

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

PREOPERATİF CERRAHİ HASTALARINDA
HASTALIK ALGISI VE ANKSİYETE DÜZEYİNİN
SAPTANMASI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Ayşegül BAYAD

Tez Danışmanı

Doç.Dr. Haluk MERGEN

Tez Danışman Yardımcısı

Uzm. Dr. Umut GÖK BALCI

İzmir – 2017

TEŞEKKÜRLER

Bu tezin hazırlamasında emeği geçen tez danışmanım Doç.Dr. Haluk MERGEN’e, tez danışman yardımcım Uzm.Dr. Umut GÖK BALCI’ya ve teknik olarak yardımcı olan tüm asistan arkadaşlarıma,

Uzmanlık eğitimin sürecinde beraber çalıştığım bilgi ve deneyimlerimden yararlandığım tüm hocalarım, başasistanlarım ve asistan arkadaşlarıma,

Desteklerini esirgemeyen eşime ve aileme teşekkür ederim.

Dr. Ayşegöl BAYAD

İzmir, 2017

İÇİNDEKİLER

TABLolar LİSTESİ	VI
GRAFİKLER LİSTESİ	VIII
KISALTMALAR	IX
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Anksiyete	4
2.1.1. Anksiyetenin Tanımı	4
2.1.2. Anksiyetenin Tarihçesi	5
2.1.3. Anksiyeteyi Açıklayan Teoriler	8
2.1.3.1. Psikanalitik Teori	8
2.1.3.2. Davranışsal Teori	9
2.1.3.3. Varoluşçu Teori	10
2.1.3.4. Spielberger'in Anksiyete Teorisi	11
2.1.4. Anksiyeteyi Açıklayan Biyolojik Teoriler	11
2.1.4.1. Otonom Sinir Sistemi	11
2.1.4.2. Nörotransmitterler	12
2.1.4.3. Beyin Görüntüleme Çalışmaları	13
2.1.4.4. Genetik Çalışmalar	13
2.1.4.5. Nöroanatomik Görüşler	14
2.1.5. Anksiyete Belirtileri	14
2.1.5.1. Bilişsel Belirtiler	14
2.1.5.2. Duygusal Belirtiler	16
2.1.5.3. Davranışsal Belirtiler	16
2.1.5.4. Fizyolojik Belirtiler	16
2.1.6. Anksiyete Bozukluklarında Risk Etkenleri	19

2.1.7. Cerrahide Anksiyete ve Önemi	22
2.1.7.1. Ameliyata Karşı Stres Tepkisinin Oluşması	22
2.1.7.2. Anksiyetenin Etkileri	23
2.1.8. Preoperatif Anksiyete	24
2.1.8.1. Cerrahi Türlerine Göre Anksiyete	27
2.1.8.2. Preoperatif Anksiyete Ölçümü	28
2.1.8.2.1. STAI (State Trait Inventory) (Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği)	28
2.1.8.3. Preoperatif Anksiyete Tedavisi	30
2.1.8.3.1. Psikolojik Hazırlama	30
2.1.8.3.2. Farmakolojik Hazırlama	31
2.2. Hastalık Algısı	31
2.2.1. Hastalık İle İlgili İnanışlar	35
2.2.1.1. Hastalık İle İlgili Kendini Düzenleme Modeli	35
2.2.2. Hastalık Algısını Değerlendirme	37
2.2.3. Hastalık Algısı ve Klinik Sonuçlar	37
3. YÖNTEM VE GEREÇLER	39
3.1 Araştırma Projesi	39
3.2. Araştırmanın Tipi ve Süresi	39
3.3. Araştırmanın Yeri	39
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	39
3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	39
3.6. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	39
3.7. Araştırmanın Uygulanması	40
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi	41
4. BULGULAR	42

4.1. Anksiyete ile İlgili Bulgular	49
4.2. Hastalık Algısı ile İlgili Bulgular	56
4.3. Anksiyete ile Hastalık Algısının İlişkisi	65
5. TARTIŞMA	68
5.1. Anksiyete	68
5.2. Hastalık Algısı	74
5.3. Anksiyete ve Hastalık Algısı	82
6. SONUÇLAR	84
7. ÖZET	85
8. ABSTRACT	87
9. KAYNAKLAR	89
10. EKLER	105
Ek 1. Etik Kurul Onayı	105
Ek 2. Çalışma Anketi	106

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 1 : Cinsiyet dağılımı.....	42
Tablo 2 : Yaş dağılımı.....	43
Tablo 3 : Yaş gruplarına göre dağılım.....	43
Tablo 4 : Eğitim durumuna göre dağılım	44
Tablo 5 : Ameliyat nedenlerine göre dağılım.....	45
Tablo 6 : Ek hastalık varlığına göre dağılım	46
Tablo 7 : Geçirilmiş operasyon varlığına göre dağılım.....	46
Tablo 8 : STAI-I, Kısa Hastalık Algısı Ölçeği sorularının ve toplam puanının ortalama ve standart sapma değerleri.....	47
Tablo 9 : Hastalık nedenlerine göre dağılım	48
Tablo 10 : Hastaların Ameliyat Öncesi Durumluk Anksiyete Düzeylerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	49
Tablo 11 : Hastaların Ameliyat Öncesi Durumluk Anksiyete Düzeylerinin Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması.....	50
Tablo 12 : Hastaların Yaşları ile Ameliyat Öncesi Durumluk Anksiyete Düzeylerinin İlişkisi.....	51
Tablo 13 : Hastaların Ameliyat Öncesi Durumluk Anksiyete Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması	51
Tablo 14 : Hastaların Ameliyat Öncesi Durumluk Anksiyete Düzeylerinin Ameliyat Nedenine Göre Karşılaştırılması	53
Tablo 15 : Hastaların Ameliyat Öncesi Durumluk Anksiyete Düzeylerinin Ek Hastalığı Olanlar ve Olmayanlarla Karşılaştırılması.....	53
Tablo 16 : Hastaların Ameliyat Öncesi Durumluk Anksiyete Düzeylerinin Operasyon Öyküsü Olanlar ve Olmayanlarla Karşılaştırılması.....	54
Tablo 17 : Hastaların Ameliyat Öncesi Durumluk Anksiyete Düzeylerinin Hastalığa Neden Olan Faktörlere Göre Karşılaştırılması	55

Tablo 18 : Hastaların Cinsiyetlerine Göre KHAÖ Sorularının Puanları ve KHAÖ Toplam Puanının Karşılaştırılması.....	56
Tablo 19 : Hastaların Yaş Gruplarına Göre KHAÖ Sorularının Puanları ve KHAÖ Toplam Puanının Karşılaştırılması	58
Tablo 20 : Hastaların Yaşları ile KHAÖ Sorularının Puanları ve KHAÖ Toplam Puanının İlişkisi	59
Tablo 21 : Hastaların Eğitim Durumlarına Göre KHAÖ Sorularının Puanları ve KHAÖ Toplam Puanının Karşılaştırılması.....	61
Tablo 22 : Hastaların Ameliyat Nedenlerine Göre KHAÖ Sorularının Puanları ve KHAÖ Toplam Puanının Karşılaştırılması.....	62
Tablo 23 : Hastaların Ek Hastalık Varlığına Göre KHAÖ Sorularının Puanları ve KHAÖ Toplam Puanının Karşılaştırılması.....	63
Tablo 24 : Hastaların Geçirilmiş Operasyon Varlığına Göre KHAÖ Sorularının Puanları ve KHAÖ Toplam Puanının Karşılaştırılması	64
Tablo 25 : Hastalığa Neden Olan Faktörlere Göre KHAÖ Sorularının Puanları ve KHAÖ Toplam Puanının Karşılaştırılması.....	65
Tablo 26 : Hastaların STAI Durumluk Anksiyete Ölçeği Puanı ile KHAÖ Sorularının Puanları ve KHAÖ Toplam Puanının İlişkisi	67

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1 : Cinsiyet dağılımı.....	42
Grafik 2 : Yaş gruplarına göre dağılım.....	43
Grafik 3 : Eğitim durumuna göre dağılım	44
Grafik 4 : Ameliyat nedenlerine göre dağılım.....	45
Grafik 5 : Hastalık nedenlerine göre dağılım	48
Grafik 6 : Hastaların Ameliyat Öncesi Durumluk Anksiyete Düzeylerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	49
Grafik 7 : Hastaların Ameliyat Öncesi Durumluk Anksiyete Düzeylerinin Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması.....	50
Grafik 8 : Hastaların Ameliyat Öncesi Durumluk Anksiyete Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması	52

KISALTMALAR

DSM	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
NE	: Norepinefrin
5-HT	: Serotonin
GABA	: Gama-aminobutirik asit
BOS	: Beyin omurilik sıvısı
MHPG	: 4- metoksi-4-hidroksifenil glikol
mCCP	: m-klorofenil piperazin
LSD	: Liserjik asid dietilamid
NMDA	: 3,4-metilen dioksine amfetamin
BKKA	: β - karboline-3- karboksilik asid
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
MRI	: Manyetik Rezonans Imaging
SPECT	: Single Photon Emission Computed Tomography
EEG	: Elektroensefalografi
OKKB	: Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu
NEMESIS	: The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study
STAI	: State-Trait Anxiety Inventory
STAI-S (STAI-I)	: State-Trait Anxiety Inventory-State (Durumluk Kaygı Ölçeği)
STAI-T (STAI-II)	: State-Trait Anxiety Inventory-Trait (Sürekli Kaygı Ölçeği)
APAIS	: The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale
KHAÖ	: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for Social Science
GİS	: Gastrointestinal Sistem
KBB	: Kulak Burun Boğaz

n	: Olgu sayısı
S.S.	: Standart sapma
Op.	: Operasyon
DM	: Diabetes Mellitus
HD	: Hemodiyaliz
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
HT	: Hipertansiyon
IBS	: İrritabl Barsak Sendromu
VAS	: Vizuel Analog Skala

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Anksiyete sempatik, parasempatik ve endokrin stimülasyon sonucunda oluşan, hipertansiyon ve taşikardi gibi anormal hemodinamik göstergelerle ilişkili olabilen, huzursuzluk ve gerginlik seklindeki hoş olmayan bir durum olarak tanımlanmıştır (1).

Ameliyat olması gerektiği kendisine bildirilen hasta, bir stres durumuyla karşı karşıyadır (2). Elektif operasyon uygulanacak birçok hasta anksiyete tanımlar ve bu durum beklenen bir cevap olarak kabul edilir (3). Ameliyat olacak hastalar; anestezi kaygısı, zarar görecekları hissi, ölüm korkusu, gelecek endişesi, ağrı, bedeni üzerindeki kontrol duygusunu kaybetme korkusu, cinsel gücüyle ilgili kayıp korkusu, aktif çalışma hayatına devam edememe kaygılarını yaşarlar (4).

Anksiyete; cerrahi, anesteziyi ve postoperatif iyileşmeyi olumsuz etkiler (5,6). Preoperatif dönemde hastaların %60-80'inin anksiyeteye sahip oldukları yapılan çalışmalarda bildirilmiştir (3). Ameliyat öncesi dönemde anksiyete düzeyi yüksek olan hastaların hastanede kalma sürelerinin uzadığı ve ameliyat sonrası dönemde komplikasyon gelişme riskinin arttığı belirtilmiştir (4). Preoperatif anksiyete, artmış postoperatif ağrı, analjezik gereksinimi ve uzamış hastanede kalış süresi ile de bağlantılı bulunmuştur (4). Yüksek düzeydeki anksiyete, hastanın aynı zamanda bağışıklık sistemini etkileyebilir ve yara iyileşmesini de uzatabilir.

Preoperatif anksiyetenin derecesinin bilinmesi bu kaygı ile baş etmek için kullanılan premedikasyon yönteminin belirlenmesinde önemlidir. Bazı çalışmalarda, preoperatif dönemde detaylı bilgilendirilen hastaların preoperatif ve postoperatif anksiyete düzeylerinin ve postoperatif ağrı düzeyinin daha düşük olduğu, iyileşmenin daha hızlı olduğu gösterilmiştir (6). Hastaların ameliyat öncesi dönemde, işlemi gerçekleştirecek cerrah ve anestezi uzmanı ile görüşmesi sağlanmalıdır. Bu görüşmede hastanın anksiyetesi dikkatle sorgulanmalı, ameliyata dair endişelerini ifade etmesi sağlanmalıdır. Gerekirse ameliyat öncesi dönemde psikofarmakolojik premedikasyon da uygulanabilir (4).

Hastalık durumu, biyopsikososyal bir varlık olarak tanımladığımız insan için çok boyutlu bir olgu, bir yaşam, kimlik ve var oluş krizidir. Hastalık, hastanın rahatsızlığını algılaması ve hastalığı ile ilgili sahip olduğu deneyimler, duyular, inançlar ile şekillenir. İnsanların çoğu yaşamlarında bir veya daha çok hastalık geçirmesine karşın, her birey hastalık deneyimini diğerinden farklı şekilde yaşar. Hastalar hastalıklarını;

kişisel deneyimleri, bilgileri, değerleri, inançları ve gereksinimleri doğrultusunda açıklamaya çalışırlar.

Hastalık algısı, hastalık durumunun bilişsel görünümüdür. Kişiler dış dünyadaki olayları açıklamak ve öngörmek için bilişsel modeller oluştururlar. Hastalar da, geçici veya uzun süreli hastalığın belirtileri ile ilgili olarak benzer modelleri geliştirirler. Her hastanın hastalığının belirtileri, süresi ve sonuçları ile ilgili kendi düşünceleri olan bu bilişsel modeller, tedavinin ve durumun kontrolü ile ilgili inançları da içermektedir.

Hastalık algısı, hastaların hastalık hakkında olumlu davranışlar geliştirmesini, hastalığa uyumunu, fonksiyonel durumunu yükseltmeyi ve sağlığı geliştirecek girişimleri uygulamayı etkilemektedir. Hastalığın ilerlemesinin öngörülememesi, hastaları kaygılandırmakta ve hastalığa uyumlarını olumsuz etkilemektedir. Hastalık algısının baş etme, tıbbi tedavi kullanımı ve tedavi etkilerini değerlendirme ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (7). Hastalık belirtilerinin, komplikasyonlarının ve uygulanan tedavilerin yarattığı sıkıntıların dışında, geleceğe yönelik endişe, yeterliliğini kaybedeceği ve başkalarına bağımlı hale gelebileceği korkuları, beden görünümünün bozulacağına dair endişeler hastanın fiziksel, bilişsel ve duygusal işlevlerini ve sosyal yaşamını etkiler. Hastalık algısı ve hastalığın sonucu arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan araştırmalara göre, içsel kontrol algısı yüksek olan kişilerde hastalığın gidişi daha iyidir (8,9). Tıbbi literatürlerde hastalık algısının, hastalıkla baş etme, tıbbi tedavi kullanımı ve tedavi etkilerini değerlendirme ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (7).

Hastalık algısı, aynı hastalıklara ya da problemlere sahip olan hastaların, farklı algılarının olması ve bu algıların bazen hastaları yanlış yönlendirmesi nedeniyle önemlidir (10). Bu nedenlerle özellikle kronik hastalığı olanlarda meydana gelecek durum değişikliklerini anlamak, kontrol ve tedavi etmek için hastaların hastalık algısının bilinmesi gereklidir. Bu hastalarda, hastaların değerleri ön planda tutulmalı ve hastanın motivasyonunu sağlamaya yönelik girişimler planlanmalıdır. Hastalık algısının değerlendirilmesi ve hastaların hastalığı ile ilgili sahip oldukları algıların pozitif yönde etkilenmesiyle hastalara kendi kendini ve hastalığını yönetebilme, hastalığın oluşturduğu duygusal durumla baş edebilme ve hastalığa eşlik eden günlük streslerin üstesinden gelebilmeleri için problem çözme becerileri kazandırılabilir.

Preoperatif cerrahi hastalarında yaptığımız bu çalışma, hastalık algısının preoperatif anksiyete düzeyi ile ilişkisini sosyodemografik veriler ve ölçekler eşliğinde belirlemeyi, hastaların hastalıkları ile ilgili farkındalıklarının ve kaygı düzeylerinin belirlenerek, ameliyat öncesi ve sonrası hastalık sürecinin yönetilmesine katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Anksiyete

2.1.1. Anksiyetenin tanımı

Anksiyete, hoş olmayan belirsiz endişe veya kaygı hali olup, benliğin kendini tehdit altında hissettiği bir gerilim ve duygulanım olarak tanımlanmaktadır (11). Anksiyete, düşünce içinde sıkıntıya girmek anlamına gelen Latince “anxietas” kelimesinden gelmekte olup Türkçe’de bun, bunaltı, kaygı, endişe, iç sıkıntısı, can sıkıntısı ya da hoş olmayan heyecansal bir endişe hali gibi sözcüklerle eş anlamlıdır. Türk Dil Kurumu sözlüğünde, “Canlının içinde bulunduğu sıkıntılı duruma bağlı olarak gelişen psikonöretik bozukluk” olarak açıklanmaktadır (12).

Anksiyete, kendini belirsiz bir tehlike hissiyle gösteren ve genellikle beraberinde otonom belirtilerin görüldüğü bir duygudur. Anksiyete kişiyi tehlikeye karşı uyaran ve başa çıkabilmek için önlem almaya iten uyarıcı bir sinyaldir (13). Korku da benzer uyarıcı bir sinyaldir fakat korkuda bilinen bir tehdide karşı yanıt varken; anksiyetede bilinmeyen, belirsiz bir tehdide karşı yanıt verilir.

Korku ile anksiyete arasındaki farkı kişi belirlerken, Freud tarafından kullanılan “angst” sözcüğü yanlış tercümeyle anksiyete olarak tercüme edilmiştir. Çünkü bu kelime Almancada korku için kullanılmakta olup, Freud’un bu çalışmalarının başlarında bu farkı bilmediği öne sürülmektedir ve korkunun bilinen dış objelerden, anksiyetenin ise bilinç dışı nesne tasarımları ve baskılanmış istek ve fantezilerden oluşması temel farktır (14).

Anksiyete çoğunlukla herhangi bir hastalık belirtisi olmadan yaşamın olağan bir parçası olarak yaşanır. Anksiyete genellikle kayıp veya tehdit olarak algılanan durumlarda yaşanır. Bu durumlar; sağlığın sürdürülmesi ve korunmasında tehdit, benlik saygısında azalma, statü ve prestij korunmasında güçlük, duygusal, fiziksel, ekonomik, sosyo-kültürel sorunlar, kendini ve yaşamını kontrol etmede yetersizlik, sevilen kişilerin kaybı, bağımsızlığın kaybı, gereksinimlerin karşılanamaması, beklentilerin gerçekleşmemesi şeklinde sıralanabilir (15).

Anksiyetenin psikolojik ve somatik olmak üzere iki temel bileşeni vardır. Psikolojik bileşen kişiden kişiye büyük ölçüde değişmekle birlikte, somatik bileşen de değişkenlik gösterir. Yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, kültürel etkenler anksiyeteyi etkiler. Somatik belirtiler arasında kas sertliği, baş ağrısı, sırt ağrısı, tremor, yorgunluk,

güçsüzlük, irkilme reaksiyonu, çarpıntı, sıcak basması, solukluk, hiperventilasyon, nefes darlığı, göğüste sıkışma hissi, titreme, terleme, baş dönmesi, ekstremitelerde karıncalanma, reflekslerde canlılık, hipertansiyon, pupillerde genişleme, epigastrik rahatsızlık, diare, ağız kuruluğu, bulantı, kusma, boğazda yumruk hissi, sık idrara çıkma sayılabilir (16).

2.1.2. Anksiyetenin Tarihçesi

Anksiyete kavramı ilk olarak milattan önce 3000' lerde yazılmış olan Gılgamış destanında karşımıza çıkar. Gılgamış bu destanda, kendi ölümsüzlüğü ile ilgili mevcut endişelerini dile getirmiştir (17).

Anksiyete belirtileri, çok eski zamanlardan beri birçok hekimin ve yazarın dikkatini çekmiş olup çeşitli yazılarda dile getirilmiştir. Mani, histeri ve paranoya gibi terimleri psikiyatriye kazandırmış olan Hippocrates'a göre, beyin her türlü psikiyatrik belirtinin kaynağıdır. Hippocrates'ın ruhsal bozukluklarla ilgili metinlerinde korkudan ve "amaçsız anksiyete" (aimless anxiety) olarak adlandırdığı bir durumdan söz ettiği bilinir (18).

Ortaçağda anksiyete kavramının tanrı korkusu ile ilgili olduğu düşünülerek hastalık olarak ele alınmamıştır. De la Mettrie'nin (1748) ve Descartes'ın (1937) çalışmalarıyla birlikte anksiyete artık psikolojik bir sorun olarak ele alınmaya başlanmıştır (19).

Psikiyatrinin rüştünü ilan ettiği 18.yüzyıldan sonra da anksiyete, tıbbi metinlerde sıkça rastlanan kavramlardan biri haline gelmiştir (20). Otto Domrich 1800'lerin ortalarında tıbbi psikoloji alanında ilk kez "anksiyete ataklarından" söz etmiştir. Bu kavram sonradan, Fransız devriminin ardından ortaya çıkan nörosürkülatuvar nevrasteni, asker kalbi, hiperventilasyon sendromu gibi tanımların yerini almıştır (21). Feuchtersleben, 1847'de ilk kez organik hastalıkların neden olduğu anksiyete belirtilerini gözlemlemiştir. Morel, 1866'da otonom sinir sistemindeki değişikliklerin emosyonel belirtilere yol açtığından söz etmiştir (21). Anksiyete belirtilerinin birçok hastalıkta görülmesiyle birlikte 1890'larda, fiziksel ve ruhsal belirtilerin adına anksiyete denilen, aynı klinik durumun unsurları olduğu düşüncesi gelişmeye başlamıştır (22).

Anksiyeteye ilişkin ciddi tanımlama ve açıklamalara 18. yüzyıldan sonra rastlanmaktadır. Heinrich Neumann'ın 1800'lü yılların ortalarında anksiyetenin, cinsel dürtülerin (ve diğer dürtülerin) doyurulmaması durumunda ortaya çıktığına ilişkin görüşü psikanalitik dönem açıklamaları dikkate alındığında oldukça ilginçtir (23). Karl Ideler ise doyurulmamış cinsel arzuların ruhsal rahatsızlıklara kaynak teşkil edeceğine olan inancın doğrultusunda bu görüşü doğrulamıştır (21).

Anksiyete bozukluklarını kapsamlı bir biçimde ilk ele alan Sigmund Freud'dur. Freud yaklaşık 100 yıl önce ilk kez anksiyete nevrozunu ayrı bir sendrom olarak tanımlamıştır. Freud'un Anksiyete nevrozu kavramı oldukça kapsamlı bir kavramdır. Freud'a göre anksiyetenin bir tipi kontrol altına alınamamış libidodan kaynaklanır. Artmış libidodan kaynaklanan bu gerilimin normal boşalımı, Freud'a göre, cinsel ilişki yolu ile olur, diğer cinsel uygulamalar (cinsel yoksunluk ve koitus interruptus) gerilimin boşalmasını önler ve nöroz ile sonuçlanır. Libidinal blokaja bağlı olarak anksiyetenin yükselmesinin şartları sonucunda nevrasteni, hipokondriasis ve anksiyete nörozu oluşur. Bunlar Freud'a göre biyolojik temele sahip görünümüdür (24).

Anksiyetenin diğer formu, baskılanmış düşünce ve arzuların orijinal yapılarının sıkıntısının ve endişesinin yoğun olarak hissedilmesi olarak karakterize edilebilir. Anksiyetenin bu formu, obsesyonel nöroz, histeri ve fobi gibi psikonörozlardan sorumludur. Freud, bilinen bu şartlarla bağlantılı olarak ortaya çıkan anksiyeteyi, fizyolojik faktörlerden ziyade psikolojik faktörlere bağlamaktadır. İntrapsişik çatışmalar psikonöroz ve anksiyeteye neden olur. "Inhibitions,. Symptoms and Anxiety" (Freud 1926) isimli 1926'da yayınlanan kitabında Freud, anksiyete ile ilgili yeni bir teori oluşturdu. Bu teoride, gerçek dış kaynaklı anksiyetenin ve nörotik iç kaynaklı anksiyetenin her ikisinin de tehlikeli durumlara bir cevap olarak oluştuğuna inanıyordu. Freud anksiyeteyi oluşturan durumların iki tipini belirledi. Bu durumlardan biri, doğumla birlikte ilk prototipini yaşayan, içgüdüsel stimulusun karşı konulmaz etkisidir. Bu tip durumlarda egonun koruyucu bariyerleri basınç altında delinerek dürtünün tüm etkinliğini ortaya çıkarır, bu da travma ve mutsuzluk durumunu oluşturur. İkinci ve daha yaygın olan durumlar ise, tehlikenin oluşturduğu durumlardan ziyade, tehlike beklentisi içinde gelişen anksiyetenin oluşmasıdır. Organizmaya yönelik yapılan bu tehdit, anksiyete belirtisi olarak algılanmaktadır. Bu anksiyete bilinçdışı seviyesinde hazırlanır ve egonun kaynaklarını, tehlikeyi bir başka alana yönlendirecek şekilde mobilize etmeye hizmet eder. İnternal ve eksternal kaynaklı tehlikelerin her ikisi de

düşmana karşı korumaya yönelik düzenlenmiş egonun özgün savunma mekanizmalarına götüren bir sinyal sistemi olarak ortaya çıkmış ya da içgüdüsel uyarının derecesini kontrol altına almaya yönelik olabilir (24).

Anksiyete kavramının anlaşılabilmesinde en önemli katkılardan biri Karen Horney'den gelmiştir. Horney, anksiyete ve korku kavramını sıkça birlikte kullanarak bu iki kavram arasındaki yakınlığı ifade etmiştir (25).

Bu gelişmelere karşın yine de anksiyete kapsamına giren çeşitli klinik durumların birbirinden ayrılarak farklı klinik durumlar olarak tanımlanması 1980'de DSM-III ile gerçekleşebilmiştir.

2013'te yayınlanan DSM-V'e göre anksiyete şu şekilde sınıflandırılmaktadır (26).

- 1- Ayrılma anksiyetesi bozukluğu
- 2- Seçici konuşmazlık (mutizm)
- 3- Panik bozukluğu
- 4- Agorafobi
- 5- Özgül fobi
- 6- Sosyal anksiyete bozukluğu
- 7- Yaygın kaygı (anksiyete) bozukluğu
- 8- Başka belirlenmiş anksiyete bozukluğu
- 9- Başka bir tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu
- 10- Madde veya ilacın yol açtığı anksiyete bozukluğu
- 11- Belirlenmemiş anksiyete bozukluğu

2.1.3. Anksiyeteyi Açıklayan Teoriler

2.1.3.1. Psikanalitik Teori

Psikanalitik teorinin gelişiminde anksiyetenin temel bir öneme sahip olduğu bilinir. Freud'un anksiyete ile ilgili görüşlerini 1895'te yayınladığı "Obsesyonlar ve Fobiler", "Histeri Üzerine Çalışmalar" ve en son 1926'da yayınlanan "İnhibisyonlar , Semptomlar ve Anksiyete" kitaplarında görmek mümkündür. Freud bu kitabında anksiyeteyi baskılanmış dürtülerin bilince çıkmak için represente edilmesi ve deşarj yolları bulmak için egoyla verdiği bir mücadele olarak değerlendirmektedir. Bu sinyal sistemi ile bilinçdışı dürtü ve duygular egonun bilinçli alanına çıkmak ister. Bu basınç gittikçe artar, basıncın artması ile birlikte anksiyetenin yoğunluğu da artar. Bu basınç ve anksiyetenin şiddeti kritik değeri aşarsa, o zaman panik atak ortaya çıkar. Represyonun yalnız başına bir savunma düzeneği olarak kullanılması, egonun savunma düzeneklerinde semptom değiştirme veya ona eşdeğer diğer türevi olmadan başvurulmuş bir çözüm yoludur. Bu durumda represyon sayesinde bilinçdışı dürtüler, fanteziler ve duygular ve onların bağlantıları bilinçdışına tekrar geri gönderilir. Bir savunma düzeneği olarak represyon başarısız ise, o zaman diğer savunma düzenekleri devreye girer. Başarılı olamayan represyon sonucunda ortaya çıkan diğer savunma düzenekleri ile bir semptom profili ortaya çıkar ki, bu da klasik nevroz hastalığının herhangi bir klinik görünümünü ortaya koyar. Bu durum karşımıza histeri, fobi ve obsesif-kompulsif nevroz olarak çıkar (24).

Psikanalitik teoriye göre anksiyeteyi oluşturan 4 ana komponent vardır (24). Bunlar:

- 1- İd veya impulsif anksiyete
- 2- Ayrılık anksiyetesi
- 3- Kastrasyon anksiyetesi
- 4- Süperego anksiyetesi

Anksiyetenin bu varyasyonları kişiliğin psikoseksüel gelişiminde ve büyümenin çeşitli türlerinde karşımıza çıkar.

İd veya impulsif anksiyete, infant döneminde bebeğin talepleri doğrultusunda ortaya çıkar. Bebek bu dönemde tamamen pasif ve annesinden ihtiyaçlarını gidermesini bekler. Olaylar üzerine herhangi bir kontrolü yoktur.

Ayrılık (seperasyon) anksiyetesi, preödipal dönemden, infant döneminden sonra ortaya çıkar. Bu dönemde sevgi objesinin kaybindan korkmaya bağlı ortaya çıkar. Bu sevgi objesinin uzaklaşması veya kaybedilmesi tehdidi bu anksiyeteyi oluşturan temel şeydir.

Kastrasyon anksiyetesi, ödipal gelişme döneminde ortaya çıkan bir anksiyete türüdür. Çocuğun psikoseksüel gelişimi ile ilgili olarak geçirilen bu süreçte çocuğun hissettiği korkuları içerir.

Süperego anksiyetesi ise ödipal dönemi aşmış, prepubertal dönemdeki çocuğun gelişen süperegosunun baskısına bağlı hissedilen anksiyetedir (24).

Psikanalistler arasında anksiyetenin tabiatı ve kaynağı hakkında farklı görüşlerde ileri sürülmüştür. Adler, anksiyetenin sebebi olarak aşağılık duyguları üzerinde durmuştur. Adler'e göre kişi toplumla bağlantılarını kaybetmiş hissettiği zaman anksiyete duyar (25). Otto Rank, anksiyetenin temel kaynağını doğum travmasına bağlamıştır (25). Karen Horney'e göre, anksiyete de, tıpkı korku gibi tehlikeye karşı bir cevaptır (25). Harry Stack Sullivan anksiyetenin kaynağını erken çocukluk döneminde çocuk ile anne arasındaki ilişkilere bağlar. Annenin anksiyetesinin çocuğa geçtiğini kabul eder (25).

2.1.3.2. Davranışsal teori

Anksiyetenin davranışsal veya öğrenim teorisi anksiyete hastalıklarının tedavisinde yararlı bazı yaklaşım metotlarını geliştirmiştir. Anksiyete ile ilişkili olarak davranış teorisinin temelini, çevrede oluşan spesifik çevresel uyaranlara karşı bireyin oluşturduğu bir şartlanma cevabı oluşturur (24).

