



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ,
İSTANBUL SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

**GASTROİNTESTİNAL ENDOSKOPİ UYGULANACAK
HASTALARDA ANKSİYETE DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ VE
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Mehmet Emin Arslan

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2018



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ,
İSTANBUL SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

**GASTROİNTESTİNAL ENDOSKOPİ UYGULANACAK
HASTALARDA ANKSİYETE DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ VE
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Mehmet Emin Arslan

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Feyzullah Ersöz

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2018

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim süresince akademik desteğini esirgemeyen ve en iyi verimi almamı sağlayan klinik Őefimiz Sayın Uz. Dr. Ahmet Cüneyt MÜDERRİSOğLU'na, tez çalıŐmamda gerek danıŐmanlıđı gerek süreci iŐletmesindeki hassasiyetiyle tez çalıŐmasının her aŐamasında emeiği ve bilgisi olan tez danıŐmanım sayın Doç. Dr. Feyzullah ERSÖZ'e,

Bu bilimsel çalıŐmanın oluŐturulmasında sağladıkları ortam ve huzurla her aŐamanın verimli geçmesini sağlayan baŐta Sayın Doç. Dr. Hasan BEKTAŐ olmak üzere tüm Endoskopi Ünitesi ailesi çalıŐanlarına,

Tezin prosedür kısmının oluŐmasında katkıları ve yardımları olan idari personel birimindeki arkadaşlarımıza,

Gerek tez çalıŐmam boyunca gerek her daim yanımda olan ve hiçbir zaman desteğini benden esirgemeyen can yoldaŐım ve yol arkadaşım Adeviye ÜNAL'A

İlkokuldan asistanlık sürecime kadar geçen eğitim hayatımda maddi manevi desteklerini esirgemeyip beni Őevklendiren ve her zamanda yanımda olan baŐta annem ve babam olmak üzere canımdan çok sevdiğim tüm aileme gönülden sonsuz teŐekkürler ederim.

Dr. Mehmet Emin Arslan

İstanbul – 2018

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLolar LİSTESİ.....	v
GRAFİKLER LİSTESİ.....	vi
ÖZET.....	vii
ABSTRACT	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. ENDOSKOPİ	3
2.1.1. Endoskopinin Tanımı ve Tarihçesi	3
2.1.2. Üst Gastrointestinal Sistem Endoskopisi	4
2.1.2.1. Üst Gastrointestinal Sistem Endoskopisi Endikasyonları.....	4
2.1.2.2. Üst Gastrointestinal Sistem Endoskopisi Kontrendikasyonları	5
2.1.2.3. Üst Gastrointestinal Sistem Endoskopisi Komplikasyonları	5
2.1.3. Alt Gastrointestinal Sistem Endoskopisi.....	6
2.1.3.1. Alt Gastrointestinal Sistem Endoskopisi Endikasyonları	6
2.1.3.2. Alt Gastrointestinal Sistem Endoskopisi Kontrendikasyonları	8
2.1.3.3. Alt Gastrointestinal Sistem Endoskopisi Komplikasyonları	8
2.1.4. Endoskopik Retrograd Kolanjiopankreatikografi – ERCP	8
2.1.4.1. ERCP Endikasyonları	9
2.1.4.2. ERCP Kontrendikasyonları.....	9
2.1.4.3. ERCP Komplikasyonları.....	9

2.2.	ANKSİYETE.....	10
2.2.1.	Anksiyete Tanımı ve Tarihiçesi	10
2.2.2.	Anksiyetenin Epidemiyolojisi	12
2.2.3.	Anksiyetenin Belirtileri	13
2.2.3.1.	Bilişsel belirtiler.....	13
2.2.3.2.	Duygusal (afektif) Belirtiler	13
2.2.3.3.	Davranışsal Belirtiler	14
2.2.3.4.	Fizyolojik Belirtiler.....	14
2.2.4.	Anksiyete Düzeyleri.....	14
2.2.4.1.	Hafif Düzeyde Anksiyete.....	14
2.2.4.2.	Orta Düzeyde Anksiyete	15
2.2.4.3.	Şiddetli Düzeyde Anksiyete.....	15
2.2.4.4.	Panik Düzeyde Anksiyete	15
2.2.5.	Anksiyete Bozuklukları.....	15
2.2.5.1.	Ayrılma Kaygısı Bozukluğu	16
2.2.5.2.	Seçici Konuşmazlık (Mutizm)	17
2.2.5.3.	Özgül Fobi	18
2.2.5.4.	Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi)	18
2.2.5.5.	Panik Bozukluk.....	20
2.2.5.6.	Agorafobi	21
2.2.5.7.	Yaygın Anksiyete Bozukluğu	22
2.2.5.8.	Maddenin/ilacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu	23
2.2.5.9.	Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu	24
2.2.5.10.	Tanımlanmış Diğer Kaygı Bozukluğu	24

3. MATERYEL VE METOT.....	26
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ŞEKLİ	26
3.2. ARAŞTIRMA SORULARI	26
3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI.....	26
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	26
3.5. ARAŞTIRMAYA DÂHİL EDİLME KRİTERLERİ.....	27
3.6. ARAŞTIRMADAN DIŞLANMA KRİTERLERİ	27
3.7. VERİLERİN TOPLANMASI.....	27
3.7.1. Sosyo-demografik Anket Formu.....	27
3.7.2. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ).....	27
3.8. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ	28
3.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	29
4. BULGULAR.....	30
4.1. SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİLERİN BETİMLEYİCİ İSTATİSTİKLERİ	30
4.2. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ PUANLARI İLE SOSYO-DEMOGRAFİK VE KİŞİSEL BİLGİLERİN KARŞILAŞTIRILMASI.....	39
5. TARTIŞMA.....	44
6. KAYNAKLAR	54
7. EKLER	68
Ek-1. SOSYO-DEMOGRAFİK ANKET FORMU	68
Ek-2. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ	69

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1.	Cinsiyet dağılımı.....	30
Tablo 2.	Yaş dağılımı.....	31
Tablo 3.	Medeni durum dağılımı	31
Tablo 4.	Eğitim durumu dağılımı.....	32
Tablo 5.	Mesleki durum dağılımı.....	33
Tablo 6.	Sosyal güvence durumu dağılımı.....	34
Tablo 7.	Ekonomik durum dağılımı.....	35
Tablo 8.	İşlem öyküsü durumu dağılımı	36
Tablo 9.	İşlem hakkında bilgilendirilme durumu dağılımı	37
Tablo 10.	Randevu süresi dağılımı.....	38
Tablo 11.	Randevu süresi makul mü? dağılımı.....	38
Tablo 12.	Anksiyete derecesi dağılımı.....	39
Tablo 13.	Anksiyete skoru dağılımı	39
Tablo 14.	Anksiyete – Genel durum dağılımı.....	43

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1. Cinsiyet dağılımı.....	30
Grafik 2. Medeni durum dağılımı	31
Grafik 3. Eğitim durum dağılımı.....	32
Grafik 4. Mesleki durum dağılımı.....	33
Grafik 5. Sosyal güvence durumu dağılımı.....	34
Grafik 6. Ekonomik durum dağılımı	35
Grafik 7. İşlem öyküsü dağılımı.....	36
Grafik 8. İşlem hakkında bilgilendirilme durumu dağılımı	37
Grafik 9. Randevu süresi makul mü? Dağılımı.....	38
Grafik 10. Anksiyete derecesi dağılımı	39
Grafik 11. Cinsiyet anksiyete ilişkisi.....	40
Grafik 12. Yaş anksiyete ilişkisi.....	40
Grafik 13. Mesleki durum anksiyete ilişkisi.....	41
Grafik 14. Bilgilendirme anksiyete ilişkisi.....	42

ÖZET

Amaç: Çalışmamızın amacı; gastrointestinal sistem (GİS) endoskopi işlemi uygulanacak hastaların işlem öncesi anksiyete düzeylerini ve bununla ilişkili etkenleri belirlemektir.

Materyal ve Metot: Bu çalışma Ekim 2017 – Ocak 2018 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endoskopi Ünitesi'nde 554 hastada kesitsel olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya GİS endoskopi işlemi uygulanacak 18 – 65 yaş arası olanlar, herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayanlar, psikotrop ilaç kullanmayanlar ve en az lise mezunu olan hastalar katılmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından oluşturulan sosyo-demografik anket formu ve katılımcıların anksiyete düzeylerini belirlemek için Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) kullanılmıştır. Elde edilen veriler ortalama, standart sapma, medyan en düşük ve en yüksek, frekans, oran değerleri, Kolmogorov Simirnov testi, Mann-Whitney U testi, Ki-kare testi, Pearson ve Spearman korelasyon analizi ile analiz edilmiş olup bilgisayar ortamında SPSS 22.0 programı ile % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan 554 hastanın yaş ortalaması $36,3 \pm 12,3$ yıldır. Hastaların %47,1'i (n=261) kadın ve %52,9'u (n=293) erkekti. Hastaların %41,7'nde (n=231) hafif derecede, %16,8'nde (n=93) orta derecede, %4,7'nde (n=26) şiddetli seviyede olmak üzere %63,2'nde (n=350) anksiyete saptanmıştır.

Hasta yaşı, kadın cinsiyeti, meslek durumu ve hastanın bilgilendirilmesinin anksiyeteyi etkileyen faktörler olduğu saptanmıştır. Hastaların medeni durumu, eğitim durumları, ekonomik durumları, sosyal güvencelerinin olup olmaması, randevu süreleri ve daha önce endoskopik işlem öykülerinin olup olmaması ise anksiyeteyi istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilemediği saptanmıştır.

Sonuç: GİS endoskopi işlemi uygulanacak hastalarda; hasta yaşı, cinsiyet, meslek durumu ve hasta bilgilendirilmesi etkenlerinin işlem öncesi anksiyete skorları üzerinde etkili olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, endoskopi, gastroskopi, kolonoskopi

ABSTRACT

Objectives: The (main) objective of this study is to determine the anxiety levels of the patients who will undergo gastrointestinal endoscopy and the factors impacting these levels.

Methodology: This study has been performed cross-sectionally among 554 patients in the endoscopy department of the University Health Sciences Istanbul Education and Research Hospital between October 2017 and January 2018. Only patients between the ages of 18-65 who are due to undergo gastrointestinal endoscopy contribute to the study. The other conditions for patients to be able to take part in the study are to have a minimum of a high school degree, not to be diagnosed with any psychiatric illness and not to be using psychotropic medication. A Socio-demographic survey form prepared by the researcher, has been used to collect the data. Beck Anxiety Inventory (BAI) has been used to measure the levels of anxiety of the patients. The standard deviation, median, minimum and maximum frequency, ratio values have been analyzed by using Kolmogorov test, Mann-Whitney test, Chi-Square test, Pearson and Spearman Correlation analysis and the analyzed data has been evaluated using by SPSS 22.0 with an accuracy of 95% and at a significance level of $p < 0.05$.

Findings: The average age of the 554 patients that contributes to the study is $36,3 \pm 12,3$. 47% of the patients ($n=261$) are women and 52.9% ($n=293$) are men. 63.3% of the patients are reported to have anxiety: 41.7% ($n=231$) of them at a low level, 16.8% ($n=93$) at a medium level and 4.7% ($n=26$) at a severe level.

The factors impacting the anxiety are determined as age, the gender and the profession of the patients and how much information they are given prior to the test. It is statistically shown that the impact of marital status, education levels, financial situation, status of social security, duration of the appointment and whether they have a prior endoscopic treatment or not on the anxiety is negligible at a significance level.

Conclusion: It has been shown that, the factors contributing to the anxiety levels of the patients that will undergo gastrointestinal endoscopy are the age, gender, profession of the patients and how much they are informed prior to the test.

Keywords: Anxiety, endoscopy, gastroscopy, colonoscopy

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
DSM-V	: Diagnostik and Statistical Manuel of Mental Disorders, fifth edition
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EMR	: Endoskopik Mukozal Rezeksiyon
ERCP	: Endoskopik Retrograd Kolanjiyopankreatikografi
ESD	: Endoskopik Submukozal Disseksiyon
EUS	: Endoskopik Ultrasonagrafi
FAP	: Familial Adenomatöz Polipoz
GİS	: Gastrointestinal Sistem
HNPCC	: Herediter Nonpolipozis Kolorektal Kanser
MRCP	: Manyetik Rezonans Kolanjiopankreatografi
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
S.B.Ü.	: Sağlık Bilimleri Üniversitesi
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SPSS	: Statistical Package of Social Sciences
S.S.	: Standart Sapma

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bireyler her daim sağlıklı olmak isterler. Bireylerin sağlıklı olması; hayatlarını mutlu bir şekilde devam ettirebilmeleri için gerekli olan en önemli etkidir. Hastalık, birey için önemli bir anksiyete kaynağı ve olumsuz bir deneyimdir (1). Birey için hasta olma, hastaneye yatma, tanı ve tedavi amaçlı tıbbi bir işleme maruz kalma, bireyin yaşamını etkileyerek korku, öfke ve endişeye neden olabilmektedir (2).

Anksiyete, fiziksel belirtilerin de eşlik edebildiği, bireyin kendini tehlikede ve emniyette olmadığını hissettiği zamanlarda ortaya çıkar. Hastalar bu durumu “nedensiz endişe hali” veya “kötü bir şey olacağı hissi” şeklinde tarif edebilirler. Anksiyete sık yaşanan bir duygu durumu olmakla birlikte her zaman hastalık belirtisi olarak da düşünülmemelidir (3,4).

Anksiyete; bronkoskopi, gastroskopi, kolonoskopi, invaziv kardiyak işlemler, miyokard perfüzyon sintigrafisi ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) gibi birçok medikal ve cerrahi prosedür sırasında sık görülebilen bir durumdur (5-12). Genel hastane hastalarında %10-30 oranında (13), cerrahi uygulanacak hastaların %60-80’inde preoperatif dönemde anksiyete bildirilmiştir (14).

Endoskopik tanı ve tedaviler, gastrointestinal sistem (GİS) hastalıklarında önemli bir yere sahiptir. Klinik, fizik, laboratuvar, radyolojik muayenelere yardımcı ve tamamlayıcı tanı ve tedavi yöntemidir. Endoskopik işlemler de hastalarda anksiyeteye neden olmaktadır. Yapılan bazı çalışmalarda işlem öncesi hastaların anksiyete düzeylerine bakılmış ve kontrol grubundan daha yüksek bulunmuştur (15-19). Başka çalışmalarda ise hastalarda, teşhisten çok işlemin kendisinin endişeye neden olduğu bildirilmiştir (20,21).

İşlem öncesi oluşan anksiyete, işlem sırasında ve sonrasında hastayı ve işlemi etkileyebilir. İşlem öncesi yüksek anksiyete düzeyleri, hasta uyumunu azaltarak prosedürü olumsuz şekilde etkileyebilir ve prosedürün tamamlanmamasına yol açabilir (20,22). Ciddi düzeyde anksiyete işlem sırasında güçlükler neden olmakta ve işlem sırasında daha çok ağrı hissedilmesine yol açmaktadır (23). Doğan ve ark.

yaptığı çalışmada, biyopsi öncesi anksiyetesi olan hastaların, biyopsi sonrası daha fazla ağrısı olduğu ifade edilmektedir (24). Girişimsel işlemler öncesi anksiyete düzeyi hastaların işlem sırasındaki konforunu ve ağrı düzeyini olumsuz yönde etkilemektedir (25).

Bu bilgilerden de anlaşıldığı üzere birçok işlem gibi GİS endoskopisi de hastalarda anksiyeteye neden olmaktadır. Yaptığımız araştırma; GİS endoskopi uygulanacak hastaların işlem öncesinde anksiyete düzeylerini ve bunu etkileyen bireye ait olan ve olmayan faktörleri belirlemek, değerlendirmek ve belirlenen sonuçlar doğrultusunda önerilerde bulunmak amacıyla yapılmıştır.

1.1. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ

Gastrointestinal endoskopik işlemler uygulama öncesinde hastalarda anksiyeteye neden olabilir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ENDOSKOPI

2.1.1. Endoskopinin Tanımı ve Tarihçesi

Sözcük anlamına bakıldığında; Yunanca'da 'endo' iç, 'skopion' muayene veya kontrol etme anlamlarını taşımaktadır. Bu kelimelerden oluşan endoskopi; iç görüntüleme, iç muayene anlamlarındadır. Ağız yoluyla laringoskopi, özofagogastroduodenoskopi, ERCP, enteroskopi, bronkoskopi gibi işlemler, anal yoldan ise anoskopi, rektoskopi, rektosigmoidoskopi, kısmi ve total kolonoskopi, sistoskopi gibi işlemler, doğal olmayan açıklıklardan da laparoskopik, artroskopik, torakoskopik gibi işlemler endoskopik değerlendirmelerin tanı ve tedavi işlemleri yapılmasının örneklerini oluşturur.

Endoskopinin tarihi Hipokrat'a kadar dayanmaktadır. Hipokrat, muayenede rektal spekulum kullandığını belirtmiştir. Modern endoskopi 1805'de Frankfurt'da kendisinin "lichtleiter" adını verdiği yansıtıcı ayna, çift lümenli ventral kanül ve mumdan oluşan aletin Bozzini tarafından kullanılması ile başladı. Bu alet yardımı ile mesane indirekt olarak görülebilmştir. İngiltere'de 1843'de Avery vokal kordları, özofagus, mesane ve üretrayı görmek için aletler kullanmıştır. Dosormeaux 1865'de çok amaçlı bir endoskop oluşturmuş ve mesane uterus ve serviksi incelemiştir (26). 1932'de Wolf ve Schindler, optik eksenini de bükülebilen gastroskopi geliştirmişlerdir. Bu alet sayesinde, midenin büyük bir kısmının endoskopik muayenesi mümkün olmaktadır. Bu çalışmalarından dolayı Rudolf Schindler gastrointestinal endoskopinin babası olarak adlandırılmıştır (27,28).

