kontrol grubu oluşturularak yapılacak çalışmalar ile bilgilendirmenin endişe üzerindeki etkisi daha iyi değerlendirilecektir.



## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmada; elektif ürolojik cerrahi planlanan hastalarda cerrahi tedavi ile ilgili endişe nedenlerinin belirlenmesi, cerrahi prosedür hakkında bilgilendirmenin endişe üzerine etkisinin değerlendirilmesi ve endişenin yaşam kalitesi üzerine etkisini saptanması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırmaya Aralık 2012 – Mayıs 2013 tarihleri arasında Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniğinde elektif cerrahi planlanan, yaşları 18 ile 65 arasında olan 497 hasta alınmıştır. Hastalardan preoperatif dönemde operasyondan 3-5 gün önce sosyodemografik veri formu, cerrahi endişe nedenlerini içeren formu, durumsal endişeyi ölçen STAI (State-Trait Anxiety Inventory = Durumluluk Süreklilik Kaygı Ölçeği) formu, endişe ölçümünde kullanılan diğer bir ölçek olan VAS (Visual Analogue Scale = Görsel Analog Skalası) ve EQ-5D (European Quality of Life-5 Dimensions) genel yaşam kalitesi ölçeğini doldurmaları istenmiştir. Takiben hastalar aşırı detaya kaçmadan standart bir şekilde tanı ve yapılacak operasyonla ilgili bilgilendirilmiştir. Hastalardan tekrar operasyondan 1 gün önce STAI formu, VAS ölçeğini ve EQ-5D formunu doldurmaları istenmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya alınan 497 hastanın 368'i (% 74.1) erkek, 129'u (% 25.9) kadındı. Hastaların yaş ortalaması  $56.54 \pm 0.58$  yıldır. Hastaların ortalama STAI değeri  $39.16 \pm 0.42$  idi. Kadın cinsiyet, çalışmama durumu ve önceden operasyon geçirmemiş olmasının endişe düzeyini artıran faktörler olduğu görüldü. ( $p < 0.05$ ). Endişeye neden olan ilk üç nedenin sırasıyla ameliyat sonrası ağrı (% 38.3), bedenin zarar göreceği korkusu, organ kaybı (% 21.3) ve ameliyat sonrası işgücü, performans kaybı ve hayat kalitesi bozulması (% 18.9) olduğu görülmektedir. Endişe skoru düşük grupta en sık endişe nedeni postoperatif ağrı iken yüksek grupta ölüm korkusudur. Özellikle kadın, çalışmayan, eğitim seviyesi düşük olan ve A grubu operasyon (büyük-özelliikli) yapılacak hastalarda bilgilendirme sonrası endişe düzeylerinin arttığı saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Endişe ölçekleri ve yaşam kalitesi ölçeği arasında anlamlı bir pozitif korelasyon mevcuttur.

**Sonuç:** Ürolojik operasyon yapılacak hastaların orta derecede endişe düzeyine sahip olduğu ve en sık endişe nedeninin ameliyat sonrası ağrı olduğu görülmektedir. Preoperatif dönemde hasta bilgilendirmenin endişe düzeylerini literatürdeki genel bilginin aksine arttırdığı görülmüştür. Hasta bilgilendirilmesinin yapılmadığı kontrol grubu oluşturularak yapılacak çalışmalar ile bilgilendirmenin endişe üzerindeki etkisi daha iyi anlaşılacaktır.

**Anahtar kelimeler:** Endişe, cerrahi, bilgilendirme, STAI, VAS, yaşam kalitesi

## **ABSTRACT**

**Aim:** In this study, it was aimed in patients undergoing elective urological surgery that determining the causes of anxiety about surgical treatment, assessment of the impact on anxiety of informing about surgical procedure and determining the effect of anxiety on quality of life.

**Materials and Methods:** In between December 2012 - May 2013, 497 patients between 18 and 65 years old and scheduled for elective surgery in Dr. Lütfi Kırdar Kartal Training and Research Hospital Urology Clinic were included in the study. At the preoperative period, 3-5 days before surgery, patients were asked to complete the following the socio-demographic data form, the form containing causes of anxiety about surgery, STAI (State-Trait Anxiety Inventory) form measuring situational anxiety, VAS (Visual Analogue Scale) that is another scale used at measuring anxiety and EQ-5D (European Quality of Life-5 Dimensions) which is overall quality of life scale. Then, patients were informed about the diagnosis and operation in a standard manner without getting into excessive detail. 1 day before surgery, patients were asked to complete again STAI, VAS and EQ-5D forms.