Davranışsal teoriye göre, hem fobiler hem de obsesif- kompulsif bozukluk bir şartlanma 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 sağlama amacıyla, “alıştırma tedavileri (exposure)” olarak bilinen yaklaşım geliştirilmiştir (21).

Watson, uyarılara karşı verilen öğrenilmemiş duygusal tepkilerin başlangıçta korku, öfke ve sevgi olmak üzere üç tipi olduğunu ifade etmiştir. Bu duygusal tepkiler koşullanmamış tepkiler olarak görülebilirler (27).

Davey bu teoriyi yeni bir yaklaşımla ortaya koymuştur. Davey'e göre, koşullu refleks sonucunda bir beklenti vardır; koşullanmamış refleksle birlikte bilişsel kavramlar ortaya çıkar ve değerlendirme sürecinden sonra koşullu yanıt verilir (27).

Bandura ve Rosenthal ise “Korku, korkulu insanlar izlenerek öğrenilebilir.” şeklinde bir ifade kullanmıştır (27). Bilişsel kavramların “anormal psikoloji” içine girmesi anksiyetenin daha iyi anlaşılmasını sağlamıştır. Beck’in klasik bilişsel teorisi 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 (21).”

Bilişsel teoriler, 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 teoriye göre anksiyete 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 anksiyete bozukluğunun devamından sorumlu olmaktadır (21).

2.3.1.3. Varoluşçu teori

Varoluşçu teori daha çok yaygın anksiyete bozukluğunun etyolojisini açıklamaya yöneliktir. Varoluşçu teori farklı türde bir temel çatışmayı vurgulamaktadır. Bastırılmış içgüdüsel çekişmeler ve içselleştirilmiş önemli yetişkinlerle olan çatışma yerine, bireyin var olmanın getirileriyle yüzleşmesinden kaynaklanan çatışma üzerinde durmaktadır (28). Bireyin hayatın gerçeklerinden biriyle karşı karşıya kalması varoluşçu dinamik çatışmanın içeriğini oluşturmaktadır.

Varoluşçu teoriye göre ölümün çaresizliği ve kaçınılmazlığı karşısında hissedilen ve derinden yaşanan memnuniyetsizlik hissi sonucu anksiyete ortaya çıkar. Anksiyete hayatı anlamlandıran ve var olmanın bir aracı olarak ya da hissetmenin bir aracı olarak kullanılmaktadır. Anksiyete varlığın ve anlamın derin boşluğuna ya da

anlamsızlığına karşı kişinin geliştirdiği bir cevaptır (24). Dinamik varoluşçu yaklaşım Freud tarafından ana hatları çizilen temel dinamik yapıyı korumakta, fakat içeriği temelden değiştirmektedir (28).

2.1.3.4. Spilberger'in Anksiyete Teorisi

Anksiyete insanın temel duygularından biri olarak kabul edilebilir. Tehlikeli koşulların oluşturduğu bu kaygı türü genellikle her bireyin yaşadığı geçici, duruma bağlı bir kaygı oluşturur. Buna "Durumluk Kaygı" denir. Durumluk Kaygı (State), bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği subjektif korkudur. Otonom sinir sisteminin uyarılması sonucunda ortaya çıkan fiziksel değişiklikler bireyin gerilim ve huzursuzluk duygularının belirteçleridir. Stresin yoğun olduğu zamanlar durumluk kaygı seviyesinde yükselme, stres ortadan kalktığında ise düşme görülür (29,30).

Bazı insanlar sürekli olarak huzursuzluk içinde yaşar. Doğrudan doğruya çevreden gelen tehlikelere bağlı olmayan bu kaygı türü içten kaynaklanır. Buna da "Sürekli Kaygı" denir. Sürekli Kaygı (Trait), bireyin kaygı yaşantısına olan yatkınlığıdır. Objektif kriterlere göre nötr olan durumların birey tarafından tehlikeli ve özünü tehdit edici olarak algılanması sonucu oluşan hoşnutsuzluk ve mutsuzluk duygusudur. Bu tür kaygı seviyesi yüksek bireylerin kolaylıkla karamsarlığa kapıldıkları görülür. Bu bireyler durumluk kaygıyı da daha sık ve yoğun yaşarlar (28,29).

2.1.4. Anksiyeteyi Açıklayan Biyolojik Teoriler

2.1.4.1. Otonom sinir sistemi

Otonom sinir sisteminin uyarılmasıyla kardiyovasküler sistem, kas sistemi, gastrointestinal sistem ve respiratuvar sistemde bazı semptomlar gerçekleşir. Anksiyete bozukluğu bulunan bazı hastaların, artmış sempatik tonusa sahip olan, tekrarlayan uyarana yavaş uyum sağlayan ve orta derecede uyarana aşırı yanıt veren otonom sinir sistemleri bulunmaktadır (13).

2.1.4.2. Nörotransmitterler

Hayvan çalışmaları ve ilaç tedavisine yanıt esas alındığında anksiyete ile ilişkili bulunan üç ana nörotransmitter norepinefrin (NE), serotonin (5-HT) ve gama-aminobutirik asit (GABA)'tir (13).

Anksiyetede NE rolünden bahseden genel kurama göre etkilenen hastaların zaman zaman aktivite patlamaları ile seyreden, noradrenerjik sistem regülasyon sorunları olabilmektedir. İnsan çalışmalarında panik bozukluğu olan hastalarda β -adrenerjik agonistlerin (örn. İzoproterenol) ve α 2-adrenerjik antagonistlerin (örn. Yohimbin) panik atakların sıklığını ve şiddetini provake ettiği bulunmuştur. Daha az uyumlu bir bulgu olarak özellikle anksiyete bozukluğu olan hastaların beyin omurilik sıvısında (BOS) veya idrarında noradrenerjik metabolit olan 4- metoksi-4-hidroksifenil glikol (MHPG) miktarının yükseldiği saptanmıştır (31).

Çeşitli türlerdeki akut stres prefrontal korteks, nükleus akumbens, amigdala ve lateral hipotalamustaki 5-HT dönüşümünü artırır. Çeşitli raporlarda serotoninergik etkili bir ilaç olan m-klorofenil piperazin (mCPP) ve serotonin salınımına neden olan fenfluraminin anksiyete bozukluğu olan hastalarda anksiyeteyi arttırdığı gösterilmiştir (31). Yine, anksiyete bozukluğu tedavisinde, bir 5-HT_{1A} reseptör agonisti olan buspironun etkinliği de serotonin ile anksiyete arasındaki ilişki olasılığını gösterir (13). Birçok anektodal raporlarda liserjik asit dietilamid (LSD) ve 3,4-metilen dioksine amfetamin (NDMA) gibi serotonergik halüsinojenler ve uyarıcıların hem akut, hem de kronik anksiyete bozukluklarına neden oldukları gösterilmiştir (31).

Anksiyete bozukluklarında GABA'nın rolü, bazı anksiyete bozukluklarını tedavisinde GABA-A reseptörleri üzerinden GABA etkisini arttıran benzodiazepinlerin tartışılmaz etkinliği ile güçlü şekilde desteklenmektedir (13). Genelleşmiş anksiyete bozukluklarının semptomları, düşük potensli benzodiazepinler vasıtası ile çok yararlı bir şekilde düzeltilebilmektedir. Yüksek potensli benzodiazepinler ise panik bozukluğu tedavisinde daha etkindir. Hayvanlarda yapılan çalışmalarda bir benzodiazepinin ters agonisti olan, β - karboline-3- karboksilik asid (BKKA) verildiğinde anksiyete bozukluğunun otonom sinir sistemi semptomlarının ortaya çıktığı görülmüştür. BKKA, normal gönüllü insanlarda da anksiyeteye neden olmuştur. Bir benzodiazepin antagonisti olan flumazenil, panik bozukluğu olan hastalarda şiddetli panik ataklarına neden olmaktadır (24). Bu veriler araştırmacıları, doğrudan bağlantı gösterilmemiş olsa

da, anksiyete bozuklukları bazı hastalarda GABA-A reseptörlerinde anormal bir fonksiyon olduğu düşüncesine götürmüştür (13).

2.1.4.3. Beyin Görüntüleme Çalışmaları

Spesifik anksiyete bozuklukları ile bağlantılı olarak bir çok beyin görüntüleme çalışması yapılmıştır. Bunlarla, anksiyete bozukluklarını anlamak için ciddi muhtemel bulgulara ulaşılmıştır. Yapısal çalışmalarda (BT ve MRI) beyin ventriküllerinin hacminin arttığı ile ilgili bulgulara ulaşılmıştır. Başka bir çalışmada, panik bozukluklu hastalarda sağ temporal lobun içinde MRI ile spesifik bir defekt tespit edilmiştir (13).

Diğer bazı beyin görüntüleme çalışmalarında sol hemisferle alakası olmayan sağ hemisferde anormal bulgular rapor edilmiştir. Bu durum spesifik hastalarda anksiyete bozukluğu semptomlarının gelişiminde beyin asimetrisinin bazı tiplerinin önemli olabileceğini düşündürmektedir (13).

Fonksiyonel beyin görüntüleme çalışmalarında (SPECT ve EEG), anksiyete bozukluğu olan hastalarda, frontal kortekste, oksipital ve temporal bölgelerde çeşitli anormallikler rapor edilmiştir (24).

Anksiyete bozukluğu olan bu hastalarda elde edilen bu bulgular, fonksiyonel serebral patolojileri bize gösterebilmektedir. Bu tespit edilen patolojiler, hastaların anksiyete bozukluğu semptomlarının nedeni olabilir (24).

2.1.4.4. Genetik Çalışmalar

Genetik çalışmalar anksiyete oluşumuna en azından bazı genetik komponentlerin katıldığı yönünde sabit bilgi üretmiştir. Panik bozukluğu olan hastaların hemen hemen yarısında etkilenmiş en az bir akrabası bulunmaktadır. Anksiyete bozuklukları ile ilgili evlat edinme çalışmaları bildirilmemiş olmakla beraber, ikiz kayıtlarından edinilen bilgilere göre anksiyete bozukluklarının en azından kısmen genetik olarak belirlendiği varsayılmaktadır (32).

2.1.4.5. Nöroanatomik Görüşler

Lokus sereleus ve raphe nukleusuna, ilk etapta limbik sisteme ve beyin korteksine bağlanır. Beyin görüntüleme teknikleri ile yapılan çalışmaların sonuçlarına göre, anksiyete bozukluklarının nöroanatomik uzantıları ile ilgili çoğu oluşturulmuş hipotezin odağı bu sahalar üzerine kurulmuştur (24).

Anksiyete, beyin sapındaki çekirdekler, limbik sistem, prefrontal korteks ve serebellum arasındaki etkileşimin bir sonucudur. Limbik sistem ve bu sistemin içinde yer alan amigdala, duyguların oluşmasında ve gerginlik yaratan durumlara karşı gelişen duygusal tepkilerin ve otonom sistemle ilgili tepkilerin kontrolünde rol oynamaktadır. Hipokampus ve amigdala, korkunun edinilmesi, sürdürülmesi ve körelmesinin bilişsel ve duygusal yönden öğrenilmesinde ve bellekte tutulmasında önemli bir rol oynarlar (33).

Frontal beyin korteksi parahipokampal bölgeye, singulat gyrusa ve hipotalamusa bağlanmıştır. Böylece bu bölgeler anksiyete bozukluğunun gelişmesinde etkili olabilir.

Temporal korteks, anksiyete bozukluklarında diğer bir patofizyolojik alan olarak karşımıza çıkmaktadır. Temporal lob epilepsisi ve OKKB’li hastaların bazılarındaki elektrofizyolojik ve klinik görünümünün benzerliği üzerinde durmak gerekmektedir (24).

2.1.5. Anksiyete Belirtileri

2.1.5.1. Bilişsel Belirtiler

Normal bilişsel işlevlerin gereğinden fazla olması (aşırı uyanıklık hali gibi), ya da normal işlevlerin inhibisyonu (dikkat dağınıklığı gibi) söz konusudur. Kişi kendini rahatsız eden düşünce ve duygulardan rahatsızlık duyar. Bu belirtiler şunlardır:

Duyusal-Algisal Belirtiler: Normal bilişsel belirtilerin görsel bileşenlerle bağlantısının kesilmesi burada önemli rol oynar. Kişi “sanki” ile açıkladığı algısal sapmalar yaşar.

a. Aklın sisli, bulanık olması

b. Çevredeki nesneleri uzakmış gibi ya da bulanık görme

- c. Aşırı uyanıklık hali (hipervijilans)
- d. Kendini aşırı gözleme
- e. Çevrenin olduğundan farklı ve gerçek dışı görülmesi
- f. Gerçek dışılık duyguları

Düşünce Zorlukları:

- a. Önemli şeyleri hatırlamakta güçlük
- b. Bilinç sislenmesi (konfüzyon)
- c. Düşünmeyi kontrol edememe
- d. Konsantrasyon güçlüğü
- e. Dikkat dağınıklığı (distraktibilite)
- f. Düşüncede duraksamalar, kesintiler (blok)
- g. Objektif düşünmede güçlük
- h. Neden-sonuç ilişkisi kurmada güçlük

Kavramsal Sorunlar: Beklenen olası tehlike ne kadar akla yatkınsa ve gerçekleşebilirliği ne kadar fazlaysa, hastanın korkuları da o oranda artmış şekilde izlenir.

- a. Kontrolü kaybetme korkusu
- b. Başa çıkamama korkusu
- c. Fiziksel zarar görme ya da ölüm korkusu
- d. Aklını kaybetme korkusu
- e. Başkalarınca olumsuz değerlendirilebileceği korkusu
- f. Tekrarlayan korkulu düşünceler
- g. Korku veren görsel imgeler
- h. Bilişsel sapmalar (distorsiyon)

2.1.5.2. Duygusal (Affektif) Belirtiler:

Kişinin yaşadığı ve onu rahatsız eden çeşitli duygulardır.

- a.** Korku
- b.** Endişe
- c.** Dehşet duygusu
- d.** Tedirginlik
- e.** Alarm durumuna geçme
- f.** Gerginlik
- g.** Sinirlilik
- h.** Çaresizlik

2.1.5.3. Davranışsal Belirtiler:

Normal davranışların hiperaktivasyonu ya da inhibisyonu şeklinde izlenir. Bu davranışlar, her ne kadar anksiyeteyi azaltma amacı taşısa da, sonuçta aksine anksiyeteyi arttırıcı özellik gösterirler.

- a.** Kaçma
- b.** Kaçınma
- c.** Huzursuzluk
- d.** Olduğu yerde hareketsiz donakalma (tonik immobilizasyon)
- e.** Davranışların inhibisyonu
- f.** Konuşma akışında bozukluk
- g.** Koordinasyon yeteneğinde azalma

2.1.5.4. Fizyolojik Belirtiler

Bunlar genellikle organizmanın kendini korumaya yönelik bir savunma durumu içine girdiğini gösterir. Hormonal, sempatik ya da parasempatik sinir sistemlerinin çalışmasındaki değişiklikler sonucu ortaya çıkarlar. Örneğin, sempatik sistemin

harekete geçmesi ile nabız, tansiyon, solunum sayısında artma olur. Parasempatik sistemle ilgili olaylar ise çaresizliği, çözüm bulmakta güçlüğü gösterirler. Fizyolojik belirtilerin başlıcaları şunlardır:

Kalp-Damar Sistemi Belirtileri;

- a. Çarpıntı hissi
- b. Kalp hızında artma
- c. Arteriel kan basıncı değişiklikleri (düşme ya da yükselme)
- d. Bayılma hissi
- e. Yüz kızarması
- f. Aritmi
- g. Göğüs ağrısı

Solunum Sistemi Belirtileri;

- a. Solunum sayısında ve derinliğinde artma
- b. Göğüste ağrı, yanma, basınç ve sıkışma hissi
- c. Nefes darlığı
- d. Hava açlığı
- e. Kesik soluma
- f. Boğazda düğümlenme
- g. Bronşial spazm

Kas-İskelet ve Sinir Sistemi Belirtileri;

- a. Kaslarda gerginlik, spazm
- b. Reflekslerde artış
- c. Yorgunluk hissi ve çabuk yorulma
- d. Ağrılar ve yalancı romatizmal ağrılar

- e. Titreme
- f. Yüzde ve özellikle göz kapaklarında seğirme
- g. Uykuya dalmada güçlük, uykusuzluk, huzursuz uyku, kâbuslar, ertesi gün dinlenmemiş şekilde uyanma

Sindirim Sistemi Belirtileri;

- a. Karın ağrısı, karında huzursuzluk, spazm
- b. İştahsızlık
- c. Bulantı-kusma, ishal
- d. Yutma güçlüğü, hava yutma
- e. Ağızda kuruma ya da salya artışı
- f. Nöbetler şeklinde yaşanan acıkma ya da susama

Boşaltım ve Genital Sistem Belirtileri;

- a. Sık idrara çıkma
- b. İdrar miktarında artma
- c. Cinsel güçte azalma
- d. Erken boşalma
- e. Cinsel isteksizlik

Cilt Belirtileri;

- a. Yaygın terleme
- b. Lokal terleme (avuç içi gibi)
- c. Soğuk ve nemli eller
- d. Kaşınma krizleri
- e. Sıcak ve soğuk basma nöbetleri

f. Ateş basması

Aslında bu belirtiler normalde herkesin zaman zaman yaşadığı olaylardır. Her insanın bir tehdit ya da korku karşısında yaşadığı ve onun tehlikeden kaçabilmesi için gerekli olan sağlıklı bir savunma tepkisi olduğu halde, anksiyeteli kişinin yaşamını engellemeye başlar (34,35).

2.1.6. Anksiyete Bozukluklarında Risk Etkenleri

Anksiyete bozukluklarıyla ilgili koruma çabalarını gözden geçirmek ve önerilerde bulunabilmek için, bu bozukluklarla ilgili bazı temel bilgilerin ve verilerin bilinmesi gerekir. Bunlar risk etkenleri olarak bilinen predispoze ve presipite edici etkenlerle etiyolojik etkenlerdir.

a. Genetik etkenler: Tüm anksiyete bozukluğu alt tiplerinde ailesel geçiş özelliği bulunmaktadır. Tek yumurta ikizlerinde eş hastalanma oranlarının, çift yumurta ikizlerinden daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Anksiyete alt tiplerinden, panik bozukluk hemen hemen yedi kat risk artışı ile, en kuvvetli ailesel geçiş gösteren anksiyete bozukluğudur.

b. Biyolojik etkenler: Bu etkenler arasında en çok çalışılanlar GABA, benzodiazepin reseptörleri, serotonin, noradrenalin, beyin sapı, limbik sistem, prefrontal korteks, otonom sinir sistemi, anksiyeteyi kontrol eden inhibitör düzeneklerin yetersizliği, beyin kan akımındaki düzensizliklerdir.

c. Psikodinamik etkenler: Psikanalitik kurama göre anksiyete çözülmemiş bilinçdışı çatışmalara bağlıdır. Belirtiler kullanılan savunma düzenekleriyle ilgilidir. Özellikle yaşamın ilk üç dönemindeki yetersizlikler ve olumsuz yaşantılar önemlidir.

d. Öğrenme kuramları: Öğrenme kuramına göre anksiyete, bireyin algıladığı uyaranlara uygun olmayan bir koşullu yanıt olarak görülebilir. Bunlar zamanla yerleşik bir yanıt biçimini alabilir.

e. Ayrılık anksiyetesi ve anne-baba kaybı: Çocuklukta ayrılık anksiyetesi, anne-baba kaybı ya da boşanma önemli risk etkenleri arasındadır.

f. Ailesel etkenler: Bu grupta aile içi iletişim bozuklukları, yetersiz destek sistemleri, çocuklukta ihmal ve kötüye kullanım, anne-babada nevrotik eğilimler/bozukluklar, madde bağımlılığı üzerinde çalışılmış ve çalışmalar bunların risk etkenleri olduğunu ortaya koymuştur.

g. Stresli yaşam olayları: Özellikle anksiyete bozukluklarının başlamasında ortaya çıkarıcı etkenler olarak stresli yaşam olaylarının önemli rol oynadığı kabul edilir. Çalışmalar, anksiyete bozukluğunun başlamasından önceki aylarda (1-12. aylar) stresli yaşam olaylarının daha yüksek oranda görüldüğünü göstermiştir. Stresli yaşam olaylarının sürmesi ise, bozukluğu kronikleştirebilmektedir.

h. Çocukluk yaşantıları: Anksiyete bozukluklarının görülmesiyle çocukluk çağındaki olumsuz yaşantılar arasında önemli bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bunlar arasında fiziksel ya da cinsel saldırıya uğrama/kötüye kullanılma, davranışsal inhibisyon önemli yer tutar.

i. Kişilik: Strese verilen tepki ve strese dayanıklılık kişilik özelliklerine göre değişmektedir. Anksiyete bozukluklarına yakalananlarda anksiyeteye duyarlılık ve stresle baş edememe skorları yüksek bulunmuştur. Hastalık öncesi kişilik yönünden en çok üzerinde durulanlar bağımlı, çekingen, obsesif, şizoid, borderline, paranoid ve anti-sosyal kişilik bozukluklarıdır.

j. Madde bağımlılığı: Madde bağımlılığı sıklıkla anksiyete bozuklukları ile bir arada görülür. Alkol ve nikotin bağımlılığı en sık görülenlerdir. Alkol bağımlılarında ve

nikotin bağımlılarında anksiyete bozukluklarının yaygınlığı yüksek bulunmuştur. Ancak bunun bir neden mi, yoksa sonuç mu olduğu tartışmalıdır.

k. Cinsiyet: Alan çalışmalarında elde edilen sonuçlar hemen hemen tüm anksiyete bozukluklarının kadınlarda daha yaygın olduğunu göstermektedir. Pek çok çalışmada panik, YAB, agorafobi, ve basit fobi kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazladır. OKKB ve sosyal fobide ise kadın/erkek oranı hemen hemen eşittir.

l. Yaş: Erişkinler üzerinde yapılan epidemiyolojik çalışmalar kadınlardaki anksiyete bozukluklarının erken ve orta erişkinlikte daha sık olmak üzere yaşamın tüm dönemlerinde görüldüğünü göstermektedir. Ayrıca, erkeklerdeki anksiyete bozuklukları da yaşam boyunca daha sabitken, kadınlarda dördüncü ve beşinci on yıllık dönemlerde artış göstermekte, daha sonra azalmaktadır. Kadınlardaki yüksek hızlar tüm yaşam dönemleri için geçerlidir ve ileri yaşlarda anksiyetenin azalması ile düşmez.

m. Sosyoekonomik düzey: Anksiyete bozuklukları her sosyoekonomik düzeyde görülmekle birlikte, düşük sosyoekonomik düzeydekilerde daha yüksek oranda bulunmuştur. Hollanda Ruh Sağlığı Alan taraması ve sıklık çalışmasına (NEMESIS) göre, anksiyete bozuklukları ev kadınlarında, işsizlerde ve özürlü olanlarda daha sık görülmektedir. Düşük sosyoekonomik düzey genellikle uygun yaşam koşulları ve ortam sağlayamama, çeşitli kişiler arası güçlük ve işsizlik ile birliktedir.

n. İşle ilgili etkenler: İşsizlik, iş yükünün çok olması, işin stresli olması, işyerinin gürültülü olması, iş koşullarındaki değişiklikler gibi etkenler anksiyete bozukluklarının yaygınlığını artırmaktadır.

o. Dikkat eksikliği bozukluğu: Dikkat eksikliği bozukluğu olanlarda anksiyete bozukluklarının daha yüksek oranda görüldüğünü gösteren bazı çalışmalar olduğu gibi, bu sonucu bulamayan bir çalışma da vardır. Dikkat eksikliği bozukluğu olanların kardeşleri de anksiyete bozukluğu yönünden yüksek risk altındadır.

p. Fiziksel hastalıklar: Çeşitli araştırmalarda bir fiziksel hastalığı olan kişilerde anksiyete bozukluklarının daha yüksek oranda görüldüğü bulunmuştur. Çalışmalarda; kanser, alerjiler, alopesi areata, inme, kalp hastalığı, hipertansiyon, diyabet, myastenia gravis, migren, kalp transplantasyonu, düşük (abortus), hiperlipidemi, epilepsi, immunolojik bozukluklar ve bağ dokusu hastalıkları ile anksiyete arasında birliktelik gösterilmiştir. Ayrıca, ileriye dönük çalışmalarda, anksiyete bozukluklarının iskemik kalp hastalığı ve migren gibi bazı kardiyovasküler ve nörolojik hastalıkların gelişimi için de risk etmeni olduğu gösterilmiştir.

r. Göç: Anksiyete bozukluklarında göç olgusunun etkisi yeterince araştırılmamıştır. Ancak göç etmenin yeni bir fiziksel, toplumsal ve kültürel çevre ile yeni koşullar demek olduğu düşünülürse, bir risk etken olarak kabul edilebilir.

s. Medeni durum: Bu konuda önemli bir fark bulunmamakla birlikte, kadınlar arasında evli olanlarda anksiyete bozuklukları daha yüksek oranda görülmektedir.

t. Irk ve kültür: Anksiyete bozuklukları ırka ve kültüre göre farklılık göstermez. Ancak kültüre özgü anksiyete bozuklukları vardır (36,37).

2.1.7. Cerrahide Anksiyete ve Önemi

Cerrahi girişim büyük ya da küçük, acil ya da elektif olsun hastayı hem psikolojik hem de fizyolojik olarak etkiler. Her ameliyat kendine özgü sorunlar yaratabilir. Bunun yanı sıra ameliyatın hasta üzerine bazı genel etkileri vardır. Bu etkiler; ameliyata karşı stres tepkisinin oluşması, enfeksiyona karşı direncin azalması, vasküler sistemin bozulması, organ fonksiyonlarının bozulması, beden imajının ve yaşam tarzının değişmesi olarak değerlendirilebilir (38).

2.1.7.1. Ameliyata Karşı Stres Tepkisinin Oluşması

Stres tepkisi, çeşitli fizyolojik ve psikolojik faktörlerin neden olduğu sinirsel ve hormonal değişiklikleri ifade eder. Ameliyata bağlı stres tepkisinin oluşmasında hem psikolojik (anksiyete, bilinmeyen korkusu vb.) hem de fizyolojik (kan kaybı, anestezi,

hareketsizlik gibi) stres faktörleri rol oynar. Stres tepkisinin büyüklüğü stresörlerin büyüklüğü ile ilişkilidir.

Ameliyat için hastaneye yatmak, çoğu kişiler için orta derecede stres yaratabilir. Ameliyat olmayı beklemek preoperatif dönemde nöro-endokrin tepkinin gelişmesine neden olabilir ve bu durum hem fizyolojik olarak kalp hızının artması, kan basıncının yükselmesi, hem de psikolojik olarak iştahsızlık ve halsizlik belirti ve bulgularıyla izlenir.

Cerrahi işlemin kendisi de hastada stres tepkisinin ortaya çıkmasına neden olabilir. Cerrahi travma, hipotalamus aracılığıyla hem hipofizi hem de sempatik sinir sistemini uyararak çeşitli hormonların etkisiyle de stres tepkisinde birbirini izleyen çeşitli kardiyovasküler ve metabolik değişikliklerin ortaya çıkmasına neden olur.

Stres tepkisi bedeni ameliyat travmasından korur ve homeostatik dengenin sürdürülmesi, geniş ölçüde stres tepkisinin etkinliğine bağlıdır. Bu tepkinin etkinliği ise, ameliyat olacak kişinin yaşı, fizyolojik ve psikolojik durumu ve stresin süresiyle ilişkilidir (14).

2.1.7.2. Anksiyetenin Etkileri

Cerrahi hastaların iyileşmeleri üzerine anksiyetenin etkileri araştırılmış ve orta düzeyde yaşanan anksiyetenin yararlı olduğu çünkü hastayı cerrahi ile ilişkili sıkıntıya hazırladığı gözlemlenmiştir. Ancak, bu düzeyin üstündeki veya altındaki anksiyete uyumsuz olabilir ve hastanın iyileşmesi üzerinde olumsuz etki yaratabilir. Hastanın anksiyeteye dair deneyimleri subjektiftir, yalnızca hasta tarafından algılanır. Ancak bireylerin anksiyete düzeylerini nasıl değerlendirdikleri ve bunun onların fizyolojik durumu üzerindeki etkileri belirsizdir (1).

Anksiyete vücudu birçok yönden etkiler. Fizyolojik düzeyde, hastanın vital bulguları etkilenir. Örneğin; nabız, kan basıncı ve terleme artar (1). Preoperatif anksiyete, hastanın katekolaminlerin salgılanmasını artırır, katekolaminler taşikardi, hipertansiyon ve aritmiye neden olur (39). Ayrıca anksiyete, laringoskopi ve entübasyon sırasında refleks aşırı sempatik aktivite artışına neden olur (40).

Anksiyete intraoperatif dönemde de hastaları etkiler. Artmış anksiyete, anestezi ilaç gereksinimini önemli derecede artırır, postoperatif iyileşmeyi etkiler (39,41),

başıklık sistemini etkileyebilir ve yara iyileşmesi uzatabilir, postoperatif bulantı kusmayı artırır (41), postoperatif hissedilen ağrıyı ve analjezik gereksinimini artırır (39,41,42), hastanede kalış süresini uzatır (41,42), hasta memnuniyetini azaltır (43,44).

İleri yaş grubunda, anestezi indüksiyonu sırasındaki hemodinamik değişikliklerin öngörülmesinde durumluk anksiyetenin değerli olduğu kanıtlanmıştır. Bu, preoperatif durumluk anksiyete düzeyi yüksek bulunan hastalarda anestezi indüksiyonu sırasında hemodinamik dalgalanma olasılığının yüksek olacağını düşündürür (39).

2.1.8. Preoperatif Anksiyete

Anksiyete bireyin kendini güvende hissetmediği durumlara karşı geliştirdiği doğal bir tepkidir. Fiziksel hastalığın getirdiği engellemeler, çaresizlik, yeterliliğin kaybı endişesi, vücut organı ve kısımlarının zedeleneceği endişesi, ölüm korkusu, hastalığa yüklenen anlam kişinin yaşadığı anksiyetenin şiddetini etkiler (45,46,47).

Anksiyete insanın tehlikeyle karşılaştığında verdiği ilk yanıt ve hastalık durumunda ise en sık gösterdiği tepkidir. Ameliyat, fizyolojik olduğu kadar psikolojik olarak da hastayı tehdit eden bir deneyimdir (48). Hasta ameliyat olacağını bildiği ve sonrasını bilmediği için korku ve anksiyete duyar (49). Bireye anksiyete ve korku yaşatan ameliyat öncesi dönem, bireyin yaşamında yer alan bir kriz dönemidir (50). Cerrahi girişimlere ek olarak yapılan tüm anestezi uygulamaları hasta için tehlike olarak algılanır ve bu algılama ile hem preoperatif hem de postoperatif gerginlik ve stres ortaya çıkar (51). Audrey Shafer ve ark.'nın yaptığı, anksiyete nedenlerinin araştırıldığı bir çalışmada, hastaların anesteziye dolaylı duydukları kaygının cerrahi nedeniyle duydukları kaygıdan daha az olduğu bulunmuştur (52). Bu çalışmada daha önce cerrahi geçirmiş ve minör cerrahi geçirecek hastalarda anestezi kaygısı daha düşük oranlarda saptanmış ve ayrıca; cerrahinin başarısız olacağı veya kalıcı defisitle sonuçlanacağı, kan transfüzyonu yapılacağı konuları en sık anksiyete nedeni olarak bulunmuştur.