Yirminci yüzyılın başından beri endoskopik incelemelerde gelişmeler yaşanmaktadır. Başlangıçta metal ve lastik boru şeklindeki endoskoplar kullanılmaya başlanmıştır. Bunlar rijid yapıda olup, üst GİS'in sadece 40 cm'sini, alt GİS'in ise 25 cm'sini göstermekteydi. 1930 ve 1940'lı yıllarda semifleksibl lensli gastroskoplar yavaş yavaş kullanılmaya başlanmıştır. Curtis, Hirchowitz ve Peters, 1956'da gastrointestinal endoskopide fiberoskoplar kullanmaya başlamışlardır. Bu çalışmalarını, 1957 Amerikan Gastroskopi Cemiyeti toplantısında sunmuşlardır (29). ABD'de 1963'de anal yoldan kullanılan ilk fiberoskop uygulama alanına girmiştir.

1972'de enteroskopik çalışmalar yayınlanmaya başlanmıştır (26). Amerikalı cerrah McCune ve arkadaşları tarafından ilk defa 1968 yılında endoskopik retrograd kolanjiyopankreatikografi (ERCP) kullanımı bildirilmiştir (30). 1990'lı yıllarda videoendoskoplar kullanıma girmiştir. Videoendoskopların teknolojisi, fiberoptiklerden daha ileridedir. Mikroçip teknolojisi sayesinde görüntü tamamen monitorize olarak elde edilmektedir. Videoendoskopların kullanıma girmesi ile endoskopik tetkiklerde yeni bir dönem başlatmıştır (31).

Bugün kullanılmakta olan endoskoplar, bükülebilir özellikleri ve 360°'ye ulaşan hareket yetenekleri sayesinde her noktaya girilerek direk görüntü ve biyopsi alınabilmesine olanak sağlamakta, fırça sitolojisi ile doku tanısının konulmasını mümkün kılmaktadır (32).

2.1.2. Üst Gastrointestinal Sistem Endoskopisi

Üst GİS endoskopisi (özefagogastroduodenoskopi), özofagus, mide, ve duodenumu taramada kullanılan görsel yöntemlerin en önemlilerinden biridir (31). Ülkemiz de dahil olmak üzere tüm dünyada gastrointestinal hastalıkların tanı ve tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır (33). Bu işlem oldukça etkili ve güvenilir bir tanı yöntemidir (34). Üst GİS endoskopi işlemi sırasında; özofagus, mide ve duodenum incelenir, anormallikler belirlenebilir, biyopsi yapılabilir ve gerekli tedaviler uygulanabilir (31). Bu nedenle endoskopi, üst GİS hastalıklarında altın teknik olarak değerlendirilmektedir (35-37).

2.1.2.1. Üst Gastrointestinal Sistem Endoskopisi Endikasyonları

Üst GİS endoskopisi endikasyonlarını; tanı amaçlı, takip ve tarama amaçlı ve tedavi amaçlı olmak üzere üç gruba ayırabiliriz.

- **Tanı amaçlı:** Dispepsi, disfaji, odinofaji, gastroözofajiyal reflü hastalığı, 48 saatten uzun süre devam eden kusma, üst GİS kanaması, demir eksikliği anemisi, fizik muayenede ve radyolojik incelemede tespit edilen şüpheli kitle varlığında, koroziv madde içenlerde, daha önce geçirilmiş üst GİS cerrahisi olanlar hastaların intra-operatif değerlendirilmesi ve duodenum biyopsisi gibi durumlar tanı amaçlı endikasyonlardır (38).

- **Takip ve tarama amaçlı:** Portal hipertansiyonun değerlendirilmesi, daha önceden gastroduodenal ülser tanısı alan ve biyopsi ile teyit edilen hastalarda 4-6 hafta tedavi sonrası kontrol endoskopisi, akalazya, kostik yaralanma, tylosis, gastrik epiteliyal polip, gastrik intestinal metaplazi, pernisiyöz anemi, gastrik ve bariatrik cerrahi hastaları, baş-boyun ve farenks kanseri hikayesi olan hastalar, familyal adenomatöz polipoz(FAP), herediter nonpolipozis kolorektal kanser(HNPCC) hastaları gib durumlar takip ve tarama amaçlı endikasyonlardır (38).
- **Tedavi amaçlı:** Medikal tedavi ile sebat eden veya durdurulamayan üst GİS kanamaları, yabancı cisim çıkarılması, beslenme ve drenaj tüpü yerleştirilmesi, akalazya tedavisi, polipoid lezyonların çıkarılması, özofagus varislerine lastik bant uygulanması, benign darlıkların dilatasyonu ve/veya stentlenmesi, malign lezyonlara bağlı darlıkların palyasyonu, intestinal metaplazilerin tedavisi, cerrahiye bağlı komplikasyonların tedavisi, pankreas psödokistlerin endoskopik drenajı, endoskopik mukozal rezeksiyon(EMR) ve endoskopik submukozal disseksiyon(ESD) durumlarında üst GİS endoskopisi tedavi amaçlı kullanılmaktadır (38).

2.1.2.2. Üst Gastrointestinal Sistem Endoskopisi Kontrendikasyonları

Üst GİS endoskopisi için kesin kontrendikasyonlar tartışmalı olmakla beraber bazı durumlarda yapılması önerilmemektedir (39). Bilinen veya şüpheli özofagus, mide veya duodenum perforasyonu varlığında, medikal tedaviye yanıt vermeyen akut konjestif kalp yetmezliği varlığında, agresif resüsitasyona cevap vermeyen hipovolemik şok durumlarında, aortduodenal fistüle bağlı olarak masif kanama varlığında, kanama diyatezinin olması durumunda ve son üç ayda geçirilmiş miyokard infarktüsü hikayesi varsa üst GİS endoskopisi yapılmamalıdır (39).

2.1.2.3. Üst Gastrointestinal Sistem Endoskopisi Komplikasyonları

Üst GİS endoskopisinde; hastaya, anesteziye, endoskopi yapan kişiye, yardımcı personele, ilaçlara ve kullanılan cihazlara bağlı komplikasyonlar görülebilir (40). Alet sıkışması, kanama, perforasyon, mide içeriğinin aspirasyonu, ağrı, mukoza harabiyeti, distansiyon, dispne, taşikardi, diş kırılması, pnömotoraks, solunum

depresyonu, hipoksi, kalp durması, senkop, enfeksiyon, ilaç reaksiyonları, kalp ritim bozuklukları ve elektrik yanıkları görülebilir (41). Bu komplikasyonlar çok nadir olmakla birlikte genel komplikasyon oranı %0,1, mortalite oranı ise %0,01'den azdır (42).

2.1.3. Alt Gastrointestinal Sistem Endoskopisi

Kolonoskopi; kolon, rektum ve anüs ile ilişkili semptomların incelemesinde en etkili yöntemdir. Kolonoskop, yaklaşık 1 cm kalınlığında olup kolonun tamamını inceleyecek uzunlukta (1,75 m) ve fleksibl bir yapıdadır. Anüsten başlayarak, rektum, sigmoid kolon, inen kolon, transvers kolon, çıkan kolon, çekum ve gerektiğinde terminal ileuma kadar incelenebilir. Kolonoskopide esas amaç çekuma kadar görüntülenmesidir. Ama bazı durumlarda terminal ileum da görüntülenebilmektedir. Sigmoid kolona kadar olan görüntülemeye sigmoidoskopi, rektuma kadar olan incelemeye de rektoskopi adı verilmektedir. Kolonoskopi işleminin üstünlüğü, görüntülemenin dışında histopatolojik inceleme için biyopsi alınabilmesi, polipektomi yapılabilmesi ve hemostaza yönelik girişimlere olanak sağlamasıdır (43).

2.1.3.1. Alt Gastrointestinal Sistem Endoskopisi Endikasyonları

Alt GİS endoskopisi endikasyonlarını; tanı amaçlı, takip ve tarama amaçlı ve tedavi amaçlı olmak üzere üç gruba ayırabiliriz.

Tanı amaçlı:

- Semptomları bulunan bir hastada, radyolojik değerlendirmelerin negatif sonuç vermesi veya kliniği açıklamaması
- Radyolojik olarak belirlenen tümör, darlık, ülser, tıkanma gibi lezyonların teyidi veya histopatolojik değerlendirilmesi
- Varlığı bilinen tümöral veya enflamatuvar bir lezyondan biyopsi veya sitolojik çalışma yapılması

- Ciddi organik hastalıkların göstergesi olabilecek iştahsızlık, halsizlik, zayıflama, bağırsak alışkanlığında değişme gibi belirti ve bulguların açıklanması
- Gizli kanama odağı veya anemi etyolojisinin belirlenmesi; açık kanamada lezyonun yeri ve cinsinin belirlenmesi
- Sebebi belirlenemeyen kronik ishal
- Tümör evrelemesi, fistül traktı ve apse lokalizasyonu gibi durumlarda endoskopik ultrasonagrafi (EUS) gerekmesi
- Kronik karın ağrısı varlığında
- Sıvı veya doku örneği alınmasını gerektirecek durumlar
- Sindirim sistemi problemi olduğu zaman, tedavi programının etkileneceği hastalığı olanlar
- Klinik araştırmalar (44)

Takip ve tarama amaçlı:

- Erken evre kanser tespiti için tarama
- Kanser ameliyatı geçirenlerde nüks ve metakron tümörlerin belirlenmesi
- FAP tanısı almış ailelerin takibi ve taraması
- Polipektomi yapılanlarda yeni gelişecek poliplerin tespiti
- İnflamatuvar bağırsak hastalığında, displazi ve kanser gelişimi takibi
- Üreterosigmoidostomi ve polipozis gibi prekanseröz olayların takibi (44)

Tedavi amaçlı:

- Bağırsak veya anastomoz darlıklarının genişletilmesi
- Tümör veya darlıkların stentle tedavisi
- Tümörlerin lazerle tedavisi
- Bağırsaklardaki yabancı cisimlerin çıkarılması
- Alt GİS kanamalarında, hemostaz amaçlı girişimler

- Endoskopik polipektomiler
- Sigmoid kolon volvulusunun detorsiyonu
- Premalign veya malign kolorektal lezyonların tedavisinde ESD ve EMR (44)

2.1.3.2. Alt Gastrointestinal Sistem Endoskopisi Kontrendikasyonları

İşlemi yaptırmak istemeyen hasta, fulminan kolit, toksik megakolon, periton boşluğu ile temas halinde bulunan bilinen organ perforasyonu bulunması, şuru kapalı hastalarda, belirgin koagülopati, yeni geçirilmiş akut miyokard infarktüsü ve pulmoner emboli öyküsü, peritonit, yakın zamanda geçirilmiş pelvik veya kolonik operasyon, şiddetli inflamatuvar bağırsak hastalığı ve hastada şok tablosu bulunması gibi durumlarda kolonoskopi kesin kontrendikedir (45,46).

Akut divertikülit, nötropeni, barsak iskemisi, yetersiz kolon temizliği, gebeliğin 2. ve 3. trimesteri, büyük aort anevrizması ve koopere olmayan hasta kolonoskopinin rölatif kontrendike olduğu durumlardır (45,46).

2.1.3.3. Alt Gastrointestinal Sistem Endoskopisi Komplikasyonları

Kolonoskopide komplikasyonlar daha çok sedasyon ve işleme bağlı olarak gelişir. Bunların haricinde işlemi yapan kişiye, yardımcı personele, hastaya ve kullanılan ilaçlara da bağlı olarak komplikasyonlar gelişebilir. Kanama, perforasyon, ağrı, distansiyon, kardiyak aritmiler, senkop, solunum depresyonu, alerjik reaksiyonlar, enfeksiyon, retroperitoneal apse, volvulus, postpolipektomi koagülasyon problemleri, hipotansiyon ve elektrik yanıkları gibi komplikasyonlar çok nadir olmakla birlikte görülebilir (46,47).

2.1.4. Endoskopik Retrograd Kolanjiopankreatikografi – ERCP

ERCP, endoskop ve radyolojik görüntülemenin kombine olarak kullanıldığı bir tekniktir. Kontrast madde verilerek pankreas, safra kesesi ve karaciğer drenajını sağlayan kanalların görüntülenmesi yöntemidir. ERCP ileri bir tekniktir. Gastroskopi ve kolonoskopiye göre yeni bir yöntemdir. Yaklaşık 50 yıllık bir geçmişi vardır. EUS ve manyetik rezonans kolanjiopankreatografideki (MRCP) gelişmelerden sonra tanıdan çok tedavi için kullanılmaktadır.

ERCP ilk defa 1968 yılında ABD’de McCune ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (51,52). Daha sonra klinik olarak uygulanması 1970 yılında Japonya’da Oi ve arkadaşları, Avrupa’da 1970 yılında Demling ve Classen, 1972 yılında Cotton ve arkadaşları, 1972 yılında Kuzey Amerika’da Vennes ve Silvis tarafından başlatılmıştır (53-56). Tekniğin ilerlemesi ve teknolojiğinin gelişmesi ile biliyer ve metal stentler kullanılmaya başlanmıştır. 2000’lerde pankreatik stentler, papiller balon dilatasyonu, intraduktal litotripsi, ERCP ve EUS’un birlikte kullanımı başlamıştır (57). Koledok ve safra kanalı hastalıklarında cerrahi tedavi ihtiyacı azalmış, tedavi süresi ve hastanede yatış süresi kısalmış bunlara bağlı olarak da mortalite ve morbidite riskleri de azalmıştır (58).

2.1.4.1. ERCP Endikasyonları

En sık endikasyonu koledok taşlarıdır. Safra yolu darlıklarının değerlendirilmesi ve tedavisi, koledok malformasyonları, kist hidatik, postoperatif biliyer kaçakların değerlendirilmesi ve tedavisi, oddi sfinkter disfonksiyonu olan hastaların değerlendirilmesi ve tedavisi, ampuller adenomların ve malignitelerin değerlendirilmesi ve tedavisi, pankreas malignitelerinin tanısı, nedeni bilinmeyen rekürren akut pankreatitli hastaların değerlendirilmesi ve muhtemel tedavisi, kronik pankreatitle ilişkili durumların değerlendirilmesi ve tedavisi ERCP endikasyonlarıdır (48).

2.1.4.2. ERCP Kontrendikasyonları

Hastanın işlemi kabul etmemesi, bağırsak perforasyonu olması, anstabil kardiyopulmoner, nörolojik veya kardiyovasküler hastalık varlığında ERCP mutlak kontrendikedir (48).

Özofagus, mide veya ince bağırsak yapısal anormalliklerinde, koagülopatili hastalarda ve safra taşına bağlı olmayan akut pankreatit varlığında ERCP rölatif kontrendikedir (48).

2.1.4.3. ERCP Komplikasyonları

ERCP, diğer endoskopik işlemlere göre daha sık ve ciddi komplikasyonlara yol açan bir işlemdir. Deneyimli merkezlerde dahi, komplikasyon oranları %4,

mortalite oranları %0,1-1 kadardır (49). Pankreatit, kanama, perforasyon, kolanjit, hematoma, katater sıkışması, stent kayması, stent tıkanması, ağrı, aspirasyon, kardiyak aritmiler, ilaç reaksiyonları, vazovagal reaksiyonlar, çene çıkıkları ve vücut travmaları gibi komplikasyonlar görülebilir (48,50).

2.2. ANKSİYETE

2.2.1. Anksiyete Tanımı ve Tarihçesi

Anksiyete, hoş olmayan belirsiz endişe ve kaygı hali olup, benliğin kendini tehdit altında hissettiği bir gerilim ve duygulanım olarak tanımlanmaktadır (59). Anksiyete sözcüğü, sıkışma ve darlık anlamına gelen indogermanik “angh” kökünden türetilmiştir (60). Latince de “anxietas” olarak kullanılmaktaydı. Anksiyete kelimesi Fransızca “anxiété” şeklinde kullanılmış ve dilimize de bugün kullandığımız haliyle geçmiştir. Anksiyete kavramı olarak Türkçede sıkılmak, boğulmak, daralmak ve kaygı anlamında kullanılır (61). Türk Dil Kurumu sözlüğünde ise “canlının içinde bulunduğu sıkıntılı duruma bağlı olarak gelişen psikonöretik bozukluk” olarak açıklanmaktadır (62).

Anksiyete kavramını ilk olarak milattan önce 3000’lerde yazılmış olan Gılgamış destanında görmekteyiz. Destanda Gılgamış, kendi ölümsüzlüğü ile ilgili mevcut endişelerinden bahsetmektedir (63). Hippocrates’a göre, beyin her türlü psikiyatrik belirtinin kaynağıdır. Hippocrates’in ruhsal bozukluklar ile ilgili yazılarında, korkudan ve “amaçsız anksiyete” (aimless anxiety) olarak belirttiği bir durumdan bahsetmektedir (64). Otto Domrich 1800’lü yılların ortalarında tıbbi psikoloji alanında ilk kez “anksiyete ataklarından bahsetmiştir (65). Feuchtersleben, 1847’de ilk kez organik patolojilerin neden olduğu anksiyete belirtilerini gözlemlemiştir. Morel ise, 1866’da otonom sinir sistemindeki değişikliklerin emosyonel belirtilere yol açtığını belirtmiştir (65). Heinrich Neumann 1800’lü yılların ortalarında anksiyetenin, cinsel dürtülerin doyurulmaması durumunda ortaya çıktığını ifade etmiştir (66). Benzer bir görüşü de Karl Ideler ifade etmiştir. Karl Ideler, doyurulmamış cinsel arzuların ruhsal rahatsızlıklara neden olacağını belirtmiştir (65).