**Results:** Of 497 patients enrolled in the study, 368 (74.1%) were male and 129 (25.9%) were female. The mean age of patients was  $56.54 \pm 0.58$  years. The mean STAI value of patients was  $39.16 \pm 0.42$ . Female gender, to be not working active, and not being undergone an operation have been seen as factors that increase the level of anxiety ( $p < 0.05$ ). It is seen that the first three causes of anxiety are post-operative pain (38.3%), fear of body going to be damaged, organ loss (21.3%) and loss of post-operative labor and performance, quality of life impairment (18.9%). While the most frequent cause of anxiety in the group of low anxiety score is post-operative pain, in the group of high anxiety score is fear of death. It was detected that after informing the anxiety levels increase in patients who are especially women, not working, having low level of education and to be made A operation group (major-specific) ( $p < 0.05$ ). There is a significant positive correlation between anxiety scales and quality of life scale.

**Conclusion:** It is seen that patients undergoing urologic operation have a moderate level of anxiety and the most common anxiety cause is post-operative pain. Unlike the general knowledge in the literature, it was seen that informing the patient in the preoperative period increases the level of anxiety. With the studies to be done, by creating control group that patients won't be informed about surgery, the effect of patient information on anxiety will be better understood.

**Keywords:** Anxiety, surgery, information, STAI, VAS, quality of life

## KAYNAKLAR

1. Badner NH, Nielson WR, Munk S et al. Preoperative anxiety detection and contributing factors. *Can Anaesth.* 1990; 37: 444- 447.
2. Gönüllü M, Turan ED, Erdem LK ve ark. Anestezi uygulanacak hastalarda endişe düzeyinin araştırılması. *Türk Anest ve Rean. Cem.* 1986; 14: 110- 113.
3. Boeke S, Jelecic M, Bonke B. Preoperative anxiety variables as possible predictors of postoperative stay in hospital. *Br J Clin Psychol.* 1992; 31-36.
4. Goldman L, Ogg TW, Levey AB. Hypnosis and day case anaesthesia: a study to reduce preoperative anaesthetic requirement. *Anaesthesia.* 1988; 43: 466- 469.
5. Weis OF, Sriwatanakul K, Weintraub M et al. Reduction of anxiety and postoperative analgesic requirements by audiovisual instruction. *Lancet.* 1983; 1: 43.
6. Bunker TD. An information leaflet for surgical patients. *Ann R Coll Surg Engl* 1983; 65: 242-243.
7. Kiyohara LY et al. Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. *Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo* 2004, 59:51-56.
8. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE, et al. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory.* Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1983.
9. Öner N, Le Compte A. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, Boğaziçi Üniversitesi yayınları, No: 333, İstanbul, 1985.
10. Vogelsang J. The visual analog scale: an accurate and sensitive method for self-reporting preoperative anxiety. *J Post Anesth Nursing* 1988;3:235–9.
11. Tükel R, Aklın T. Endişe Bozuklukları. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2006.
12. Noyes R, Hoehn- Saric R. Endişe Bozuklukları, Şar V( çeviri ed. ). İstanbul: Medical & Paramedical Yayıncılık, 1998.
13. Stone MH. *Healing the Mind: A history of psychiatry from antiquity to the present.* New York; W.W Norton & Company, 1997.
14. Berrios GE. *The History of Mental Symptoms.* Cambridge; Cambridge University Pres, 1996.
15. Nutt D, Argyropoulos S, Forshall S. *Generalized Anxiety Disorder: Diagnosis, treatment and its relationship to other anxiety disorders.* London; Martin Dunitz, 1998.
16. Öztürk MO. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları . 8. Baskı,* Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 2001.

17. Gençtan E. Psikanaliz ve Sonrası.10. Baskı, İstanbul: Metis Yayıncılık, 2004.
18. Yalom I. Varoluşçu psikoterapi. İstanbul: Kabalcı Yayınevi, 2001.
19. Tükel R. Endişe Bozuklukları Tedavi Kılavuzu. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2004; 285- 301.
20. Marks IM. Fears, Phobias and Rituals. New York: Oxford University Pres, 1987.
21. Akkoyun F. Danışma Psikolojisi Kuramları. Ankara: Nobel Tıp Yayınevi, 1982.
22. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadoc's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, 2007.
23. Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı, Hekimler Yayın Birliği , Ankara: MedicoGraphics Matbaası, 2007.
24. Kubzansky LD, Kawachi I, Spiro A et al. Is Worry Bad For Your Heart? Circulation. 1997; 95: 818-814.
25. Arellano R, Cruise C, Chung F. Timing of the anesthetist's preoperative outpatient interview. Anesth Analg. 1989; 68: 645-648.
26. Domar AD, Everett LL, Keller. Preoperative anxiety: Is predictable entity? Anesth Analg. 1989; 69: 763-770.
27. Carabine UA, Milligan KR, Moore JA. Adrenergic modulation of preoperative anxiety. Anesth Analg. 1991; 73: 633-640.
28. EuroQol Group. EQ-5D available versions. [http://www.euroqol.org/web/users/language\\_a.php](http://www.euroqol.org/web/users/language_a.php) . 20-5-2008.
29. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Ankara: Hacettepe Taş Kitabevi, 2000; 153-163.
30. Drummond MF, O'Brien BJ, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. York: Oxford University Press, 1997.
31. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese Version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. Brazilian J Med Biol Research 1996; 29:453-457.
32. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis. 1987; 40:373-83.
33. Moerman N, van Dam FS, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS). Anesth Analg 1996;82:445-51.