Genel anestezi, kontrol kaybı ve çaresizlik korkularını maksimum düzeyde uyaran bir prosedür olmaktadır. Bilinci kapalıyken vücuduna başkaları tarafından müdahale edileceği fikri çoğu kişi için korkutucudur. Ameliyathane ortamı ve ameliyat öncesi hazırlanma da bu korkuları büyütür.

Genç hastalarda anestezi korkusu, ameliyat korkusundan ayrı bir korkudur, özellikle erken uyanmaktan ve hiç uyanamamaktan korkulur (53). Tüm bu korkular, anksiyete ve depresif duygu durumuna neden olabilir. Tanı, tedavi olasılıklarına ilişkin tereddütler ve prognoz belirsizliği kaygıyı arttıran faktörlerdendir. Ölüm ve özrürlük ile ilgili çatışmalar benliğı zorlar. Hastaların tedavi süreçlerinin gerekli kıldığı bağımlılık, davranışsal regresyon ve bağımlılıkla ilgili bir dizi çatışmayı gündeme getirir. Ameliyatın ortaya çıkardığı bilinç dışı çatışmalar normal çocukluk korkularını andırır; uykuya dalıp uyanamama (ölüm), yalnız kalma korkusu (terk edilme), karanlık korkusu (ölüm), ameliyat korkusu (mutilasyon-kastrasyon endişesi) gelişebilir. Aynı zamanda ebeveyn tarafından reddedilme korkusu (cerrahın onay ve desteğini alamama), kendi kendine yeterli olamama korkusu, küçük düşürölme korkusu (sfinkter kontrolü kalkınca), empotans endişeleri (erkek hastalarda) gelişebilir (54).

Preoperatif anksiyete, sempatik, parasempatik ve endokrin sistemin uyarılması sonucunda anormal hemodinamik yanıtlarla ilişkili olabilen memnuniyetsizlik ve gerginlik durumu olarak tanımlanabilir (55). Preoperatif anksiyetenin önemli nedenlerinden biri anesteziye ilişkin endişelerdir. Genel olarak bu endişeler; ameliyat sonrası uyanamamak, ameliyat sırasında uyanmak ve ağrı duymak, ameliyat sonrası ağrı, ameliyat sonrası bulantı, kusma, ameliyat sonrası yoğun bakımda kalmak, anesteziğin bilgi ve deneyim eksikliği, anesteziğin ameliyathanede bulunmaması, anesteziğin tavırları, iğne korkusu, anestezi sırasında anlamsız konuşmak ve ölüm olarak bildirilmiştir (56). Çeşitli cerrahi hasta gruplarında preoperatif anksiyete insidansının %11 ile %92 arasında olduğı bildirilmiştir (45,57,58).

Literatürde, cerrahi girişimde bulunulacak yatan hastaların %45,3' ünün ve ayaktan hastaların %38,3' ünün belirgin preoperatif anksiyeteleri olduğı bildirilmiştir (59). Anksiyete düzeyi ve derecesini belirlemek için subjektif veya daha detaylı değerlendirmeyi içeren birçok yöntem bulunmaktadır (60). Bu amaçla State-Trait Anxiety Inventory (STAI), the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) ve VAS (Vizuel Analog Skala) sıklıkla kullanılmaktadır (46,47).

Yüksek preoperatif anksiyete seviyelerinin mortalite/morbiditede ve anestezi gereksiniminde artışa neden olabileceğı yönünde çalışmalar mevcuttur (61,62). Elektif cerrahi esnasında stresin ve oluşan anksiyetenin azaltılması, ameliyata karşı oluşacak nörohormonal yanıtı da azaltarak organ disfonksiyonu ve komplikasyonların azalmasını da sağlamaktadır (63).

Kadınların preoperatif anksiyete düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğu yapılan bir çok çalışmada gösterilmiştir (64,65,56,66). Kvaal K ve ark.'nın yaptığı çalışmada, en yüksek anksiyete düzeyine sahip olanların, operasyona ilk kez girenler, genç hastalar ve kadınlar olduğu bildirilmiştir (64). Önceki cerrahi deneyimin preoperatif anksiyeteyi azalttığını bildiren çalışmalarda bu durum, koşullu öğrenme modeli ile açıklanmaktadır. Koşullu öğrenme modeli, korku uyarını ile kısa zaman aralıkları ile karşılaşılması prensibine dayanmaktadır (42).

Hastaya, her aşamada yapılan işlemin ne olduğu ve niçin yapıldığı konusunda bilgi verildiğinde hastaların anksiyete düzeylerinin azaldığı gözlenmiştir (67).

Munafo ve Stevenson tarafından yayınlanan bir değerlendirmede preoperatif anksiyete ile postoperatif ağrı arasında tutarlı bir ilişki bulunmuştur (68). Cerrahi sonrası uzun dönem olumsuz sonuçların psikososyal belirleyicileri üzerine Peters ve ark. nın yaptığı çalışmada en önemli faktörün cerrahi süresinin uzunluğu ve şiddetli postoperatif ağrı olduğu gösterilmiştir (69). Bu ilişkinin tanımlanmasının klinik olarak faydaları bulunmaktadır. Bu kişilerin preoperatif dönemde belirlenmesi farmakolojik tedaviler, cerrahi prosedür ve anestezi uygulaması hakkında bilgilendirme veya psikolojik destek sağlanması ile postoperatif dönemde daha az ağrı duyulması, yaşam kalitesinin artırılması; analjezik tüketiminin azaltılması yoluyla analjeziklerin yan etkilerinden kaçınılması söz konusudur.

Caumo ve ark. nın batin operasyonu geçiren 346 hasta üzerinde yaptığı bir araştırmada preoperatif anksiyetenin postoperatif şiddetli ağrı gelişiminde önemli bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir (42). Yüksek anksiyete düzeyine sahip olan kişilerde uyarılara hipersensitif yanıt söz konusudur ve psikolojik olarak daha reaktiftirler. Cerrahiden bir kaç gün öncesinde anksiyetenin giderilmesi ve psikolojik olarak hazırlanma postoperatif dönemde yaşanılacak sorunların görülme ihtimalini azaltmaktadır.

Arellano ve arkadaşları preoperatif vizitin zamanlamasını belirlemek amacı ile yaptıkları bir çalışmada, hastaların bir hafta önce, bir gün önce ve ameliyattan hemen önceki anksiyete düzeyleri arasında fark bulamamışlar, ancak ameliyattan hemen önce anestezi tarafından görülen hastanın anksiyete derecesinde anlamlı azalma olduğunu göstermişlerdir (70).

Bazı çalışmalarda preoperatif dönemde detaylı bilgilendirilen hastaların preoperatif anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğu ve postoperatif dönemde bu hastalarda ağrı ve anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğu, iyileşmenin daha hızlı olduğu gösterilmiştir (6).

Yapılan birçok çalışmanın sonucunda; hastaların ameliyata hazırlanmasında hastanın eğitimi ve bilgilendirilmesinin önemi vurgulanmaktadır. Bu şekilde kaygı gelişiminin, hastanede yatış süresinin, ameliyat sonrası analjezik gereksiniminin azaldığı bildirilmiştir. Bu amaçla, preoperatif ziyaret sırasında anesteziistin önderliğinde interaktif animasyon videoları ve broşürler faydalı olabilir (71,72,73).

2.1.8.1. Cerrahi Türlerine Göre Anksiyete

a. Göğüs-Kalp Damar Cerrahisi: Kalp ve akciğer hastalıklarında anksiyete belirtileri sık görülür. Ayrıca kalbin sembolik anlamı, kalbine müdahale edilecek hastalarda ölüm korkusunu, dolayısıyla preoperatif anksiyete riskini artırır. Yapay solunum aygıtlarına bağlanan hastalarda aygıttan çıkarılma aşamasında anksiyete sık görülür. İmplant edilen kardiyak defibrilatörler yaygın anksiyete bozukluğu riskini artırırlar.

b. Plastik Cerrahi: Plastik cerrahi olgularında görülen beden görünümü bozuklukları anksiyeteye neden olabilir. Estetik amaçlı olarak cerrahiye başvuranlarda beden imgesi bozuklukları olabileceği gibi operasyon sonrasında beklediklerini bulamadıklarında fobik tepkiler geliştirebilirler.

c. Beyin Cerrahisi: Merkezi sinir sistemi lezyonları anksiyeteye neden olabileceği gibi cerrahi komplikasyonu olarak da anksiyete görülebilir.

d. Baş-Boyun Cerrahisi: Sıklıkla şekil bozukluğuna yol açarak anksiyeteye neden olur. Anksiyete de beden imgesini bozarak şekil bozukluğunun olduğundan daha kötü algılanmasına neden olabilir. Yanı sıra giderilemeyen ağrı da anksiyeteyi artırır.

e. Endokrinolojik Cerrahi: Tiroid, paratiroid ve adrenal hastalıklarında diğer psikiyatrik belirtilerin yanı sıra anksiyete de sık görülür.

f. Gastrointestinal Cerrahi: Özofagus-mide-duodenum hastalıklarında ve özellikle irritabl barsak sendromunda anksiyete sık görülür. Kolostomi uygulanan hastalarda fobik tepkiler görülebilir.

g. Ortopedi: Anksiyete daha çok giderilemeyen ağrı ile ilişkilidir.

h. Kanser Cerrahisi: Kansere eşlik eden ölüm korkusu, anksiyeteye yol açabilir.

i. Transplantasyon: Transplantasyonun başarılı olup olamayacağına ilişkin endişeler ve postoperatif dönemde başlanan immünosupresif ilaçlar anksiyeteye neden olabilir.

j. Yanık: Yanık sonrasında travma sonrası stres bozukluğu sık görülür (74,4).

2.1.8.2. Preoperatif Anksiyete Ölçümü

2.1.8.2.1. STAI (State Trait Anxiety Inventory) (Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği)

Anksiyete, durumluk ve sürekli kaygı şeklinde iki kategoriye ayrılabilen davranışsal belirtiler olarak tanımlanır. Durumluk kaygı, herhangi bir akut durumsal odaklı anksiyete atağı şeklinde adlandırılır ve tetikleyici durumun ötesinde kalıcı değildir. Sürekli kaygı, bir kişilik özelliği olarak kabul edilebilen bir anksiyete kalıbıdır. Yüksek bulunan durumluk kaygı düzeyi değerlendirme sırasındaki yüksek kaygı düzeyine işaret ederken, yüksek bulunan sürekli kaygı düzeyi endişeli bir kişilik özelliğini göstermektedir. Durumluk kaygı şimdiki an ile ilgili kaygıyı gösterirken sürekli kaygı kişiliğin değişmez bir boyutunu gösterir (75).

Bir hastanın anksiyete düzeyini ölçmek için yayınlanmış birçok yol vardır. Spielberger'in Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, öznel benlik-ölçüm testleri arasında en sık kullanılan anksiyete testlerinden birisidir. Öncelikle, ortalama sağlıklı insanlarda

kaygı düzeyini ölçmek üzere bir araç olarak geliştirilmiştir, ancak daha sonra hasta gruplarında anksiyetenin ölçülmesinde faydalı bulunmuştur (39).

Ameliyat öncesi anksiyete ölçümünde kullanılan STAI, literatürde altın standart olarak gösterilmektedir (2,39,44). STAI, 1964 yılında Spielberger ve Gorsuch tarafından geliştirilmeye başlanmış olan envanter ile normal ve normal olmayan bireylerdeki sürekli ve durumluk kaygı düzeylerinin ölçülmesi amaçlanmıştır. Türk toplumunda geçerliliği Necila Öner tarafından gösterilmiştir. Türkçeye Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri olarak çevrilmiştir (76).

STAI durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini ölçer. Yirmişer maddeden oluşan iki ayrı ölçeği vardır. STAI, bireyin kendi kendine yanıtlayabileceği, uygulanması kolay bir envanterdir. Her iki ölçek de aynı zamanda uygulanabilir. Envanter okuma yazma bilmeyenlere bireysel olarak uygulandığında, maddeler uygulamacı tarafından okunup, verilen yanıtlar yine uygulamacı tarafından form üzerinde işaretlenir. On dört yaş ve üstünde bilinçli olan hastalara uygulanabilir. Testin kullanımı için özel eğitim gerekmez (76).

Durumluk kaygı ölçeğinin yanıtlanmasında; maddelerin ifade ettiği duyuş, düşünce ya da davranışların şiddet derecesine göre “Hiç”, “Biraz”, “Çok”, “Tamamıyla” sıklarından birinin seçilmesi; sürekli kaygı ölçeğinin yanıtlanmasında ise, maddelerin ifade ettiği duygu düşünce ya da davranışların sıklık derecesine göre, “Hemen Hiçbir Zaman”, “Bazen”, “Çok Zaman” ve “Hemen Her Zaman” sıklarından birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istenir (76).

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 (76).

Durumluk kaygı ölçeğinde on tane (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddeler), sürekli kaygı ölçeğinde ise sekiz tane (21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddeler) tersine çevrilmiş ifade vardır. Puanlama elle yapılabilirdi 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 durumluk 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 (76). Endişeler, zaten stresli bir süre olan anket doldurma sırasında hastanın kaygı düzeyi üzerinde bir etkisi olması konusunda devam eder. Ancak, eğer anketin neden önemli olduğu ve bunu doldurduklarında ne elde etmeyi umdukları konusunda ayrıntılı bir açıklama ile birlikte verilirse olumsuz etkiler minimize edilebilir (1).

2.1.8.3. Preoperatif Anksiyete Tedavisi

Hastanın biyopsikososyal bütünlüğü göz önüne alındığında, anksiyete tedavisinin cerrahi tedavinin ayrılmaz bir parçası olması gerektiği söylenebilir (76). Hastanın kaygı ve endişelerinin empatik bir tutumla dinlenmesi, hastada gerçekçi bir umut oluşmasını sağlar ve başa çıkma mekanizmalarını güçlendirir (43). Ameliyat öncesinde hastalara yeterli destek ve doğru bilgi verilmesi anksiyetenin azaltılması ve hasta sonuçlarının iyileştirilmesi için gereklidir (77,78).

Daha fazla bilgiden yarar görecekt hastaların uygun ama etkili şekilde belirlenebileceği bir yol araştırılmıştır. Ancak, bir doktorun varlığının ve yaklaşımının yerine geçecek daha iyi bir kimse hala yoktur. Hasta bir kişi, yaşam tarzının değişme tehdidiyle baş etmesine ek olarak, cerrahi uygulamanın beklenmedik sonuçları hakkında daha fazla korku duyabilir. Hastaların bu zorlukların tümü ile başa çıkması için mutlaka uygun bir temeli, geçmiş deneyimi veya aile desteği olmayabilir. Her şey dikkate alındığında, hekim hala bu durumda bir yer almak zorunda kalabilir ve çeşitli kılavuzların kullanılması hastaya yardımcı olsa da hekimin rolünün yerine geçemeyebilir (79).

2.1.8.3.1. Psikolojik Hazırlama

Ameliyat öncesi hastalara ilaç verilmesinin amacı başta anksiyeteyi azaltmak, sedasyon sağlamak, hemodinamik stabiliteyi sağlamak, gastrik asit aspirasyonun ihtimalini azaltmak, analjeziyi sağlamak, postoperatif bulantı ve kusmayı önlemektir (3). Perioperatif dönemde hastanın eğitimi ve bilgilendirilmesi psikolojik açıdan ameliyata hazırlamada ilk basamaktır. Bilgilendirmenin kaygı, korku ve depresyon

gelişimini, ameliyat sonrası analjezik gereksinimini azalttığı, hastanede yatış süresini kısalttığı bildirilmiştir (5). Hasta bilgilendirme ve eğitimi; hastaya ameliyattan sonra kendini nasıl hissedebileceğinin, uyandığında nasıl bir ortamda olacağının (hastaya uyanma odası önceden gösterilebilir), hangi fonksiyonlarını ne kadar süreyle kaybedebileceğinin, ameliyat sonrası dönemde vücudunda bulunabilecek tüp ve drenlerin anlamının, olası ameliyat sonrası ağrı ile nasıl baş edebileceğinin öğretilmesi şeklinde yapılabilir (80).

2.1.8.3.2. Farmakolojik Hazırlama

Farmakolojik hazırlıkta premedikasyon ilaçlarının bilinçli kullanımı; hastanın korkusu azalmış, sedatize, huzurlu bir şekilde ameliyat odasına girmesine olanak verir. Amnezi ve anksiyolizis preoperatif medikasyon etkilerinin ilk belirtileridir. Sedasyon ve amnezinin sağlanması da anksiyeteyi azaltır (81,82).

Premedikasyonda kullanılan ilaçlar, ağrıyı en aza indirmek, amnezi ve sedasyon sağlamak, tükürük ve gastrik sekresyonları azaltmak, bulantı ve kusmayı önlemek, alerjik reaksiyonlara karşı profilaksi sağlamak, cerrahi işlem için gerekli olan anestezi ilaç miktarını azaltmak ve cerrahi uyarana karşı refleks tepkileri bastırmak için kullanılır (81).

Sedatif hipnotik ilaç grubuna ait premedikanlar, en popüler ajanlardır ki bunlar benzodiazepinleri ve barbitüratları içerir (81,82). Benzodiazepin grubu olan midazolam doza bağlı olarak anksiyolizis, sedasyon ve amnezi oluşturur (81,82,83). Oral premedikasyon ilaçlarının büyük çoğunluğu, etkilerini tam olarak gösterebilmeleri için, hastanın ameliyathaneye gelişinden 60-90 dk önce verilmelidir (84).

2.2. Hastalık Algısı

Algı, bireyin duyuları ve olayları anlamlı bir dünya deneyimine dönüştürme amacı ile yorumlaması ve düzenlemesi olarak tanımlanır (85). Bu yorumlamalar, bireye ait bilgi, inanç ve beklentiler kılavuzluğunda yapılır. Algı, aynı zamanda hastalık ve/veya yeti yitiminin birey tarafından nasıl anlaşıldığını da gösterir. Bu açıdan bakıldığında hastalık algısı, hastalığın kavramsallaştırılması anlamına gelir. Araştırmalar, bireylerin sağlık durumları ile ilgili algılarının, sıklıkla gerçek fiziksel durumlarından farklı olabileceğini göstermektedir (86).

Hastalık, her bireye göre farklı deneyimlenmektedir. Hastalar kişisel deneyimleri, bilgileri, değerleri inançları ve gereksinimleri ışığında hastalıklarını açıklamaya çalışırlar. Hastalar, herhangi bir hastalık tanısı aldıklarında, kendi durumları ile ilgili inanışlar geliştirirler ve bu inanışlar hastalığa verilecek tepkinin temelini oluşturur. Hastalık hakkında, hastaların fikirlerinin ve algılarının değişimi, tedavi yanıtında da değişikliğe neden olur. Hastalık algısı ve bilişsel durum, hastanın hastalık ve tedavi yanıtını etkiler (87,88,89).

Hastalık algısı, hastalık durumunun bilişsel görünümüdür. Bireyler, herhangi bir hastalık tanısı aldıklarında, genellikle bu tehdit karşısında bilişsel modeller geliştirirler ve bu durum zihinsel ifadelerin yanıtlarını belirler (90). Bireyin hastalık algısı, problemi ya da tehlikeyi tanımlar ve başa çıkma ile ilgili hedefleri belirler. Başa çıkma, hedeflerle ulaşıp ulaşılamayacağı ile ilgili değer biçer. Bundan dolayı başa çıkma, hastalık algısı ile iyi olma durumu arasında bir arabulucu görevi görmektedir (91).

Bilişsel yaklaşımın temelinde bireylerin yeni deneyimleri anlamlandırmak ve davranışlarını planlamak için geçmiş deneyimlerini yansıtan modeller, zihinsel temsiller ya da şemalar geliştirdikleri anlayışı bulunur. Bilişsel yaklaşıma göre benlik saygısı ve beklentilerle ilgili oluşmuş şemalar kişinin kendisi, dünya ve gelecek hakkında olumsuz duygular geliştirmesine neden olur. Kişi geçmişine bağlı olarak oluşturduğu akılcı olmayan şemalarla yaşantılarını bir araya getirir ve analiz eder. Ayrıca kendisini ve olayları mantık hatası yaparak değerlendirir. Böylece kendilik algısındaki çarpıtmalardan (hak etmiyorum, yetersizim, hatalıyım), çevrenin çarpık algılanmasından (beni reddediyorlar, çok şey istiyorlar, mahrum bırakıyorlar) ve geleceğe yönelik karamsar bir bakış açısından (her şey boş, anlamsız, umut yok) oluşan bilişsel üçgen oluşur (87,92).

Bireysel sağlık ve hastalık algısı, kültürlerarası ve hatta aynı kültür çerçevesinde yaşayan insanlarda bile değişmektedir. Bu yüzden toplumları ve kültürel faktörleri iyi bilmek, hayati önem taşımaktadır. Aynı zamanda hastalık algısı, bireyin bilgi kullanımı ve hastalıkla başa çıkmasını da etkilemektedir. Bireyin sağlık ve hastalık algısı daha çok bireyin sağlık davranışını etkileyen toplumsal değerler tarafından etkilenmektedir. Kırsal bir bölgede yapılan bir çalışmada bireylerin hastaneye ya da doktora başvurmadan önce toplumun diğer üyelerinden yardım almak istedikleri görülmüştür (93).

Hastalık algısı, hasta ve ailesi için hastalığının sonucuna ilişkin inanışları içermektedir. Bu kapsamda vurgulanması gereken iki nokta mevcuttur. Birincisi, hastaların inanışları, onları tedavi edenlere göre farklı olmaktadır. Yani sağlık çalışanları için hastanın ne düşündüğü ya hiç sorulmamaktadır ya da pek dikkate alınmamaktadır. İkincisi ise hastaların hastalıkları aynı olsa bile hastalık algıları birbirlerinden çok farklı olabilmektedir (94).

Hastalık durumunda da bireyler, yaşadıkları sorunları anlamlandırmak ve onlarla baş etmek için kendilerine özgü hastalık temsili modellerini geliştirirler. Bu modeller, kişinin hastalık ve yetmezlik durumlarından korunmak için yaptığı davranışın nasıl şekillendiğini ve etkilendiğini açıklamaktadır. Hastalık algısının kavramsallaştıran iki farklı model vardır: sağduyu modeli ve açıklayıcı model. Bu iki model de öz-düzenleme teorisinin bir parçasıdır.

Leventhal ve arkadaşları, hastaların bilişsel modellerle kendi kendilerine baş etme düzeneklerini geliştirdikleri gerekçesiyle sağduyu modelini geliştirmişlerdir. Bu model, hastanın hastalığını veya hastalığını kavramasındaki bilgi işleme süreçlerine katılan etkenleri, bu bilginin hastalığa bakış açısını oluşturmak üzere nasıl bütünleştirildiğini ve bu bakış açısının başa çıkma davranışlarına ve sonuçlarına nasıl kılavuzluk ettiğini açıklar (95). Bu modelde kişiler kendilerine somut ve soyut kaynaklardan sunulan bilgiler ışığında zihinlerinde hastalık ve yaşamı tehdit eden durumlarla ilgili bazı temsiller oluştururlar. Hastalık temsilleri üç kaynak tarafından oluşturulmaktadır. Bu temsillerden ilki, bireyin daha önceki iletişiminden ve kültürel değerlerden edindiği temsillerdir. İkincisi, dış uyaranlar tarafından edinilen (bir yakınının hastalanmasına şahit olmak) bilgilerdir. Üçüncüsü, hastanın kendi deneyimlerinden edindiği temsillerdir. Bu temsillere göre kişiler algıladıkları tehditle baş etmek üzere belirli bir plan oluştururlar. Baş etme stratejisinin başarısı değerlendirilip değiştirilebilir. Hastaların hastalıklarla baş etme modelleri baş etmeyi belirleyen çeşitli faktörlere dayanmaktadır. Sağlık çalışanlarının yanı sıra sosyal ortamlardan, medyadan veya kişilerin şahsi deneyimlerinden elde edilen bilgiler bu temsillerin oluşmasında rol oynar. Sağduyu modeline göre kişiler, hastalıkla ilgili bilgiyi beş ayrı alanda değerlendirir; kimlik, süre, neden, ciddi sonuçlar ve tedavi edilebilirlik/kontrol edilebilirlik. Genel olarak, bu alanların üçü (kimlik, süre ve neden) hastalıkla ilgili olasılık tahmini için kullanılır. Diğer iki alan (sonuçlar ve tedavi-kontrol edilebilirlik) ciddiyet tahmini için temel oluşturur (92,96,97,98).

Sağduyu modeli, bireyin hastalığı ile ilişkili bilgi işleme sürecini etkileyen faktörlerdir. Bu model, bireye yapılan uygulamaların, bireyin hastalıkla başa çıkmasında, hastalık algısının nasıl etkilendiğini açıklamada yardımcı olmaktadır. Aynı zamanda bireyin tedavi arayışı içinde olup olmadığını da göstermektedir. Bu modelde birey belirtileri tanımaya ve anlamlandırmaya çalışılmaktadır. Bu model, bireyin mevcut semptomları bir tehdit olarak görüp görmediği ve tıbbi veya profesyonel biri tarafından desteklenme ihtiyacı olup olmadığını belirlemektedir. Bu nedenle bireyin başa çıkma yöntemleri, semptom, algı ve duyularla ilgilidir. Olası başa çıkma yöntemlerinden biri tedavi yolunu aramak diğeri ise sorundan kaçmaktır (99).

Sağduyu modeline göre, birey hastalığını tehdit eden etkene karşı üç şekilde yanıt verir. İlkinde, içsel veya dışsal uyarıları yorumlayan birey, hastalığın neden olduğu bir tehdit imgesi oluşturur. Bilişsel etkenler ve uyarana karşı emosyonel tepki, hastalık temsillerini oluşturur. Bu temsiller ikinci aşamaya geçişte birincil kılavuzlardır. İkincil olarak, sorun ve emosyonlarla başa çıkma stratejileri için eylem planlarını içerir. Başa çıkma yolları, hastalığın yönetilmesi ve hastalıkla başa çıkmak amacı ile gerçekleştirilen eylem planlarının geliştirilmesini kapsar. Üçüncü adımda ise birey, sorunun nasıl tanımlanacağı veya sunulacağına dayanan başarılı başa çıkma eylemleri ile ilgili özgül ölçütleri ve eyleme geçmek için yetilerini ve bu yetilerin istenen sonuçlar üzerine etkilerini öngörmeye çalışır (100).

Arthur Kleinman'ın çabaları sonucunda açıklayıcı modeller ruhsal bozukluklar ile ilişkilendirilmiştir. Kleinman, hastalığın anlaşılmasında profesyonel olan ve olmayanların sıklıkla uyuşmadığını fark etmiştir (101).

Hastalık algısı bireylerin tedaviye uyum gibi hastalığa ilişkin davranışlarını ve baş edebilme becerilerini belirlemede önemlidir. Yapılan çalışmalarda hastalık algısının bireyin bakım ve tedavisini etkilediği belirtilmektedir. Frosthalm ve ark. hastaların hastalık algısının temel sağlık hizmetlerini kullanmaları üzerine etkisini inceledikleri çalışmada; hastalıklarının nedenlerini stres, psikososyal ve yaşam şekli ile ilişkilendirenlerin, daha fazla semptom yaşayanların, hastalığının uzun sürede iyileşeceğine ve ciddi sonuçları olacağına inananların primer sağlık bakım merkezlerini daha fazla kullandıklarını belirtmişlerdir (102).

2.2.1. Hastalık İle İlgili İnanışlar

Her birey hastalığı farklı şekilde yaşamakta ve kendi düşünce ve algıları ile hastalık karşısındaki tepkilerini şekillendirmektedir (103,104). Bu noktada, Leventhal'in kendini düzenleme modeli ve bu modeli temel alan ve bireylerin hastalıkları ile ilgili inançlarının yansıması olan hastalık algısı kavramı oldukça önemlidir (105,106,107,108).

2.2.1.1. Hastalık İle İlgili Kendini Düzenleme Modeli

Herhangi bir hastalık tanısı aldıklarında hastalar, kendi durumları hakkında, bilgileri, psikolojik iyilik halleri, değerleri, gereksinimleri doğrultusunda her bireye göre farklılık gösterebilen çeşitli inanışlar geliştirirler ve hastalıklarını anlamaya çalışırlar (98,107,109). Leventhal ve arkadaşları, hastaların bu bilişsel modellerle kendi baş etme yöntemlerini geliştirdiklerini ileri sürerek “Hastalıkla İlgili Kendini Düzenleme Modeli”ni (Self-Regulatory Model of Illness) geliştirmişlerdir (106).