Anksiyeteyi kapsamlı bir şekilde inceleyen ve açıklayan ilk isim Sigmund Freud olmuştur. Freud ilk kez anksiyete nevrozunu ayrı bir hastalık olarak tanımlamış ve kapsamlı bir şekilde bunu açıklamıştır (67). O güne kadar nevrasteni içinde değerlendirilen anksiyete, Freud'la birlikte yeni bir psikolojik bir durum olarak tanımlanmıştır (60). Freud, anksiyeteyi üçe ayırmıştır:

1. Objektif ve gerçek anksiyete: Tehlike kaynağı bireyin dışındadır (fobiler gibi) ve ömür boyunca zaman zaman yaşanır.

2. Nörotik anksiyete: Kaynağı kişinin içindedir. Bireyin bastırılmış cinsel ve saldırgan duygularından oluşur.

3. Moral anksiyete: Kişinin duyduğu suçluluk, vicdan azabı, utanma gibi duyguların yarattığı manevi sıkıntı durumudur. Bireyin düşünce, duygu ve belleğindeki çelişki ve çatışmaların sonucu olarak ortaya çıkar (68,69).

Horney'e göre; anksiyete tüm nörotik belirtilerin kaynağıdır ve çevresel streslere karşı oluşmuş bir savunma sistemidir (70,71). Bilişsel yaklaşımçılar (Beck, Emery, Mathews) anksiyetenin nedeni olarak olayların kendisini görmezler. Onlara göre anksiyete; kişinin beklentileri, olayları nasıl ve ne şekilde algılayıp yorumladığına bağlıdır (72).

Anksiyete ve korku sık olarak karıştırılmaktadır. Bu kavramların özgül bilimsel anlamları olmakla beraber, birbiri yerine sık olarak kullanılmaktadır (68). Anksiyete, kişiyi dışarıdan gelen tehlikeye karşı uyarıcı ve başa çıkabilmek için önlem almaya iten uyarıcı bir sinyaldir (73). Korku da uyarıcı bir sinyaldir fakat korkuda tehdit bilinirken, anksiyetede bilinmeyen, belli olmayan bir tehdit söz konusudur.

Anksiyete; olumsuzluğun, kötü bir olayın yaklaşıyor olması düşüncesiyle davranışsal, bilişsel ve fizyolojik belirtilerle kendini gösteren kaygıdır (74). Bilinmeyene karşılık insanda zorlanma, korku, endişe duygularını ortaya çıkaran, var olan ya da olduğu düşünülen tehlikeye karşılık hissedilen duygudur (75). Her zaman ortaya çıkabilecek, temelini geçmişten alan anksiyete; korkulan durumla karşılaşılacağı düşüncesiyle kendini korumak amaçlı dürtü hissetmesi ve bu sırada yaşadığı kaygıdır (76).

Anksiyete; normal ve patolojik olarak iki başlık altında incelenebilir. Normal anksiyete, hemen her insanın başına gelebilecek olan çarpıntı, terleme, huzursuzluk ve bazı ağrılar gibi kendini gösterir. Patolojik anksiyete ise uzun süreli ve köklü etkilerle yaşamı derinden etkiler (77).

Her birey yaşamının herhangi bir döneminde anksiyeteyi yaşayabilmektedir (78). Anksiyete çaresizlikten doğar ve kontrolü kaybetme duygusu ile ilgilidir (79). Ortaya çıkan bir hastalık her birey için stres kaynağıdır ve anksiyeteye neden olabilir. Hastalığın niteliği ve tedavi yöntemleri de anksiyeteyi etkileyen unsurlardır. Akut, yaşamı tehdit eden, ciddi ve organ kaybına yol açan hastalıklarda anksiyetenin daha yaygın olduğu bildirilmiştir (79).

2.2.2. Anksiyetenin Epidemiyolojisi

Ruhsal bozukluklar içinde anksiyete bozuklukları en fazla prevalans hızına sahiptir. Buna rağmen bu hastaların %23-59'u tedavi almaktadır. Tahmin edilen bir yıllık prevalans hızı %17 ve yaşam boyu prevalans hızı %25 civarındadır (80). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 14 ülkede 15 merkezde 25000 erişkini psikiyatrik hastalıklar açısından taradığı bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmada anksiyete bozukluklarının prevalansı %10,5 olarak bildirilmiştir (81). Avustralya Sağlık Bakanlığı istatistik verilerine göre yıllık prevalans hızı %9,7 olarak saptanmış ve bu hızın 18-55 yaş aralığında sabit olduğu ancak 55 yaşından sonra giderek azaldığı belirlenmiştir(81).

Yapılan araştırmalarda anksiyete, erkeklere göre kadınlarda iki kat daha sık görülmektedir (82). Kanada'da yapılan bir araştırmada, yıllık prevalans hızı erkeklerde %9, kadınlarda ise % 16 olarak bildirilmiştir (83). Kadınlarda daha erken başlangıç yaşı ve daha yüksek tekrarlanma oranı saptanmıştır (84). DSÖ araştırmasına göre, depresyon ve anksiyete bozukluklarının 2020 yılında kadınlarda ve gelişmekte olan toplumlarda yeti yitimine ilk sırada neden olan hastalıklar olacağı tahmin edilmektedir (85). Düşük öğrenim durumu ve gelir düzeyi anksiyete bozuklukları için risk faktörüdür (84).

Anksiyete bozuklukları genel olarak ilk defa 13-24 yaşlarında ortaya çıkarken, doktora başvurma yaşı 30 ve üzerinde olmaktadır. Kişiler yaşadıkları

anksiyete bozukluklarını normal olarak görmekte veya kişilik özellikleri olarak düşünmektedirler. Ayrıca tedavi edilecek bir hastalık olarak da görmedikleri için doktora başvuru yaşı ileri olmaktadır (81). Anksiyete bozukluğu olan hastalar, diğer medikal komorbiditeler, uzun hastane yatışları, daha fazla girişim, yüksek sağlık harcamaları, okul başarısızlığı ve az gelirli işler ile devlet yardımı veya diğer yardımlara mali bağımlılık konusunda artmış bir riske sahiptirler (80).

2.2.3. Anksiyetenin Belirtileri

Anksiyetenin bilişsel, duygusal, davranışsal ve fizyolojik belirtileri vardır.

2.2.3.1. Bilişsel belirtiler

Duyusal ve algısal belirtiler; aklını toplayamama, duyuşsal olarak kendini verememe, etrafındaki maddeleri kendine olduğundan uzakta gibi görme veya tam olarak seçememe, aşırı uyanıklık (hipervijilans), sıklıkla kendini gözleme ve izleme, çevrenin olduğundan farklı ve yaşanan çevrenin gerçek dışı görülmesi, gerçeğe uygun olmayan duyuş ve düşüncelerdir.

Düşünce bozuklukları; bireyin kendisi için önemli birtakım şeyleri aklına getirememe, bilinç bulanıklığı (konfüzyon), düşünmeyi kontrol altına alamama, konsantre olamama, dikkat eksikliği ve dağınıklığı, düşünceyi toparlayamama ve ifade edememe, objektif düşünme güçlüğü, nedenselleştirme güçlüğüdür.

Kavramsal sorunlar; olaylara karşı kendi kontrolünü kaybetme korkusu, olaylara karşı baş edememe duyuşu, kendine zarar verileceği ve öleceği korkusu, fiziksel zarar görme ya da ölüm korkusu, aklını yitirme korkusu, başkalarının kendisini olumsuz algılayacağı korkusu, tekrarlayıcı korku dolu fikirler, korkutucu görsel halüsinasyonlar, bilişsel olarak yanlış değerlendirmelerdir (86,87).

2.2.3.2. Duyuşsal (affektif) Belirtiler

Korku, sinirlilik, endişe, gerginlik, dehşete kapılma, çaresizlik, huzursuzluk, belirsizlik, alarm durumuna geçme durumudur (86,87).

2.2.3.3. Davranışsal Belirtiler

Normal davranışların artması ya da baskılanması biçiminde görülen bu davranışlar önceleri anksiyeteyi azaltma amacı taşırken daha sonrasında anksiyeteyi arttıran özellik kazanırlar. Bu belirtiler; olduğu yerde hareketsiz kalma, huzursuzluk, konuşmada bozulma, kaçma, kaçınma, koordinasyon bozukluğudur (86,87).

2.2.3.4. Fizyolojik Belirtiler

Kalp-damar sistemi belirtileri; taşikardi, çarpıntı, aritmi, bayılma hissi, kan basıncı değişiklikleri, bayılma, yüz kızarmasıdır.

Solunum sistemi belirtileri; nefes darlığı, solunum sayısında artma, hava açlığı hissi, kesik solumadır.

Kas-iskelet ve sinir sistemi belirtileri; hiperrefleksi, yüzde ve göz kapaklarında seyirme, kaslarda gerginlik ve spazm, yorgunluk hissi, huzursuzluk, yalancı romatizmal ağrılar, çabuk yorulma, titreme, uykuya dalma güçlüğü ve uyuklama halidir.

Sindirim sistemi belirtileri; bulantı-kusma, iştahsızlık, karın ağrısı, ağızda kuruma, yutma güçlüğü, ishaldir.

Ürogenital sistem belirtileri; cinsel isteksizlik, erken boşalma, sık idrara çıkmadır.

Cilt belirtileri; sıcak ve soğuk basma nöbetleri, yaygın terleme, kaşınma krizleri, soğuk ve nemli ellerdir (86,87).

2.2.4. Anksiyete Düzeyleri

2.2.4.1. Hafif Düzeyde Anksiyete

Bu seviye kişiler için nadiren sorun olur. Kişinin algısal alanı genişlemiş, duyuları keskinleşmiş, motivasyonu, öğrenme ve işlevselliği artmıştır. Kişi, kendi davranışlarını daha iyi gözlemleyebilir ve sözel olarak başkalarına aktarabilir (88). Sözel olmayan davranışlar kişinin tetikte ve tehlikeden uzak olduğunu yansıtır (88,89).

2.2.4.2. Orta Düzeyde Anksiyete

Algısal alanın genişliği azalmıştır (88). Kişi ihtiyaçlarını giderebilmesine karşın, konsantrasyon yeteneği ve dikkat süresi azalmış, huzursuzluk ve kas gerginliği artmıştır. Kişi daha dikkatli, gergin, ürkek ve hassas olabilir. Bu düzeyde anksiyetesi olan kişiler sorumluluk alma ve sosyal toplantılara katılma konusunda çekimser davranırlar (90).

2.2.4.3. Şiddetli Düzeyde Anksiyete

Kişinin algılama alanı fazlasıyla daralmıştır (88). Kişi, ayrıntılara odaklandığı için çevreyi algılayamamakta ve olaylar arasında neden sonuç ilişkisi kuramamaktadır. Dikkat seviyesi ve süresi son derece azalmıştır. Fiziksel ve duygusal belirtiler ortaya çıkabilir. Kişinin göz teması zayıflar, yüksek sesle ve hızlı bir şekilde konuşur. Yüzünü buruşturma, aşağı yukarı yürümeler ve elleri ovuşturma şeklinde sözsüz davranışlarda bulunabilir (89,90).

2.2.4.4. Panik Düzeyde Anksiyete

Anksiyetenin en yoğun yaşandığı seviyedir. Kişinin gerçekle bağı kopmuş ve olaylar arasında bağlantı kuramamaktadır. Kişi, çevredeki herhangi bir detaya odaklanamaz ve yanlış algılama içinde olabilir. Uyum bozukluğu yaşar ve yardıma ihtiyacı vardır. Dikkatsizlik, korku, dehşet görülebilir. Kişi, kendisini veya çevresini değişmiş ve gerçek dışı algılayabilir (89,91)

2.2.5. Anksiyete Bozuklukları

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayımlanan Ruhsal Bozukluklar için Tanı ve İstatistik kitabına (DSM-V) göre sınıflandırılmıştır. DSM-V'e göre anksiyete bozukluklarının alt tipleri şöyledir:

1. Ayrılma kaygısı bozukluğu
2. Seçici konuşmazlık (mutizm)
3. Özgül Fobi
4. Toplumsal kaygı bozukluğu (Sosyal fobi)

5. Panik bozukluğu
6. Agorafobi
7. Yaygın kaygı bozukluğu
8. Maddenin/ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu
9. Başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu
10. Tanımlanmış diğer kaygı bozukluğu
11. Tanımlanmamış kaygı bozukluğu

2.2.5.1. Ayrılma Kaygısı Bozukluğu

A. Aşağıdakilerden en az üçünün olması ile belirli, kişinin bağlandığı insanlardan ayrılmasıyla ilgili, gelişimsel olarak uygun olmayan ve aşırı düzeyde bir kaygı ya da korku duyması:

1. Evden ya da bağlandığı başlıca kişilerden ayrılacak gibi olduğunda ya da ayrıldığında hep aşırı tasalanma.
2. Bağlandığı başlıca kişileri yitireceği ya da bu kişilerin başına, hastalık, yaralanma, yıkım, ölüm gibi kötü bir olay geleceğiyle ilgili olarak, sürekli bir biçimde, aşırı tasalanma.
3. Bağlandığı başlıca kişilerden birinden ayrılmaya neden olacak, istenmedik bir olay (örn. kaybolma, kaçırılma, bir kaza geçirme, hastalanma) yaşayacağıyla ilgili olarak, sürekli bir biçimde, aşırı tasalanma.
4. Ayrılma korkusundan ötürü, okula, işe ya da başka bir yere gitmek için dışarı çıkmayı, evden uzaklaşmayı hiç istememe ya da buna karşı koyma.
5. Evde ya da başka ortamlarda tek başına kalmaktan ya da bağlandığı başlıca kişilerle birlikte olmamaktan, sürekli bir biçimde, aşırı korku duyma ya da bu konuda isteksizlik gösterme.
6. Evinin dışında ya da bağlandığı başlıca kişilerden biri yanında olmadan uyuma konusunda isteksizlik gösterme ya da buna karşı koyma.
7. Yineleyici bir biçimde, ayrılma konusunu da içeren karabasanlar görme.

8. Bağlandığı başlıca kişilerden ayrıldığında ya da ayrılacak gibi olduğunda bedensel belirtilerle (örn. baş ağrıları, karın ağrıları, bulantı, kusma) ilgili yineleyen yakınmalarının olması.

B. Bu korku, kaygı ya da kaçınma süreklilik gösterir, çocuklarda ve ergenlerde en az dört hafta, ergenlerde altı ay ya da daha uzun sürer.

C. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, okulla ilgili, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

D. Bu bozukluk, otizm açılımı kapsamında bozuklukta değişikliğe aşırı direnç göstermekten ötürü evden ayrılmaya karşı koyma, psikozla giden bozukluklarda ayrılmaya ilişkin sanrılar ya da varsanılar, agorafobide güvenilir bir eşlikçi olmadan dışarı çıkmaya karşı koyma, yaygın kaygı bozukluğunda önem verdiği diğer kişilerin başına bir hastalık ya da başka kötü bir olay gelecek olmasından ötürü kaygılanma ya da hastalık kaygısı bozukluğunda bir hastalığının olduğuna ilişkin kaygı duyma gibi başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (92).

2.2.5.2. Seçici Konuşmazlık (Mutizm)

A. Başka durumlarda konuşuyor olmasına karşın, konuşmasının beklendiği özgül toplumsal durumlarda (örn. okulda), sürekli bir biçimde konuşamıyor olma.

B. Bu bozukluk, eğitimle ya da işle ilgili başarıyı engeller ya da toplumsal iletişimi bozar.

C. Bu bozukluğun süresi en az bir aydır(okulun birinci ayıyla sınırlı değildir).

D. Konuşamıyor olma, söz konusu toplumsal durumlarda konuşulan dili bilmeme ya da o dilde rahat konuşamama ile ilişkili değildir.

E. Bu bozukluk, iletişim bozukluğu (örn. çocuklukta başlayan akıcılık bozukluğu) ile daha iyi açıklanamaz ve yalnızca otizm açılımı kapsamında bozukluğun, şizofreninin ya da psikozla giden başka bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamıştır (92).

2.2.5.3. Özgül Fobi

A. Özgül bir nesne ya da durumla ilgili olarak belirgin bir korku ya da kaygı duyma (örn. uçağa binme, yükseklikler, hayvanlar, iğne yapılması, kan görme).

Not: Çocuklarda, korku ya da kaygı, ağlama, bağırıp çağırarak tepinme, donakalma ya da sıkıca sarılma ile kendini gösterebilir.

B. Fobi kaynağı nesne ya da durum, neredeyse her zaman, doğrudan korku ya da kaygı doğurur.

C. Fobi kaynağı nesne ya da durumdan etkin bir biçimde kaçınılır ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile buna katlanılır.

D. Duyulan korku ya da kaygı, özgül nesne ya da durumun yarattığı gerçek tehlikeye göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır.

E. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun sürer.

F. Korku, kaygı ya da kaçınma, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

G. Bu bozukluk, panik benzeri belirtilere ya da yetersizleştiren belirtilere (agorafobide olduğu gibi) eşlik eden korku, kaygı ya da kaçınma gibi; takıntılarla ilişkili nesnelere ya da durumlar gibi (takıntı- zorlantı bozukluğunda olduğu gibi); örseleyici olayları anımsatıcı gibi (örseleme sonrası gerginlik bozukluğunda olduğu gibi); evden ya da bağlandığı kişilerden ayrılma gibi (ayrılma kaygısı bozukluğunda olduğu gibi) ya da toplumsal durumlar gibi (toplumsal kaygı bozukluğunda olduğu gibi) başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (92).

2.2.5.4. Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi)

A. Kişinin, başkalarınınca değerlendirilebilecek olduğu bir ya da birden çok toplumsal durumda belirgin bir korku ya da kaygı duyması. Örnekleri arasında toplumsal etkileşimler (örn. karşılıklı konuşma, tanımadık insanlarla karşılaşma), gözlenme (örn. yemek yerken ya da içerken) ve başkalarının önünde bir eylemi gerçekleştirme (örn. bir konuşma yapma) vardır.

Not: Çocuklarda kaygı, yaşlılarının olduğu ortamlarda ortaya çıkmalı ve yalnızca erişkinlerle olan etkileşmeler sırasında ortaya çıkmamalıdır.

B. Kişi olumsuz olarak değerlendirilecek bir biçimde davranmaktan ya da kaygı duyduğuna ilişkin belirtiler göstermekten korkar (küçük düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde; başkalarının dışlanacağı ya da başkalarının kırılmasına yol açacak bir biçimde).