34. Hashimoto Y, Baba S, Koh H, Takagi H, Ishihara H, Matsuki A. Anxiolytic effect of preoperative showing of “anesthesia. Masui. 1993; 42:611-6.
35. Tenenbaum G, Furst D, Weingarten G. A statistical reevaluation of the STAI anxiety questionnaire. J Clin Psychol 1985; 41:239-44.
36. Moerman N, van Dam FSAM, Oosting J. Recollections of general anaesthesia: a survey of anaesthesiological practice. Acta Anaesthesiol Scand. 1992; 36: 767-771.
37. Shevde K, Panagopoulos G. A Survey of 800 patients' knowledge, attitudes, and concerns regarding anesthesia. Anesth Analg 1991;73:190-8.
38. Ramsay MA. A survey of pre-operative fear. Anaesthesia 1972;27:396-402
39. Norris W, Baird WLM. Preoperative anxiety - a study of the incidence and aetiology. Br J Anaesth 1967; 39: 503-9.
40. Egbert LD, Battit GE, TurndorfH, Beecher HK. The value of the preoperative visit by an anesthetist. JAMA 1963; 185: 553-5.
41. Chapman C, Cox G. Determination of anxiety in elective surgery patients. In: Spielberger C, Sarason IG, eds. Stress and anxiety. Washington, DC: Hemisphere, 1977.
42. Mackenzie JW. Daycase anaesthesia and anxiety: A study of anxiety profiles amongst patients attending a day bed unit. Anaesthesia. 1991; 44: 437.
43. McCleane GJ, Cooper R. The nature of pre-operative anxiety. Anaesthesia. 1990; 45:153-5.
44. Chew ST, Tan T, Tan TT. A survey of patients knowledge of anaesthesia and perioperative care. Singapore Med J. 1998; 39: 399-402.
45. Hume MA, Kennedy B, Asbury AJ. Patient knowledge of anaesthesia and perioperative care. Anaesthesia. 1994; 49: 715- 718.
46. Ceyhan A, Basar H, İnan N ve ark. Türk toplumu anestezi hakkında neler biliyor, neler bilmiyor? Sendrom 2000; 12: 75-9.
47. Sekerci S, Akpek E, Göktug A ve ark. Hasta ve yakınları ile toplumun farklı kesimlerinin anestezi ve uygulamaları konusundaki bilgi ve davranışları. Anestezi Dergisi 2001;9:48-51.
48. 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.
49. Millar K, Jelcic M, Bonke B, Asbury AJ. Assessment of preoperative anxiety: comparison of measures in patients awaiting surgery for breast cancer. Br J Anaesth 1995;74:180 –3.

50. Kindler CH, Harms C, Amsler F et al. The Visual Analog Scale Allows Effective Measurement of Preoperative Anxiety and Detection of Patients' Anesthetic Concerns. *Anesth Analg* 2000;90:706–12



## **EKLER**

Ek 1 : Hasta Kayıt Formu

Ek 2 : Ameliyat ile İlgili Endişe Nedenleri

Ek 3 : Durumluluk Süreklilik Anksiyete Ölçeği Formu

Ek 4 : Görsel Analog Ölçeği Formu

Ek 5 : EQ-5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği Formu



Ek 1

**HASTA KAYIT FORMU**

Adı-Soyadı :

Tarih :

Doğum tarihi :

Cinsiyeti :

Eğitim durumu :

Meslek :

Çalışma Durumu:

Adres :

Tel no :

Tanı :

Planlanan ameliyat:

Cerrahi Endişe Sorgulama Formu:

STAI 1:

VAS 1:

EQ-5D 1:

STAI 2:

VAS 2:

EQ-5D 2:

## Ek 2

### AMELİYAT İLE İLGİLİ ENDİŞE NEDENLERİ

Aşağıda geçirecek olduğunuz ameliyat ile ilgili olabilecek kaygı nedenleri sıralanmıştır. Aşağıdaki seçeneklerden sizi en çok etkileyen 1., 2. ve 3. durumu veya durumları belirtilen kısma yazınız.