Kendini düzenleme modeli, bireyin hastalık ve kısıtlanma durumları ile başa çıkmak için yaptığı davranışın nasıl şekillendiğini ve etkilendiğini açıklamaktadır. Hastalıkla ilgili kendini düzenleme modeline göre hastalık temsillerinin 5 bileşeni vardır ve her bir hastanın hastalığının kimliği, nedeni, sonuçları, süresi ve tedavisi kontrol edilebilirliği ile ilgili kendi fikirleri olduğunu varsayar (106,107,108). Kimlik, hastalık belirtileri de dâhil olmak üzere hastalığın ismini, doğasını; Neden, hastalığın ortaya çıkmasını sağlayan biyolojik veya psikososyal faktörleri; Sonuçlar ise, hastalığın uzun ve kısa süreli olmak üzere fiziksel, ekonomik, sosyal ve duygusal etkilerini. Süre, hastalığın akut, aşamalı veya kronik olup olmadığı ile ilgili algıları, Tedavi/Kontrol Edilebilirlik ise hastalıkla ne kadar ve hangi yollarla başedildiği veya idare edildiği ile ilgili inanışları içerir (110,111).

a) Hastalığın Kimliği

Hastalar genellikle durumlarıyla ilişkilendirdikleri semptomlarda olduğu gibi hastalıklarıyla ilgili de temsiller kurarlar. Çoğu birey baş ağrısı ya da nezle gibi sıklıkla görülen hastalıklar hakkında yaşayacakları semptomlardan haberdardır ancak bilmediği başka hastalıklarla karşılaşınca bireylerin fikirleri belirsiz hale gelmektedir. Buna

rağmen herhangi hastalık tanısı aldıklarında yaşayacakları semptomlar hakkında zamanla çeşitli inanışlar geliştirebilirler. Bu durumun en önemli yanı, bireylerin hastalıklarının semptomları hakkındaki bakış açısı, tedaviyi düzenleyen tıbbi personelin bakış açısından çok farklı olabilir ve hatta hastalıkları ile ilgili olmasa bile yanlış yorumlar yapabilirler, çünkü birey, kimlik alt boyutundaki belirtileri ne kadar yüksek algılsa psikolojik iyilik hali, fiziksel sağlık ve sosyal açıdan o kadar olumsuz etkilenebilmektedir (110,112,113).

b) Nedensel İnanışlar

Hastalar tanı aldıktan hemen sonra neden bu hastalığı yaşadıklarına dair inanışlar geliştirirler ve bu inanışlar, hastalığın ortaya çıkmasını sağlayan biyolojik veya psikososyal faktörleri ve sebepleri içermektedir (114). Algılanan nedenlerin, “biyolojik (enfeksiyon, bağışıklık sistemi, başka hastalıklar), duygusal (kaygı, depresyon), çevresel (kimyasallar, hava kirliliği) ve psikolojik (çok çalışma, kişilik özellikleri)” olarak listelenebileceği belirtilmektedir (95). Nedensel inanışlar, hastaların hastalıkları için araştırdıkları tedavi yöntemini etkilemede ve/veya şekillendirmede önemlidir. Örneğin koroner arter hastalığı olan bir kişi, hastalığının sebebini yanlış beslenme gibi kötü sağlık koşullarına bağlıyorsa bu davranışlarını değiştirmeye çalışacaktır veya stresin neden olduğunu düşünüyorsa işini, çevresel faktörleri ona göre şekillendirecektir. Nedensel inanışlar, özellikle hasta hastalığın nedeni olarak kendini suçluyorsa psikolojik iyilik durumunu da olumsuz etkilemektedir (10,111,114).

c) Zamansal İnanışlar

Süre, hastalığın seyri, akut, aşamalı, döngüsel veya kronik olup olmadığı ile ilgili algıları içermektedir. Süreye ait algı hem öznel hem de nesnel olabilmektedir. Özellikle hastanın ilaç alımı ve tedavi uyumu ile zamansal inanışlar arasında önemli bir ilişki vardır. Akut hastalar, kronik hastalara göre ilaç ve tedavilerini daha erken terk etme eğilimindedirler (10,110,111).

d) Kontrol ve Tedavi Hakkındaki İnanışlar

Tedavi ve kontrol edilebilirlik hastalıkla ne kadar ve hangi yollarla baş edildiği, hastalığın gidişatında bireysel etki ya da tıbbi tedavi etkisi ile ilgili inanışları içermektedir (115). Hastaların, kişisel kontrole ne kadar hassas olduğu, hastalıklarının kontrol edilebilirliğine dair inançları, tedavinin gidişatını etkilemektedir. Yüksek seviyedeki kontrol genellikle kısa zamansal algıyla ilişkilidir (110).

e) Sonuçlar

Sonuçlar ise, hastalığın uzun ve kısa süreli olmak üzere bireyi fiziksel, ekonomik, sosyal ve duygusal olmak üzere nasıl etkileyeceğini kapsamaktadır (116). Bu durum bireyin iş hayatında, aile yaşantısında, hayat tarzında ve ekonomik anlamda yaşayacağı etkileri kapsamaktadır. Sonuçlar ölçeği, hastalığının şiddetine ve fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine olası etkileriyle ilgili inançlarını anlatmaktadır (98,110,111).

2.2.2. Hastalık Algısını Değerlendirme

Klinikte hastaların hastalıkları hakkındaki görüşleri nadiren sorulmaktadır ancak hastalar fikirlerini tartışmaktan mutluluk duyarlar ve kendilerini test edilmiş gibi hissetmezler (90). Bu konuyla ilgili olası bir giriş cümlesi: “Hastaların çoğu hastalıkları hakkında kendilerince bir fikir geliştirirler, sizinle bu konuda konuşmak istiyorum” olabilir ve bunu şu tarzda spesifik sorular takip edebilir: “Bu duruma neyin sebep olduğunu düşünüyorsunuz?” ve “Bu hastalığın sizin için en önemli sonuçları nelerdir?”.

2.2.3. Hastalık Algısı ve Klinik Sonuçlar

Hastalık algısının hastalıkların ciddi sonuçlarıyla giderek artan bir ilişki içinde olduğu gösterilmiştir. Yapılan araştırmalarda negatif hastalık algısı geliştiren hastalarda hiçbir patolojinin bulunmamasına rağmen, bu durumun hastayı daha az rahatlattığına dair kanıtlar vardır (117). Spesifik hastalıklar için genetik risk faktörüne sahip hastalarda, durumları hakkındaki inanışlarından dolayı risk durumlarının anlaşılmasında ve riski azaltma imkanlarını sağlamada başarısızlığa uğramıştır (118).

Birçok çalışma, hastalıkları hakkında negatif algı geliştiren hastalarda (örneğin durumlarıyla ilişkili bir çok semptom, daha ciddi sonuçlar, uzun zamansal inanışlar), başlangıçtaki durumun tıbbi anlamda ciddiyetinden bağımsız olarak, gelecekteki yetersizlikleriyle ve daha yavaş iyileşmeleriyle ilişkili olduğunu göstermiştir (119,120,121). Örneğin, yeni bir sağlık problemi bulunan 1000'in üzerinde genel poliklinik hastasıyla yapılan çalışmada güçlü hastalık kimliği, uzun zaman, durumun hissedilen ciddi sonuçları ilerdeki sağlık bakımı kullanımı ile ilişkili, önceki sağlık bakımı kullanımından ve doktorun sağlık probleminin ciddiyetini belirlemesinden ise bağımsız bulunmuştur (102).

2002 yılında yapılan bir çalışma kalp krizi geçiren ve standart bakım alan hastaların farklı algılarına yönelik uygulanan bilişsel ve davranışsal müdahaleleri karşılaştırarak iyileşmenin gelişimini araştırmıştır. Bu çalışmada, müdahalenin hastaların hastanede kaldığı süre içerisinde hastalık inanışlarında belirgin pozitif değişikliklere neden olduğunu ve kontrol grubuna göre işe geri dönüşlerinin belirgin olarak daha erken olduğunu bulmuşlardır (122). Bu da hastalık algısının kısa bilişsel müdahale ile başarılı bir şekilde değiştirilebileceğini öne sürmüştür ve bu yaklaşım kendini alıştırma ve işlevselliği artırma için diğer hastalıklarda da yararlı olabileceğini düşündürmüştür. Şu anda yanlış hastalık inanışlarını, özellikle erken evrelerde düzenleyebilmek için efektif ve verimli metotlar geliştirmeye ihtiyaç vardır.

Sonuç olarak hastalık tanısı alan hastalar hastalıklarını anlamlandırabilmek için bilişsel modeller geliştirirler. Bu hastalık algıları tedaviye bağlılık gibi hastalığa özel davranış geliştirmede ve başa çıkma yöntemleri geliştirmede önemlidir. Son 10 yılda artan kanıtlar, negatif hastalık görüşü olan hastaların daha kötü hastalık sonuçlarına sahip olacağını göstermektedir. Son çalışmalarda hastanın hastalığa uyumunu artırma amacıyla önemli fırsatlar sunmanın hastalık algısını olumlu yönde etkileyeceği vurgulanmaktadır (90,117).

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1 Araştırma Projesi

Bu çalışmada; araştırma evreni olarak belirlenen hastaların STAI-I Durumluk Anksiyete Ölçeği ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeği'ni doldurması sağlandıktan sonra verilerin istatistiksel yöntemler yardımıyla değerlendirilerek, preoperatif cerrahi hastalarında hastalık algısının ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Tipi ve Süresi

Bu araştırma kesitsel, tanımlayıcı bir anket çalışması olup, Temmuz 2016 tarihinde başlanarak 6 ay süre içinde tamamlandı.

3.3. Araştırmanın Yeri

Araştırma etik kurul onayı alındıktan sonra Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi cerrahi servislerinde gerçekleştirildi.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi cerrahi servislerinde yatan preoperatif dönemdeki örneklem seçim kriterlerini karşılayan hastalar çalışmaya dâhil edildi. Örneklem büyüklüğü evren sayısı bilinen örneklem formülü ile hesaplandı.

3.5. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi cerrahi servislerinde yatıp ameliyata henüz girmemiş olmak, 18 yaşından büyük olmak, psikiyatrik hastalığı olmamak, gönüllü onam vermiş olmak, elektif ameliyat planlanmış olmasıdır.

3.6. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

18 yaşından küçük olmak, gönüllü onam vermemek, psikiyatrik hastalığı olmak, acil ameliyat kararı verilmiş olmasıdır.

3.7. Araştırmanın Uygulanması

Çalışma, cerrahi kliniklerine elektif ameliyat planlanarak yatışı yapılan 195 hasta ile yüz yüze görüşme yöntemi ile gerçekleştirildi. Öncelikle her hastaya araştırmanın içeriği ve amacı anlatılarak sözel ve yazılı onamları alındı. Çalışma türünün kesitsel olarak planlandığı araştırmamızda, hastaların eğitim ve sosyokültürel düzeylerindeki farklılıklar göz önünde bulundurularak anket formları hastalara okunup hastaların vermiş olduğu cevaplar anket formuna işaretlendi.

Hastaların anksiyete düzeyleri Spielberg'in Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-I) ile hastalık algısı ise Kısa Hastalık Algısı Ölçeği ile değerlendirildi.

STAI durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini ölçer. Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-I) bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini betimlemesini, içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını dikkate alarak cevaplamasını gerektirir. Sürekli Kaygı Ölçeği ise (STAI-II); bireyin genellikle nasıl hissettiğinin ifadesini gerektirir. Yirmişer maddeden oluşan bu iki ölçek de aynı zamanda uygulanabilir. On dört yaş ve üstünde bilinçli olan hastalara uygulanabilir. Testin kullanımı için özel eğitim gerekmez (76).

Durumluk Kaygı Ölçeğinin yanıtlanmasında; maddelerin ifade ettiği duygu, düşünce ya da davranışların şiddet derecesine göre “Hiç”, “Biraz”, “Çok”, “Tamamıyla” şıklarından birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istenir.

Ölçeklerde iki türlü ifade bulunmaktadır. Bunlara (1) doğrudan ya da düz (direct) ve (2) tersine dönmüş (reverse) ifadeler olarak belirtilmektedir. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirmektedir. Olumlu duyguları dile getiren (tersine çevrilmiş) ifadelerde 4 değerlikli yanıtlar düşük, 1 değerlikli yanıtlar yüksek kaygıyı gösterir. Olumsuz duyguları dile getiren (doğrudan) ifadelerde ise 4 değerlikli yanıtlar en yüksek kaygıyı gösterir.

Durumluk kaygı ölçeğinde on tane (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddeler) tersine çevrilmiş ifade vardır. Puanlama elle yapılabildiği gibi bilgisayar yardımı ile de yapılabilir. Elle yapılan puanlamada, doğrudan (direct) ve tersine çevrilmiş (reverse) ifadelerin her biri için iki ayrı anahtar hazırlanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerdeki toplam ağırlıklı puan çıkarılır ve bu sayıya değişmeyen bir değer eklenir. Bu değer Durumluk Kaygı Ölçeği için 50, Sürekli Kaygı Ölçeği için ise 35'tir. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan 20 ile 80 arasında değişir.

Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan ise düşük kaygı seviyesini gösterir. Ortalama puan seviyesi 36 ile 41 arasında değişmektedir.

Kısa Hastalık Algısı Ölçeği dokuz madde içermektedir. Her madde hastalık algısına ilişkin bir bileşeni sorgulamaktadır. Ölçeğin ilk sekiz maddesi; hastalıktan etkilenme, hastalık süresi, hastalık üzerinde kontrol, tedaviye inanç, şikâyetlerin derecesi, hastalıktan duyulan endişe, hastalığı anlama, hastalıktan duygusal olarak etkilenme şeklindeki algıları belirler. Katılımcılar her maddeye 0 ile 10 arasında bir değer vermektedir. 1, 2, 5, 6 ve 8. sorular için, 0 puan iyi hastalık algısını, 10 puan kötü hastalık algısını gösterir. 3, 4 ve 7 numaralı maddeler için, 0 puan kötü hastalık algısını, 10 puan iyi hastalık algısını gösterir. Bu sekiz maddeye verilen değerlerden 3,4 ve 7. soruların puanları ters çevrilerek diğer soruların puanlarıyla toplanır ve hastalık algısı toplam skoru elde edilir. Hastalık algı skoru arttıkça kişinin farklı parametrelere göre hastalıktan etkilenme düzeyi ve hastalığı endişe verici olarak algılama düzeyi artmaktadır. Kısa Hastalık Algısı Ölçeği'nin dokuzuncu maddesinde ise olgulara hastalıklarının nedeni olarak inandıkları faktörlerin ne olduğu sorulur (117).

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi

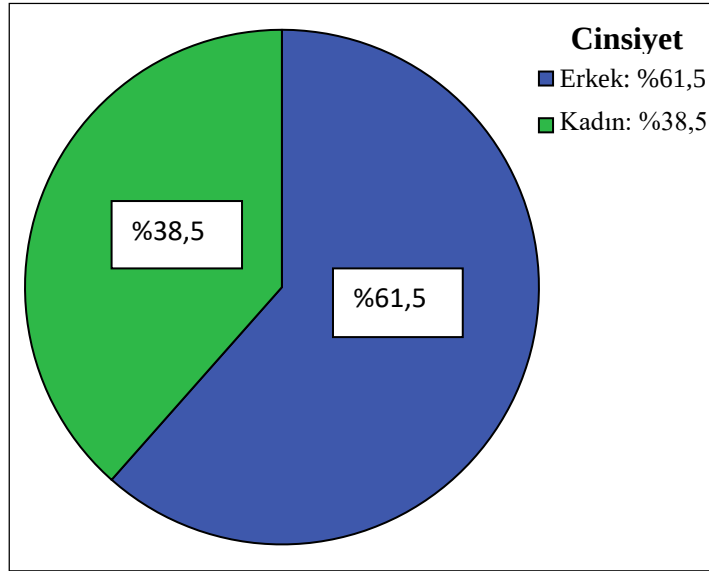
Bu araştırmada elde edilen veriler SPSS 15.0 (Statistical Package for Social Science) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin analizinde frekans, yüzde, ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistiklerden faydalanılmıştır. Kantitatif verilerin normal dağılıma uygunluğu varyasyon katsayısı, histogram ve tek örneklem Kolmogorov Smirnov testi ile incelendi, buna göre normal dağılan verilere parametrik testler (Student's t testi), normal dağılmayan verilere nonparametrik (Mann Whitney U, Kruskal Wallis) testler uygulandı. İki bağımsız grubun karşılaştırmasında Student's t testi, ikiden fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis testi kullanıldı. Kruskal Wallis testinde anlamlılık saptanan değişkenler arasındaki farkı belirlemek için ikili gruplara Mann-Whitney U testi uygulanarak Bonferroni düzeltmesi yapıldı. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile incelendi. Sonuçlar %95 güven aralığında, $p < 0,05$ istatistiksel anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

4. BULGULAR

Örneklemin %38,5'i (n=75) kadın, %61,5'i (n=120) erkekti (Tablo 1)(Grafik 1).

Tablo 1: Cinsiyet dağılımı

Cinsiyet	Frekans	Yüzde	Kümülatif Yüzde
Erkek	120	61.5	61.5
Kadın	75	38.5	100.0



Grafik 1: Cinsiyet dağılımı

Örneklemin yaş ortalaması $48 \pm 17,2$, en küçük yaş 18, en büyük yaş ise 85 idi (Tablo 2).

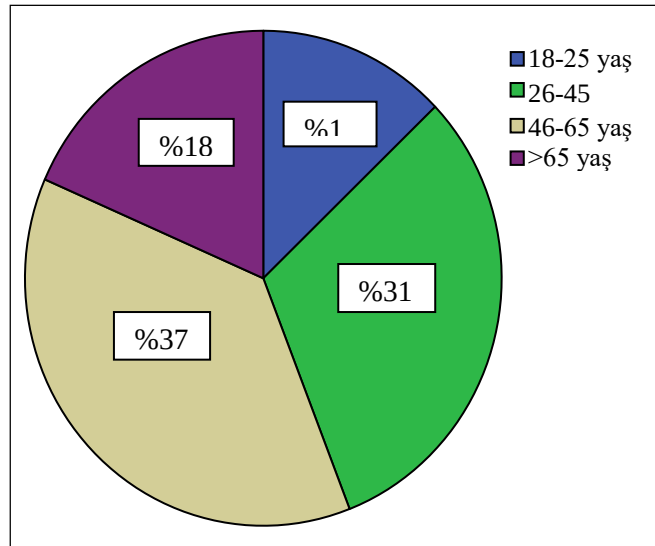
Tablo 2: Yaş dağılımı

Yaş	Ortalama	Standart sapma	Minimum	Maximum
	48.06	17.22	18	85

Hastaların %12,8'i (n=25) 18-25 yaş, %31,3'ü (n=61) 26-45 yaş, %37,4'ü (n=73) ise 46-65 yaş aralığında ve %18,5'i (n=36) 65 yaş üzerindiydi. (Tablo 3)(Grafik 2).

Tablo 3: Yaş gruplarına göre dağılım

Yaş grubu	Frekans	Yüzde	Kümülatif Yüzde
18-25 genç	25	12.8	12.8
26-45 erişkin	61	31.3	44.1
46-65 orta yaşlı	73	37.4	81.5
>65 yaşlı	36	18.5	100.0

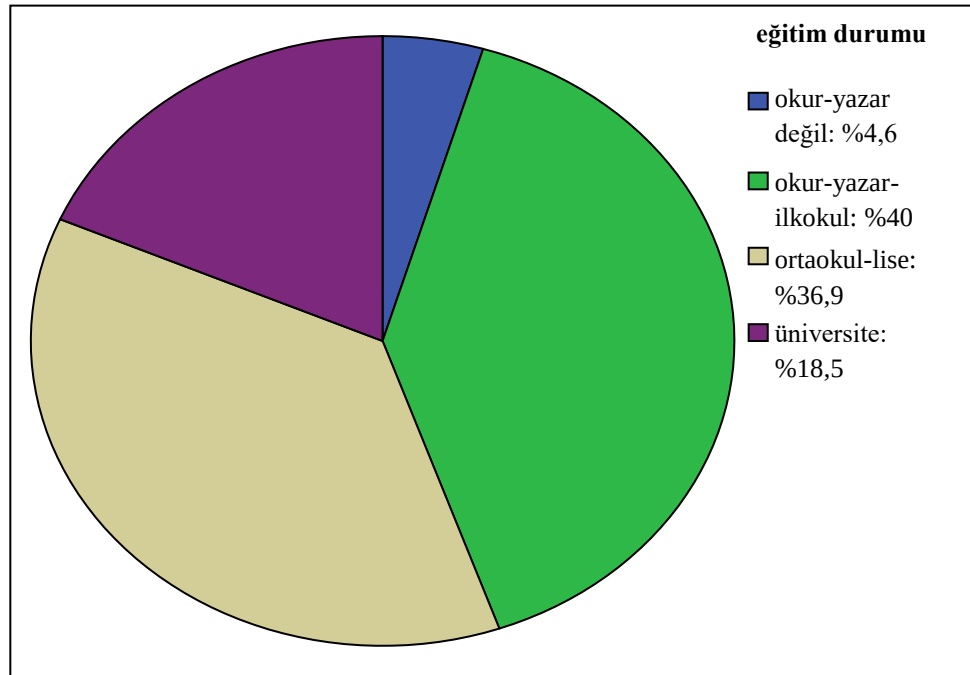


Grafik 2: Yaş gruplarına göre dağılım

Araştırmaya katılan hastaların %4,6'sının (n=9) okur-yazar olmadığı, %40'ının (n=78) okur-yazar veya ilkokul mezunu olduğu, %36,9'unun (n=72) ortaokul veya lise mezunu olduğu, %18,5'inin (n=36) üniversite mezunu olduğu görüldü (Tablo 4)(Grafik 3).

Tablo 4: Eğitim durumuna göre dağılım

Eğitim Durumu	Frekans	Yüzde	Kümülatif Yüzde
Okur-yazar değil	9	4.6	4.6
Okur-yazar-ilkokul mezunu	78	40.0	44.6
Ortaokul-lise mezunu	72	36.9	81.5
Üniversite mezunu	36	18.5	100.0



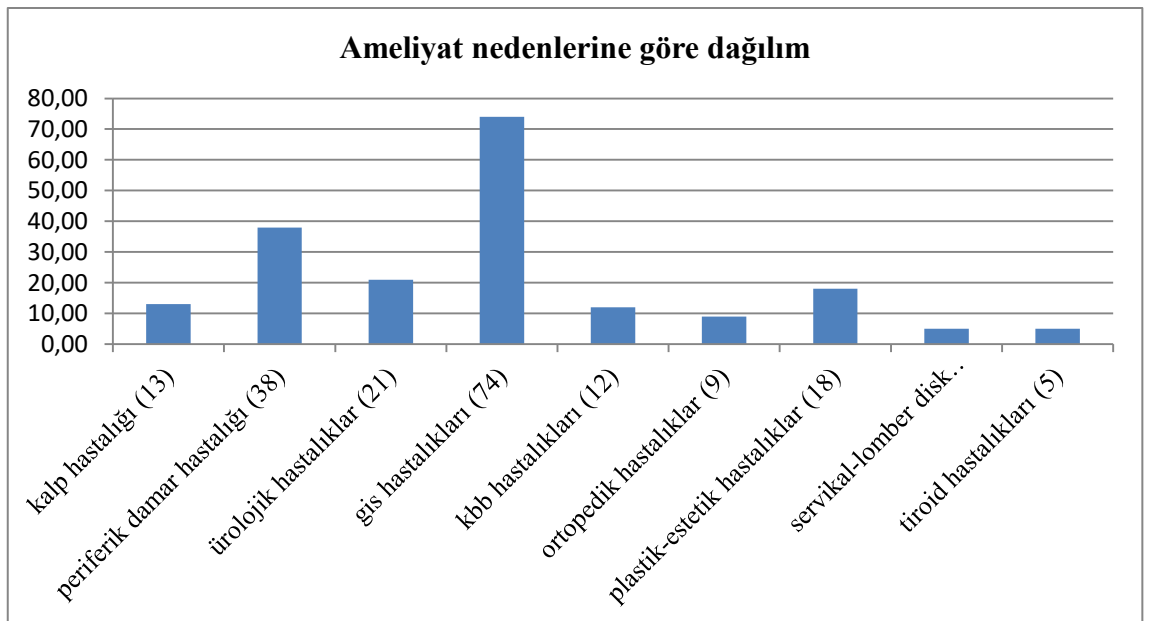
Grafik 3: Eğitim durumuna göre dağılım

Hastalar ameliyat nedenlerine göre incelendiğinde; %6,7'sinin (n=13) kalp hastalıkları, %19,5'inin (n=38) periferik damar hastalıkları, %10,8'inin (n=21) ürolojik hastalıklar, %37,9'unun (n=74) gastrointestinal sistem hastalıkları, %6,2'sinin (n=12) baş-boyun (kbb) hastalıkları nedeniyle, %4,6'sının (n=9) ortopedik hastalıklar

nedeniyle, %9,2'sinin (n=18) cilt hastalıkları (plastik/estetik hastalıklar) nedeniyle, %2,6'sının (n=5) disk hernileri nedeniyle, %2,6'sının (n=5) tiroid hastalıkları nedeniyle ameliyat olacağı görülmüştür (Tablo 5)(Grafik 4).

Tablo 5: Ameliyat nedenlerine göre dağılım

Ameliyat Nedenleri	Frekans	Yüzde	Kümülatif Yüzde
Kalp hastalığı	13	6.7	6.7
Periferik damar hastalığı	38	19.5	26.2
Ürolojik hastalıklar	21	10.8	36.9
Gis hastalıkları	74	37.9	74.9
Kbb hastalıkları	12	6.2	81.0
Ortopedik hastalıklar	9	4.6	85.6
Plastik/estetik hastalıklar	18	9.2	94.9
Servikal-lomber disk hernisi	5	2.6	97.4
Tiroid hastalıkları	5	2.6	100.0



Grafik 4: Ameliyat nedenlerine göre dağılım

Hastaların %38,5'inde (n=75) ek hastalık varken, %61,5'inde (n=120) ek hastalık yoktu (Tablo 6).

Tablo 6: Ek hastalık varlığına göre dağılım

	Frekans	Yüzde	Kümülatif Yüzde
Ek hastalık var	75	38.5	38.5
Ek hastalık yok	120	61.5	100.0

Hastaların %38,5'i (n=75) geçirilmiş operasyon öyküsü belirtirken, %61,5'i (n=120) operasyon geçirmediğini belirtti (Tablo 7).

Tablo 7: Geçirilmiş operasyon varlığına göre dağılım

	Frekans	Yüzde	Kümülatif Yüzde
Op. öyküsü var	75	38.5	38.5
Op. öyküsü yok	120	61.5	100.0

Psikiyatrik hastalık varlığı dışlama kriterinde yer aldığından hastaların tamamında psikiyatrik hastalık öyküsü yoktu.

STAI-I durumluk anksiyete ölçeği puan ortalaması $36,8 \pm 12,63$, kısa hastalık algısı ölçeği toplam puanı ortalaması $34,2 \pm 12,9$ olarak bulundu. Kısa hastalık algısı ölçeği sorulara göre incelendiğinde; hastalıktan etkilenme düzeyi sorusunun ortalama puanı $6,16 \pm 2,69$, hastalık süresi ile ilgili sorunun ortalama puanı $3,72 \pm 3,48$, hastalık üzerinde kontrol ile ilgili sorunun ortalama puanı $2,24 \pm 2,45$, tedavi inancı sorusunun ortalama puanı $8,65 \pm 1,88$, şikayetlerin derecesi sorusunun ortalama puanı $6,22 \pm 2,99$, endişe düzeyi sorusunun ortalama puanı $4,03 \pm 3,15$, hastalığını anlama düzeyi sorusunun ortalama puanı $8,77 \pm 1,94$, duygusal etkilenme sorusunun ortalama puanı ise $3,73 \pm 3,54$ olarak bulundu (Tablo 8).

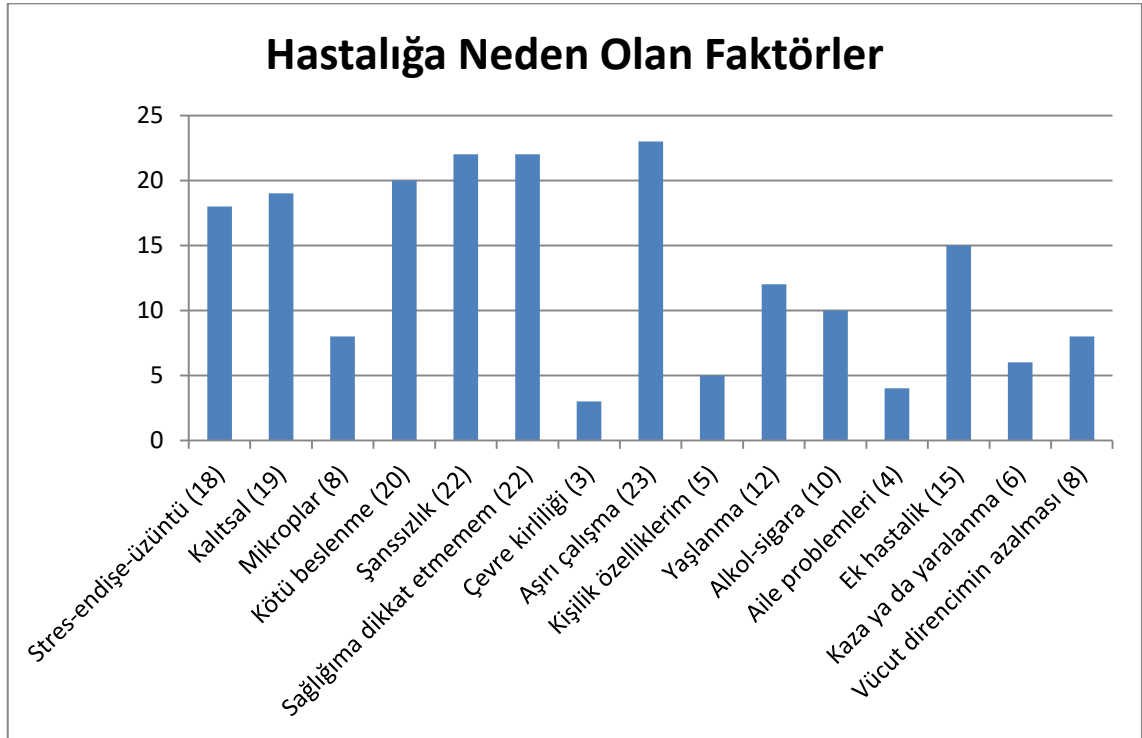
Tablo 8: STAI-I, Kısa Hastalık Algısı Ölçeği sorularının ve toplam puanının ortalama ve standart sapma değerleri

	Ortalama	Standart Sapma
STAI-I puanı	36.80	12.63
KHAÖ toplam puan	34.20	12.98
Hastalıktan etkilenme düzeyi	6.16	2.69
Hastalık süresi	3.72	3.48
Hastalık üzerinde kontrol	2.24	2.45
Tedaviye inanç	8.65	1.88
Şikayetlerin derecesi	6.22	2.99
Endişe düzeyi	4.03	3.15
Hastalığı anlama düzeyi	8.77	1.94
Duygusal etkilenme	3.73	3.54

Kısa hastalık algısı ölçeğindeki hastalığa neden olan faktörler incelendiğinde; %9,2'sinin (n=18) stres-endişe-üzüntü, %9,7'sinin (n=19) kalıtsal faktörler, %4,1'inin (n=8) mikrobik hastalıklar, %10,3'ünün (n=20) kötü beslenme, %11,3'ünün (n=22) şanssızlık, %11,3'ünün (n=22) sağlığına dikkat etmemesi, %1,5'inin (n=3) çevre kirliliği, %11,8'inin (n=23) aşırı çalışma, %2,6'sının (n=5) kişilik özellikleri, %6,2'sinin (n=12) yaşlanma, %5,1'inin (n=10) alkol-sigara, %2,1'inin (n=4) aile problemleri, %7,7'sinin (n=15) ek hastalık, %3,1'inin (n=6) kaza ya da yaralanma, %4,1'inin (n=8) vücut direncinin azalması nedenlerinden hastalıklarının ortaya çıktığını düşündüğü görüldü (Tablo 9)(Grafik 5).