C. Söz konusu toplumsal durumlar, neredeyse her zaman, korku ya da kaygı doğurur.

Not: Çocuklarda, korku ya da kaygı, ağlama, bağırıp çağırarak tepinme, donakalma, sıkıca sarılma, sinme ya da toplumsal durumlarda konuşamama ile kendini gösterebilir.

D. Söz konusu toplumsal durumlardan kaçınılır ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile bunlara katlanılır

E. Duyulan korku ya da kaygı, söz konusu toplumsal ortamda çekinilecek duruma göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır.

F. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun sürer.

G. Korku, kaygı ya da kaçınma, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikle düşmeye neden olur.

H. Korku, kaygı ya da kaçınma, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

I. Korku, kaygı ya da kaçınma, panik bozukluğu, beden algısı bozukluğu ya da otizm açılımı kapsamında bozukluk gibi başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

J. Sağlığı ilgilendiren başka bir durum varsa (örn. parkinson hastalığı, şişmanlık, yanık ya da yaralanmadan kaynaklanan biçimsel bozukluk), korku, kaygı ya da kaçınma bu durumla açıkça ilişkisizdir ya da aşırı bir düzeydedir (92).

2.2.5.5. Panik Bozukluk

A. Yineleyen beklenmedik panik atakları. Bir panik atağı, dakikalar içinde doruğa ulaşan ve o sırada aşağıdaki belirtilerden dördünün (ya da daha çoğunun) ortaya çıktığı, birden yoğun bir korku ya da yoğun bir içsel sıkıntının bastırdığı bir durumdur:

Not: Böyle bir durum, kişinin dingin ya da kaygılı olduğu bir durumda birden bastırılabilir.

1. Çarpıntı, kalbin küt küt atması ya da kalp hızının artması.
2. Terleme.
3. Titreme ya da sarsılma.
4. Soluğun daraldığı ya da boğuluyor gibi olma duyumu.
5. Soluğun tıkanıldığı duyumu.
6. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma.
7. Bulantı ya da karın ağrısı
8. Baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik ya da bayılacak gibi olma duyumu.
9. Titreme, üşüme, ürperme ya da ateş basması duyumu.
10. Uyuşmalar (duyumsuzluk ya da karıncalanma duyumları).
11. Gerçekdışılık (“derealizasyon”, gerçekdışı olma duyumu) ya da kendine yabancılaşma (“depersonalizasyon”, kendinden kopma duyumu).
12. Denetimini yitirme ya da “çıldırma” korkusu.
13. Ölüm korkusu

Not: Kültüre özgü belirtiler (örn. kulak çınlaması, boyun ağrısı, baş ağrısı, denetim dışı çılgılık atma ya da ağlama) görülebilir. Bu belirtiler, gereken dört belirtiden biri olarak sayılmamalıdır.

B. Ataklardan en az birinden sonra, aşağıdakilerden biri ya da her ikisi de bir ay (ya da daha uzun bir) süreyle olur:

1. Başka panik ataklarının olacağı ya da bunların olası sonuçlarıyla (örn. denetimini yitirme, kalp krizi geçirme, “çıldırma”) ilgili olarak sürekli bir kaygı duyma ya da tasalanma.

2. Ataklarla ilgili olarak, uyum bozukluğuyla giden davranış değişiklikleri (örn. spor yapmaktan ya da tanıdık, bildik olmayan durumlardan kaçınma gibi panik atağı geçirmekten kaçınmak için tasarlanmış davranışlar) gösterme.

C. Bu bozukluk, başka maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojisiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. panik atakları, toplumsal kaygı bozukluğunda olduğu gibi, yalnızca korkulan toplumsal durumlara tepki olarak; özgül fobide olduğu gibi, sınırlı birtakım fobi kaynağı nesnelere ya da durumlara tepki olarak; takıntı-zorlantı bozukluğunda olduğu gibi takıntılara tepki olarak; örselenme sonrası gerginlik bozukluğunda olduğu gibi örseleyici olayların anımsatıcılarına tepki olarak ya da ayrılma kaygısı bozukluğunda olduğu gibi bağlandığı kişilerden ayrılmaya tepki olarak ortaya çıkmamaktadır.) (92).

2.2.5.6. Agorafobi

A. Aşağıdaki beş durumdan ikisi (ya da daha çoğu) ile ilgili olarak belirgin korku ya da kaygı duyma.

1. Toplu taşıma araçlarını kullanma (örn. otomobiller, otobüsler, trenler, gemiler, uçaklar).

2. Açık yerlerde bulunma (örn. otoparklar, alışveriş merkezleri, köprüler).

3. Kapalı yerlerde bulunma (örn. mağazalar, tiyatrolar, sinemalar).

4. Sırada bekleme ya da kalabalık bir yerde bulunma.

5. Tek başına evin dışında olma.

B. Kişi, kaçırmanın güç olabileceğini ya da panik benzeri ya da yetersizleştirici ya da utanç veren (örn. yaşlılarda düşme korkusu; altına kaçırma korkusu) diğer belirtilerin olması durumunda yardım alamayabileceğini düşündüğü için bu tür durumlardan korkar ya da kaçınır.

C. Agorafobi kaynağı durumlar, neredeyse her zaman, korku ya da kaygı doğurur.

D. Agorafobi kaynağı durumlardan etkin bir biçimde kaçınılır, bir eşlikçiye gereksinilir ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile buna katlanılır.

E. Duyulan korku ya da kaygı, agorafobi kaynağı durumların yarattığı gerçek tehlikeye göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır.

F. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun sürer.

G. Korku, kaygı ya da kaçınma, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

H. Sağlığı ilgilendiren başka bir durum varsa, korku, kaygı ya da kaçınma açıkça aşırı bir düzeydedir.

I. Korku, kaygı ya da kaçınma, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz. Sözgelimi, belirtileri özgül fobi, durumsal tür ile sınırlı değildir; yalnızca toplumsal durumları (toplumsal kaygı bozukluğunda olduğu gibi) kapsamaz ve yalnızca takıntılarla (takıntı-zorlantı bozukluğunda olduğu gibi), dış görünümle ilgili algılanan kusurlarla (beden algısı bozukluğunda olduğu gibi), örseleyici olayları anımsatıcılarla (örselenme sonrası gerginlik bozukluğunda olduğu gibi) ya da ayrılma korkusuyla (ayrılma kaygısı bozukluğunda olduğu gibi) ilişkili değildir (92).

Not: Agorafobi tanısı, panik bozukluğu olup olmadığına bakılmaksızın konur. Kişinin klinik görünümü, hem panik bozukluğu, hem de agorafobi için tanı ölçütlerini karşılıyorsa, her iki tanı birlikte konmalıdır (92).

2.2.5.7. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

A. En az altı aylık bir sürenin çoğu gününde, birtakım olaylar ya da etkinliklerle (işte ya da okulda başarı gösterebilme gibi) ilgili olarak, aşırı bir kaygı ve kuruntu (kaygılı beklenti) vardır.

B. Kişi, kuruntularını denetim altına almakta güçlük çeker.

C. Bu kaygı ve kuruntuya, aşağıdaki altı belirtiden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder (en azından kimi belirtiler son altı ayın çoğu gününde bulunmuştur):

Not: Çocuklarda yalnızca bir maddenin olması yeterlidir.

1. Dinginleşememe (huzursuzluk) ya da gergin ya da sürekli diken üzerinde olma.

2. Kolay yorulma.

3. Odaklanmada güçlük çekme ya da zihnin boşalması

4. Kolay kızma.

5. Kas gerginliği.

6. Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çekme ya da dinlendirmeyen, doyurucu olmayan bir uyku uyuma).

D. Kaygı, kuruntu ya da bedensel belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikle düşmeye neden olur.

E. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. Kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

F. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (92).

2.2.5.8. Maddenin/ilacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu

A. Klinik görünümüne panik atakları ya da kaygı egemendir.

B. Öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularından elde edilen kanıtlar (1) ve (2)'nin varlığını gösterir:

1. A tanı ölçütündeki belirtiler, madde esrikliği (entoksikasyonu) ya da yoksunluğu sırasında ya da en az bir zaman sonrasında ya da bir ilaç aldıktan sonra gelişmiştir.

2. Söz konusu madde/ilacın, A tanı ölçütündeki belirtileri ortaya çıkarabilir.

C. Bu bozukluk maddenin/ilacın yol açmadığı bir kaygı bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz. Ayrı bir kaygı bozukluğu olduğunun kanıtları şunlar olabilir:

Belirtiler, madde/ilaç kullanımından önce de vardır; akut yoksunluğun ya da ağır esrikliğin bitmesinden sonra önemli bir süre (örn. yaklaşık bir ay) kalıcı olmuştur ya da ayrı bir maddenin/ilacın yol açmadığı kaygı bozukluğunun başka kanıtları vardır (örn. maddenin/ilacın yol açmadığı yineleyici dönemlerin olduğuna ilişkin bir öykü).

D. Bu bozukluk yalnızca deliryumun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

E. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

Not: Madde eksikliği ya da madde yoksunluğu yerine bu tanının konulabilmesi için klinik görünümde A tanı ölçütündeki belirtilerin daha baskın olması ve bunların klinik açıdan ele almayı gerektirecek denli ağır olması gerekir (92).

2.2.5.9. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu

A. Klinik görünümüne panik atakları ya da kaygı egemendir.

B. Öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularında, bu bozukluğun, başka bir sağlık durumunun doğrudan patofizyolojisi ile ilgili bir sonucu olduğuna ilişkin kanıtlar vardır.

C. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz

D. Bu bozukluk yalnızca deliryumun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

E. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur (92).

2.2.5.10. Tanımlanmış Diğer Kaygı Bozukluğu

Anksiyete bozukluğunun belirtilerinin baskın olduğu, ancak belirtilerin tanı kümesinden herhangi birinin tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır. Klinisyen tarafından “tanımlanmış diğer bir kaygı bozukluğu” diye yazmanın ardından özel neden belirtilerek yazılır. “Tanımlanmış diğer bir” adı kullanarak belirlenebilecek görünümle içim örnekler şunlardır:

1. Sınırlı belirtili ataklar
2. Çoğu günde ortaya çıkmayan yaygın kaygı
3. Khyal cap (rüzgar atakları)
4. Ataque de nervios (sinir atağı) (92).



3. MATERYEL VE METOT

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ŞEKLİ

Araştırmamız; gastrointestinal sistem endoskopi işlemi uygulanacak hastaların işlem öncesi anksiyete düzeylerini ve bununla ilişkili etkenleri belirlemek ve elde edilen bulguları değerlendirerek önerilerde bulunmak amacı ile tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlandı.

3.2. ARAŞTIRMA SORULARI

1. GİS endoskopi işlemi hastalarda anksiyeteye neden olmakta mıdır?
2. GİS endoskopi işlemi uygulanacak hastalarda işlem öncesi ortaya çıkan anksiyete düzeyleri nedir?
3. GİS endoskopi işlemi uygulanacak hastaların anksiyete düzeylerini etkileyen etmenler nelerdir?

3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi (S.B.Ü.) İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endoskopi Ünitesi'nde Ekim 2017 – Ocak 2018 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Evreni; S.B.Ü İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endoskopi Ünitesi'ne GİS endoskopi işlemi için gelen hastalar oluşturdu.

Örneklemi; hastaların anksiyete düzeylerini sosyo demografik ve kişisel bilgiler kapsamında ölçmek amacıyla S.B.Ü. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endoskopi Ünitesi'ne GİS endoskopi işlemi için gelen, araştırmanın amacı hakkında bilgilendirme yapılan ve araştırmaya katılmaya istekli olduklarına dair sözel onam alınan 906 hasta oluşturmaktadır. Araştırmanın uygulandığı tarihler arasında sözel onam alınan 906 hastaya ulaşıldı. Görüşülen bu 906 hastanın 352'si verilen anketleri eksik doldurduğu için ve dahil edilme kriterlerine uymadığı için araştırma kapsamına

alınmamıştır. Örneklem grubu toplam 554 hastadan oluşmuştur. Çalışmaya katılım sözel onam alınarak gönüllük esastadır.

3.5. ARAŞTIRMAYA DÂHİL EDİLME KRİTERLERİ

1. GİS endoskopi işlemi uygulanacak
2. 18 – 65 yaş aralığında olan
3. En az lise mezunu olan
4. Psikiyatrik hastalığı olmayan
5. Psikotrop ilaç kullanmayan hastalar araştırmaya dahil edilmiştir.

3.6. ARAŞTIRMADAN DIŞLANMA KRİTERLERİ

1. Acil işlem yapılan
2. Gönüllü onam vermeyen hastalar çalışmaya dahil edilmemiş, çalışma kapsamının dışında tutulmuştur.

3.7. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmada veriler; dahil edilme kriterlerine uyan hastalara, literatür doğrultusunda hazırlanan sosyo-demografik anket formu (Ek-1), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) (Ek-2) uygulanarak toplanmıştır. Veriler, araştırmacı tarafından işlem öncesi hastalarla yüz yüze görüşülerek elde edilmiştir. Verilerin toplanması 5 – 10 dakika arası sürmüştür.

3.7.1. Sosyo-demografik Anket Formu

Araştırmacı tarafından literatür esas alınarak hastaların anksiyete düzeylerinin karşılaştırılması için geliştirilen 14 sorudan oluşan anket formudur (Ek-1).

3.7.2. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

1988 yılında Beck, Epstein ve Steer tarafından geliştirilen, anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmek amaçlı yetişkinlere ve ergenlere uygulanabilen likert tipte 21 maddeden oluşan bir ölçektir. Her maddenin "Hiç", "Hafif", "Orta Düzeyde"

ve "Ciddi Anlamda" olmak üzere dörtlü cevap seçeneği bulunmaktadır. Her madde 0-3 arasında puanlanmaktadır. Ölçek sonucunun puan aralığı 0-63 arasında değişkenlik gösterir. Toplam puan yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyete şiddeti ile korelasyon gösterir. Türkçe uyarlaması, Bilkent Üniversitesi Psikolojik Danışma ve Araştırma Merkezi Başkanı Doç. Dr. Nesrin Şahin tarafından yapılmıştır. Türkçe adaptasyonun standardizasyonu, ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması 1996 yılında Ulusoy ve arkadaşları tarafından 177 psikiyatrik hastanın kullanıldığı çalışma ile yapılmıştır. Bu alışmalar sonucunda Gronbach Alfa iç tutarlılık kat sayısı 0,93, madde toplam puan korelasyon katsayısı 0,45-0,72 arasında, test tekrar test güvenirlik kat sayısı ise 0,57 bulunmuştur. Ölçeğin puanlama kriterleri şöyledir:

0-7 puan = Anksiyete belirtileri yok

8-15 puan = Hafif düzeyde anksiyete

16-25 puan = Orta düzeyde anksiyete

26-63 puan = şiddetli düzeyde anksiyete olarak saptanmıştır.

BA uygulama kolaylığı nedeniyle genel popülasyonda yaygın olarak kullanılan bir ölçektir. Geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiştir. Hastanın kendi beyanına dayandığı için ruh sağlığı alanında çalışmayan araştırmacılar tarafından da kolaylıkla uygulanabilmektedir. Bu nedenlerle alışmamızda BA tercih edilmiştir.

3.8. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Araştırma kapsamında bireylerden elde edilen veriler bilgisayar ortamında Excel dosyasına kaydedilmiştir. Verilerin istatistiksel analizi istatistik uzmanı tarafından yapılmıştır. Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanılmıştır. Değişkenlerin dağılımı kolmogorov simirnov test ile ölçüldü. Nicel bağımsız verilerin analizinde mann-whitney u test kullanıldı. Nitel bağımsız verilerin analizinde ki-kare test kullanıldı. Korelasyon analizinde pearson ve spearman korelasyon analizi kullanıldı. $P < 0,05$ istatistik anlamlılık seviyesi olarak kabul edilmiştir. Analizlerde SPSS 22.0 programı kullanılmıştır.

3.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma İstanbul'da bulunan sadece bir hastanenin endoskopi ünitesi ile sınırlıdır. Evreni sadece bu üniteye gelen hastalar oluşturmuŐtur. Bu durum göz önüne alındığında araştırmanın genellenebilirliği düşük kabul edilebilir.



4. BULGULAR

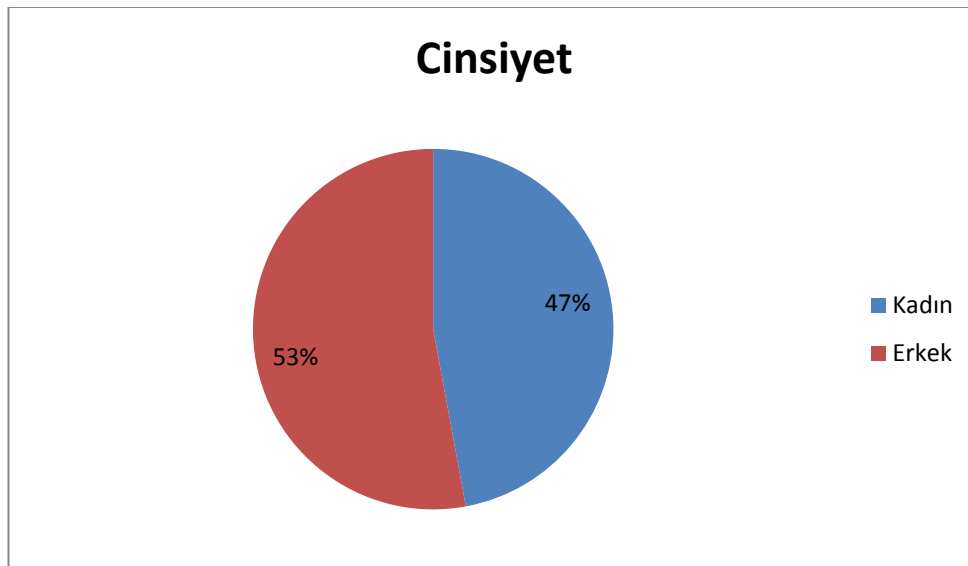
Bu bölümde; verilerin betimleyici istatistiki bilgileri, örnekleme oluşturan hastalardan elde edilen veriler doğrultusunda anksiyete düzeylerinin sosyo-demografik ve kişisel bilgiler ile karşılaştırılması yer almaktadır. Sosyo-demografik ve kişisel değişkenlerin anksiyete düzeylerinde farklılıklara neden olduğu ve bazı değişkenlerde bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır.