- a- Cerrahın bilgi yetersizliği ve deneyim eksikliği
- b- Anestezi sırasında kimliğini ve denetimini yitirme
- c- Ölüm korkusu
- d- Ameliyat sonrası ağrı
- e- Yapılacak girişimle ilgili yetersiz bilgiye sahip olma
- f- Bedenin zarar göreceği korkusu, organ kaybı
- g- Ameliyat sonrası işgücü, performans kaybı ve hayat kalitesi bozulması
- h- Ameliyat sonrası bağımlı olma korkusu
- ı- Ameliyat başarısı(kür, nüks)

1-).....

2-).....

3-).....

### Ek 3

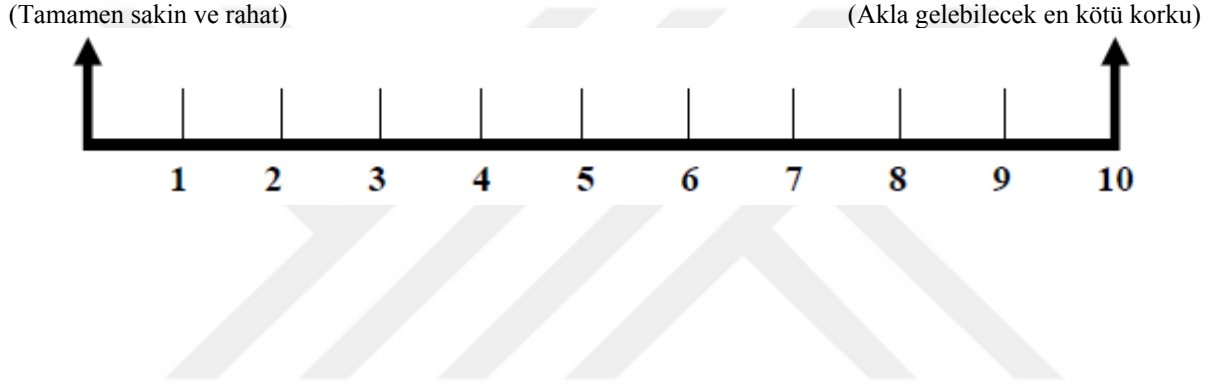
## DURUMLULUK SÜREKLİLİK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Her bir ifadeyi okuyunuz ve şu anda kendinizi nasıl hissettiğinizi göstermek için uygun cevabı seçiniz. Doğru veya yanlış cevap yoktur. Hiçbir durum üzerinde çok fazla zaman harcamayınız ancak şimdiki duygunuzu en iyi anlatıyor gördüğünüz cevabı veriniz.

	1 Hiç	2 Biraz	3 Oldukça	4 Çok fazla
1. Şu anda sakinim				
2. Kendimi emniyette hissediyorum				
3. Şu anda sınırlarım gergin				
4. Pişmanlık duygusu içindeyim				
5. Şu anda huzur içindeyim				
6. Şu anda hiç keyfim yok				
7. Basıma 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. Sınırlarımın 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				

## GÖRSEL ANALOG ÖLÇEĞİ

Mevcut endişe veya sınırlılık düzeyini noktalı çizgi üzerinde X işareti ile gösteriniz.



## Ek 5

### EQ-5D GENEL YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

#### A- Hareket

- 1( ) Yürürken, hiç bir güçlük çekmiyorum
- 2( ) Yürürken bazı güçlüklerim oluyor
- 3( ) Yatalağım

#### B- Öz-bakım

- 1( ) Kendime bakmakta güçlük çekmiyorum
- 2( ) Kendi kendime yıkanırken veya giyinirken bazı güçlüklerim oluyor
- 3( ) Kendi kendime yıkanacak veya giyinebilecek durumda değilim

#### C- Olağan aktiviteler

(örneğin, iş, ders çalışma, ev işleri, aile içi veya boş zaman faaliyetleri)

- 1( ) Olağan işlerimi yaparken herhangi bir güçlük çekmiyorum
- 2( ) Olağan işlerimi yaparken bazı güçlüklerim oluyor
- 3( ) Olağan işlerimi yapabilecek durumda değilim

#### D- Ağrı/rahatsızlık

- 1( ) Ağrı veya rahatsızlığım yok
- 2( ) Orta derecede ağrı veya rahatsızlarım var
- 3( ) Aşırı derecede ağrı veya rahatsızlarım var

#### E- Endişe/Depresyon

- 1( ) Endişeli veya moral bozukluğu içinde değilim
- 2( ) Orta derecede endişeliyim veya moralim bozuk
- 3( ) Aşırı derecede endişeliyim veya moralim çok bozuk