Tablo 9: Hastalık nedenlerine göre dağılım

Faktörler	Frekans	Yüzde	Kümülatif Yüzde
Stres-endişe-üzüntü	18	9.2	9.2
Kalıtsal	19	9.7	19.0
Mikroplar	8	4.1	23.1
Kötü beslenme	20	10.3	33.3
Şanssızlık	22	11.3	44.6
Sağlığıma dikkat etmemem	22	11.3	55.9
Çevre kirliliği	3	1.5	57.4
Aşırı çalışma	23	11.8	69.2
Kişilik özelliklerim	5	2.6	71.8
Yaşlanma	12	6.2	77.9
Alkol-sigara	10	5.1	83.1
Aile problemleri	4	2.1	85.1
Ek hastalık	15	7.7	92.8
Kaza ya da yaralanma	6	3.1	95.9
Vücut direncimin azalması	8	4.1	100.0



Grafik 5: Hastalık nedenlerine göre dağılım

4.1. Anksiyete ile İlgili Bulgular

Tablo 10: Hastaların Ameliyat Öncesi Durumluk Anksiyete Düzeylerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

	Cinsiyet	n	Ortalama	S.S.	p
STAI puanı	Erkek	120	34.86	12.19	*0.007
	Kadın	75	39.89	12.77	

Student's t testi * $p < 0,05$



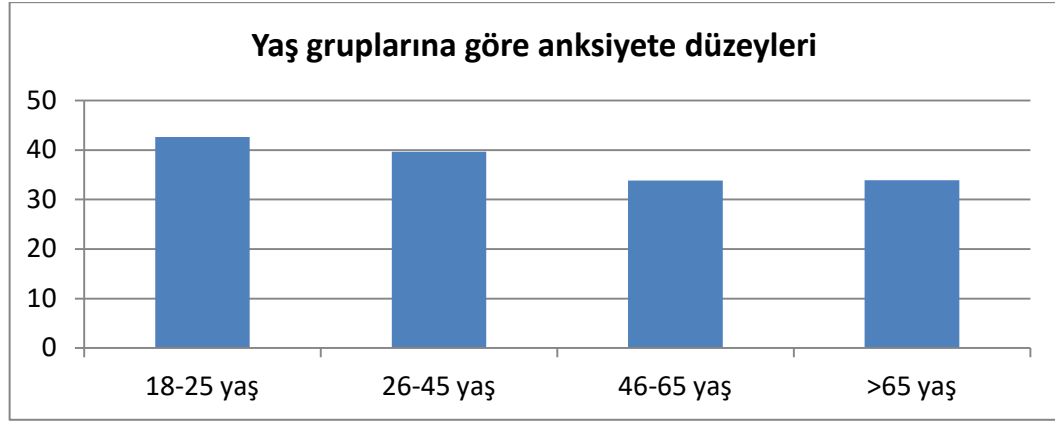
Grafik 6: Hastaların Ameliyat Öncesi Durumluk Anksiyete Düzeylerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Tablo 10 ve grafik 6 incelendiğinde; kadınların ameliyat öncesi durumluk anksiyete düzeyleri ile erkeklerin anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. Kadınların anksiyete düzeyleri erkeklere göre daha yüksekti ($p < 0,05$).

Tablo 11: Hastaların Ameliyat Öncesi Durumluk Anksiyete Düzeylerinin Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

STAI puanı	Yaş Grubu	n	Ortalama	S.S.	p
	18-25 genç	25	42.64	11.25	*0.01
	26-45 erişkin	61	39.62	13.81	
	46-65 orta yaşlı	73	33.86	11.37	
	>65 yaşlı	36	33.91	11.80	

Kruskal Wallis Testi * $p<0,05$



Grafik 7: Hastaların Ameliyat Öncesi Durumluk Anksiyete Düzeylerinin Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

Tablo 11 ve grafik 7 incelendiğinde; hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete düzeyleri yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermekteydi ($p<0.05$). Gruplar ikili olarak Mann Whitney U testi ile analiz edilip Bonferroni düzeltmesi yapılarak değerlendirildiğinde; 18-25 yaş genç hasta grubunun anksiyete düzeyi, 46-65 yaş orta yaş hasta grubuna göre yüksekti ($p<0,012$), yine 18-25 yaş genç hasta grubunun anksiyete düzeyi, >65 yaş yaşlı hasta grubuna göre yüksekti ($p<0,012$).

Tablo 12: Hastaların Yaşları ile Ameliyat Öncesi Durumluk Anksiyete Düzeylerinin İlişkisi

	STAI puanı	
Yaş	r	p
	-0.239	*0.001

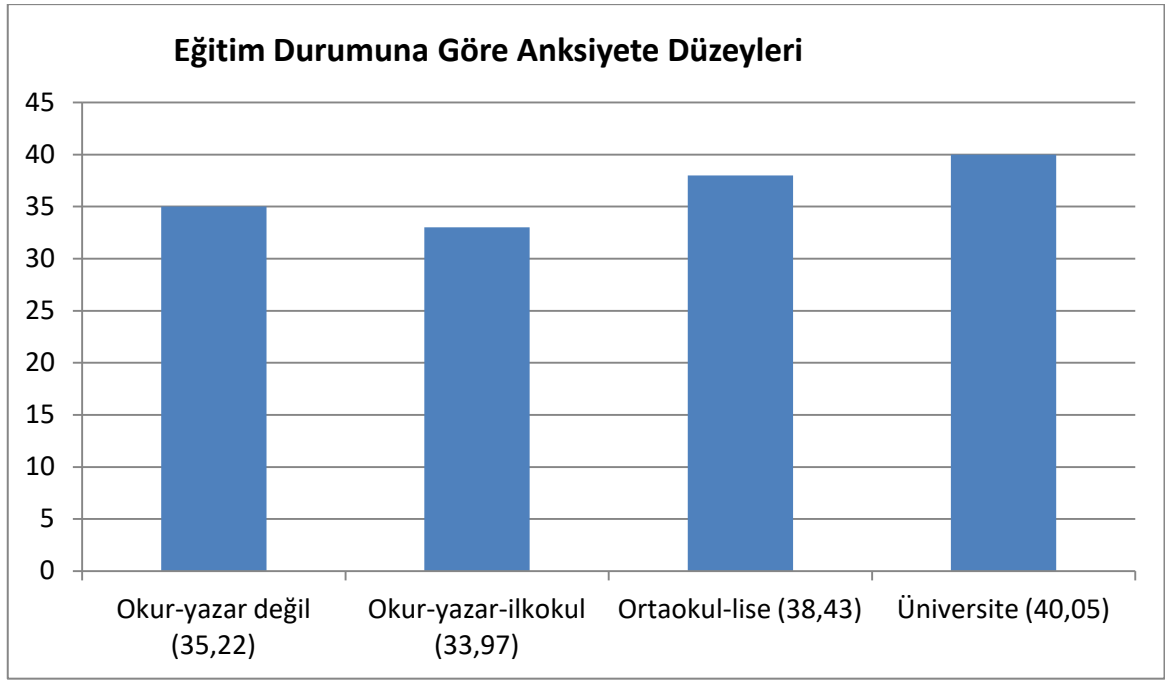
*r: pearson korelasyon katsayısı * p<0,05*

Tablo 12 incelendiğinde; hastaların yaşları ile ameliyat öncesi durumluk anksiyete düzeyleri arasında negatif yönde istatistiksel olarak zayıf orta düzeyde anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Hastaların yaşı arttıkça anksiyete düzeyi azalmaktadır (r=-0,24, p<0,001).

Tablo 13: Hastaların Ameliyat Öncesi Durumluk Anksiyete Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması

	Eğitim Durumu	n	Ortalama	S.S.	p
STAI puanı	Okur-yazar değil	9	35.22	9.29	*0.03
	Okur-yazar-ilkokul	78	33.97	12.04	
	Ortaokul-lise	72	38.43	13.14	
	Üniversite	36	40.05	12.63	

*Kruskal Wallis Testi *p<0,05*



Grafik 8: Hastaların Ameliyat Öncesi Durumluk Anksiyete Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması

Tablo 13 ve grafik 8 incelendiğinde; hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete düzeyleri eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermekteydi ($p<0,05$). Gruplar ikili olarak Mann Whitney U testi ile analiz edilip Bonferroni düzeltmesi yapılarak değerlendirildiğinde; üniversite mezunu hasta grubunun anksiyete düzeyi, okur-yazar-ilkokul mezunu hasta grubuna göre yüksekti ($p<0,012$).

Tablo 14: Hastaların Ameliyat Öncesi Durumluk Anksiyete Düzeylerinin Ameliyat Nedenine Göre Karşılaştırılması

	Ameliyat Nedeni	n	Ortalama	S.S.	p
STAI puanı	Kalp hastalığı	13	35.15	16.61	*0.02
	Periferik damar hastalığı	38	32.89	11.16	
	Ürolojik hastalıklar	21	35.71	9.39	
	Gis hastalıkları	74	35.27	13.07	
	Kbb hastalıkları	12	39.75	10.66	
	Ortopedik hastalıklar	9	32.66	10.06	
	Plastik/estetik hastalıklar	18	38.38	13.07	
	Servikal-lomber disk hernisi	5	53.00	13.20	
	Tiroid hastalıkları	5	46.80	9.25	

Kruskal Wallis Testi * $p < 0,05$

Tablo 14 incelendiğinde; hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete düzeyleri ameliyat nedenine göre istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği saptandı ($p < 0,05$). Gruplar ikili olarak Mann Whitney U testi ile analiz edilip Bonferroni düzeltmesi yapılarak değerlendirildiğinde gruplar arası anlamlı fark görülmedi.

Tablo 15: Hastaların Ameliyat Öncesi Durumluk Anksiyete Düzeylerinin Ek Hastalığı Olanlar ve Olmayanlarla Karşılaştırılması

	Ek Hastalık	n	Ortalama	S.S.	p
STAI puanı	Var	75	37.06	13.40	0.81
	Yok	120	36.63	12.17	

Student's t testi

Tablo 15 incelendiğinde; ek hastalığı olan hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete düzeyleri ile ek hastalığı olmayanların anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$).

Tablo 16: Hastaların Ameliyat Öncesi Durumluk Anksiyete Düzeylerinin Operasyon Öyküsü Olanlar ve Olmayanlarla Karşılaştırılması

	Op. öyküsü	n	Ortalama	S.S.	p
STAI puanı	Var	75	36.54	13.88	0.82
	Yok	120	36.95	11.83	

Student's t testi

Tablo 16 incelendiğinde; daha önce ameliyat geçirme öyküsü olan hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete düzeyleri ile daha önce ameliyat geçirme öyküsü olmayan hastaların anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$).

Tablo 17: Hastaların Ameliyat Öncesi Durumluk Anksiyete Düzeylerinin Hastalığa Neden Olan Faktörlere Göre Karşılaştırılması

	Faktörler	n	Ortalama	S.S.	p
STAI puanı	Stres-endişe-üzüntü	18	39.38	14.33	*0.009
	Kalıtsal	19	38.63	11.35	
	Mikroplar	8	43.75	12.54	
	Kötü beslenme	20	38.35	11.54	
	Şanssızlık	22	40.68	14.67	
	Sağlığıma dikkat etmemem	22	39.13	13.78	
	Çevre kirliliği	3	49.33	8.02	
	Aşırı çalışma	23	32.13	13.56	
	Kişilik özelliklerim	5	40.00	13.36	
	Yaşlanma	12	28.50	5.48	
	Alkol-sigara	10	30.30	9.92	
	Aile problemleri	4	30.75	6.80	
	Ek hastalık	15	32.73	9.47	
	Kaza ya da yaralanma	6	41.50	11.65	
	Vücut direncimin azalması	8	33.12	10.82	

*Kruskal Wallis Testi *p<0,05*

Tablo 17 incelendiğinde; hastalık nedenlerine göre hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı derecede farklıydı (p<0,05).

4.2. Hastalık Algısı ile İlgili Bulgular

Kısa hastalık algısı ölçeğinin hastalıktan etkilenme ($p<0,05$), hastalık süresi ($p<0,05$) ve şikayetlerin derecesi ($p<0,05$) puanları cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir. Kadınlarda hastalıktan etkilenme, hastalık süresi ve şikayetlerin derecesi puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Tablo 18). Hastalıktan etkilenme düzeyi, hastalık üzerinde kontrol, tedavi inancı, endişe düzeyi, hastalığı anlama, duygusal etkilenme ve ölçek toplam puanı açısından kadın ve erkek olgular arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 18).

Tablo 18: Hastaların Cinsiyetlerine Göre KHAÖ Sorularının Puanları ve KHAÖ Toplam Puanının Karşılaştırılması

	Cinsiyet	n	Ortalama	S.S.	p
Hastalıktan etkilenme	erkek	120	5.80	2.99	*0.009
	kadın	75	6.74	2.01	
Hastalık süresi	erkek	120	4.22	3.63	*0.009
	kadın	75	2.93	3.07	
Hastalık üzerinde kontrol	erkek	120	2.17	2.49	0.61
	kadın	75	2.36	2.40	
Tedaviye inanç	erkek	120	8.61	1.87	0.71
	kadın	75	8.72	1.92	
Şikayetlerin derecesi	erkek	120	5.75	3.27	*0.003
	kadın	75	6.96	2.30	
Endişe düzeyi	erkek	120	3.94	3.21	0.60
	kadın	75	4.18	3.08	
Hastalığı anlama	erkek	120	8.97	1.91	0.06
	kadın	75	8.45	1.96	
Duygusal etkilenme	erkek	120	3.64	3.64	0.65
	kadın	75	3.88	3.41	
KHAÖ. toplam puan	erkek	120	33.60	14.00	0.38
	kadın	75	35.17	11.20	

*Student's t testi * $p<0,05$*

Kısa hastalık algısı ölçeğinin hastalık süresi ($p<0,05$), endişe düzeyi ($p<0,05$), hastalığı anlama ($p<0,05$) ve duygusal etkilenme ($p<0,05$) puanları yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir (Tablo 19).

Hastalıktan etkilenme düzeyi, hastalık üzerinde kontrol, tedavi inancı, şikayetlerin derecesi ve ölçek toplam puanı açısından yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 19).

Tablo 19: Hastaların Yaş Gruplarına Göre KHAÖ Sorularının Puanları ve KHAÖ Toplam Puanının Karşılaştırılması

	Yaş Grubu	n	Ortalama	S.S.	p
Hastalıktan etkilenme	18-25 genç	25	5.72	2.73	0.57
	26-45 erişkin	61	6.50	2.48	
	46-65 orta yaşlı	73	5.95	2.86	
	>65 yaşlı	36	6.30	2.65	
Hastalık süresi	18-25 genç	25	1.68	1.74	*0.01
	26-45 erişkin	61	4.11	3.17	
	46-65 orta yaşlı	73	4.13	3.86	
	>65 yaşlı	36	3.66	3.67	
Hastalık üzerinde kontrol	18-25 genç	25	1.36	1.33	0.11
	26-45 erişkin	61	8.27	2.21	
	46-65 orta yaşlı	73	2.36	2.52	
	>65 yaşlı	36	2.80	2.69	
Tedaviye inanç	18-25 genç	25	9.04	1.33	0.50
	26-45 erişkin	61	8.27	2.21	
	46-65 orta yaşlı	73	8.83	1.65	
	>65 yaşlı	36	8.66	2.01	
Şikayetlerin derecesi	18-25 genç	25	6.12	2.90	0.42
	26-45 erişkin	61	6.45	2.93	
	46-65 orta yaşlı	73	5.78	3.12	
	>65 yaşlı	36	6.77	2.85	
Endişe düzeyi	18-25 genç	25	3.88	2.45	*0.01
	26-45 erişkin	61	5.06	2.94	
	46-65 orta yaşlı	73	3.65	3.44	
	>65 yaşlı	36	3.16	3.00	
Hastalığı anlama	18-25 genç	25	8.92	1.63	*0.002
	26-45 erişkin	61	9.34	1.27	
	46-65 orta yaşlı	73	8.78	2.10	
	>65 yaşlı	36	7.69	2.32	
Duygusal etkilenme	18-25 genç	25	3.20	3.04	*0.000
	26-45 erişkin	61	5.19	3.42	
	46-65 orta yaşlı	73	3.47	3.65	
	>65 yaşlı	36	2.13	3.04	
KHAÖ. toplam puan	18-25 genç	25	31.28	9.96	0.17
	26-45 erişkin	61	37.59	13.33	
	46-65 orta yaşlı	73	33.02	13.58	
	>65 yaşlı	36	32.88	12.32	

Kruskal Wallis testi * $p < 0,05$

Tablo 20 incelendiğinde; hastanın yaşı ile hastalıktan etkilenme düzeyi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir ($r=0,008$, $p>0,05$), hastanın yaşı ile hastalık süresi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir ($r=0,12$, $p>0,05$), hastanın yaşı ile hastalık üzerinde kontrol puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ancak zayıf bir ilişki görülmüştür ($r=0,15$, $p<0,05$), hastanın yaşı ile tedavi inancı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir ($r=0,02$, $p>0,05$), hastanın yaşı ile şikayetlerin derecesi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir ($r=-0,009$, $p>0,05$), hastanın yaşı ile endişe düzeyi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ancak zayıf bir ilişki görülmüştür ($r=-0,18$, $p<0,05$), hastanın yaşı ile hastalığı anlama puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ancak zayıf bir ilişki görülmüştür ($r=-0,22$, $p<0,05$), hastanın yaşı ile duygusal etkilenme puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ancak zayıf bir ilişki görülmüştür ($r=-0,20$, $p<0,05$).

Tablo 20 incelendiğinde; hastanın yaşı ile kısa hastalık algısı ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir ($r=-0,06$, $p>0,05$).

Tablo 20: Hastaların Yaşları ile KHAÖ Sorularının Puanları ve KHAÖ Toplam Puanının İlişkisi

	Yaş	
	r	p
Hastalıktan etkilenme düzeyi	0.008	0.91
Hastalık süresi	0.12	0.08
Hastalık üzerinde kontrol	0.15	*0.03
Tedaviye inanç	0.02	0.72
Şikayetlerin derecesi	-0.009	0.90
Endişe düzeyi	-0.18	*0.01
Hastalığı anlama düzeyi	-0.22	*0.002
Duygusal etkilenme	-0.20	*0.004
KHAÖ. toplam puan	-0.06	0.34

*r: Pearson korelasyon katsayısı * $p<0,05$*

Kısa hastalık algısı ölçeğinin hastalık süresi ($p<0,05$), endişe düzeyi ($p<0,05$) ve hastalığı anlama ($p<0,05$) puanları eğitim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir (Tablo 21).

Hastalıktan etkilenme düzeyi, hastalık üzerinde kontrol, tedavi inancı, şikayetlerin derecesi, duygusal etkilenme ve ölçek toplam puanı açısından eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 21).

Tablo 21: Hastaların Eğitim Durumlarına Göre KHAÖ Sorularının Puanları ve KHAÖ Toplam Puanının Karşılaştırılması

	Eğitim Durumu	n	Ortalama	S.S.	p
Hastalıktan etkilenme	Okur-yazar değil	9	6.77	1.85	0.71
	Okur-yaza-ilkokul	78	6.20	2.80	
	Ortaokul-lise	72	6.16	2.83	
	Üniversite	36	5.91	2.37	
Hastalık süresi	Okur-yazar değil	9	1.77	2.27	*0.04
	Okur-yaza-ilkokul	78	4.28	3.64	
	Ortaokul-lise	72	3.15	3.43	
	Üniversite	36	4.1	3.19	
Hastalık üzerinde kontrol	Okur-yazar değil	9	3.22	2.04	0.25
	Okur-yaza-ilkokul	78	2.01	2.46	
	Ortaokul-lise	72	2.48	2.59	
	Üniversite	36	2.02	2.19	
Tedaviye inanç	Okur-yazar değil	9	8.88	1.45	0.10
	Okur-yaza-ilkokul	78	8.80	1.82	
	Ortaokul-lise	72	8.77	1.92	
	Üniversite	36	8.02	1.99	
Şikayetlerin derecesi	Okur-yazar değil	9	7.67	1.93	0.20
	Okur-yaza-ilkokul	78	6.30	2.98	
	Ortaokul-lise	72	6.33	3.08	
	Üniversite	36	5.44	2.97	
Endişe düzeyi	Okur-yazar değil	9	2.44	3.53	*0.09
	Okur-yaza-ilkokul	78	3.71	3.35	
	Ortaokul-lise	72	4.15	2.92	
	Üniversite	36	4.88	2.94	
Hastalığı anlama	Okur-yazar değil	9	6.00	2.12	*0.000
	Okur-yaza-ilkokul	78	8.56	2.19	
	Ortaokul-lise	72	9.00	1.63	
	Üniversite	36	9.47	1.10	
Duygusal etkilenme	Okur-yazar değil	9	2.22	3.52	0.13
	Okur-yaza-ilkokul	78	3.51	3.76	
	Ortaokul-lise	72	3.66	3.18	
	Üniversite	36	4.72	3.67	
KHAÖ. toplam puan	Okur-yazar değil	9	32.77	9.61	0.78
	Okur-yaza-ilkokul	78	34.64	13.10	
	Ortaokul-lise	72	33.20	13.50	
	Üniversite	36	35.61	12.69	

Kruskal Wallis testi * $p < 0,05$

Kısa hastalık algısı ölçeğinin hastalıktan etkilenme düzeyi ($p<0,05$), hastalık süresi ($p<0,05$), hastalık üzerinde kontrol ($p<0,05$), tedavi inancı ($p<0,05$), şikayetlerin derecesi ($p<0,05$) duygusal etkilenme ($p<0,05$) ve ölçek toplam puanı ameliyat nedenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir (Tablo 22).

Endişe düzeyi ve hastalığı anlama puanları açısından ameliyat nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 22).

Tablo 22: Hastaların Ameliyat Nedenlerine Göre KHAÖ Sorularının Puanları ve KHAÖ Toplam Puanının Karşılaştırılması

	Hastalıktan etkilenme	Hastalık süresi	Hastalık üzerinde kontrol	Tedavi inancı	Şikayetlerin derecesi	Endişe düzeyi	Hastalığı anlama	duygusal etkilenme	KHAÖ. toplam puan
p	*0.000	*0.000	*0.010	*0.015	*0.000	0.154	0.093	*0.019	*0.000

*Kruskal Wallis Testi * $p<0,05$*

Grup Değişkeni: ameliyat nedeni

Kısa hastalık algısı ölçeğinin hastalıktan etkilenme düzeyi ($p<0,05$), hastalık süresi ($p<0,05$), hastalığı anlama ($p<0,05$) ve ölçek toplam puanı ($p<0,05$) ek hastalık olup olmaması durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir. Ek hastalığı olanlarda hastalıktan etkilenme düzeyi, hastalık süresi, hastalığı anlama ve ölçek toplam puanının ek hastalığı olmayanlara göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Tablo 23).

Hastalık üzerinde kontrol, tedavi inancı, şikayetlerin derecesi, endişe düzeyi ve duygusal etkilenme puanları açısından ek hastalığı olan ve olmayan olgular arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 23).

Tablo 23: Hastaların Ek Hastalık Varlığına Göre KHAÖ Sorularının Puanları ve KHAÖ Toplam Puanının Karşılaştırılması

	Ek hastalık	n	Ortalama	S.S.	p
Hastalıktan etkilenme	var	75	6.78	2.70	*0.01
	yok	120	5.77	2.62	
Hastalık süresi	var	75	5.00	3.63	*0.000
	yok	120	2.93	3.14	
Hastalık üzerinde kontrol	var	75	2.46	2.57	0.32
	yok	120	2.10	2.37	
Tedaviye inanç	var	75	8.36	2.01	0.83
	yok	120	8.84	1.78	
Şikayetlerin derecesi	var	75	6.73	3.03	0.06
	yok	120	5.90	2.93	
Endişe düzeyi	var	75	4.13	3.61	0.74
	yok	120	3.97	2.85	
Hastalığı anlama	var	75	8.40	2.20	*0.04
	yok	120	9.00	1.73	
Duygusal etkilenme	var	75	3.65	3.72	0.80
	yok	120	3.78	3.44	
KHAÖ. toplam puan	var	75	37.08	13.44	*0.01
	yok	120	32.40	12.42	

*Student's t testi * $p<0,05$*

Kısa hastalık algısı ölçeğinin hastalık süresi ($p<0,05$), endişe düzeyi ($p<0,05$) ve ölçek toplam puanı ($p<0,05$) geçirilmiş ameliyat öyküsü olup olmaması durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir. Geçirilmiş ameliyat öyküsü olanlarda hastalık süresi, endişe düzeyi ve ölçek toplam puanının geçirilmiş ameliyat öyküsü olmayanlara göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Tablo 24).

Hastalıktan etkilenme düzeyi, hastalık üzerinde kontrol, tedavi inancı, şikayetlerin derecesi, hastalığı anlama ve duygusal etkilenme puanları açısından geçirilmiş ameliyat öyküsü olan ve olmayan olgular arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 24).

Tablo 24: Hastaların Geçirilmiş Operasyon Varlığına Göre KHAÖ Sorularının Puanları ve KHAÖ Toplam Puanının Karşılaştırılması

	Op. öyküsü	n	Ortalama	S.S.	p
Hastalıktan etkilenme	var	75	6.61	2.93	0.06
	yok	120	5.88	2.50	
Hastalık süresi	var	75	4.68	3.76	*0.004
	yok	120	3.13	3.16	
Hastalık üzerinde kontrol	var	75	2.41	2.53	0.45
	yok	120	2.14	2.40	
Tedaviye inanç	var	75	8.30	2.17	0.055
	yok	120	8.87	1.65	
Şikayetlerin derecesi	var	75	6.66	3.06	0.10
	yok	120	5.94	2.92	
Endişe düzeyi	var	75	4.73	3.46	*0.02
	yok	120	3.60	2.88	
Hastalığı anlama	var	75	8.76	2.31	0.93
	yok	120	8.78	1.68	
Duygusal etkilenme	var	75	4.24	3.93	0.13
	yok	120	3.41	3.26	
KHAÖ. toplam puan	var	75	37.45	14.41	*0.008
	yok	120	32.17	11.61	

*Student's t testi * $p<0,05$*

Kısa hastalık algısı ölçeğinin hastalık süresi ($p<0,05$), şikayetlerin derecesi ($p<0,05$), endişe düzeyi ($p<0,05$), duygusal etkilenme ($p<0,05$) ve ölçek toplam puanı hastaların ifade ettiği hastalığa neden olan faktörlere göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir (Tablo 25).

Hastalıktan etkilenme düzeyi, hastalık üzerinde kontrol, tedavi inancı ve hastalığı anlama puanları açısından hastaların ifade ettiği hastalığa neden olan faktörler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 25).

Tablo 25: Hastalığa Neden Olan Faktörlere Göre KHAÖ Sorularının Puanları ve KHAÖ Toplam Puanının Karşılaştırılması

	Hastalıktan etkilenme	Hastalık süresi	Hastalık üzerinde kontrol	Tedavi inancı	Şikayetlerin derecesi	Endişe düzeyi	Hastalığı anlama	duygusal etkilenme	KHAÖ. toplam puan
p	0.17	*0.001	0.09	0.88	*0.04	*0.01	0.20	*0.006	*0.01

*Kruskal Wallis Testi * $p<0,05$*

Grup Değişkeni: hastalığa neden olan faktörler

4.3. Anksiyete ile Hastalık Algısının İlişkisi

Hastanın STAI-I durumluk anksiyete ölçeği puanı ile hastalıktan etkilenme düzeyi puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak zayıf-orta düzeyde anlamlı bir ilişki görülmüştür ($r=0,26$, $p<0,05$). Hastalıktan etkilenme düzeyi arttıkça anksiyete düzeyi artmaktadır (Tablo 26).

Hastanın STAI-I durumluk anksiyete ölçeği puanı ile hastalık süresi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir ($r=0,10$, $p>0,05$) (Tablo 26).

Hastanın STAI-I durumluk anksiyete ölçeği puanı ile hastalık üzerinde kontrol puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, ancak zayıf bir ilişki görülmüştür ($r=-0,21$, $p<0,05$) (Tablo 26).

Hastanın STAI-I durumluk anksiyete ölçeği puanı ile tedavi inancı puanı arasında negatif yönde istatistiksel olarak zayıf-orta düzeyde anlamlı bir ilişki görülmüştür ($r=-0,37$, $p<0,05$). Tedavi inancı arttıkça anksiyete düzeyi azalmaktadır (Tablo 26).

Hastanın STAI-I durumluk anksiyete ölçeği puanı ile şikayetlerin derecesi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, ancak zayıf bir ilişki görülmüştür ($r=0,23$, $p<0,05$) (Tablo 26).

Hastanın STAI-I durumluk anksiyete ölçeği puanı ile endişe düzeyi puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak orta derecede anlamlı bir ilişki görülmüştür ($r=0,46$, $p<0,05$). Endişe düzeyi arttıkça anksiyete düzeyi artmaktadır (Tablo 26).

Hastanın STAI-I durumluk anksiyete ölçeği puanı ile hastalığı anlama düzeyi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir ($r=0,10$, $p>0,05$) (Tablo 26).

Hastanın STAI-I durumluk anksiyete ölçeği puanı ile duygusal etkilenme puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak orta derecede anlamlı bir ilişki görülmüştür ($r=0,42$, $p<0,05$). Duygusal etkilenme düzeyi arttıkça anksiyete düzeyi de artmaktadır (Tablo 26).

Hastanın STAI-I durumluk anksiyete ölçeği puanı ile kısa hastalık algısı ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak orta derecede anlamlı bir ilişki görülmüştür ($r=0,44$, $p<0,05$). Hastalık algısı arttıkça anksiyete düzeyi de artmaktadır (Tablo 26).

Tablo 26: Hastaların STAI Durumluk Anksiyete Ölçeği Puanı ile KHAÖ Sorularının Puanları ve KHAÖ Toplam Puanının İlişkisi

	STAI puanı	
	r	p
Hastalıktan etkilenme düzeyi	0.26	*0.000
Hastalık süresi	0.10	0.13
Hastalık üzerinde kontrol	-0.21	*0.002
Tedaviye inanç	-0.37	*0.000
Şikayetlerin derecesi	0.23	*0.001
Endişe düzeyi	0.46	*0.000
Hastalığı anlama düzeyi	0.10	0.14
Duygusal etkilenme	0.42	*0.000
KHAÖ. toplam puan	0.44	*0.000

*r: pearson korelasyon katsayısı *p<0,05*

5. TARTIŞMA

5.1. Anksiyete

Cerrahi girişim hastada ölüm korkusu, sakat kalma, ağrı hissetme, vücut kontrolünü kaybetme, gerekli bakımı alamama, sosyal yaşamında olumsuzluklar, ekonomik statüde düşme, hayatı tehdit edici bir tanıya ulaşma, ailesine ve kendisine yeterli olamama, sevdiği kişilerden ve aktivitelerden uzak kalma, cinsel yeterliliğini ve çalışabilirliğini kaybetme gibi korkuların gelişmesine neden olabilir (4,123). Preoperatif anksiyete varlığı cerrahiyi, anesteziyi ve postoperatif iyileşmeyi olumsuz etkilemektedir (42). Ortalama arteriyel basınç, kalp atım hızı değişiklikleri gibi patofizyolojik cevaplara hatta cerrahinin iptal edilmesine neden olabilir (39,60). Girişimsel işlemler öncesi anksiyete düzeyi hastaların işlem sırasındaki konfor hissini ve ağrı düzeyini olumsuz yönde etkilemektedir (124). Cerrahi planlanan hastalarda operasyon öncesi anksiyete durumu mevcut olduğundan bu durumun nedenlerinin araştırılması ve giderilmesi amacıyla yapılan birçok çalışma mevcuttur. Ameliyat öncesinde hastanın anksiyete düzeyini; hastanın kişisel özellikleri, yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, yapılacak operasyon ve uygulanan işlemler hakkında bilgi sahibi olmamak etkilemektedir (125).