4.1. SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİLERİN BETİMLEYİCİ İSTATİSTİKLERİ

Çalışmamıza toplam 554 hasta dahil edilmiştir. İlk olarak, hastaların cinsiyet dağılımını incelediğimizde %47,1'nin (n=261) kadın, %52,9'nun (n=293) erkek olduğu belirlendi (Tablo 1) (Grafik 1).

Tablo 1. Cinsiyet dağılımı

Cinsiyet	Hasta sayısı	Yüzde
Kadın	261	47,1
Erkek	293	52,9



Grafik 1. Cinsiyet dağılımı

Örneklemin yaş ortalaması $36,3 \pm 12,3$ idi. En küçük yaş 18, en büyük yaş ise 64 idi (Tablo 2).

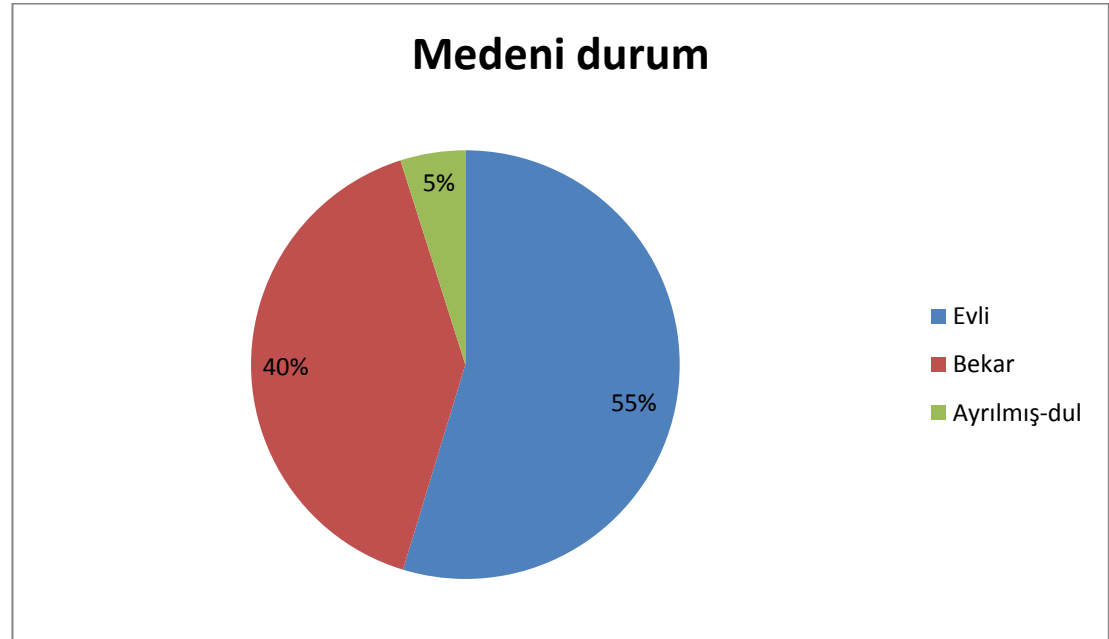
Tablo 2. Yaş dağılımı

Yaş	Ortalama	S.s	Minimum	Maksimum	Medyan
	36,3	12,3	18	64	34

Araştırmaya katılanların medeni durumları incelendiğinde; %54,7'nin (n=303) evli, % 40,4'nün (n=224) bekar, %4,9'nun (n=27) ayrılmış-dul olduğu görülmüştür (Tablo 3)(Grafik2).

Tablo 3. Medeni durum dağılımı

Medeni durum	Hasta sayısı	Yüzde
Evli	303	54,7
Bekar	204	40,4
Ayrılmış-dul	27	4,9

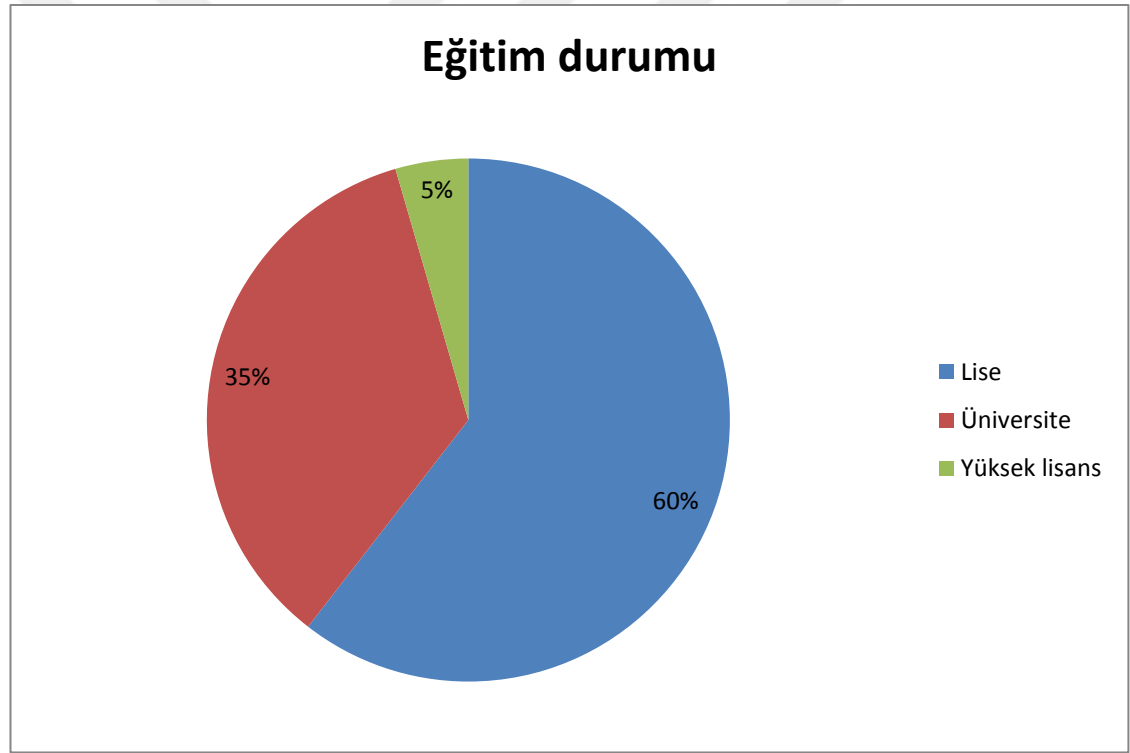


Grafik 2. Medeni durum dağılımı

Araştırmaya katılanların eğitim durumu incelendiğinde; %60,5'nin (n=335) lise mezunu, %35'nin (n=194) üniversite mezunu, %4,5'nin (n=25) yüksek lisans mezunu olduğu görülmektedir (Tablo 4)(Grafik 3).

Tablo 4. Eğitim durumu dağılımı

Eğitim durumu	Hasta sayısı	Yüzde
Lise	335	60,5
Üniversite	194	35
Yüksek lisans	25	4,5

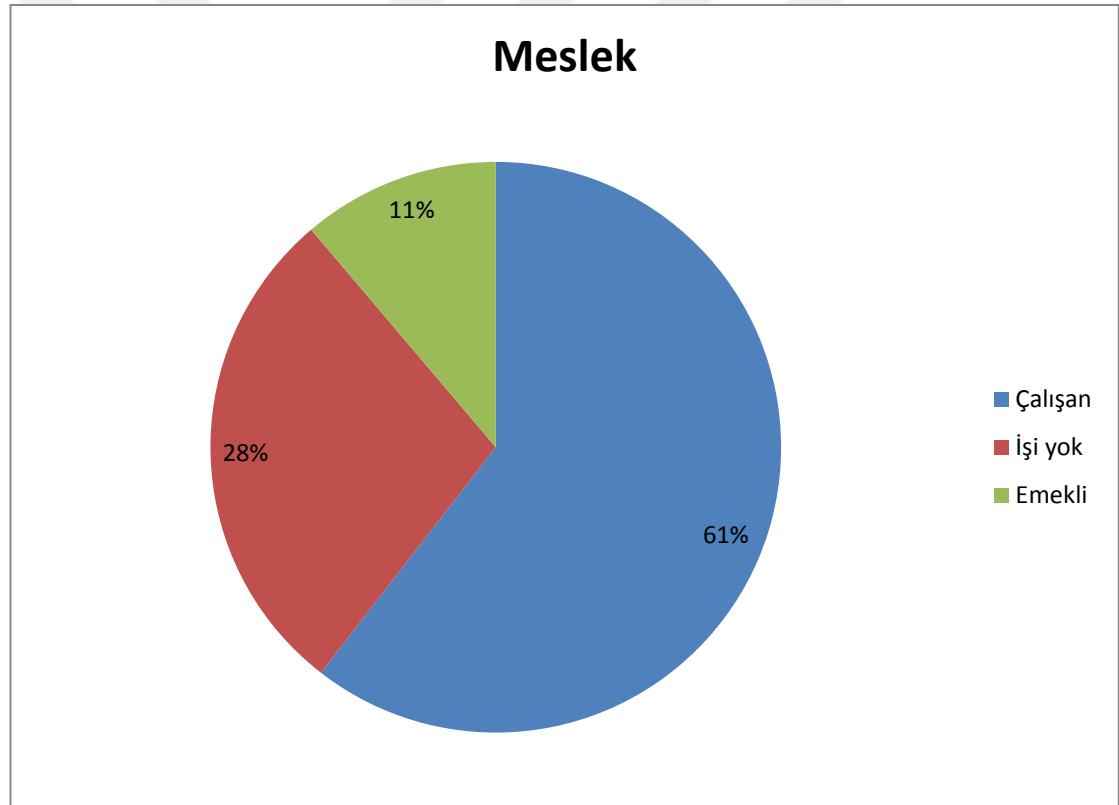


Grafik 3. Eğitim durum dağılımı

Katılımcıların mesleki durumlarına göre çalışıp çalışmadığı incelendiğinde; %60,5'nin (n=335) çalışan olduğu, %28,3'nün (n=157) herhangi bir işte çalışmadığı, %11,2'nin (n=62) emekli olduğu görülmektedir (Tablo 5) (Grafik 4).

Tablo 5. Mesleki durum dağılımı

Meslek	Hasta sayısı	Yüzde
Çalışan	335	60,5
İşi yok	157	28,3
Emekli	62	11,2

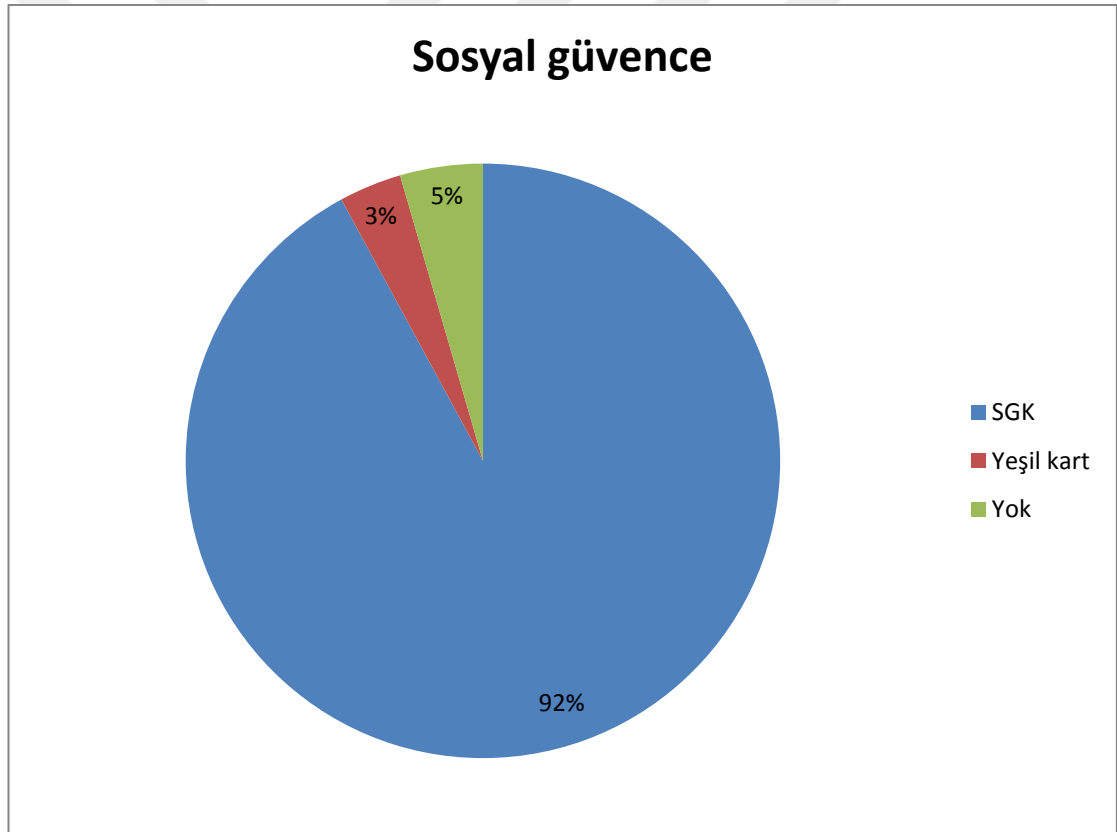


Grafik 4. Mesleki durum dağılımı

Katılımcıların sosyal güvence durumları incelendiğinde; %92,1'nin (n=510) SGK'lı olduğu, %3,4'nün ((n=19) yeşil kart sahibi olduğu, %4,5'nin (n=25) sosyal güvencesi olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 6)(Grafik 5).

Tablo 6. Sosyal güvence durumu dağılımı

Sosyal güvence	Hasta sayısı	Yüzde
SGK	510	92,1
Yeşil kart	19	3,4
Yok	25	4,5

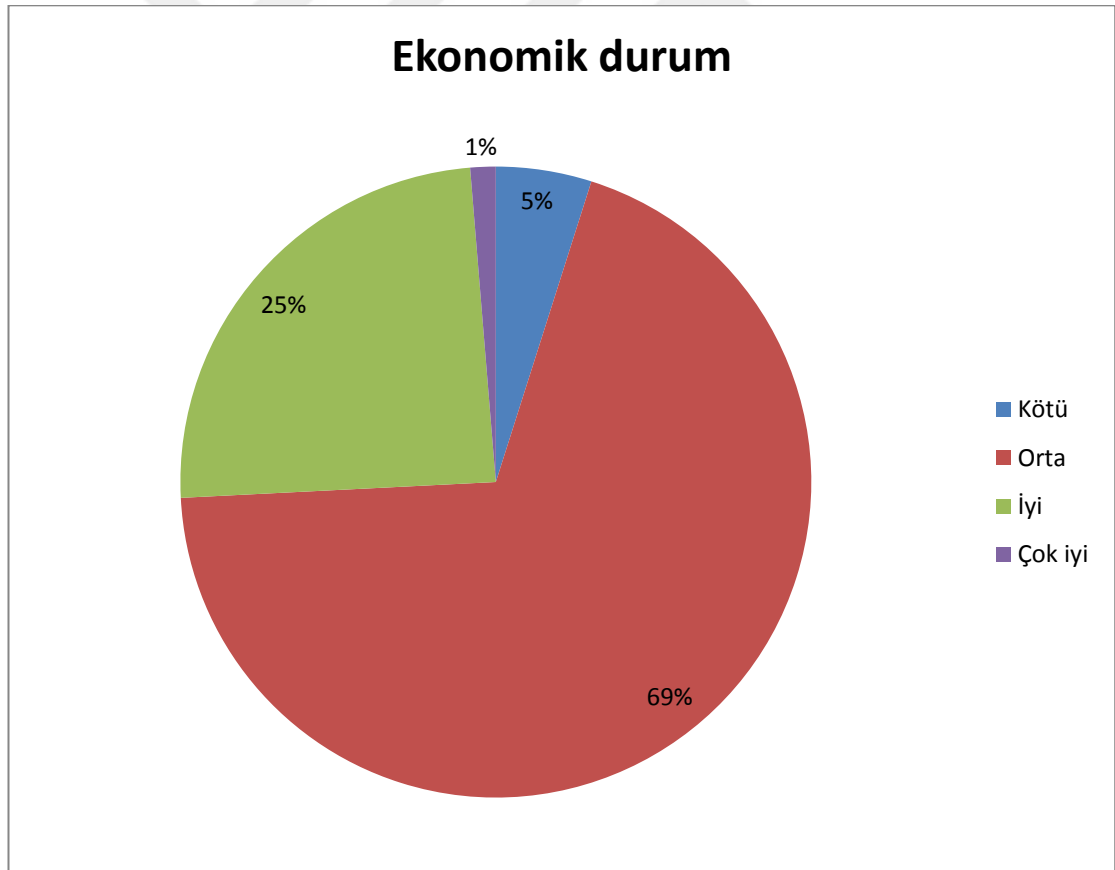


Grafik 5. Sosyal güvence durumu dağılımı

Araştırmaya katılanların ekonomik durumları incelendiğinde; katılımcılar ekonomik durumlarını kendi algılama düzeyine göre %4,9'nun (n=27) kötü, %69,3'nün (n=384) orta, %24,5'nin (n=136) iyi, %1,3'nün (n=7) çok iyi olarak ifade etmişlerdir (Tablo 7)(Grafik 6).

Tablo 7. Ekonomik durum dağılımı

Ekonomik durum	Hasta sayısı	Yüzde
Kötü	27	4,9
Orta	384	69,3
İyi	136	24,5
Çok iyi	7	1,3

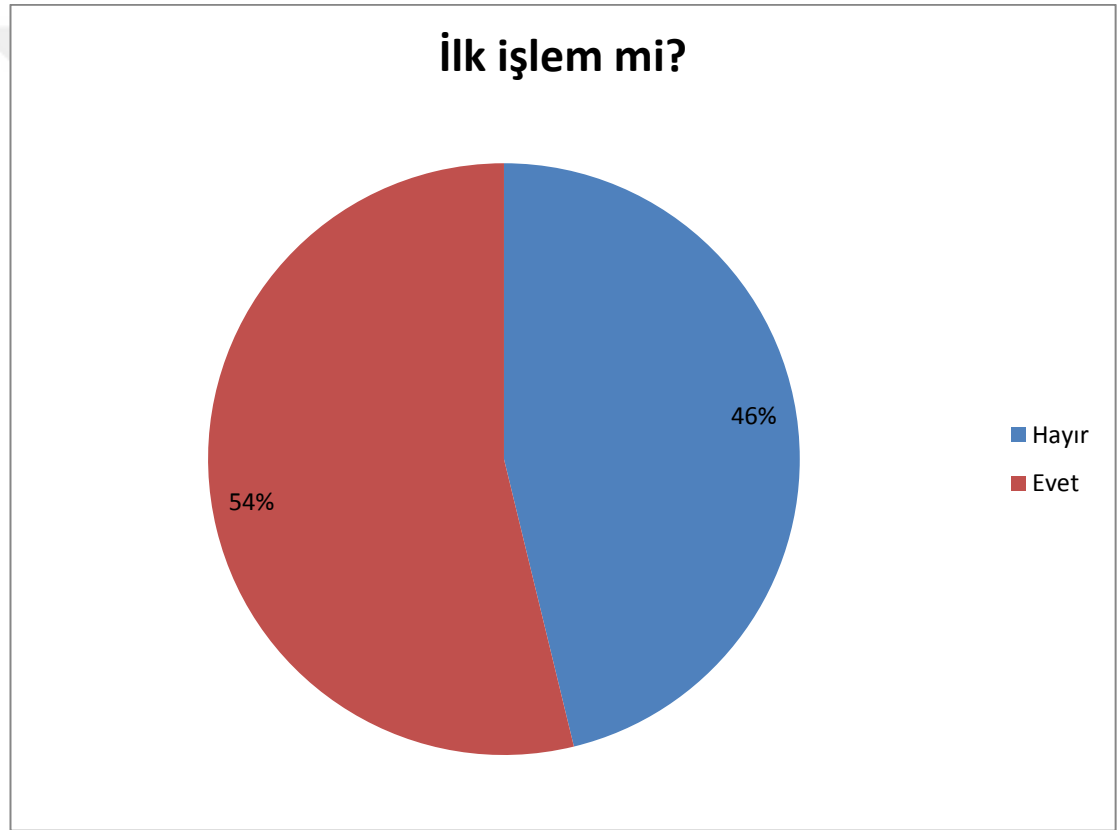


Grafik 6. Ekonomik durum dağılımı

Araştırmaya katılanların işlem öyküsü incelendiğinde; %46,2'nin (n=256) işlem öyküsünün olduğu, %53,8'nin (n=298) ise işlem öyküsü olmadığı ilk defa GİS endoskopisi olacağı belirlenmiştir (Tablo 8)(Grafik 7).

Tablo 8. İşlem öyküsü durumu dağılımı

İlk işlem mi?	Hasta sayısı	Yüzde
Hayır	256	46,2
Evet	298	53,8

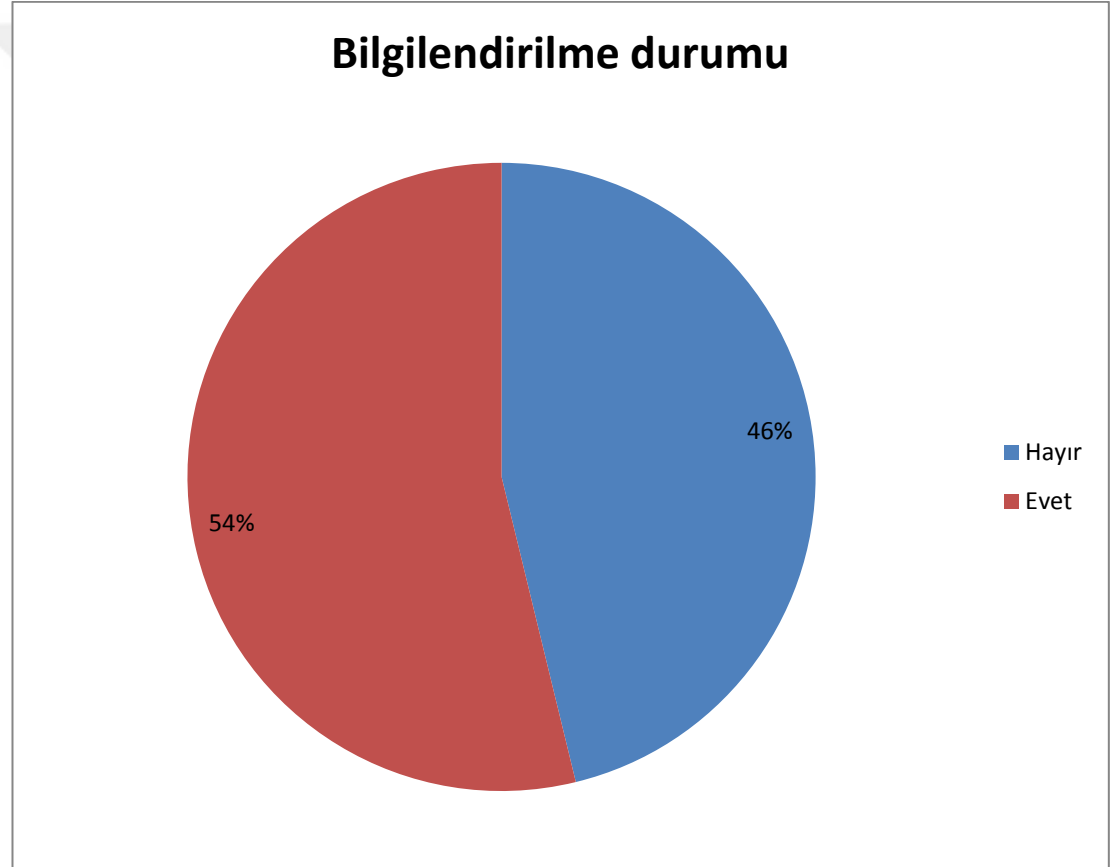


Grafik 7. İşlem öyküsü dağılımı

Araştırmaya katılanlara işlem hakkında doktorunuz tarafından yazılı veya sözlü bilgi verildi mi diye sorduğumuzda; %39,7'si (n=220) hayır almadım, %60,3'ü (n=334) ise evet aldım olarak ifade etmiştir (Tablo 9)(Grafik8).

Tablo 9. İşlem hakkında bilgilendirilme durumu dağılımı

Bilgilendirilme durumu	Hasta sayısı	Yüzde
Hayır	220	39,7
Evet	334	60,3



Grafik 8. İşlem hakkında bilgilendirilme durumu dağılımı

Araştırmaya katılanlara işlem için kaç gün sonraya randevu verildiği sorulduğunda; randevu süresinin ortalaması 25,9±12,1 idi. En kısa randevu süresinin 7 gün, en uzun ise 60 gün olduğu görülmektedir (Tablo 10).

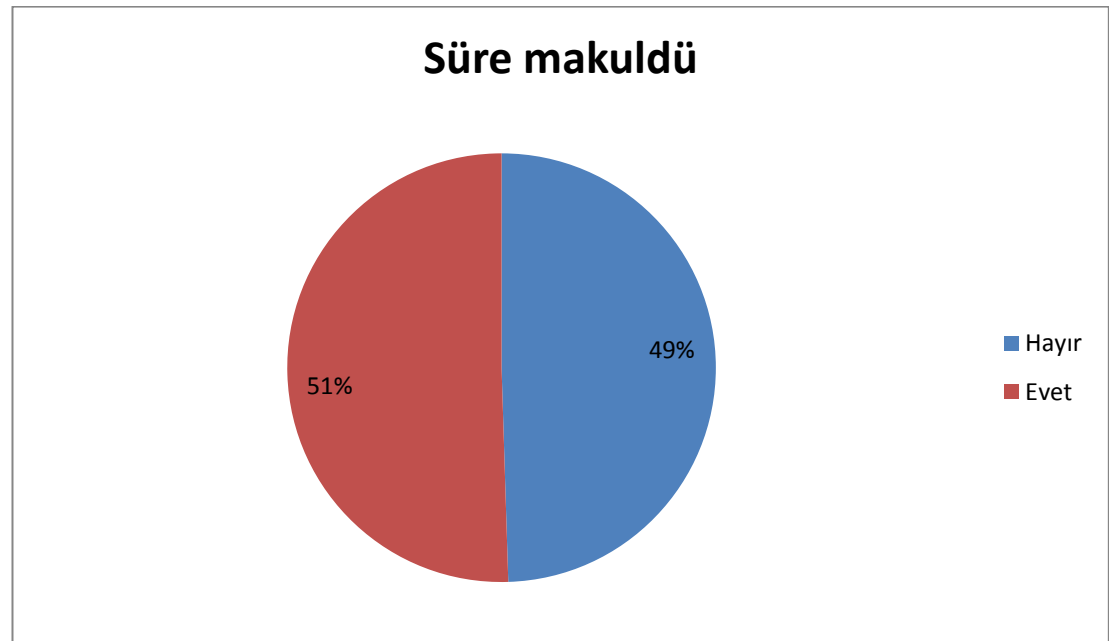
Tablo 10. Randevu süresi dağılımı

Randevu süresi	Ortalama	S.s.	Minimum	Maksimum	Medyan
	25,9	12,1	7	60	28

Katılımcılara randevu süresinin makul olup olmadığı sorulduğunda; %49,5'i (n=274) makul değil cevabı verirken, %50,5'i (n=280) ise makuldü olarak cevap vermişlerdir (Tablo 11)(Grafik 9).

Tablo 11. Randevu süresi makul mü? dağılımı

Bu süre makul mü?	Hasta sayısı	Yüzde
Hayır	274	49,5
Evet	280	50,5



Grafik 9. Randevu süresi makul mü? Dağılımı

4.2. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ PUANLARI İLE SOSYO-DEMOGRAFİK VE KİŞİSEL BİLGİLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmamıza katılan 554 hastanın %36,8’de (n=204) anksiyete saptanmazken %63,2’de (n=350) anksiyete vardı. Bu hastaların %41,7’de (n=231) hafif derecede, %16,8’de (n=93) orta derecede, %4,7’de (n=26) şiddetli seviyede anksiyete saptandı (Tablo 12)(Grafik 10).

Örneklemin anksiyete skor ortalaması $10,7 \pm 8,6$ idi. En düşük skor “0” iken, en yüksek skor “55” idi (Tablo 13).

Tablo 12. Anksiyete derecesi dağılımı

Anksiyete derecesi	Hasta sayısı	Yüzde
Yok	204	36,8
Hafif	231	41,7
Orta	93	16,8
Şiddetli	26	4,7

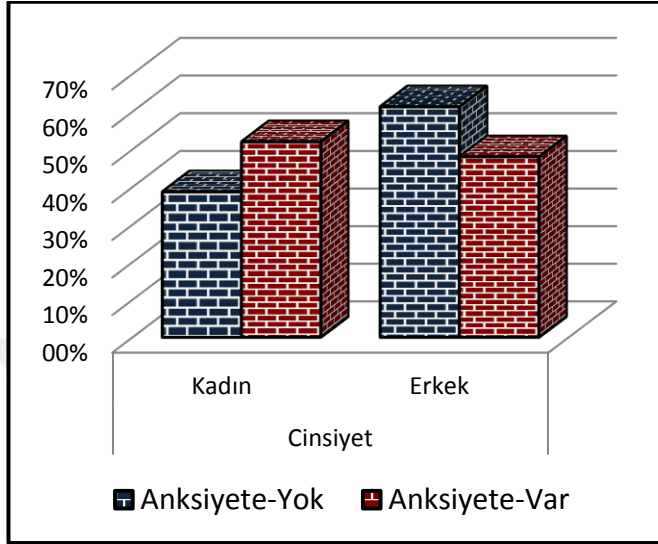


Grafik 10. Anksiyete derecesi dağılımı

Tablo 13. Anksiyete skoru dağılımı

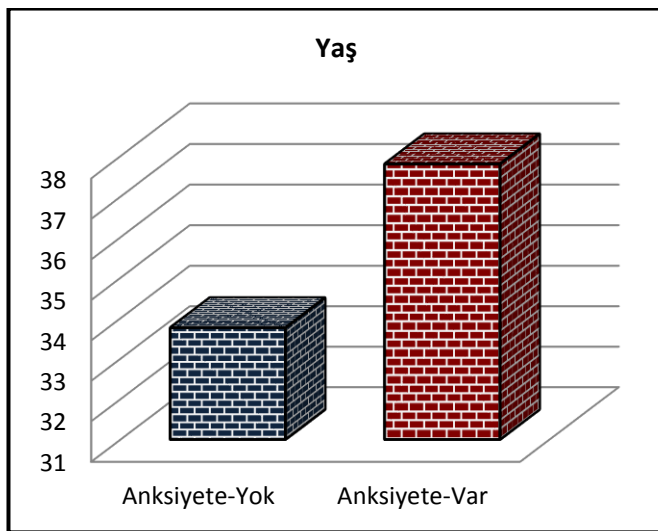
Anksiyete skoru	Ortalama	S.s.	Minimum	Maksimum	Medyan
	10,7	8,6	0	55	10

Çalışmamızda cinsiyet ile anksiyete arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. Anksiyete olan grupta kadın hasta oranı anksiyete olmayan gruptan anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,003$)(Tablo 14)(Grafik 11).



Grafik 11. Cinsiyet anksiyete ilişkisi

Katılımcıların yaş ile anksiyete ilişkisini incelediğimizde; anksiyete olan grupta hastaların yaşları anksiyete olmayan gruptan anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,002$). Anksiyetesi olmayan grubun yaş ortalaması $33,8 \pm 10,1$ iken, anksiyetesi olan grubun yaş ortalaması $37,8 \pm 13,2$ idi (Tablo 14)(Grafik 12).

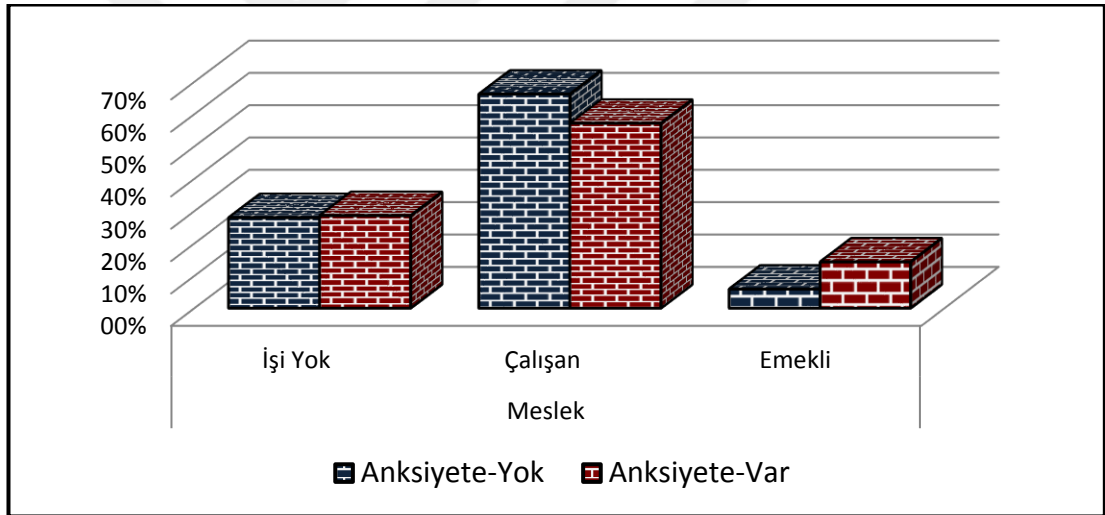


Grafik 12. Yaş anksiyete ilişkisi

Çalışmamızda medeni durum ile anksiyete ilişkisi incelendiğinde; evli ve ayrılmış-dul grupta anksiyete oranları daha yüksek olmakla birlikte anksiyete olan ve olmayan grupta medeni durum dağılımı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p=0,075$)(Tablo 14).

Eğitim durumları ile anksiyete ilişkisi incelendiğinde; en yüksek anksiyete oranı lise mezunlarında, en düşük anksiyete oranı ise yüksek lisans mezunlarında idi. Anksiyete olan ve olmayan grupta eğitim durumu dağılımı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p=0,395$) (Tablo 14).

Katılımcıların mesleki durumları ile anksiyete ilişkisi incelendiğinde; emekli grupta anksiyete oranı yüksekken çalışan grupta anksiyetesi olmayanların oranı daha yüksek idi. Anksiyete olan grupta emekli hasta oranı anksiyete olmayan gruptan anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,007$)(Tablo 14)(Grafik 13).