Literatürlerde cinsiyetin preoperatif anksiyete düzeyine etkisi incelenmiş ve kadınlardaki preoperatif dönemdeki anksiyete düzeylerinin erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu gösterilmiştir (35,126,127,128). Badner ve ark. (3) 96 hastayla yaptıkları çalışmada STAI skorunu kadınlar için $42,9 \pm 12,8$, erkekler için $38,2 \pm 12,3$ bulmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu bildirmişlerdir. Shevde ve ark. (84) kadınların preoperatif anksiyetelerinin yüksekliğini ruhsal durumları hakkında kendilerini daha rahat ifade edebilmesine bağlamıştır. Duman ve arkadaşlarının (129) ameliyat öncesi korkuları incelediği çalışmada kadınların daha yoğun korku yaşadıkları saptanırken; lomber disk hernisi geçiren hastaların ameliyat öncesi anksiyete düzeyinin incelendiği Güz ve arkadaşlarının (130) yaptığı bir başka çalışmada da kadınların durumluk ve sürekli anksiyete düzeyinin erkeklerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Taşdemir ve ark. cinsiyetle STAI arasındaki ilişkiyi incelemiş, kadın hastaların preoperatif dönemdeki anksiyete skorunun erkek hastalardan yüksek olduğunu, iki grup arasındaki bu farkında istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ($p < 0,05$) tespit etmişlerdir (35). Turhan ve ark. (131) elektif cerrahi planlanan hastalara anksiyeteyi incelediği çalışmada, hastaların preoperatif STAI-I puan ortalamasını kadınlarda 46,80, erkeklerde 39,54 olarak saptamışlardır. Erfidan preoperatif anksiyete düzeyi ve nedenlerini

araştırdığı çalışmasında, hastaların cinsiyetleri ile STAI-I değerleri arasındaki ilişki incelediğinde, kadın hastaların preoperatif dönemdeki STAI-I değerlerinin, erkek hastalardan yüksek olduğu, iki grup arasındaki bu farkında istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit etmiştir (132).

Literatürde yer alan ve ameliyat öncesi anksiyeteyi inceleyen diğer benzer çalışmalarda da kadınlarda anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğuna dikkat çekilmektedir (66,133,134). Bizim çalışmamızın bulguları da bu çalışmalarla örtüşmekte olup, kadınların ameliyat öncesi durumluk anksiyete düzeyi $39,89 \pm 12,77$, erkeklerin anksiyete düzeyi $34,86 \pm 12,19$ olarak bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Kadınların preoperatif dönemde anksiyetelerinin daha yüksek olması, literatür incelendiğinde kadınlarda aileden ayrılmaya bağlı anksiyetenin daha yoğun yaşanmasından ve kadınların endişelerini daha rahat ifade edebilmelerinden kaynaklandığı görüldü.

Bizim çalışmamızın aksine literatürde, cinsiyet ile ameliyat öncesi anksiyete arasında anlamlı fark saptanmayan çalışmalara da rastlanmaktadır. Perks ve arkadaşları (45) nöroşirurji hastalarında ameliyat öncesi anksiyeteyi incelediği çalışmada, her iki cinsiyetin de anksiyete deneyimlediği ve anksiyete insidansının %89 olarak bulunduğu bildirilmiştir. Kalp cerrahisi öncesi anksiyetenin incelendiği bir başka çalışmada ise cinsiyete göre anksiyete düzeyinin farklılık göstermediği bulunmuştur (2). Kiyohara ve ark (75) 120 hastada yaptıkları çalışmada STAI-S anksiyete değerleri açısından cinsiyetle ilişkili anlamlı bir fark olmadığını (Erkek 36.10 ± 11.94 Kadın 37.61 ± 8.76 $p=0.439$) saptamışlardır. İnel omurilik cerrahisi hastalarında yaptığı çalışmada, hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete düzeylerinin cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediğini bulmuştur (135). Kırdemir ve ark. (136) anksiyete düzeyi ile cinsiyet arasında korelasyon olmadığını bildirmiştir.

Literatürlerde yaş ile preoperatif anksiyete düzeyleri arasında çelişkili sonuçlar mevcuttur. Badner ve ark. (3) yaşları $39,25 \pm 13,82$ olan 193 hastada, Moerman ve ark. (127) 678 olguluk çalışmada yaşın endişe seviyesini etkilemediğini gösterirken; Grabow ve ark. (137) gençlerde, Sun ve ark. (138) ise 40 yaş altında endişe seviyesinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Taşdemir ve ark. yaptıkları çalışmada 50 yaş altındaki hasta grubunun anksiyetesini 50 yaş üstü hasta grubuna göre daha yüksek bulmuştur (35). Dohman ve Çetin ise histerektomi operasyonu geçiren hastaların anksiyetelerini inceledikleri çalışmalarında yine aynı sonucu bulmuştur (139). Norris ve Baird 30 yaş

altındaki hastaların anksiyete oranlarının, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (140). Cuvaş ve ark. yaptıkları çalışmada yaş ilerledikçe durumluk kaygı düzeylerinin azaldığını saptamışlardır (79). Ayrıca anksiyete skorlarının 45 yaş üzeri hastalarda daha yüksek olduğunu savunan araştırmalar da mevcuttur (39). Shevde ve ark. (84) ile aynı yönde Demir ve ark. (80) da yaş arttıkça endişe seviyesinin düştüğünü bildirmişler ve bu durumu yaşlılarda daha etkin olan kadercilik olgusu ve kültürel faktörlerin, yaşam streslerine daha kolay dayanmalarına neden olduğu olarak açıklamışlardır. Erfidan yaptığı çalışmada, yaş grupları ile STAI-I arasındaki ilişkiyi incelemiş 31-50 yaşları arasındaki grup ve 51 yaş üstü grubun STAI-I değerleri, 18-30 yaş arası grubuna göre sayısal olarak daha yüksek bulmuş ve en yüksek STAI-I değerini 31-50 yaşları arasındaki grupta bulmuştur (132). Ramsay çalışmasında anksiyete oranlarını 13-21 yaş grubunda %61, 22-41 yaş grubunda %84, 42-60 yaş grubunda %80, 62-82 yaş grubunda %57 olarak bildirmiştir. Orta yaş grubunda anksiyete oranının yüksek olmasını bu yaşlardaki hastaların ailelerine karşı sorumluluklarının fazla oluşuna bağlamışlardır (141). Calvin ve ark. (142) 106 ortopedi hastası üzerinde genç, orta ve yaşlı hastaların preoperatif anksiyete düzeylerini karşılaştırmışlar ve fark bulamamışlardır. Turhan ve arkadaşları yaptığı çalışmada yaş gruplarının hastaların ameliyat öncesi kaygı düzeyleri üzerinde herhangi bir etkisi olmadığını saptamıştır (131).

Bu çalışmada hastaların yaşları ile ameliyat öncesi durumluk anksiyete düzeyleri arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Yaş arttıkça anksiyete düzeyinin azaldığı görüldü. STAI-I puanları 18-25 yaş arası grupta $42,64 \pm 11,25$ ortalama ile en yüksek, 65 yaş üzeri grupta ise $33,91 \pm 11,8$ ortalama ile en düşük olarak bulundu. Bu bulgulara yaşlı grubun mevcut yaşam tecrübelerinin, bilgi düzeylerinin yeterli olduğunu düşünmeleri, yaşanabilecek olumsuzluklarla ilgili kaderci bir tutum içinde olmaları, genç insanlardaki öğrenme isteğinin, yaşlılarda azalmış olması etkili olabilir.

Eğitim düzeyi arttıkça bireyler, daha çok sorgular ve araştırır, bilgileri arttıkça da her konuda daha bilinçli kararlar verebilir ve etkin baş etme stratejileri geliştirebilirler (134). Bu bilgi doğrultusunda eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin daha az kaygı yaşaması beklenmektedir. Ancak literatürde yer alan çalışmalarda yüksek eğitim düzeyinin yüksek anksiyete ile ilişkili olduğuna ilişkin sonuçlar yer almaktadır. Caumo ve arkadaşlarının (42) yetişkinler için preoperatif anksiyete faktörlerini

inceledikleri çalışmada, Aykent'in (133) hastalar arasında anestezinin imajı, anesteziye bağlı endişe nedenlerinin araştırıldığı çalışmada ve Taşdemir'in (35) pre-operatif bilgilendirme yapılan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerinin incelendiği çalışmada, üniversite ve üzerinde eğitim düzeyine sahip hastaların anksiyete seviyelerini daha yüksek düzeyde bulmuştur. Bir çalışmada 12 yıldan uzun eğitim almış kişilerde preoperatif anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (39). Güz ve ark. (130) durumluk kaygı puanlarının 8 yıl ve üzeri eğitim alanlarda daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Bunlar gibi birkaç çalışmada da artan eğitim düzeyi ile birlikte anksiyetenin düzeyinin de arttığı bildirilmiştir (2,83). Eğitim düzeyi arttıkça anksiyete düzeyinin azaldığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (143).

Bazı çalışmalarda eğitim durumunun anksiyete derecesini etkilemediği saptanmıştır (84)(35). Sağır ve ark. 210 hasta üzerinde yapmış oldukları bir çalışmada eğitim durumunun preoperatif anksiyeteyi etkilemediğini göstermişlerdir (144). Turhan ve ark (131), yaptığı çalışmada ise eğitim düzeyi ile anksiyete arasında bir ilişki olmadığını, ilkökul mezunu grupta anksiyete düzeyinin en düşük, yüksek okul mezunu grupta en yüksek olduğunu saptamışlar ancak istatistiksel olarak anlamlı fark bulamamışlardır. İnel omurilik cerrahisi hastalarında yaptığı çalışmada, hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete düzeylerinin eğitim duruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediğini saptamıştır (135). Erfidan ise preoperatif anksiyete düzeyi ve nedenlerini araştırdığı çalışmasında, eğitim düzeyinin STAI skorunu etkilemediğini görmüştür (132).

Bizim çalışmamızda, hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete düzeyleri eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermekteydi. En yüksek STAI puanının $40,05 \pm 12,63$ ile üniversite mezunlarının olduğu grupta olduğu görüldü. Bu durum eğitim düzeyi yüksek kişilerin bilgiye kolay ulaşabilmesi, ameliyatın komplikasyonları ile ilgili geniş çaplı araştırma yapabilmesine bağlanabilir.

Genel olarak tümör cerrahisi veya organ kaybıyla sonuçlanacak operasyonlarda hastaların anksiyetelerinin daha yüksek olduğu kabul edilmektedir (145). Norris ve Baird, Jinekoloji hastalarında anksiyete görülme oranının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (140). Caumo ve ark. (42) küçük cerrahinin anksiyete düzeyini değiştirmezken, orta ve büyük cerrahinin anksiyete düzeyini arttırdığını belirtmişlerdir. Erfidan preoperatif anksiyete düzeyi ve nedenlerini araştırdığı çalışmasında, hastalara planlanan operasyon tipleri ile preoperatif anksiyete arasındaki ilişki incelendiğinde en

düşük ortopedi 49 (%7), en yüksek plastik cerrahi 153 (%21,9) olduğunu ve STAI-I puanı en düşük olan operasyon tipinin göz, en yüksek olan ise kadın doğum hastalıkları ve üroloji olduğunu görmüştür (132). Turhan cerrahi branşlarda operasyon uygulanacak 120 hastada yaptığı çalışmada ortopedi kliniğinde opere olacak hastaların preoperatif STAI-S değerini 39.31 ± 8.96 olarak saptamıştır (146). Hastaların preoperatif STAI-S değerleri cerrahi kliniklere göre farklılık göstermektedir. Turhan yaptığı çalışmada en yüksek STAI-S değerleri obstetrik cerrahi (48.54 ± 10.20), genel cerrahi (47.67 ± 9.80) ve plastik cerrahi (47.75 ± 10) kliniklerinde opere olacak hastalarda saptamıştır (146). Cserép ve ark. (2012) elektif CABG ve kapak cerrahisi planlanan 197 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada ise preoperatif STAI-S değerini 43.7 ± 10.8 olarak saptamışlardır (147). Literatürdeki bu çalışmalarla hastaların anksiyete düzeylerinin opere olacakları kliniklere ve operasyonların türüne göre değişim gösterdikleri saptanmıştır.

Moerman ve ark. (47) yaptıkları çalışmada ameliyat tipinin anksiyete düzeyini değiştirmediklerini belirtmişlerdir. Baydar yaptığı çalışmada, ameliyat gruplarıyla STAI değerleri arasında anlamlı ilişki saptamamıştır (148). Taşdemir ve ark, ameliyat sınıfları ile preoperatif ve postoperatif dönemde değerlendirilen anksiyete skorları arasında ilişki bulunmadığını tespit etmişlerdir (35). Bu sonuca göre büyük cerrahi geçiren hastaların, büyük oranda malignite öyküsünün olması bu hastaların gelecekleri konusundaki endişelerinin anestezi konusunda merak ettiklerinin önüne geçmesi olarak değerlendirilebilir.

Bu çalışmada, hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete düzeyleri ameliyat nedenine göre istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği görüldü. En yüksek STAI-I değerleri disk hernisi ve tiroid ameliyalarında görülürken; en düşük STAI-I değerleri ortopedik hastalıklar ve periferik damar hastalığı olanlarda görüldü. Bu sonuç; disk hernisi operasyonu sonrası sakat kalacağı, sfinkter kontrolünün ortadan kalkacağı düşüncesinin anksiyeteyi en çok artıran neden olduğunu göstermektedir.

Kronik hastalıklar, bireyin yaşamını sürdürebilmesi için belli kuralları uygulamaya zorunluluğu getirmektedir. Ameliyat olacak kişide kronik hastalığın olması durumu, kişi için ek anksiyete kaynağı olabilir. Ek hastalık varlığı anksiyete düzeyini artırabileceği gibi etkilemeyebilir. Bu durum, kronik hastalığı olan hastaların mevcut durumu kabullenmeleri ve başa çıkma becerilerinin de anksiyete üzerindeki olumlu etkisi ile açıklanabilir.

Bahar ve Taşdemir'in (149) yaptığı çalışmada hastanede yatan ve kronik hastalığı olan hastaların anksiyete puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Kayhan cerrahi hastalarında pre-operatif anksiyetenin postoperatif komplikasyonlarla ilişkisini incelediği çalışmasında kronik hastalık varlığı ile ameliyat öncesi anksiyete düzeyi arasında bir ilişki olmadığını bulmuştur (134). İnel omurilik cerrahisi hastalarında yaptığı çalışmada, hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete düzeylerinin kronik hastalık varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediğini saptamıştır (135). Nayir açık kalp ameliyatı olan hastalarda yaptığı çalışmada, hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete puanlarının kronik hastalık varlığı ile ilişkili olmadığını saptamıştır (150).

Bizim yaptığımız çalışmada, ek hastalığı olan hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete düzeyleri ile ek hastalığı olmayanların anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi.

Literatüre bakıldığında ilk kez operasyon geçirecek hastaların daha önce operasyon geçirmiş hastalara oranla daha kaygılı oldukları bulunmuştur, Altun, Şıvgın, Gürsoy, Duman (46,129,151,152,153). Ancak bunun tam tersi olan çalışmalar da vardır, İnel omurilik cerrahisi hastalarında yaptığı çalışmada, ameliyat öyküsü olan hastaların, ameliyat öncesi durumluk anksiyete düzeylerinin, ameliyat öyküsü olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptamıştır (135).

Daha önceki anestezi ve cerrahi deneyiminin, uygulanacak ameliyatın türünün, geçirilecek ameliyatın küçük veya büyük olmasının da kaygı düzeyini etkilemediğini belirten çalışmalar da mevcuttur (131,154,155,156). Caumo ve ark. (42) geçirilmiş ameliyat öyküsünün anksiyete düzeyini etkilemediğini göstermiştir. Kırdemir ve ark. da preoperatif anksiyete düzeyinin postoperatif ağrı eşiği ve analjezik ihtiyacına etkisini incelemişler; anestezi deneyimi olanlarda endişe düzeyinin daha düşük (durumluk kaygı puanı daha düşük), anestezi deneyimi olmayanlarda endişe düzeyinin daha yüksek (durumluk kaygı puanı daha yüksek) olduğunu bildirmiş ancak bu fark istatistiksel açıdan değerlendirildiğinde anlamlı bulunmamıştır (136). Güz ve ark. yaptığı çalışmada, geçirilmiş ameliyat öyküsü olanların anksiyete puanlarının olmayanlara göre daha yüksek olduğunu saptamış ancak istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını belirlemişlerdir (130).

Bizim çalışmamızda da literatür bulguları ile korele olarak, daha önce ameliyat geçirme öyküsü olan hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete düzeyleri ile daha önce ameliyat geçirme öyküsü olmayan hastaların anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir.

Preoperatif anksiyete ölçümünde kullanılan STAI, literatürde altın standart olarak gösterilmektedir (2,39). Türk toplumunda geçerliliği Necla Öner tarafından gösterilmiş, Türkçe'ye "Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri" olarak çevrilmiştir (76). Gönüllü ve ark. (157) da 83 hastada preoperatif anksiyete düzeyini araştırmak amacı ile yaptıkları çalışmada cerrahiden iki gün önce hastalara STAI testi uygulamışlar ve ölçülen anksiyete değerini 40,76 olarak tespit etmişlerdir. Norris ve Baird (140) 352'si jinekolojik hastalardan oluşan 500 kişilik hasta grubunun %60' ının anksiyöz olduğunu bildirmiştir. Domar ve ark. (126), STAI ölçeğine göre ortalama anksiyete skorunu 45 olarak bildirmişlerdir. Erfidan preoperatif anksiyete düzeyi ve nedenlerini araştırdığı çalışmasında, STAI-I skorunu $42,3 \pm 9,7$ (en düşük 21 ve en yüksek 77) olarak saptamıştır (132). Cesur 130 hastayla yaptığı çalışmada, hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete puanlarının ortalaması 50,32 olarak saptamıştır (158). Nayir açık kalp ameliyatı olan hastalarda yaptığı çalışmada, hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete puanlarının ortalamasını 43,55 olarak saptamıştır (150).

Bizim çalışmamızda STAI-I ortalama puanı $36,80 \pm 12,63$ bulunmuş olup literatürdeki çalışmalara göre düşük olduğu görülmüştür. Bu durum hastanemiz hekimlerinin ve diğer sağlık personelinin hastayı ameliyat öncesi yeterli düzeyde bilgilendirmesiyle açıklanabilir.

5.2. Hastalık Algısı

Hastalık algısı, kişinin psikolojik uyumundan hastalığın seyrine kadar birçok alanı etkileyen önemli bir etkidir. Hastalar hastalıkları, düşüncesi inancı ve deneyimleriyle yorumlayarak yaşadıkları için, hastaların hastalıklarına dair algıları hastalığın seyri ve tedavi uyumu için oldukça önemlidir.

Hastalık Algısı Ölçeği kanser, atopik dermatit, hafif beyin hasarı, depresyon, fibromyalji, hemodiyaliz hastaları ve hipertansiyon hastaları gibi birçok kronik hastalıkla ilgili çalışmalarda kullanılmış ve yayınlanmıştır (159, 160, 161, 162, 163,

164, 165, 166, 167). Bununla birlikte ülkemizde cerrahi hastalarında hastalık algısı ile ilgili çalışma mevcut değildir.

Preoperatif cerrahi hastaları ile yaptığımız bu çalışmada algı puanını en yüksek $8,77 \pm 1,94$ ortalama ile hastalığı anlama algısında, en düşük $2,24 \pm 2,45$ ortalama ile hastalık kontrolü algısında olduğunu saptadık, kısa hastalık algısı ölçeği toplam puanını ise $34,20 \pm 12,98$ olarak saptadık. Bu durum bize ameliyat edilecek hastaların hastalıklarını oldukça iyi anladıklarını ancak hastalıklarını kontrol edemediklerini gösterdi. İnvaziv bir girişim yöntemi olan ameliyat insanlar için ciddi bir stres kaynağıdır ve bunu bastırmak için hastalar neden ameliyat olacağını bilmek isterler, anketimizde hastalığı anlama algısı bu yüzden yüksek bulunmuştur. Hastaların hastalıkları üzerinde kontrolleri olmadığı için cerrahi yönteme başvurduğu düşünülürse, hastalıkları üzerinde kontrollerinin düşük olması beklenir.

Kronik hastalıklarla ilgili yapılan çalışmalarda farklı bulgular saptanmıştır. Pesut ve ark. (168) tüberkülozlu hastalarda yaptıkları çalışmada hastalık algısı ölçeği toplam puanını $36,25 \pm 11,05$ olarak bulmuş ve en yüksek puan ortalamasını tedavi inancı algısı, en düşük puan ortalamasını da hastalık süresi algısı olarak saptamıştır. Var ve ark. (169) travmatik beyin hasarı olan hastalarda yaptıkları çalışmada, en yüksek algı puanını hastalığı anlama algısında, en düşük puanı ise süre algısında saptamış ve hastalık algısı ölçeği toplam puanını $33,29 \pm 9,0$ olarak bulmuşlardır. Pesut ve Var'ın çalışmasında ölçek toplam puanı bizim çalışmamızla benzerdir, bu sonuç hastaların negatif yönde hastalık algılarının düşük olduğunu göstermektedir. Gucht (170) IBS'li hastalarda yaptığı çalışmada hastalık algısı ölçeği toplam puanını $61,02 \pm 17,22$ olarak bulmuş ve en yüksek puan ortalamasını hastalık süresi algısı, en düşük puan ortalamasını da kişisel kontrol algısı olarak saptamıştır. Gündüz tip 2 DM'li hastalarda yaptığı çalışmada, duygusal temsiller algısı ortalamasını en yüksek, hastalığı anlayabilme algısı ortalamasını en düşük bulmuştur (171). Abubakari ve ark.'ın (172) tip II DM'li hastalarda yaptığı çalışmada ise kişisel kontrol algısı ortalaması en yüksek, süre algısı ortalaması en düşük bulunmuştur. Aflakseir'in (173) tip II DM'li hastalarda yaptığı çalışmada da kişisel kontrol algısı ortalaması en yüksek, süre algısı ortalaması en düşük bulunmuştur. Özen multipl sklerozlu hastalarda yaptığı çalışmada en yüksek puan ortalamasının hastalık kontrol algısında, en düşük puan ortalamasının ise hastalık süresi algısında olduğunu saptamıştır (174). Spain ve arkadaşlarının (175) multipl sklerozlu hastalarda yaptıkları çalışmada, hastaların hastalık süresi hakkında olumsuz hastalık

algısına, hastalık kontrolü ve tedavi inancı alt boyutlarında ise olumlu hastalık algısına sahip oldukları belirlenmiştir. Bahçecioğlu astımlı hastalarda yaptığı çalışmada hastalıktan etkilenme algısının puan ortalamasını en yüksek, hastalığı anlama algısının puan ortalamasını ise en düşük bulmuştur (176).

“Hastalığınız hayatınızı ne kadar etkilemekte?” sorusunun ortalama puanı $6,16 \pm 2,69$ olarak saptandı. Bu sonuç bize ameliyat alınacak hastaların hastalıklarının, hayatlarını olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir. Bu sonuçla paralel çalışmalar literatürde mevcuttur. Gucht (170) IBS’li hastalarda yaptığı çalışmada hastalıktan etkilenme düzeyi puanını $6,81 \pm 2,18$ olarak saptamıştır. Pesut ve ark. (168) tüberkülozlu hastalarda yaptıkları çalışmada hastalıktan etkilenme düzeyi puanını $5,96 \pm 3,14$ olarak saptamıştır. Hastalıktan etkilenme düzeyi düşük olan yani hastalığın hastaların hayatını olumsuz olarak etkilemediğini gösteren çalışmalar da vardır. Weldam ve ark. (177) KOAH’lı hastalarda yaptıkları çalışmada, hastalıktan etkilenme düzeyi puanını düşük olarak saptamışlardır. Var ve ark. (169) travmatik beyin hasarı olan hastalarda yaptıkları çalışmada, hastalıktan etkilenme düzeyi puanını düşük olarak bulmuşlardır.

“Hastalığınızın ne kadar süreceğini düşünüyorsunuz?” sorusunun ortalama puanı $3,72 \pm 3,48$ olarak bulundu. Bu durum hastaların hastalıklarının kısa süreceğini düşündüğünü göstermektedir. Hastalar ameliyat sonrası hastalıklarının geçeceğini düşündüğü için hastalık süresi ile algıları olumlu yöndedir. Bizim çalışmamıza benzer sonuçlar vardır. Pesut ve ark. (168) tüberkülozlu hastalarda yaptıkları çalışmada süre algısını düşük olarak saptamışlardır. Var ve ark. (169) travmatik beyin hasarı olan hastalarda yaptıkları çalışmada, hastalık süresi algısını düşük olarak bulmuşlardır. Kronik hastalıkların çoğunda ise hastalık süresi ile ilgili olumsuz algı söz konusudur. Oktay’ın (178) hemodiyaliz (HD) hastaları ile yaptığı çalışmada 10 yıl ve daha fazla süredir diyaliz hastası olanların hastalık süre algısının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışma sonucuna benzer olarak Chilcot ve ark.’ın (179) hemodiyaliz hastaları ile yaptıkları çalışmada hastaların süre algısının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gündüz tip 2 DM’li hastalarda yaptığı çalışmada, hastalık süre algısını yüksek olarak bulmuştur (171). Özen multipl sklerozlu hastalarda yaptığı çalışmada hastalık süre algısını yüksek olarak bulmuştur (174). Weldam ve ark. (177) KOAH’lı hastalarda yaptıkları çalışmada, hastalık süresi algısının yüksek olduğunu saptamışlardır. Bahçecioğlu astımlı hastalarda yaptığı çalışmada hastaların hastalığın süresiyle ilgili algısının puanının yüksek

olduğunu saptamıştır (176). Gucht (170) IBS’li hastalarda yaptığı çalışmada hastalıktan süresi algısının yüksek olduğunu saptamıştır.

“Hastalığınız üzerinde ne kadar kontrolünüz olduğunu hissediyorsunuz?” sorusu puan ortalaması $2,24 \pm 2,45$, yani düşük olarak bulunmuştur. Bu sonuç bize hastaların hastalıkları üzerinde kontrollerinin olmadığını düşündüklerini göstermektedir. Ameliyat olacak hastaların hastalıkları üzerinde kontrolleri olmadığı için son çare olarak cerrahiye başvurduğu söylenebilir. Gucht (170) IBS’li hastalarda yaptığı çalışmada da bizim bulgularınıza paralel olarak hastalık kontrolü puanını düşük olarak saptamıştır. Var ve ark. (169) da travmatik beyin hasarı olan hastalarda yaptıkları çalışmada, hastalık kontrolü algısını düşük olarak bulmuşlardır. Gündüz tip 2 DM’li hastalarda yaptığı çalışmada, kişisel kontrol algısını yüksek olarak bulmuştur (171). Lau-Walker’ın (180) çalışmasında da hastaların durumu kontrol edebileceklerine inandıkları belirtilmiştir. Özen multipl sklerozlu hastalarda yaptığı çalışmada hastalık kontrolü algısını yüksek olarak bulmuştur (174). Bahçecioğlu astımlı hastalarda yaptığı çalışmada hastalık kontrolünün yüksek olduğunu saptamıştır (176). Karabulutlu ve Okanlı (88) tarafından hemodiyaliz hastalarıyla yapılan çalışmada da hastalık kontrolü algısı yüksek bulunmuştur. Pesut ve ark. (168) tüberkülozlu hastalarda yaptıkları çalışmada hastalık kontrolü algısını yüksek olarak saptamışlardır. Weldom ve ark. (177) KOAH’lı hastalarda yaptıkları çalışmada, hastalık kontrolü puanını yüksek olarak saptamışlardır. Hastaların durumlarını kontrol altına alınabileceğine dair inançları tedaviye uyumlarını arttırabilir ve bu kronik hastalıkların etkili yönetimi için önemli bir etkindir.

“Tedavinizin hastalığınıza ne ölçüde yardımcı olabileceğini düşünüyorsunuz?” sorusunun ortalama puanı $8,65 \pm 1,88$ olarak bulunmuştur. Bu sonucun yüksek bulunması hastaların çoğunluğunun hastalıklarının cerrahi tedavi ile kontrol edilebileceği hakkında pozitif inançlara sahip olduğunu göstermektedir. Gündüz tip 2 DM’li hastalarda yaptığı çalışmada, tedavi inancı puanını yüksek bulmuştur (171). Özen multipl sklerozlu hastalarda yaptığı çalışmada tedavi inancı puanını yüksek olarak bulmuştur (174). Weldom ve ark. (177) KOAH’lı hastalarda yaptıkları çalışmada, tedavi inancını yüksek olarak saptamışlardır. Pesut ve ark. (168) tüberkülozlu hastalarda yaptıkları çalışmada tedavi inancını yüksek olarak saptamışlardır. Ciddi’nin (181) çalışmasında hastaların kalp yetmezliğini tedavi ile kontrol altına alabileceğine inandıkları belirtilmiştir. Byrne ve ark. (182) kalp hastalarıyla yaptıkları çalışmada ilaç

tedavisinin gerekliliğine inanan hastaların ilaç tedavisine bağlılık oranının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Hastalığın tedavi ile kontrol edilebileceği inancı hastaların tedaviye uyumunu arttırıp hastalığın kontrolünün sağlanması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesini sağlayabilmektedir. Bazı çalışmalarda ise hastalar, hastalıklarının tedavi ile kontrol altına alınamayacağına dair olumsuz düşüncelere sahiptir. Bahçecioğlu astımlı hastalarda yaptığı çalışmada tedavi inancını düşük olarak saptamıştır (176). Gucht (170) IBS’li hastalarda yaptığı çalışmada tedavi inancı algısını düşük olarak saptamıştır. Var ve ark. (169) travmatik beyin hasarı olan hastalarda yaptıkları çalışmada, tedavi inancı algısını düşük olarak bulmuşlardır.

“Hastalığınıza bağlı şikayetleri hangi ölçüde yaşıyorsunuz?” sorusunun ortalama puanı $6,22 \pm 2,99$ olarak bulunmuştur. Bu sonuç hastaların, cerrahi hastalarının hastalıkları ile ilgili şikayetlerinin fazla olduğunu düşündüklerini göstermektedir. Hastalar şikayetleri arttığı için ameliyat olmayı seçmiştir, şeklinde yorumlanabilir. Gucht da(170) IBS’li hastalarda yaptığı çalışmada şikayetlerin derecesi puanını yüksek olarak saptamıştır. Bizim çalışmamızla uyumlu olmayan sonuçlar da vardır. Pesut ve ark. (168) tüberkülozlu hastalarda yaptıkları çalışmada şikayetlerinin derecesi puanını düşük olarak saptamışlardır. Weldam ve ark. (177) KOAH’lı hastalarda yaptıkları çalışmada, şikayetlerin derecesi sorusunun ortalama puanını düşük olarak saptamışlardır. Var ve ark. (169) travmatik beyin hasarı olan hastalarda yaptıkları çalışmada, şikayetlerin derecesi puanını düşük olarak bulmuşlardır.