Grafik 13. Mesleki durum anksiyete ilişkisi

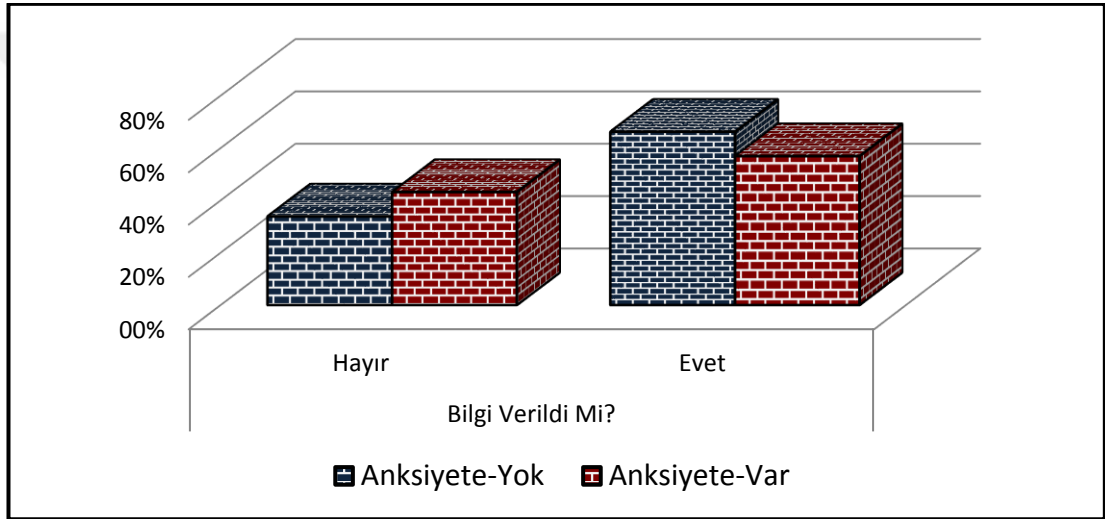
Katılımcıların sosyal güvence ile anksiyete ilişkisi incelendiğinde; anksiyete olan ve olmayan grupta sosyal güvence dağılımı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p=0,127$). Buna karşın sosyal güvencesi olmayan ve yeşil kartı sahibi olanlarda anksiyete oranları daha yüksek idi (Tablo 14).

Araştırmamızda, ekonomik durum ile anksiyete ilişkisini incelediğimizde; ekonomik durumunu orta ve çok iyi olarak belirten grupta anksiyete oranları daha düşük saptanırken, ekonomik durumunu kötü ve iyi olarak belirten grupta anksiyete

oranları daha yüksekti. Anksiyete olan ve olmayan grupta ekonomik durum dağılımı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p=0,063$)(Tablo 14).

Araştırmamızda işlem öyküsü ile anksiyete ilişkisini incelediğimizde; işlem öyküsü olan hastalardaki anksiyete oranı ilk defa işlemi yaptıran hasta grubuna göre daha yüksek idi. Ama anksiyete olan ve olmayan grupta işlem tekrar oranı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p=0,564$)(Tablo 14).

Araştırmamızda hastaların işlem hakkında bilgilendirilme durumu ile anksiyete ilişkisi incelendiğinde; anksiyete olan grupta bilgi verilme oranı anksiyete olmayan gruptan anlamlı olarak daha düşüktü ($p=0,031$)(Tablo 14)(Grafik 14).



Grafik 14. Bilgilendirme anksiyete ilişkisi

Araştırmamızda randevu süresinin uzunluğu ile anksiyete ilişkisi incelendiğinde; anksiyete olan ve olmayan grupta randevu süresi anlamlı farklılık göstermemiştir ($p=0,983$). Anksiyete olmayan grupta randevu süresi ortalaması $26,5\pm 14$ iken, anksiyete olan grupta randevu süresi ortalaması $25,6\pm 10,9$ idi (Tablo 14).

Katılımcıların randevu süresi uzunluğunun makul olup olmadığı ile anksiyete ilişkisi incelendiğinde; anksiyete oranı, sürenin makul olmadığını düşünen grupta sürenin makul olduğunu düşünen gruba göre daha yüksekti. Buna karşın, anksiyete olan ve olmayan grupta sürenin makul olma oranı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p=0,224$)(Tablo 14).

Tablo 14. Anksiyete – Genel durum dağılımı

		Anksiyete-Yok		Anksiyete-Var		p
		Ort.±s.s./n-%	Medyan	Ort.±s.s./n-%	Medyan	
Yaş		33.8 ± 10.1	33.0	37.8 ± 13.2	35.0	0.002 ^m
Cinsiyet	Kadın	79	38.7%	182	52.0%	0.003 ^{x²}
	Erkek	125	61.3%	168	48.0%	
Medeni Durum						
Evli		101	49.5%	202	57.7%	0.075 ^{x²}
Bekar		95	46.6%	129	36.9%	
Ayrılmış		8	3.9%	19	5.4%	
Eğitim Durumu						
Lise		118	57.8%	217	62.0%	0.395 ^{x²}
Üniversite		74	36.3%	120	34.3%	
Yüksekl Lisans		12	5.9%	13	3.7%	
Meslek						
İşi Yok		57	27.9%	100	28.6%	0.007 ^{x²}
Çalışan		135	66.2%	200	57.1%	
Emekli		12	5.9%	50	14.3%	
Sosyal Güvence						
Yok		6	2.9%	19	5.4%	0.127 ^{x²}
SGK		194	95.1%	316	90.3%	
Yeşil Kart		4	2.0%	15	4.3%	
Ekonomik Durum						
Kötü		9	4.4%	17	4.9%	0.063 ^{x²}
Orta		154	75.5%	230	65.7%	
İyi		37	18.1%	99	28.3%	
Çok İyi		3	1.5%	4	1.1%	
Bu İşlem İlk Defa Mı Yapılıyor?	Hayır	91	44.6%	165	47.1%	0.564 ^{x²}
	Evet	113	55.4%	185	52.9%	
Bilgi Verildi Mi?	Hayır	69	33.8%	151	43.1%	0.031 ^{x²}
	Evet	135	66.2%	199	56.9%	
Randevu Süresi (gün)		26.5 ± 14.0	29.5	25.6 ± 10.9	27.0	0.983 ^m
Bu Süre Makul Mü?	Hayır	94	46.1%	180	51.4%	0.224 ^{x²}
	Evet	110	53.9%	170	48.6%	

^m Mann-whitney u test / ^{x²} Ki-kare test

5. TARTIŞMA

Anksiyete, kişinin duygulanımında korku, kaygı, sıkıntı hali olmasıdır. Bu durum bilişsel, davranışsal, duygusal ve fizyolojik bileşkelerin birlikte olması ile ortaya çıkar. Kişinin kendini tehdit altında hissetmesi ile anksiyete gelişir (93). Kişilerin hasta olması, tanı ve tedavi için hastane ortamında bulunmaları, herhangi bir işleme veya bakıma maruz kalmaları kişilerde kaygı ve stres kaynağı olabilmektedir. Hastaların, sağlık problemine ve cerrahi müdahale türüne göre müdahale sonrasında yaşayabileceği sıkıntılara bağlı korku ve kaygı yaşayabileceği öne sürülmektedir (94). Hastaların yaşadıkları anksiyeteye ilişkin yapılan araştırmalarda, hastaların her türlü tıbbi tanı ve tedavi yöntemi, bakım ve girişimlerde yoğun anksiyete yaşadıkları ortak bir sorun olarak belirlenmiştir (95).

Anksiyete her bireyin yaşayabileceği bir duygudur ve kişinin kendini tehlikede ve güvensiz hissettiği durumlarda ortaya çıkabilmektedir. Anksiyete genellikle stres oluşturan durumlarda daha belirgin olarak hissedilmektedir (96). Kişinin hastaneye gelmesi, hastanede kendisinin yabancı olduğu terimler duyması ve yapılacak herhangi bir işlem dahi strese ve anksiyete neden olabilir. Hastada oluşan tedirginlik hissi güvensizlik duygusuna, oluşan bu duygu huzursuzluğa, korkuya ve anksiyeteye yol açabilmektedir (97).

Jones ve ark. (2004) yaptığı çalışmada endoskopi işlemi öncesi anksiyete düzeyinin anlamlı olarak arttığı bulmuşlardır (98). Anksiyete ve anksiyete düzeyini etkileyen faktörler çeşitli çalışmalarda incelenmiştir. GİS endoskopisinde işlem tipinden bağımsız olarak hastalarda anksiyete saptanmıştır (98,99). GİS endoskopisi öncesi hastalarda anksiyete oluşumuna neden olan farklı değişkenler vardır. Önemli bir hastalığın ortaya çıkacağı ihtimali, işlem esnasında bir komplikasyon gelişebilme ihtimali ve invaziv bir işlem olan endoskopiye tolere edip edememe düşüncesi bu değişkenlerin başında gelmektedir. Endoskopi öncesi oluşan yoğun anksiyeteyi önlemenin veya hafifletmenin önemli olduğu tespit edilmiştir. İşlem öncesi ortaya çıkan anksiyete, memnuniyetsizliği arttırmanın yanında işlemi uzatabilir ve işlemin komplikasyon riskini arttırabilir (100).

DSÖ sağlığı tanımlarken bedensel, ruhsal ve sosyal alanların önemi üzerinde durmaktadır. Bu üç alandan herhangi birindeki bir fonksiyon bozukluğu diğer

alanları da etkilemekte ve kişinin sağlığı bozulabilmektedir. Bundan dolayı bu üç alana gerekli ve yeterli önemi veren yaklaşım “biyopsikososyal model” olarak açıklanmaktadır. Bu yaklaşım modeli insanın her yönüyle bir bütün olduğunu ve insan sağlığına da bu şekilde yaklaşılması gerektiğini savunmaktadır (53). Yine benzer şekilde Jaco da, hastanın vücudunun sadece bir kısmının değil, bir bütün olarak tedavi edilmesi gerektiğini ifade etmiştir (53).

Bu bilgiler doğrultusunda, GİS endoskopisi uygulanacak hastaların fiziksel rahatsızlığı yanında uygulanan işlemin rahatsızlığı ve hastada oluşturacağı korku ve endişe göz önünde tutularak hasta bir bütün olarak ele alınmalı ve biyopsikososyal modelin belirttiği gibi hastaya yaklaşılmalıdır.

S.B.Ü İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endoskopi Ünitesi'nde toplam 554 hastanın katılımıyla gerçekleştirilen araştırma, GİS endoskopi uygulanacak hastaların işlem öncesi anksiyete düzeylerini belirlemek, bunu etkileyen faktörleri saptamak ve çıkan sonuçlar doğrultusunda önerilerde bulunmak amacıyla planlandı. Elde edilen bulgular literatür bilgileri doğrultusunda tartışıldı.

Araştırmaya katılan hastaların %41,7'nde hafif, %16,8'nde orta, %4,7'nde şiddetli seviyede olmak üzere %63,2'nde anksiyete saptanmıştır. Gebbensleben ve Rohde'un gastrointestinal endoskopi hastaları ile yaptıkları çalışmada, hastaların %67'si işlem öncesi endişe yaşadığını ifade etmişlerdir (18). Drossman ve ark. yaptığı çalışmada, GİS endoskopi öncesi hastaların %60'nın endişe yaşadığı tespit edilmiştir (19). Ertin ve ark. tanı işlemleri konusunda hastaları bilgilendirmenin anksiyete düzeyine etkisini belirlemek için yaptıkları çalışmada, hastaların %69'u işlem sonucunun kötü çıkması, %14'ü ise ağrı duyacağını düşünmesi nedeniyle endişe yaşadığını belirtmişlerdir (101). Çalışmamızdan elde edilen hastaların işlem öncesi yaşadığı anksiyete oranları, daha önce yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Tsai ve ark. yaptığı çalışmada, kolonoskopi öncesi kadın cinsiyeti risk faktörü olarak belirtmişlerdir (102). Ladas ve ark. çalışmalarında, kolonoskopi öncesi anksiyete düzeylerini kadınlarda daha yüksek bulmuşlardır (103). Madan ve ark. endoskopi öncesi anksiyete skorlarını kadınlarda erkeklerden daha yüksek bulmuşlardır (104). Luck ve ark. (105), Bytzer ve Lindeberg (106), Trevisani ve ark.

(107), Ylinen ve ark. (108), Eckardt ve ark. (109) yaptıkları çalışmalarda kadınlarda anksiyete düzeylerini daha yüksek bulmuşlardır. Ersöz ve ark. gastroskopi ve kolonoskopi işlemlerinin hasta kaygı düzeyine etkisini inceledikleri çalışmada, kadın hastaların anksiyete düzeyini erkeklere oranla daha yüksek bulmuşlardır (99). Seymen ve ark. (110), Ünal ve arkadaşları (111) da yaptıkları çalışmalarda kadın hastalarda anksiyete düzeylerini daha yüksek bulmuşlardır. Köroğlu, kolonoskopi öncesi uygulanan hemşirelik girişimlerinin ağrı, anksiyete ve utanma duygusuna etkisinin belirlenmesi adlı tez çalışmasında, kadın hastalarda anksiyete düzeylerini daha yüksek bulmuştur (112). Demir ve ark. kalp cerrahisi geçirecek hastalarda anksiyete düzeylerini inceledikleri çalışmada cinsiyet ile anksiyete arasında herhangi bir anlamlı farka ulaşamamıştır (113). Demirel, ERCP uygulanacak hastalarda bilgi vermenin anksiyete düzeyine etkisini incelediği tez çalışmasında, kontrol grubunu oluşturan erkek hastaların anksiyete skorlarının kadın hastalardan daha yüksek olduğunu bulmuştur (114). Literatür genelinde kadınlarda anksiyete düzeyleri daha yüksek saptanmıştır. Çalışmamız da literatür ile paralellik göstermektedir. Anksiyete olan grupta kadın hasta oranı anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,003$).

Kadınların erkeklere göre daha sık hastanelere başvurdukları bilinmektedir. Kadınların ruhsal sıkıntılarını ifade etmekte daha cesur olmaları, aksine erkeklerin bu konuda daha çekingen tavır sergilemeleri ruhsal bozuklukların kadınlarda daha çok görüldüğü yorumu yapılmasına neden olabilir. Erkeklerin günlük yaşamın streslerine kadınlardan daha çabuk adapte olmaları ve daha hızlı baş etme yöntemi geliştirmeleri gibi nedenlerden dolayı kadınlardan daha az anksiyete yaşamaktadırlar. Kadınların strese yoğun duygusal yanıt verdikleri ve anksiyete belirtilerini daha güçlü şekilde dışa yansıttıkları bilinmektedir (115). Kadınların, olumsuz yaşam olaylarına daha duyarlı olmaları ve menstrüel döngülere eşlik eden ruhsal sıkıntılar nedeniyle erkeklerden daha fazla etkileniyor gibi durmaktadır (116).

Anksiyetenin yaş ile ilişkisi incelendiğinde, literatürde farklı bulgular görülmektedir. Ama genç hastalarda anksiyete oranlarının daha yüksek olduğu sonucuna varan çalışmaların daha fazla olduğu dikkat çekmektedir. Chuah ve ark. yaptıkları çalışmada, anksiyetesi yüksek olan grubun yaş ortalamasını daha düşük bulmuşlardır (117). Aydın tez çalışmasında, 30 yaş ve altı grubun anksiyete skorlarını daha yüksek ve anlamlı bulmuştur (118). Tanısal amaçlı yapılan üst GİS

endoskopisinde hasta yaşı ile işlem öncesinde gelişen anksiyete artışı arasında ilişki olmadığını tespit eden çalışmalar da mevcuttur (119,120). Seymen ve ark. (110), Ünal ve ark. (111) yaptıkları çalışmalarda ve Demirel tez çalışmasında (114), anksiyete ile yaş arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır. Köroğlu tez çalışmasında, 18-49 yaş grubundaki hastaların anksiyete skor ortalamasını 50 yaş ve üzeri gruptan anlamlı derecede yüksek bulmuştur (112). Çalışmamızda literatürdeki bulgulardan daha farklı sonuçlar elde edilmiştir. Anksiyete olan grubun yaş ortalaması, anksiyete saptanmayan grubun yaş ortalamasından anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,002$).

Evlenmemiş, boşanmış ve evli olmasına karşın çocuğu olmayan kişilerin, evli ve çocuk sahibi olan kişilere göre duygusal tükenmişlik oranlarının daha fazla olduğu bildirilmiştir. Ailesi olan ve aile içinde iyi ilişkilere sahip olan kişilere, aile tarafından sosyal destek verildiği için bu kişilerin duygusal tükenmişlik yönünden daha iyi durumda oldukları düşünülmektedir (121). Ancak buna karşın literatürde farklı sonuçlar görülmektedir. Seymen ve ark. (110) yaptıkları çalışmada, Demirel tez çalışmasında (114) medeni durum ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır. Qasimi tez çalışmasında, anlamlı bir farkın olmadığını fakat evlilerde daha düşük oranda anksiyete olduğunu saptamıştır (122). Özen ürodinamik girişim uygulanacak hastaların işlem öncesi bilgilendirilmesinin anksiyete düzeylerine etkisini araştırdığı tez çalışmasında evli ve bekar bireylerin anksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır (123). Polat hastanede yatarak tedavi gören hastaların sosyodemografik özellikleri ve anksiyete düzeylerinin incelenmesi tez çalışmasında, medeni durum ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ama bekar olan hastalarda anksiyete puanlarının daha düşük olduğunu tespit etmiştir (124). Özcan ve ark. yaptığı çalışmada, bekar olan kişilerin anksiyete eğiliminin, evli kişilere oranla daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (82). Hunt çalışmasında, bekar kişilerin anksiyete düzeylerinin evli kişilerden daha yüksek olduğunu saptamıştır (125). Çalışmamızda medeni durum ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,075$). Fakat evli kişilerde ve ayrılmış-dul kişilerde, bekar kişilere göre daha yüksek oranda anksiyete skorları saptanmıştır.