“Hastalığınız için ne kadar endişelisiniz?” sorusu puan ortalaması $4,03 \pm 3,15$ olarak bulundu. Bu sonuç hastaların hastalıkları ile ilgili endişelerinin fazla olmadığını göstermektedir. Weldam ve ark. (177) KOAH’lı hastalarda yaptıkları çalışmada, endişe düzeyi puanını düşük olarak saptamışlardır. Var ve ark. (169) travmatik beyin hasarı olan hastalarda yaptıkları çalışmada, endişe düzeyi algısını düşük olarak bulmuşlardır. Hastaların endişe düzeyinin yüksek olduğunu saptayan çalışmalar da mevcuttur. Pesut ve ark. (168) tüberkülozlu hastalarda yaptıkları çalışmada endişe düzeyini yüksek olarak saptamışlardır. Gucht (170) IBS’li hastalarda yaptığı çalışmada endişe düzeyini yüksek olarak saptamıştır.

“Hastalığınızın ne olduğunu ne kadar anladınız?” sorusunun ortalama puanı $8,77 \pm 1,94$ olarak bulundu. Bu sonuç ameliyata girecek olan cerrahi hastalarının hastalıklarını çok iyi anladıklarını ve hastalıkları ile ilgili detaylı sorgulama yaptıklarını göstermektedir. Hastaların tedaviye inanması ve sürdürmesi açısından hastalıklarını

anlayabilmeleri önemlidir. Literatürde bizim bulgularımızla benzer çalışmalar mevcuttur. Özen multipl sklerozlu hastalarda yaptığı çalışmada hastalığı anlama puanını yüksek olarak bulmuştur (174). Weldam ve ark. (177) KOAH'lı hastalarda yaptıkları çalışmada, hastalığı anlama algısının ortalama puanını yüksek olarak saptamışlardır. Pesut ve ark. (168) tüberkülozlu hastalarda yaptıkları çalışmada hastalığı anlama puanını yüksek olarak bulmuştur. Var ve ark. (169) travmatik beyin hasarı olan hastalarda yaptıkları çalışmada, hastalığı anlama algısını yüksek olarak bulmuşlardır. Hastalığı anlama algısının düşük bulunduğu çalışmalar da mevcuttur. Gündüz tip 2 DM'li hastalarda yaptığı çalışmada, hastalığı anlama algısını diğer sorulardan daha düşük bulmuştur (171). Bu araştırmanın sonucu Cherrington ve ark. (97) ve Ciddi'nin (181) kalp hastalarıyla yaptıkları çalışma sonuçları ile benzerdir. Bu olumsuz sonuçlar, hastaların hastalık ve seyrini yeterince anlayamadığını göstermektedir.

“Hastalığınız duygusal olarak sizi ne kadar etkiliyor?” sorusunun ortalama puanı $3,73 \pm 3,54$ olarak bulundu. Bu sonuç, ameliyat olacak hastaların hastalıkları ile ilgili olumsuz duygusal değişim yaşamadığını göstermektedir. Weldam ve ark. (177) KOAH'lı hastalarda yaptıkları çalışmada, bizim çalışmamızla paralel olarak duygusal etkilene düzeyini düşük olarak saptamışlardır. Diğer kronik hastalıklarla ilgili yapılan çalışmalarda ise duygusal etkilene düzeyi yüksek bulunmuştur. HD hastaları ile yapılan çalışmalarda hastalığın, olumsuz duyguların yaşanmasına neden olduğu saptanmıştır (88,183,184). Gündüz tip 2 DM'li hastalarda yaptığı çalışmada, duygusal etkilene algısını yüksek olarak bulmuştur (171). Abubakari ve ark. (172)'ın tip II diyabet hastalarıyla yaptıkları bir çalışmada ise hastaların duygusal etkilene algısı daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Özen multipl sklerozlu hastalarda yaptığı çalışmada duygusal temsiller puan ortalamasını yüksek olarak bulmuştur (174). Bahçecioğlu astımlı hastalarda yaptığı çalışmada duygusal etkilene puanının yüksek olduğunu saptamıştır (176). Pesut ve ark. (168) tüberkülozlu hastalarda yaptıkları çalışmada duygusal etkilene puanını yüksek olarak saptamışlardır. Var ve ark. (169) travmatik beyin hasarı olan hastalarda yaptıkları çalışmada, duygusal etkilene düzeyini yüksek olarak bulmuşlardır.

Hastalık nedenleri incelendiğinde en yüksek risk etkenleri “aşırı çalışma”, “sağlığıma dikkat etmemem” ve “şanssızlık”; en düşük risk etkenleri ise “aile problemleri”, “kişilik özelliklerim” ve “mikroplar” olarak bulunmuştur. Hastalar çalışma koşullarının ağır olmasını, sağlıklarına yeterince özen göstermemelerini hastalık

nedeni olarak göstermekle birlikte büyük çoğunluğu hastalığını çevresel ve kişisel faktörlere değil, kadercilik anlayışı ile şanssızlık faktörüne bağlamışlardır. Gündüz ve Abubakari tip 2 DM’li hastalarda yaptığı çalışmalarda, hastalık nedenleri olarak kalıtsal nedenler ve diyet alışkanlıkları ortalamalarını yüksek bulmuşlardır (171,172). Cherrington ve ark.’ın (97) kalp hastalarıyla yaptığı çalışmada ise hastaların hastalık nedeni olarak en fazla bağışıklık sistemi ile bozukluk ifade ettiği belirtilmiştir. Jopson ve Moss-Morris’in çalışmasında, hastalar olası hastalık nedeni olarak en sık mikroplar ve stres nedenlerini göstermiştir (185). Özen (174) multipl sklerozlu hastalarda yaptığı çalışmada hastaların hastalık nedeni olarak en çok stres-endişe, aile problemleri, kişilik özellikleri gibi psikolojik faktörleri belirttiğini ortaya koymuştur. Bahçecioğlu astımlı hastalarda yaptığı çalışmada hastaların en çok risk faktörleri ve stres-endişeden dolayı hastalıklarının ortaya çıktığını belirttiklerini tespit etmiş, en az kaza veya şans olası nedenini belirttiklerini görmüştür (176). Acehan HT hastalarında yaptığı çalışmada hastaların en çok hastalık nedeni olarak stres-endişeyi belirttiğini saptamıştır (10). Hastalık nedenleri genel olarak değerlendirildiğinde; Türk toplumunda kültürün bir yansıması olarak hastalıkların nedenlerinin genellikle stres, sıkıntı ve endişeye bağlanıldığı görülmektedir (88).

Preoperatif cerrahi hastalarında cinsiyete göre hastalık algısı incelendiğinde; kadınlarda hastalıktan etkilenme, hastalık süresi ve şikayetlerin derecesi puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu gözlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Literatürde bizim çalışmamızla uyumlu bulgular saptanmıştır. Gündüz tip 2 DM’li hastalarda yaptığı çalışmada cinsiyete göre hastalık algısını incelediğinde; hastalığı anlama ve süre algısı puanı arasında istatistiksel olarak önemli farklılık olduğu tespit edilmiş ve kadınların hastalığı anlayabilme ve süre algısı puanlarının erkeklerin puanlarından yüksek olduğu gözlenmiştir (171). Bu sonuçlar kadınların hastalıkları ve hastalığın doğası hakkında daha bilinçli olduklarını göstermektedir. Özen (174), Milani ve ark. multipl sklerozlu hastalarda yaptıkları çalışmalarda cinsiyet ile hastalık algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulamamışlardır (186) Bu bulguların aksine Alsén (92)’in miyokard enfarktüsü geçiren hastalarla yaptığı çalışmada hastalığı anlama algısı puanını erkeklerde daha yüksek bulmuştur.

Yaşa göre hastalık algısı incelenmiş ve yaşla hastalık algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Özen (174) multipl sklerozlu hastalarda yaptığı çalışmada hastalık algısı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptamamıştır.

Milani ve ark. multipl sklerozlu hastalarda yatıkları çalışmada, yaş ile hastalık algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulamamıştır (186). Gucht (170) IBS'li hastalarda yaptığı çalışmada hastalık algısı ile yaş arasında anlamlı ilişki saptamamıştır. Bu çalışmalar hastalık algısının yaştan bağımsız olduğunu göstermektedir. Bu çalışmalardan farklı olarak, Gündüz tip 2 DM'li hastalarda yaptığı çalışmada, hastaların yaşı ile kişisel kontrol algısı puanı arasında negatif yönde, sonuçlar alt boyutu ile pozitif yönde istatistiksel olarak önemli ilişki görmüştür (171).

Eğitim durumuna göre hastalık algısı incelendiğinde, hastalık süresi puanı, endişe düzeyi puanı ve hastalığı anlama puanı eğitim düzeyi arttıkça artmaktaydı ve istatistiksel olarak anlamlı fark göstermekteydi. Eğitim düzeyinin artmasından dolayı farkındalığın artmasına bağlı olarak hastalığın uzun seyirli olduğunu bilme konusunda eğitim düzeyi yüksek olanların daha bilinçli olduklarını gösterir. Eğitim düzeyi arttıkça endişe düzeyinin artması ise az eğitilmiş kişilerin hastalıkla ilgili bilgi seviyesinin az olmasından dolayı kaygılarının az olduğunu, eğitim düzeyi yüksek kişilerin ise ameliyat komplikasyonları hakkında daha bilgili ve cerrahın bilgi ve yeteneklerine olan güvenlerinin az olduğunu göstermektedir. Eğitim düzeyinin artması ile hastalık algısında artma, genelde eğitilmiş olmanın kişinin hastalığı ile ilgili daha sorgulayıcı, bilinçli ve bilgiye kolay ulaşabiliyor olmasından kaynaklanır. Gündüz tip 2 DM'li hastalarda yaptığı çalışmada eğitim durumuna göre hastalık algısı incelediğinde; süre, hastalığı anlama ve tedavi inancı algısı puanları istatistiksel olarak önemli farklılık göstermiştir, eğitim düzeyi arttıkça süre algısı puanının arttığı, hastalığı anlama algısı ve tedavi inancı puanının azaldığı görülmüştür (171). Gündüz'ün çalışmasından farklı olarak Aflakseir (173) tip II DM hastaları ile yaptığı çalışmada eğitim düzeyi ile tedavi inancı arasında pozitif ilişki saptamıştır. Özen (174) multipl sklerozlu hastalarda yaptığı çalışmada eğitim düzeyi arttıkça hastalığı anlama puanının da arttığını saptamıştır. Milani ve ark. multipl sklerozlu hastalarda yaptıkları çalışmada, eğitim düzeyi arttıkça hastalık algısının arttığını bulmuşlardır (186). Korucu baş ağrısı hastalarında yaptığı çalışmada eğitim düzeyi arttıkça hastalığı anlama algısı puanının arttığını görmüştür (187).

Ameliyat nedenlerine göre hastalık algısı incelendiğinde; hastalıktan etkilenme düzeyi, hastalık süresi, hastalık üzerinde kontrol, tedavi inancı, şikayetlerin derecesi, duygusal etkilenme ve kısa hastalık algısı ölçeği toplam puanı ameliyat nedenlerine

göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermekte olduğu görüldü. Bu durum hastalıklara göre hastalık algısının değişebildiğini göstermektedir.

Kişide ek hastalık mevcudiyetine göre hastalık algısı incelendiğinde; olanlarda hastalıktan etkilenme düzeyi, hastalık süresi, hastalığı anlama ve kısa hastalık algısı ölçeği toplam puanının ek hastalığı olmayanlara göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Özen (174) multipl sklerozlu hastalarda yaptığı çalışmada ek hastalığı olanlarda hastalık kontrolü, duygusal etkilenme puanları ek hastalığı olmayanlara göre yüksek bulunmuştur. Kişide ek hastalığın olması, şu anki hastalığı ile ilgili algılarının daha yüksek olmasına sebep olmakta, hastalıkla ilgili daha olumsuz düşüncelere sebep olmaktadır.

Geçirilmiş operasyon varlığına göre hastalık algısı incelendiğinde; geçirilmiş ameliyat öyküsü olanlarda hastalık süresi, endişe düzeyi ve kısa hastalık algısı ölçeği toplam puanının geçirilmiş ameliyat öyküsü olmayanlara göre daha yüksek olduğu gözlenmiş ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ameliyat öyküsü olanların hastalık süresi ile ilgili daha deneyimli olduğu ve hastalıkları ile ilgili olumsuz algıları olduğu görülmüştür.

Hastalığa neden olan faktörlere göre hastalık algısı incelendiğinde; hastalık süresi, şikayetlerin derecesi, endişe düzeyi, duygusal etkilenme ve kısa hastalık algısı ölçeği toplam puanı nedenlere göre istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği görüldü. Bu durum hastalık nedeni olan faktörlere göre hastalık algısının değişebileceğini göstermektedir.

5.3. Anksiyete ve Hastalık Algısı

Hastalık algısı ile anksiyete arasındaki ilişki incelendiğinde; hastalıktan etkilenme düzeyi, endişe düzeyi, duygusal etkilenme düzeyi ve kısa hastalık algısı ölçeği toplam puanı ile STAI puanı arasında pozitif yönde, tedavi inancı ile STAI puanı arasında negatif yönde zayıf-orta derecede ilişki saptanmış ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yüksek anksiyeteli hastaların hastalıklarının yaşamlarını daha fazla etkilediği görüldü. Yine anksiyete düzeyi yüksek olan hastaların hastalıkları ile ilgili endişe düzeylerinin ve duygusal olarak etkilenme düzeylerinin daha yüksek olduğu görüldü. Anksiyete düzeyi arttıkça insanların tedaviye olan inançlarının azaldığı

görüldü. Anksiyete düzeyi arttıkça hastalık algısının olumsuz yönde arttığı veya olumsuz hastalık algısı arttıkça anksiyete düzeyinin arttığı görüldü.

Cerrahi hastalarında preoperatif dönemde hastalığa dair algıları, preoperatif anksiyeteyi ve dolayısıyla postoperatif dönemde ağrı, komplikasyon, iyileşme ve tedavi uyumunu etkilemektedir. Preoperatif dönemde hastaları bilgilendirmek ve hastaların hastalıkları ile ilgili kafalarındaki soru işaretlerini gidermek anksiyetenin sağaltılması ve postoperatif tedavi süreci için oldukça önemlidir.

6. SONUÇLAR

Çalışmamızda STAI-I ortalama puanı $36,80 \pm 12,63$ bulunmuş olup Kadınların preoperatif anksiyete düzeyi erkeklere göre daha yüksek bulundu. En yüksek preoperatif anksiyete düzeyi genç hasta grubunda görüldü, yaşla birlikte preoperatif anksiyete düzeyinin azaldığı görüldü. Preoperatif anksiyete düzeyi üniversite mezunu grubunda en yüksekti, eğitim düzeyi arttıkça preoperatif anksiyete düzeyinin arttığı görüldü. Ameliyat nedenlerine göre preoperatif anksiyete düzeyleri; servikal-lomber disk hernisi, tiroid hastalıkları, kbb hastalıkları, plastik/estetik hastalıklar, ürolojik hastalıklar, GİS hastalıkları, kalp hastalıkları, ortopedik hastalıklar, periferik damar hastalıkları şeklinde çoktan aza doğru sıralanmaktaydı. Ek hastalığı olanların preoperatif anksiyete düzeyi, olmayanlara göre daha yüksekti. Geçirilmiş ameliyat öyküsü olmayanların preoperatif anksiyete düzeyi, ameliyat öyküsü olanlara göre daha yüksekti. Hastalığa neden olan faktörlere göre preoperatif anksiyete düzeyine bakıldığında; çevre kirliliği, enfeksiyöz hastalıklar, kaza ya da yaralanma, şanssızlık, kişilik özellikleri, stres-endişe-üzüntü, sağlığa dikkat edilememesi, kalıtsal, kötü beslenme, vücut direncinin azalması, ek hastalığa bağlı olması, aşırı çalışma, ailesel problemler, alkol-sigara kullanımı, şeklinde çoktan aza doğru sıralanmaktaydı.

Kadınların hastalık algısı erkeklere göre daha yüksekti. Erişkin yaş hasta grubunda hastalık algısının en yüksek olduğu görüldü, yaşla hastalık algısı arasında ilişki görülmedi. Üniversite mezunu grupta hastalık algısı en yüksek bulundu. Ameliyat nedenlerine göre hastalık algısı farklılık göstermekteydi. Ek hastalığı olanların hastalık algısı, ek hastalığı olmayanlara göre yüksekti. Geçirilmiş operasyon öyküsü olanların hastalık algısı, ameliyat öyküsü olmayanlara göre daha yüksekti. Hastalığa neden olduğu düşünülen faktörlere göre hastalık algısı farklılık göstermekteydi.

Hastalık algısı ile preoperatif anksiyete düzeyi arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu görüldü. Hastalık algısı arttıkça, anksiyete düzeyinin arttığı görüldü.

7. ÖZET

Amaç: Bu çalışmada; elektif operasyon planlanan preoperatif dönemdeki hastalarda Kısa Hastalık Algısı Ölçeği kullanılarak hastalık algısının ve STAI-I Durumluk Anksiyete Ölçeği kullanılarak anksiyete düzeylerinin tespit edilmesi, bunların sosyodemografik verilerle ve birbirleriyle olan ilişkisinin ortaya konulması amaçlanmaktadır. Bu çalışma, hastalık algısının preoperatif anksiyete düzeyi ile ilişkisini sosyodemografik veriler ve ölçekler eşliğinde belirlemeyi, hastaların hastalıkları ile ilgili farkındalıklarının ve kaygı düzeylerinin belirlenerek, ameliyat öncesi ve sonrası hastalık sürecinin yönetilmesine katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

Materyal-Metod: Araştırmaya etik kurul onayı alındıktan sonra İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi cerrahi birimlerinde yatmakta olan elektif ameliyat planlanan 18 yaş üstü, psikiyatrik hastalığı olmayan, gönüllü onam vermiş olan preoperatif hastalardan 195 olgu rastgele seçilerek başlandı. Örneklem büyüklüğü, evren sayısı bilinen örneklem formülüne göre hesaplandı. Bu araştırma tanımlayıcı, kesitsel bir araştırma olup gönüllü katılımcılara sosyodemografik veriler, STAI Durumluk Anksiyete Ölçeği ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeği'nden oluşan anket uygulandı. Veriler SPSS 15.0 programı kullanılarak, Kruskal Wallis testi, Mann-Whitney U testi, Student's t testi ve Pearson korelasyon testleri kullanılarak analiz edildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 18-85 ($48 \pm 17,2$) idi. STAI-I durumluk anksiyete ölçeği puan ortalaması $36,8 \pm 12,63$ olarak bulundu. Kadın hastaların preoperatif STAI-I değerleri, erkeklerden yüksek bulundu ($p < 0,05$). En yüksek STAI-I değeri 18-25 yaşları arasında olan genç hastalarda bulundu ($42,64 \pm 11,25$). Hastaların yaşı arttıkça anksiyete düzeyinin azaldığı görüldü ($r = -0,239$, $p < 0,05$). Anksiyete düzeyleri eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermekteydi ($p < 0,05$), en yüksek STAI-I değeri üniversite mezunu olan hasta grubunda bulundu ($40,05 \pm 12,63$). Anksiyete düzeyinin ameliyat nedenine göre istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği saptandı ($p < 0,05$), en yüksek anksiyete puanının servikal-lomber disk hernisi nedeni ile ameliyat planlanan grupta olduğu görüldü ($53 \pm 13,2$). Ek hastalığı olanların anksiyete puanları ek hastalığı olmayanlara göre daha yüksek bulundu ancak

bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Geçirilmiş operasyon öyküsü olmayanların anksiyete puanları operasyon öyküsü olanlara göre daha yüksek bulundu ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Hastalık nedenlerine göre hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı derecede farklıydı ($p<0,05$), anksiyete puanının en yüksek çevre kirliliğinin hastalığına neden olduğunu düşünenlerde olduğu görüldü ($49,33\pm8,02$). Kısa hastalık algısı ölçeği (KHAÖ) toplam puan ortalaması $34,2\pm12,9$ olarak bulundu. Kısa hastalık algısı ölçeği sorulara göre incelendiğinde; hastalıktan etkilenme düzeyi sorusunun ortalama puanı $6,16\pm2,69$, hastalık süresi ile ilgili sorunun ortalama puanı $3,72\pm3,48$, hastalık üzerinde kontrol ile ilgili sorunun ortalama puanı $2,24\pm2,45$, tedavi inancı sorusunun ortalama puanı $8,65\pm1,88$, şikayetlerin derecesi sorusunun ortalama puanı $6,22\pm2,99$, endişe düzeyi sorusunun ortalama puanı $4,03\pm3,15$, hastalığını anlama düzeyi sorusunun ortalama puanı $8,77\pm1,94$, duygusal etkilenme sorusunun ortalama puanı ise $3,73\pm3,54$ olarak bulundu. Kadın hastaların KHAÖ toplam puanı, erkeklerden yüksek bulundu ($p<0,05$). En yüksek KHAÖ toplam puanı 26-45 yaşları arasında olan erişkin hastalarda bulundu ($37,59\pm13,33$). Hastaların yaşı ile KHAÖ toplam puanı arasında anlamlı ilişki olmadığı görüldü ($r=-0,06$, $p>0,05$). KHAÖ toplam puanı eğitim durumuna göre anlamlı fark göstermemekteydi ($p>0,05$). KHAÖ toplam puanının, ameliyat nedenine göre istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği saptandı ($p<0,05$). Ek hastalığı olanların KHAÖ toplam puanı ek hastalığı olmayanlara göre daha yüksek bulundu ve istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$).

Geçirilmiş operasyon öyküsü olanların KHAÖ toplam puanı operasyon öyküsü olmayanlara göre daha yüksek bulundu ve istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$). Hastalık nedenlerine göre hastaların KHAÖ toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede farklıydı ($p<0,05$).

Sonuç: Hastalık algısı ile preoperatif anksiyete düzeyi arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu görüldü. Negatif hastalık algısı arttıkça, anksiyete düzeyinin arttığı görüldü.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, preoperatif anksiyete, hastalık algısı

8. ABSTRACT

Objective: In this study; It is aimed to determine the level of anxiety using the STAI-I State Anxiety Inventory, sociodemographic data and their relation to each other by using the Brief Illness Perception Questionnaire in the patients in the preoperative period planned for elective operation. This study aims to determine the relation of disease perception with preoperative anxiety level in relation to sociodemographic data and scales, to determine the level of anxiety and anxiety about patients' diseases and to contribute to the management of the disease process before and after the operation.

Material and Methods: 195 cases were randomly selected from voluntary preoperative patients who were over 18 years old with no psychiatric disease and undergoing elective surgery in İzmir Tepecik Educational and Research Hospital after the approval of the ethics committee. The sample size is calculated according to the sample formula known by the number of universes. This study was a descriptive, cross-sectional study, consisting of sociodemographic data from volunteer participants, STAI State Anxiety Inventory and Brief Illness Perception Questionnaire. Data were analyzed using the SPSS 15.0 program, Kruskal Wallis test, Mann-Whitney U test, Student's t test and Pearson correlation tests.

Findings: The mean age of the patients was 18-85 ($48 \pm 17,2$). The mean STAI-I state anxiety inventory score was found as 36.8 ± 12.63 . Preoperative STAI-I values of female patients were higher than men ($p < 0,05$). The highest STAI-I score was found in young patients aged 18-25 ($42,64 \pm 11,25$). As the age of the patients increased, the level of anxiety decreased ($r = -0.239$, $p < 0.05$). Anxiety levels showed statistically significant difference according to educational status ($p < 0.05$), and the highest STAI-I value was found in the university graduate group (40.05 ± 12.63). The level of anxiety was found to be statistically significant ($p < 0.05$), and the highest anxiety score was found to be in the planned group ($53 \pm 13,2$) due to cervical-lomber disc herniation. The anxiety scores of those with addiction were higher than those without addiction, but this difference was not statistically significant ($p > 0.05$). Anxiety scores of those who had no history of previous operation were found to be higher than those of operation history, but this difference was not statistically significant ($p > 0.05$). Preoperative state anxiety

levels of the patients were statistically significantly different ($p < 0.05$), and the anxiety score was found to be the cause of the highest degree of environmental pollution (49.33 ± 8.02). The mean score of brief illness perception questionnaire (BIPQ) was 34.2 ± 12.9 . When the brief illness perception questionnaire is examined according to the questions; the mean score of the level of the consequences was 6.16 ± 2.69 , the mean score of the problem related to the timeline was 3.72 ± 3.48 , the mean score of the problem related to the control on the disease 2.24 ± 2.45 , the mean score of the treatment belief questionnaire was 8.65 ± 1.88 , the average score of the questionnaire of the grade questionnaire was 6.22 ± 2.99 , the mean score of the anxiety level questionnaire was 4.03 ± 3.15 , the mean score of the level of understanding the disease was 8.77 ± 1.94 , and the mean score of the emotional impact question was 3.73 ± 3.54 . The total score of BIPQ in female patients was higher than that of men ($p < 0.05$). The highest total PAH score was in adult patients aged 26-45 years (37.59 ± 13.33). There was no significant relationship between the age of the patients and the total score of BIPQ ($r = -0.06$, $p > 0.05$). There was no statistically significant difference in the total score of BIPQ according to the education level ($p > 0.05$). There was a statistically significant difference in the total score of BIPQ compared to the cause of the operation ($p < 0.05$). BIPQ total score of those with addiction was higher than those without addiction and statistically significant ($p < 0.05$). The total score of BIPQ for those with previous operative trauma was higher than those without operative trauma and statistically significant ($p < 0.05$). According to the causes of disease, the total score of BIPQ in patients was statistically significantly different ($p < 0.05$).

Conclusion: There was a positive correlation between illness perception and preoperative anxiety level. As the negative illness perception increased, the level of anxiety increased.

Key words: Anxiety, preoperative anxiety, illness perception

9. KAYNAKLAR

1. Pritchard MJ. Using the hospital anxiety and depression scale in surgical patients. *Nurs Stand*. 2011;25(34):35–41.
2. Demir A, Akyurt D, Ergün B HC ve ark. Kalp cerrahisi geçirecek olgularda anksiyete sagaltımı. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Derg*. 2010;18:177–82.
3. Badner NH, Nielson WR, Munk S, Kwiatkowska C, Gelb AW. Preoperative anxiety: detection and contributing factors. *Can J Anaesth*. 1990 May;37(4):444–7.
4. Cimilli C. Cerrahide anksiyete. *Klin Psikiyatr*. 2001;4:182–6.
5. Boeke S, Jelcic M, Bonke B. Pre-operative anxiety variables as possible predictors of post-operative stay in hospital. *Br J Clin Psychol*. 1992 Sep;31 (Pt 3):366–8.
6. Weis OF, Sriwatanakul K WM et al. Reduction of anxiety and postoperative analgesic requirements by audiovisual instruction. *Lancet*. 1983; 1: 43.
7. Williams B HD. Perceptions of illness causation among new referrals to a community mental health team: explanatory model or exploratory map. *Soc Sci Med*. 2001;53:465–76.
8. Scharloo M, Kaptein AA, Weinman J, Hazes JM, Willems LN, Bergman W, et al. Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *J Psychosom Res*. 1998;44(5):573–85.
9. Marshall GN. A multidimensional analysis of internal health locus of control beliefs: separating the wheat from the chaff? *J Pers Soc Psychol*. 1991;61(3):483–91.
10. Acehan O. Hipertansiyon Kontrolünde Hastalık Algısı ve Grup Görüşmelerinin Etkisi, Tıpta Uzmanlık Tezi. Adana, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği A.B.D. 2010.
11. Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışları Psikolojisinin Temel Kavramları. Remzi Kitabevi; 2005.
12. Türk Dil Kurumu Ana Sayfası [Internet]. Available from: <http://www.tdk.gov.tr/>
13. Sadock B.J., Sadock V.A. RP. Kaplan & Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. In Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2016. p. 387–92.

14. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2002.
15. Akdağ A. Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi, İstanbul Ün. Psikoloji A.D. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. 2001.
16. Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. In: Ruhsal Hastalıklar. Ankara; 2014. p. 193–204.
17. Tükel R. Anksiyete Bozuklukları. In Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi; 2000. p. 137–54.
18. Stone M. Healingthe Mind: A history of psychiatry from antiquity to the present. New York; W.W Norton &Company. In 1997. p. 1–10.
19. Işık E. Anksiyete Bozuklukları. İstanbul: Golden Print. In 2006. p. 4–26.
20. Berksun OE. Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları. Turgut Yayıncılık. 2003.
21. Nutt, D, Argyropoulos, S, Forshall S. Generalized Anxiety Disorder: Diagnosis, treatment and its relationship to other anxiety disorders. London; Martin Dunitz. In 1998. p. 1–4.
22. Berrios GE. The History of Mental Symptoms. Cambridge; Cambridge University Pres. In 1996. p. 504–5.
23. Arıkan MK. Temel Psikiyatrik Sendromlar, İstanbul. 1999.
24. Özakkaş T. Anksiyete Bozuklukları ve Tedavisi. In Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları: 19; 2014. p. 1–26.
25. Geçtan E. Psikanaliz ve Sonrası. 10. Baskı, İstanbul: Metis Yayıncılık. In 2004. p. 3–15.
26. Amerikan Psikiyatri Birliği. DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. Prof. Dr. Ertuğrul Köroğlu, editor. Hyb Yayıncılık; 2013.
27. Akkoyun F. Danışma Psikolojisi Kuramları. Ankara: Nobel Tıp Yayınevi. 1982.
28. Yalom I. Varoluşçu Psikoterapi. İstanbul: Kabalcı Yayınevi. 2001.
29. Noyes, R, Roth, M, Burrows GD. Handbook of Anxiety, Vol.2:Etiological Factors and Associated Disturbances. Elsevier Science Publishers. In 1988. p. 31–51.
30. Öner, L. LCA. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi , 2. Baskı, İstanbul. 1998.

31. Güleç, C., Köroğlu E. Psikiyatri temel kitabı. 2. Baskı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara: Medico Graphics Matbaası. 2007.
32. Marks IM. Fears, Phobias and Rituals. New York: Oxford University Press. 1987.
33. Eşel E. Genelleşmiş anksiyete bozukluğunun nörobiyolojisi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2003;13(2):78–87.
34. Işık E. Nevrozlar. In Ankara: Kent matbaa; 1996. p. 34–67.
35. Taşdemir, A., Erakgün, A., Deniz, M. N., Çertuğ A. Preoperatif Bilgilendirme Yapılan Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeylerinin State-Trait Anxiety Inventory Test ile Karşılaştırılması. Turk J Anaesth Reanim. 2013;41:44–9.
36. Doğan O. Anksiyete bozukluklarında koruma ve önleme. Anadolu Psikiyatr Derg. 2002;3:174–82.
37. Sadock, B.J., Sadock, V.A. Kaplan and Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Çeviri Editörleri: Aydın H, Bozkurt A. Sekizinci Baskı İstanbul: Güneş Kitabevleri. In 2007. p. 1559–800.
38. Alper Y. Depresyon Psikoterapisi, Alfa Yayınları, İstanbul. 2001. 113-114 p.
39. WS K, GJ B, BJ S, HJ L. Availability of preoperative anxiety scale as a predictive factor for hemodynamic changes during induction of anesthesia. Vol. 58, Korean J Anesthesiol. 2010. p. 328–33.
40. Carabine UA, Milligan KR, Moore JA. Adrenergic modulation of preoperative anxiety: a comparison of temazepam, clonidine, and timolol. Anesth Analg. 1991;73(5):633–7.
41. Carr E, Brockbank K, Allen S SP. Patterns and frequency of anxiety in women undergoing gynaecological surgery. J Clin Nurs. 2005;14:1–12.
42. Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, Bergmann J, Iwamoto CW, Bandeira D, et al. Risk factors for preoperative anxiety in adults. Acta Anaesthesiol Scand. 2001 Mar;45(3):298–307.
43. Erci B, Sezgin S KZ. The impact of therapeutic relationship on preoperative and postoperative patient anxiety. Aust J Adv Nurs. 2004;26:59–66.

44. Kindler CH, Harms C, Amsler F, Ihde-Scholl T, Scheidegger D. The Visual Analog Scale Allows Effective Measurement of Preoperative Anxiety and Detection of Patients' Anesthetic Concerns. *Anesth Analg*. 2000;90(3):706–12.
45. Perks A, Chakravarti S, Manninen P. Preoperative Anxiety in Neurosurgical Patients. *J Neurosurg Anesthesiol* [Internet]. 2009 Apr [cited 2016 Nov 23];21(2):127–30. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00008506-200904000-00006>
46. Spielberger CD, Auerbach SM, Wadsworth AP, Dunn TM, Taulbee ES. Emotional reactions to surgery. *J Consult Clin Psychol*. 1973 Feb;40(1):33–8.
47. Moerman N, van Dam FS, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Anesth Analg*. 1996 Mar;82(3):445–51.
48. Rothrock JC. Perioperative nursing research partI: preoperative psychoeducational interventions. *AORN J*. 49(2):597–618.
49. Varcarolis EM. *Foundation of Psychiatric Mental Health Nursing*: Philadelphia: WB. Saunders Company. 1990. 171-173 p.
50. Buldukoğlu K. Ameliyat öncesi hastaların ameliyata ilişkin tepkileri. *Türk Hemsire Derg*. 1988;38 (3-4):31–2.
51. Kehlet H, Wilmore DW. Evidence-Based Surgical Care and the Evolution of Fast-Track Surgery. *Ann Surg*. 2008 Aug;248(2):189–98.
52. Shafer A, Fish MP, Gregg KM, Seavello J, Kosek P. Preoperative anxiety and fear: a comparison of assessments by patients and anesthesia and surgery residents. *Anesth Analg*. 1996 Dec;83(6):1285–91.
53. Klapfta JM RM. Current understanding of patients attitudes toward and preparation for anesthesia. *Anesth Analg*. 1996;83(1314–1321.).
54. Özkan S. *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon- Liyezon Psikiyatrisi*. İstanbul. 1993. 175-183 p.
55. Klopfenstein CE, Forster A, Van Gessel E. Anesthetic assessment in an outpatient consultation clinic reduces preoperative anxiety. *Can J Anesth*. 2000 Jun;47(6):511–5.

56. Aykent R, Kocamanoğlu İS, Üstün E. Preoperatif anksiyete nedenleri ve değerlendirilmesi: APAİS ve STAI Skorlarının Karşılaştırılması, Türkiye Klinikleri. J Anest Rean. 2007;5:7–13.
57. Pochard F, Bellivier F SP. Prevalence and prognostic value of anxiety and depression in patients undergoing cardiac surgery. Eur Psychiatry. 1996;11(suppl 4): 326.4.
58. Ng EHY, Miao B HP. Anxiolytic premedication reduces preoperative anxiety and pain during oocyte retrieval. A randomized double-blinded placebocontrolled trial. Hum Reprod. 2002; 17: 1233–1238.
59. Postoperatif Ağrı Tedavisi. Anestezi Uygulama Kılavuzları: Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği, 2006.
60. McCleane GJ, Cooper R. The nature of pre-operative anxiety. Anaesthesia. 1990 Feb;45(2):153–5.
61. Kain ZN, Mayes LC, Caldwell-Andrews AA et al. Preoperative anxiety, postoperative pain, and behavioral recovery in young children undergoing surgery. Pediatrics. 2006;118:651–658.
62. Maranets I KZ. Preoperative anxiety and intraoperative anesthetic requirements. Anesth Analg. 1999;89:1346–51.
63. Çuhadar D KG. Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hasta ve Yakınlarının Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi. Sağlık ve Toplum. 2006;16:56–62.
64. Kvaal K, Ulstein I, Nordhus IH EK. The Spielberger State- Trait Anxiety Inventory (STAI): the state scale in detecting mental disorders in geriatric patients. Int J Geriatr Psychiatry. 2005;20:629–34.
65. Mitchell M. Conscious surgery: influence of the environment on patient anxiety. J Adv Nurs. 2008;64:261–71.
66. Erdem D, Ugiş M, Albayrak D. Perianal bölge ameliyatı yapılacak hastalarda uygulanan anestezi yöntemlerinin preoperatif ve postoperatif anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisi. Bakırköy Tıp Dergisi, Cilt 7, Sayı 1, 2011.

67. Haugen AS, Eide GE, Olsen MV, Haukeland B, Remme AR WA. Anxiety in the operating theatre: a study of frequency and environmental impact in patients having local, plexus or regional anaesthesia. *J Clin Nurs*. 2009;18:2301–2010.
68. Munafò MR, Stevenson J. Anxiety and surgical recovery. Reinterpreting the literature. *J Psychosom Res*. 2001 Oct;51(4):589–96.
69. Peters ML, Sommer M, de Rijke JM, Kessels F, Heineman E, Patijn J, et al. Somatic and Psychologic Predictors of Long-term Unfavorable Outcome After Surgical Intervention. *Ann Surg*. 2007 Mar;245(3):487–94.
70. Arellano R, Cruise C CF. Timing of the anesthetist's preoperative outpatient interview. *Anesth Analg*. 1989;68:645–8.
71. Salzwedel C, Marz S BM and et al. Video-assisted patient education in anaesthesiology: possibilities and limits of a new procedure for improvement of patient information. *Anaesthesist*. 2008;57:546–54.
72. Titilayo O Oshodi. The impact of preoperative education on postoperative pain. *Br J Nursing*, 2007, Vol16, No 12.
73. Bilgin T.E., Altun T., Saylam B. EE. Effects of preoperative information team on postoperative pain and patient satisfaction. *Turkish J Urol*. 2012;38(2):91–4.
74. Akbulut S. Preoperatif anksiyete nedenleri ve preoperatif vizitin anksiyete üzerine etkisi. 2011.
75. Kiyohara LY, Kayano LK, Oliveira LM, Yamamoto MU, Inagaki MM, Ogawa NY, et al. Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo*. 2004;59(2):51–6.
76. Aydemir Ö KE. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Ankara: Hacettepe Taç kitabevi. 2000. 153-163 p.
77. Markland D, Hardy L. Anxiety, relaxation and anaesthesia for day-case surgery. *Br J Clin Psychol*. 1993 Nov;32 (Pt 4):493–504.
78. Hobson JA, Slade P, Wrench IJ, Power L. Preoperative anxiety and postoperative satisfaction in women undergoing elective caesarean section. *Int J Obstet Anesth*. 2006 Jan;15(1):18–23.

79. Özgün Cuvaş, Pınar Aslanargun, Eymen Aslan FY ve ark. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği. Türk Anest Rean Der Derg. 2010;38(5):348–55.
80. Demir A, Turan S, Balaban F ÜK ve ark. Anestezi uygulamaları ile ilgili olarak preanestezik değerlendirme sırasında hastalarda yapılan anket çalışması. Türk Anest Der Derg. 2009;37(4):225–33.
81. White PF. Pharmacologic and clinical aspects of preoperative medication. Anesth Analg. 1986 Sep;65(9):963–74.
82. Tür A. Preoperatif Medikasyon. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg. 1988;5:235–42.
83. Küçük N, Ulanış Y, Çetin Ş US. Premedikasyonda Midazolam, Diazepam ve Plasebonun anksiyolitik etkilerinin karşılaştırılması. J Turgut Özal Med Cent. 1995;2:319–23.
84. Shevde K PG. A survey of 800 patients knowledge, attitudes and concerns regarding anesthesia. Anesth Analg. 1991;73:190–8.
85. Lindsay PH ND. Human information processing: an introduction to psychology. New York. Acad P. 1977;
86. Taylor SE, Kemeny ME, Reed GM, Bower JE, Gruenewald TL. Psychological resources, positive illusions, and health. Am Psychol. 2000 Jan;55(1):99–109.
87. Armay Z, Özkan M, Kocaman N, Özkan S. Hastalık Algisi Ölçeği'nin Kanser Hastalarında Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. = The Turkish reliability and validity study in Cancer Patients of Illness Perception Questionnaire. Klin Psikiyatr Derg J Clin Psychiatry. 2007;10(4):192–200.
88. Karabulutlu YE OA. Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilim Derg. 2011;14(4):25–31.
89. Stockford K, Turner H, Cooper M. Illness perception and its relationship to readiness to change in the eating disorders: a preliminary investigation. Br J Clin Psychol. 2007;46(Pt 2):139–54.
90. Petrie KJ WJ. Why illness perceptions matter. Clin Med (Northfield Il). 2006;6:536–9.

91. Kaptein AA, Helder DI, Scharloo M, Van Kempen GMJ WJ ve ark. Illness perceptions and coping explain well-being in patients with huntintong's disease. *Psychol Heal*. 2006;21(4):431–6.
92. Alsén P. Illness Perception and Fatigue after Myocardial Infarction. *Institute Of Health And Care Sciences. Doctoral Theses, Göteborg, Göteborgs Universite*:2009.
93. Mosavel M, Simon C, Ahmed R. Cancer perceptions of South African mothers and daughters: implications for health promotion programs. *Health Care Women Int*. 2010 Sep;31(9):784–800.
94. Petrie K, Jago L a, Devcich D a. The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20(2):163–7.
95. Hagger MS, Orbell S. A Meta-Analytic Review of the Common-Sense Model of Illness Representations. *Psychol Health*. 2003;18(2):141–84.
96. Cherrington CC, Moser DK, Lennie TA, Kennedy CW. Illness representation after acute myocardial infarction: impact on in-hospital recovery. *Am J Crit Care*. 2004 Mar;13(2):136–45.
97. Cherrington CC, Lawson TN, Clark KB. Illness representation of patients with systolic heart failure. *Prog Cardiovasc Nurs*. 2006;21(4):190–5.
98. Kocaman ve ark. 271 Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anatol J Psychiatry*. 2007;8:271–80.
99. Elwy AR, Yeh J, Worcester J, Eisen S V. An illness perception model of primary care patients' help seeking for depression. *Qual Health Res*. 2011 Nov;21(11):1495–507.
100. Leventhal H BI ve LE. The Common-sense model of selfregulation of health and illness behaviour. *The Selfregulation Of Health And İllness Behaviour*. LD Cameron ve H Leventhal. New York. 2003;42–65.
101. Kleinman A. The illness narratives: suffering, healing, and the human condition. New York. 1988;
102. Frosthalm L, Fink P, Christensen KS, Toft T, Oernboel E, Olesen F, et al. The patients' illness perceptions and the use of primary health care. *Psychosom Med*. 2005;67(6):997–1005.

103. Lipowski ZJ. Physical Illness, The Individual And The Coping Process. *Psychiatry Med.* 1970;1:91–102.
104. Lloyd GG. Psychological reactions in physically ill patients *Handbook of Studies on General Hospital Psychiatry*, Oxford, Elsevier Science Publishers BV. Judd, F.K., Burrows, G.D., Lipsitt DR, editor. 1991.
105. Brown, J., Fitzpatrick, R. Factors influencing compliance with dietary restrictions in dialysis patients , *J Psychosomatic Res.* 1988;32:191–6.
106. Leventhal, H., Zimmerman, R., Gutmann, M. Compliance: A self-regulation perspective, *Handbook of behavioral medicine.* :369–436.
107. Leventhal, H., Nerenz, D.R., Purse, J. Illness representations and coping with health threats.
108. Meyer, D., Leventhal, H., Gutmann, M. Common-sense models of illness: the example of hypertension. *Heal Psychol.* 1985;4(2):115.
109. Penley JA, Tomaka J, Wiebe JS. The association of coping to physical and psychological health outcomes: a meta-analytic review. *J Behav Med.* 2002 Dec;25(6):551–603.
110. Lau, R.R., Hartman KA. Common sense representations of common illnesses. *Heal Psychol.* 1983;2:167–85.
111. Ogden J. *Health Psychology*, Buckingham, Open University Press. 1996.
112. Groarke, A., Curtis, J., Clan, R., Gsel A. The impact of illness representations and disease activity on adjustment in women with rheumatoidarthritis: a longitudinal study. *Psychol Heal.* 2005;20(5):597–613.
113. Vaughan, R., Morrison, L., Miller E. The illness representations of multiple sclerosis and their relations to outcome. *Br J Health Psychol.* 2003;8:287–301.
114. Kaptein, A., A., Scharloo, M., Helder, D. I. K ve ark. *Representations of chronic illness, The self-regulation of health and illness behaviour*, London, Routledge. 2003;
115. Scharloo, M., Kaptein A. “Perceptions of health and illness: Current research and applications”, *Measures with chronic somatic Illnesses of Illness perception in patient: A review.* Amsterdam, Harwood Academic Publishers; 1997. 103-154 p.

116. Leventhal, H., Halm, E., Horowitz, C., Leventhal, E.A., Özakıncı G. Living with chronic illness: A contextualized, self-regulation approach, In Sutton, S., Baum, A. ve Johnston M. (Edt.), The Sage handbook of health psychology. Thousand Oaks, CA, Sage Publications. 2005;
117. Donkin L, Ellis CJ, Powell R, Broadbent E, Gamble G, Petrie KJ. Illness perceptions predict reassurance following a negative exercise stress testing result. *Psychol Heal*. 2006;21(4):421–30.
118. Marteau TM, Weinman J. Self-regulation and the behavioural response to DNA risk information: A theoretical analysis and framework for future research. *Soc Sci Med*. 2006;62(6):1360–8.
119. Botha-Scheepers S, Riyazi N, Kroon HM et al. Activity limitations in the lower extremities in patients with osteoarthritis: the modifying effects of illness perceptions and mental health. *Osteoarthritis Cartilage*. 2006;
120. Scharloo M, Kaptein AA, Weinman J et al. Patients‘ illness perceptions and coping as predictors of functional status in psoriasis: a 1-year follow-up. *Br J Dermatol*. 2000;142:899–907.
121. Scharloo M, Kaptein AA, Weinman JA et al. Predicting functional status in patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 1999;26:1686–93.
122. Petrie KKJ, Cameron LDL, Ellis CJC, Buick D, Weinman J. Changing Illness Perceptions After Myocardial Infarction : An Early Intervention Randomized Controlled Trial. *Psychosom Med*. 2002;64:580–6.
123. Gedik A. Nöroşirurji Hastalarında Ameliyat Öncesi ve Sonrası Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi. İstanbul, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2015.
124. Baser E, Togrul C, Ozgu E, Ayhan S, Caglar M, Erkaya S GT. Effect of pre-procedural State-Trait Anxiety on Pain perception and discomfort in women undergoing colposcopy for cervical cytological abnormalities. *Asian Pacific J Cancer Prev*. 2013;14(7):4053–6.
125. Joseph-Kinzelman A. ve ark. Client’s perceptions of involuntary hospitalization. *J Psychosoc Nurs*. 1994;32(6):28–32.

126. Domar AD, Everett LL, Keller MG. Preoperative anxiety: is it a predictable entity? *Anesth Analg*. 1989 Dec;69(6):763–7.
127. Moerman N, Van Dam FSAM OJ. Recollections of general anaesthesia: a survey of anaesthesiological practice. *Acta Anaesthesiol Scand*. 1992;36(8):767–71.
128. Valenzuela Millán J, Barrera Serrano JR, Ornelas Aguirre JM. Anxiety in preoperative anesthetic procedures. *Cir Cir*. 78(2):147–51.
129. Duman A, Öğün C, Şahin T SG ve ÖS. Preoperatif Korku ve Endişeyi Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *SÜTıp Fak Derg*. 2003;19:21–6.
130. Güz H DZ ve GT. Lomber Disk Hernisi Nedeniyle Ameliyat Olan Hastalarda Ameliyat Öncesi Anksiyete. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2003;40(1-2):36–9.
131. Turhan Y, Avcı R ÖD. Elektif Cerrahi Operasyon Planlanan Hastalarda Preoperatif ve Postoperatif Anksiyetenin Hasta Memnuniyeti ile İlişkisi. *Anestezi Derg*. 2012;20(1):27–33.
132. Erfidan S. Anestezi Polikliniğine Başvuran Hastalarda Anksiyete Düzeyinin ve Nedenlerinin Değerlendirilmesi. 2015.
133. Aykent R. Hastalar Arasında Anestezinin İmajı, Anesteziye Bağlı Endişe Nedenleri ve Preoperatif Anksiyete Değerlendirmesi: Altıyüz Hastada Uygulanmış Bir Anket Çalışması. 2001.
134. Kayhan C. Cerrahi hastalarda preoperatif anksiyetenin postoperatif komplikasyonlarla ilişkisinin güncellenmesi. 2003.
135. İnel M. Omurilik Cerrahisi Hastalarında Ameliyat Öncesi Anksiyete Düzeyini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. 2016.
136. Kırdemir P ÖÖ. Can postoperative pain and analgesic need be predicted in preoperative period. *Türkiye Klin J Med Sci*. 2011;31(4):951–9.
137. Grabow L BR. Preoperative anxiety-anxiety about the operation, anxiety about anesthesia, anxiety about pain. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 1990;40(7):255–63.
138. Sun GC, Hsu MC, Chia YY, Chen PY SF. Effects of age and gender on intravenous midazolam premedication: a randomized double-blind study. *Br J Anaesth*. 2008;101(5):632–9.

139. Dohman D ÇML. Genel veya spinal anestezi altında yapılan elektif histerektomi operasyonlarında, ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete ve hasta memnuniyetinin anket çalışmasıyla karşılaştırılması. 2012.
140. Norris W BW. Pre-operative anxiety: a study of the incidence and aetiology. Br J Anaesth. 1967;39(6):503–9.
141. Ramsay MA. A survey of pre-operative fear. Anaesthesia. 1972;27(4):396–402.
142. Calvin RL LP. Perioperative uncertainty and state anxiety of orthopaedic surgical patients. Orthop Nurs. 1999;18:61–6.
143. Kutanis D AA. Elektif operasyon geçirecek hastalardaki preoperatif anksiyete düzeyinin vücut kitle indeksine göre karşılaştırılması. 2015.
144. Sağır G, Kaya M, Eskiçınar H, Özlem K KA. Spinal anestezi planlanan hastalarda görsel bilgilendirmenin preoperatif anksiyete üzerine etkisi. Turk J AnesthReanim. 2012;40(5):274–8.
145. Mackenzie JW. Daycase anaesthesia and anxiety: A study of anxiety profiles amongst patients attending a day bed unit. Anaesthesia. 1991;44:437.
146. Turhan Y. Elektif Cerrahi Operasyon Planlanan Hastalarda Preoperatif ve Postoperatif Anksiyetenin Hasta Memnuniyeti İle İlişkisi. 2007.
147. Z. C, E. L, P. B, T. S-T, A. H, B. J, et al. The impact of preoperative anxiety and education level on long-term mortality after cardiac surgery. J Cardiothorac Surg. 2012;7:86.
148. Baydar T. Y. Preoperatif Anestezi Bilgilendirmesinde Broşür ile Bilgilendirmenin veya Sözel Bilgilendirmenin Preoperatif Anksiyeteye Olan Etkisi. 2014.
149. Bahar, A., Taşdemir HS. Dahili ve Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Derg. 2008;11(2):9–17.
150. Nayir UR. Açık Kalp Ameliyatında Preoperatif Anksiyete ile Postoperatif Komplikasyonlar Arasındaki İlişki. 2012.
151. Altun T. Ameliyat Sürecinde Hasta Kaygısı Üzerine Etki Eden Faktörler. 2010.

152. Şıvğın S. Elektif Operasyon Planlanan Hastalarda Psikolojik ve Farmakolojik Premedikasyonun Preoperatif Anksiyete Düzeyi Ölçülerek Karşılaştırılması. 2013.
153. Gürsoy A. Ameliyat Öncesi Hastaların Kaygı Düzeyleri ve Kaygıya Neden Olabilecek Etmenlerin Belirlenmesi. Hemşirelikte Araştırma Derg. 2001;23-9.
154. Ala S. Tiroidektomi Ameliyatı Öncesi Hemşirenin Bilgilendirici Rolünün Hastaların Ameliyat Sonrası Anksiyete Düzeylerine Etkisi. 2007.
155. Mitchell M. Nursing İntervention For Pre-operative Anxiety. Nurs Stand. 2000;14(37):40.
156. Bugge K, Bertelsen F BA. Patient's desire for information about anaesthesia: Danish attitudes. Acta Anaesthesiol Scand. 1998;42:91-6.
157. Gönüllü M, Turan ED EL ve ark. Anestezi uygulanacak hastalarda anksiyete düzeyinin araştırılması. Türk Anest ve Rean Cem. 1986;14:110-3.
158. Cesur S. Cerrahi Hastalarında Ameliyat Öncesi Anksiyetenin Ameliyat Sonrası Ağrı Üzerindeki Etkileri. 2015.
159. Hagger MS OS. A confirmatory factor analysis of the revised illness perception questionnaire (IPQ-R) in a cervical screening context. Psych Heal. 2005;20:161-73.
160. Wittkowski A, Richards HL, Williams J, Main CJ. Factor analysis of the Revised Illness Perception Questionnaire in adults with atopic dermatitis. Psychol Health Med. 2008;13(3):346-59.
161. Snell DL, Siegert RJ, Hay-Smith EJC, Surgenor LJ. An examination of the factor structure of the Revised Illness Perception Questionnaire modified for adults with mild traumatic brain injury. Brain Inj. 2010;24(13-14):1595-605.
162. Chen SL, Tsai JC, Lee WL. Psychometric validation of the Chinese version of the Illness Perception Questionnaire-Revised for patients with hypertension. J Adv Nurs. 2008;64(5):524-34.
163. Cabassa LJ, Lagomasino IT, Dwight-Johnson M, Hansen MC, Xie B. Measuring Latinos' perceptions of depression: a confirmatory factor analysis of the Illness Perception Questionnaire. Cult Divers Ethn Minor Psychol. 2008;14(4):377-84.

164. van Ittersum MW, van Wilgen CP, Hilberdink WKHA, Groothoff JW, van der Schans CP. Illness perceptions in patients with fibromyalgia. *Patient Educ Couns*. 2009 Jan;74(1):53–60.
165. Giannousi Z, Manaras I, Georgoulas V, Samonis G. Illness perceptions in Greek patients with cancer: a validation of the Revised-Illness Perception Questionnaire. *Psychooncology*. 2010 Jan;19(1):85–92.
166. Dempster M, McCorry NK. The factor structure of the revised Illness Perception Questionnaire in a population of oesophageal cancer survivors. *Psychooncology*. 2012;21(5):524–30.
167. Chilcot J, Norton S, Wellsted D FK. The factor structure of the revised illness perception questionnaire (IPQ-R) in end-stage renal disease patients. *Psychol Heal Med*. 2012;17:578–88.
168. Pesut DP, Bursuc BN, Bulajic M V, Solovic I, Kruczak K, Duarte R, et al. Illness perception in tuberculosis by implementation of the Brief Illness Perception Questionnaire – a TBNET study. *Springerplus*. 2014;3(1):664.
169. Var F, Rajeswaran J. Perception of illness in patients with traumatic brain injury. *Indian J Psychol Med*. 2012 Jul;34(3):223.
170. De Gucht V. Illness perceptions mediate the relationship between bowel symptom severity and health-related quality of life in IBS patients. *Qual Life Res*. 2015 Aug 7;24(8):1845–56.
171. Gündüz F. Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastalarda Hastalık Algısı, Psikososyal Uyum ve Glisemik Kontrolün Değerlendirilmesi. 2014.
172. Abubakari AR, Jones MC, Lauder W, Kirk A, Devendra D, Anderson J. Psychometric properties of the Revised Illness Perception Questionnaire: Factor structure and reliability among African-origin populations with type 2 diabetes. *Int J Nurs Stud*. 2012;49(6):672–81.
173. Aflakseir A. Role of illness and medication perceptions on adherence to medication in a group of Iranian patients with type 2 diabetes. *J Diabetes*. 2012;4:243–7.
174. Özen Ş. Multipl Sklerozlu Hastalarda Hastalık Algısının Belirlenmesi. 2013.

175. Spain LA, Tubridy N, Kilpatrick TJ, Adams SJ, Holmes ACN. Illness perception and health-related quality of life in multiple sclerosis. *Acta Neurol Scand.* 2007;116(5):293–9.
176. Bahçecioğlu G. Astım Hastalarında Hastalık Algısının Astım Kontrolü Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. 2013.
177. Weldam SW, Lammers J-WJ, Heijmans MJ, Schuurmans MJ. Perceived quality of life in chronic obstructive pulmonary disease patients: a cross-sectional study in primary care on the role of illness perceptions. *BMC Fam Pract.* 2014 Dec 3;15(1):140.
178. Oktay A. Hemodiyaliz Hastalarında Hastalık Algısı ve Umutsuzluk Düzeyleri. 2011.
179. Chilcot J, Wellsted D, Farrington K. Illness representations are associated with fluid nonadherence among hemodialysis patients. *J Psychosom Res.* 2010;68(2):203–12.
180. Lau-Walker M. Relationship between illness representation and self-efficacy. Vol. 48, *Journal of Advanced Nursing.* 2004. p. 216–25.
181. Ciddi S. Kalp Yetmezliği Olan Bireylerde Cinsiyetin Hastalık Algısına Etkisi. 2010.
182. Byrne M, Walsh J, Murphy AW. Secondary prevention of coronary heart disease: Patient beliefs and health-related behaviour. *J Psychosom Res.* 2005;58(5):403–15.
183. Jansen DL, Grootendorst DC, Rijken M, Heijmans M, Kaptein AA, Boeschoten EW, et al. Pre-dialysis patients' perceived autonomy, self-esteem and labor participation: associations with illness perceptions and treatment perceptions. A cross-sectional study. *BMC Nephrol.* 2010 Dec 8;11:35.
184. Öztürk A, Altuntaş Y, Özsan M GE. Hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezliği olgularının hastalıkları ve hemodiyaliz hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi. *Erciyes Tıp Derg.* 2009;31:119–25.
185. Jopson NM, Moss-Morris R. The role of illness severity and illness representations in adjusting to multiple sclerosis. *J Psychosom Res.* 2003;54(6):503–4.

186. Milani MJ, Ashktorab T, Saeedi ZA MH. The effect of illness perception on physical health-related quality of life promotion in multiple sclerosis (MS) patients attending peer support groups. JPS. 2012;3(2):31–7.
187. Korucu O. Başağrısı Hastalarında Hastalık Algısı, Bu Hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Yeri. 2013.

10. EKLER

Ek 1. Etik Kurul Onayı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir İli Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Toplantı No : 31
Tarih : 18/10/2016
Karar No : 2

Hastanemiz Aile Hekimliği Asistanı Dr. Ayşegül BAYAD'ın tez çalışması olarak yapılması planlanan **“Preoperatif Cerrahi Hastalarında Hastalık Algısı ve Anksiyete Düzeyinin Saptanması”** konulu araştırmaya ait dosya görüşülmüş çalışmanın gerekçe, yöntem ve etik açıdan uygun olduğuna, Dr. Ayşegül BAYAD tarafından Aile Hekimliği Eğitim Sorumlusu Doç. Dr. Haluk MERGEN sorumluluğunda yürütülmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

BAŞKAN : Doç. Dr. Şükran KÖSE

ÜYELER : Doç. Dr. Cüneyt Eftal TANER

Doç. Dr. Süheyla SERİN SENER

Doç. Dr. Ahmet KAYA

Doç. Dr. Figen TOKUÇOĞLU (İzinli)

Doç. Dr. Tolga KANDOĞAN

Doç. Dr. Özgür ÖZTEKİN

Doç. Dr. Emel Ebru PALA

Uzm. Dr. Ahenk PAKSOY

Doç. Dr. Can ÖZTÜRK

Doç. Dr. İ. Eren AKÇİÇEK

Emekli Albay. Atıf Can ÖKTEN

Avukat Murat BAŞKIRT

İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yerel Etik Kurulu Yenişehir / İZMİR
Telefon : 0 232 4696969 / 6128

Ek 2. Çalışma Anketi

PREOP CERRAHİ HASTALARINDA ANKSİYETE VE HASTALIK ALGISI DEĞERLENDİRME ANKETİ

Tarih: / /2016

1)SOSYODEMOGRAFİK VERİLER:

Cinsiyet: E / K

Yaş:

Eğitim: okur-yazar değil / okuryazar-ilkokul / ortaokul-lise / üniversite

Ameliyat nedeni:

Ek hastalık-geçirilmiş operasyon:

Psikiyatrik hastalık varlığı: var / yok

2)ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

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

3) KISA HASTALIK ALGI ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki sorular için, sizin görüşlerinize en fazla uyan numarayı lütfen çember içine alın:

Hastalığınız hayatınızı ne kadar etkilemekte?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
hiç yaşamımı etkilemiyor							ciddi ölçüde etkiliyor			
Hastalığınızın ne kadar süreceğini düşünüyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
çok kısa süre							ömür boyu			
Hastalığınız üzerinde ne kadar kontrolünüz olduğunu hissediyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kesinlikle hiçbir kontrolüm yok							Tamamen kontrolüm altında			
Tedavinizin hastalığınıza ne ölçüde yardımcı olabileceğini düşünüyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç yardımcı değil							oldukça yardımcı			
Hastalığınıza bağlı şikayetleri hangi ölçüde yaşıyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
hiçbir şikayetim olmuyor							çok ciddi şikayetlerim oluyor			
Hastalığınız için ne kadar endişelisiniz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
hiç endişeli değilim							çok endişeliyim			
Hastalığınızın ne olduğunu ne kadar iyi anladınız?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
hiç anlamadım							çok net anladım			
Hastalığınız duygusal olarak sizi ne kadar etkilemekte? (ör: Sizi sinirli, ürkek, üzüntülü veya çökkün yapıyor mu?)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
duygusal olarak hiç etkilemiyor							duygusal olarak çok etkiliyor			

Lütfen **hastalığınıza** sebep olduğuna inandığınız en önemli üç faktörü (olayı) önem sırasına göre yazınız. Aşağıdaki listeden seçebilirsiniz ya da seçeneklerin dışında sizin düşündüğünüz nedenleri yazabilirsiniz. ***Benim için en önemli sebepler :***

1.

2.

3.

- Stres-endişe üzüntü
- Kalıtsal(ırsi)
- Mikroplar
- Kötü beslenme
- Şanssızlık
- Kendimi kötü hissetmem
- Sağlığıma dikkat etmemem
- Çevre kirliliği
- Aşırı çalışma
- Kişilik özelliklerim
- Yaşlanma
- Alkol-Sigara
- Aile problemleri
- Ek hastalık
- Kaza ya da yaralanma
- Vücut direncimin azalması