Eğitim düzeyi arttıkça bireyler, daha çok sorgular ve araştırır, bilgileri arttıkça da her konuda daha bilinçli kararlar verebilir ve etkin baş etme stratejileri

geliştirebilirler (126). Mahajan ve ark. hasta kooperasyonu ve işlemin yeterliliğinde en iyi iki belirleyici unsurun, endoskopi öncesi hasta anksiyete düzeyi ve hasta eğitim seviyesi olduğunu tespit etmiştir (129). Bu bilgiler doğrultusunda eğitim seviyesi arttıkça anksiyete oranlarının düşmesi beklenmektedir. Fakat literatürde yer alan çalışmaların sonuçları bu bilgi ile yüzde yüz örtüşmemektedir. Seymen ve ark. yaptığı çalışmada, anksiyete ile eğitim seviyesi arasında ilişki bulamamışlardır (110). Qasimi tez çalışmasında, eğitim seviyesi ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki bulamamış, eğitim seviyesi düşük ve yüksek olan grupta daha düşük seviyede anksiyete saptarken, lise mezunlarında daha yüksek seviyede anksiyete skorlarına ulaşmıştır (122). Gökdoğan tez çalışmasında, düşük eğitim seviyesinde daha yüksek oranda anksiyete skorları tespit etmiştir (127). Bal yaptığı çalışmada, işlem öncesi anksiyete puanlarının yüksekokul ve üniversite mezunlarında daha düşük seviyede tespit etmiş, ancak anlamlı bir ilişki bulamamıştır (128). Polat tez çalışmasında, ilköğretim mezunlarının anksiyete puanlarının okur yazar olmayan, lise ve üniversite mezunlarından daha yüksek olduğunu tespit etmiştir (124). Şahin gebelikte depresyon ve anksiyete belirti düzeyi ilişki faktörler çalışmasında, üniversite mezunu olan kadınların anksiyete düzeylerini daha yüksek bulmuştur (130). Çalışmamızda, daha doğru ve güvenilir sonuçlar almak için en az lise mezunu olan kişiler dahil edilmiştir. Üniversite ve yüksek lisans mezunu olan kişilerin, lise mezunu olan kişilere göre daha düşük seviyede anksiyete puanlarına sahip olduğu görülmüştür. Fakat eğitim durumu ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,395$).

Çalışmamızda, mesleki durum ile anksiyete ilişkisi arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Anksiyete olan grupta emekli hasta oranı, anksiyete olmayan gruptan anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,007$). Literatürde farklı sonuçlar olmakla birlikte, genel olarak çalışmayan hasta grubunda daha yüksek anksiyete puanlarının olduğu görülmektedir. Seymen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, işi olmayanlarda daha yüksek anksiyete skorları saptanmıştır (110). Qasimi tez çalışmasında, mesleki durum ile anksiyete arasında anlamlı bir farklılık bulamamış, ama çalışan grubun daha düşük seviyede anksiyete düzeyine sahip olduğunu tespit etmiştir (122). Demirel çalışmasında, mesleki durum ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır (114). Santiago ve ark. (131) ve Üskül ve ark. (132) yaptıkları

çalışmalarda, ev hanımlarında daha yüksek anksiyete puanları tespit etmişlerdir. Şahin tez çalışmasında, çalışmayan kadınların anksiyete düzeylerini çalışan kadınlara göre daha yüksek bulmuştur (130).

Çalışmamızda sosyal güvence ile anksiyete ilişkisinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0,127$). Buna karşın sigortası olmayanların ve yeşil kart sahibi olanların, sigortası olan gruba göre daha yüksek anksiyete oranları tespit edildi. Literatürde yer alan çalışma sonuçları ile çalışmamızın sonuçları benzerlik göstermektedir. Seymen ve ark. yaptığı çalışmada, sosyal güvencesi olmayanların anksiyete seviyelerini yüksek bulmuş ve risk faktörü olarak belirtmiştir (110). Demirel tez çalışmasında, hastaların sağlık güvencelerinin hastaların anksiyete puan ortalamalarına etkilemediğini saptamıştır (114). Özen çalışmasında, hastaların sağlık güvencesinin olması hastaların anksiyetesini etkilemediğini ifade etmiştir (123). Karaveli yapmış olduğu implante port takılacak hastaların işlem öncesi bilgilendirilmesinin anksiyete düzeylerine etkisinin değerlendirilmesi çalışmasında, hastaların sağlık güvencelerinin olup olmamasının hastaların anksiyetesini etkilemediğini belirtmiş ve araştırmaya katılanların çoğunun sağlık güvencesinin olması farklı bir sonucunun çıkmamasına neden olduğu şeklinde yorumlamıştır (133).

Çalışmamızda hastaların ekonomik durum algısı ile anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0,063$). Ekonomik durumlarını kötü, orta, iyi ve çok iyi olarak ifade eden hasta grubundan, ekonomik durumunu iyi olarak belirten grubun anksiyete puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksekti. Literatürde yer alan çalışmalarda birbirinden farklı sonuçlar elde edilmiştir. Qasimi tez çalışmasında, anlamlı bir farklılık bulmamakla birlikte ekonomik durum algısı yüksek olan grubun anksiyete puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu ifade etmiştir (122). Demirel çalışmasında, hastaların gelir durumlarının anksiyete puan ortalamasını etkilemediğini ifade etmiştir (114). Seymen ve ark. çalışmalarında, hastaların aylık geliri ile anksiyete arasında bir ilişki bulamadıklarını ifade etmişlerdir (110). Başak ve ark. 200 genel cerrahi hastası ile yaptıkları çalışmada, düşük sosyoekonomik düzeye sahip olan hastaların daha fazla anksiyete riskine sahip olduklarını ifade etmişlerdir (134). Polat tez çalışmasında, gelir seviyesi kötü ve çok iyi olan grubun, gelir seviyesi orta ve iyi olan gruptan daha yüksek anksiyete

puanlarına sahip olduğunu belirtmiştir (124). Dayılar ve ark. kolon ameliyatı öncesi hastaların anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi çalışmasında, yüksek ekonomik düzeye sahip hastalarda preoperatif dönemde anksiyetenin arttığını tespit etmişlerdir (135). Bu bulgular ışığında, ekonomik düzeyin anksiyeteyi pek etkilemediği, anksiyetenin hastanın kendisine ve diğer faktörlere daha bağlı olduğunu söyleyebiliriz.

İşlem öyküsü ile anksiyete ilişkisine baktığımızda, literatürde olan çalışmalarda farklı sonuçlara ulaşıldığını görmekteyiz. Qasimi çalışmasında, anlamlı bir farklılık saptamamış, ama önceden işlem uygulanan hastaların anksiyete puan ortalamalarının, işlem uygulanmayan hastaların anksiyete puan ortalamalarına göre daha düşük olduğunu ifade etmiştir (122). Aydın çalışmasında, ilk kez işlem uygulanacak kişilerde anksiyete puanlarının anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğunu saptamıştır (118). Seymen ve ark. (110) ve Ünal ve ark. (111) yaptıkları çalışmalarda, anksiyete ile işlem öyküsü arasında anlamlı bir ilişki saptamamışlardır. Chuah ve ark. (117) ve Gebbensleben ve Rohde (18) yaptıkları çalışmalarda, ilk kez işlem uygulanacak kişilerde anksiyete puanlarını daha yüksek bulmuşlardır. Luck ve ark. yaptığı çalışmada, daha önce kolonoskopi yaptıranların anksiyete düzeyinin, ilk kez kolonoskopi yaptıranlara göre daha yüksek bulmuşlardır (105). Çalışmamızda, endoskopi öyküsü olanların, ilk kez endoskopi uygulanacak hastalara göre daha yüksek anksiyete puan ortalamaları olduğu saptanmış, fakat anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,564$). İlk kez işlem uygulanacak kişilerin işlemi bilmemesi ve çevresinden edindiği bilgiler hastanın anksiyete seviyesini etkilerken, işlem öyküsü olan hastaların daha önceki işlem ya da işlemler esnasındaki rahatlığı, konforu, ağrı hissi, memnuniyeti gibi faktörlerin anksiyete seviyesini etkilediği düşünülebilir.

Bilginin anksiyete üzerine olan etkisi en çok araştırılan konulardan biridir. Literatürde olan çalışmalarda, aksi sonuçlar olmakla birlikte hastayı bilgilendirmenin anksiyeteyi azalttığı, hasta uyumunu arttırdığı ve işlemi kolaylaştırdığı söylenebilir. Akyüz, hastanın endoskopi ünitesine kaygılarından arınmış bir şekilde gelmesinin, kendisinin işlem hakkında yeterince bilgilendirilmesine bağlı olduğunu; bu bilgilendirmenin endoskopi sırasındaki hekim-hasta, hemşire-hasta işbirliğini ve işlemin başarısını da etkilediğini belirtmiştir (136). Clements, işlemin yapılma sebebini ve işlemin nasıl yapıldığının açıklanmasının hastayı rahatlatacağını ifade

etmiştir (137). İşlem hakkında yeterli bilgi sahibi olmamak, hastanın uyumunun azalmasına, kaygı, korku ve anksiyeteye neden olabilir. Bu durum endoskopi ekibi ile hasta arasındaki iletişimi bozabilir, hastanın konforunu etkiler ve endoskopi yapan kişinin performansını etkileyebilir (15,42). Aydın çalışmasında, hastaların %84,58'nin bilgi gereksinimi olduğunu, bilgi gereksinimleri ile anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu ve bilgi gereksinimi olan hastaların anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğunu saptamıştır (118). Ladas, kapsamlı cümlelerden olmadan verilen bilginin işlem öncesi hastanın kaygısını azalttığını ifade etmiştir (103). Riddhiputra ve Ukarapol yaptığı çalışmada, GİS endoskopi uygulanacak çocukların ailelerini işlem öncesi görsel materyaller kullanarak detaylı olarak bilgilendirmişler ve bilgilendirilen ailelerin anksiyete düzeylerinde anlamlı olarak düşük bulmuşlardır (138). Trevisani ve ark. üst gastrointestinal endoskopi hastalarını kontrol grubu, sedatif ilaç uygulanan grup, işlem odasına hasta yakını alınan grup ve video görüntüleri kullanılarak işlem hakkında bilgilendirilen grup olmak üzere 4 gruba ayırarak yaptıkları çalışmada, bilgilendirilen gruptaki hastaların en düşük, sedatif ilaç uygulanacak gruptaki hastaların en yüksek anksiyete düzeyine sahip olduğu ve farkın sedatif ilaç kullanan hasta grubundan kaynaklandığı saptamıştır (139). Kelly ve Shank tarafından yapılan çalışmada, erken teşhis için kolorektal kanser taraması hakkında broşür ve bir hafta içinde hatırlatıcı telefon görüşmesi yapılan müdahale grubunda sigmoidoskopiye uyumun daha fazla olduğu saptanmıştır (140). Arabul ve ark. (5) ve Luck ve ark. (105) yaptıkları çalışmada, kolonoskopi öncesinde yapılan video bilgilendirmenin anksiyeteyi olumlu etkilediğini bulmuşlardır. Pehlivan ve ark. yaptığı çalışmada, hastaları kontrol, yazılı bilgilendirme ve sözlü bilgilendirme olarak 3 gruba ayırmışlardır. Sözlü bilgilendirme grubundaki hastaların anksiyete puan ortalamalarını diğer gruplara göre anlamlı olarak düşük bulmuşlardır (141). Qasimi çalışmasında, bilgi gereksinimi olan hastaların bilgi almak istemeyen hastalara göre, anksiyete puan ortalamalarının anlamlı boyutta olmamakla birlikte yüksek olduğunu saptamıştır (122). Demirel çalışmasında hastaları deney ve kontrol grubu şeklinde iki ayırmıştır. Kontrol grubunu oluşturan hastalarda bilgi verildikten sonra anksiyete puan ortalamaları açısından anlamlı bir farka ulaşamazken, deney grubundaki hastalara bilgi verildikten sonra anksiyete puanlarının anlamlı seviyede düşük

olduğunu saptamıştır (114). Levy ve ark. gastroskopi işlemi öncesi hastaları bilgi verilmeyen, basit bilgilendirilen, detaylı bilgilendirilen, resimlerle detaylı bilgilendirilen ve video ile detaylı bilgilendirilen olmak üzere 5 gruba ayırıp bilgilendirmişler, ancak gruplar arasında anksiyete puanları açısından fark bulamamışlar ve detaylı bilgilendirmenin hastanın anksiyetesini azaltmadığı sonucuna varmışlardır (142). Çalışmamızda hastalara bilgi verilmesi ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Anksiyetesi olan grubun bilgilendirilme oranı, anksiyetesi olmayan gruba göre anlamlı olarak düşük saptandı ($p=0,031$). Bu bilgiler doğrultusunda, hastalara kendilerinin anlayacağı şekilde ve ne kadar bilmek istediğini göz önünde tutarak, ayrıntıya girmeden ve basit ifadelerle verilecek bilgiler işlem öncesi hastanın kaygı ve korkularını azaltarak işleme uyumu arttırabilir ve endoskopi ekibinin de performansını olumlu yönde etkileyebilir.

Literatürde randevu için geçen süre ile anksiyete ilişkisini inceleyen yeterli çalışmaya rastlanmamıştır. Literatürde yer alan çalışmaların daha çok randevu sistemleri ve bu sistemlerin performansı, işleyişi üzerine olduğu görülmektedir. Ayrıca hastaların randevu günü bekleme odasında muayene için bekleme süreleri üzerine çalışmalar yapılmıştır. Hastalara randevuyu kaç gün önce aldıklarını sorduğumuzda, anksiyete olmayan grubun randevu süresi ortalaması $26,5\pm 14$ gün, anksiyete olan grubun randevu süresi ortalaması $25,6\pm 10,9$ gün saptandı. Randevu süresi ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p=0,983$). Hastalara bu sürenin uygun olup olmadığı sorulduğunda, sürenin uygun olmadığını düşünen grubun anksiyete puan ortalaması, sürenin uygun olduğunu düşünen gruba göre daha yüksek olsa da anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p=0,224$). Polat çalışmasında, hastanede yatış süresi ile anksiyetenin anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu saptamış, 16 gün ve daha fazla hastanede kalan hastaların anksiyete puanlarının daha yüksek olduğunu bulmuştur (124). Altuntaş böbrek nakli bekleme listesindeki hastaların anksiyete ve depresyon açısından değerlendirilmesi çalışmasında, böbrek nakli için bekleyen hastaların bekleme süresi uzadıkça anksiyete puanlarının arttığını saptamıştır (143).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak; 554 hastanın katıldığı bu anket çalışmamızda 350 (%63,2) hastada anksiyete saptandığı gözlemlenmiştir. Bu çalışmadaki verilere göre;

Hasta yaşının, kadın cinsiyetinin, meslek durumunun ve hasta bilgilendirmesinin anksiyeteyi etkileyen faktörler olduğu saptanmıştır.

Hastaların medeni durumu, eğitim durumları, ekonomik durumları, sosyal güvencelerinin olup olmaması, randevu süreleri ve daha önce endoskopik işlem öykülerinin olup olmaması ise anksiyeteyi istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilememektedir.

Elde edilen bu sonuçlar ışığında;

Endoskopi ünitelerinde çalışan doktor, hemşire ve yardımcı personelin anksiyeteyi tanınması ve hasta anksiyete durumları için risk faktörlerini biliyor olmaları sayesinde GİS endoskopi işlemi yaptıracak hastaların işlem öncesindeki anksiyete oranlarını azaltabilirler.

6. KAYNAKLAR

1. Aksoy G, Kanan N, ve Akyolcu N. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, 2. Baskı, Eskişehir, Web-Ofset;143-161, 1998.
2. Melendez JC, McCrank,E. Anxiety related reactions associated with magnetic resonance imaging examinations. JAMA 1993;270:745-747.
3. Andrews G, Creamer M, Crino R, Hunt C, Lmpe L, Page A. The Treatment of Anxiety Disorders, Cambridge University Press. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry. 2006 Feb; 15(1): 46–47, 2003.
4. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences Clinical Psychiatry, 7. Baskı, Williams-Wilkins, Baltimore, 1994.
5. Arabul M, Kandemir A, Çelik M, et al. Impact of an information video before colonoscopy on patient satisfaction and anxiety. Turk J Gastroenterol 2012;23:523-529.
6. Kutlutürkan S, Görgülü U, Fesci H, Karavelioglu A. The effects of providing pre-gastrointestinal endoscopy written educational material on patients' anxiety: A randomized controlled trial. Int J Nurs Stud 2010;47:1066-1073.
7. Hayes A, Buffum M, Lanier E, Rodahl E, Sasso C. A music intervention to reduce anxiety prior to gastrointestinal procedures. Gastroenterol Nurs 2003;26:145-149.
8. Colt HG, Powers A, Shanks TG. Effect of music on state anxiety scores in patients undergoing fiberoptic bronchoscopy. Chest 1999;116:819-824.
9. Uzbek M, Quinn C, Saleem I, Cotter P, Gilmartin JJ, O'Keeffe ST. Randomised controlled trial of the effect of standard and detailed risk disclosure prior to bronchoscopy on peri-procedure anxiety and satisfaction. Thorax 2009;64:224-227.
10. Carneiro AF, Mathias LA, Rassi Júnior A, Morais NS, Gozzani JL, Miranda AP. Evaluation of preoperative anxiety and depression in patients undergoing invasive cardiac procedures. Rev Bras Anesthesiol 2009;59:431-438.

11. Bilge AK, Ozben B, Demircan S, Cinar M, Yilmaz E, Adalet K. Depression and anxiety status of patients with implantable cardioverter defibrillator and precipitating factors. *Pacing Clin Electrophysiol* 2006;29:619-626.
12. McIsaac HK, Thordarson DS, Shafran R, Rachman S, Poole G. Claustrophobia and the magnetic resonance imaging procedure. *J Behav Med* 1998;21:255-268.
13. Cimilli C. Cerrahide anksiyete. *Klinik Psikiyatri* 2001;4:182-186.
14. Taşdemir A, Erakgün A, Deniz MN, Çertuğ A. Preoperatif bilgilendirme yapılan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeyinin State-Trait Anxiety Inventory Test ile karşılaştırılması. *Turk J Anaesth Reanim* 2013;41:44-49.
15. Abuksis G, Mor M, Segal N, et al. A patient education program is costeffective for preventing failure of endoscopic procedures in a gastroenterology department. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 1786-90.
16. Shepherd HA, Bowman D, Hancock B, Anglin J, Hewett D. Postal consent for upper gastrointestinal endoscopy. *Gut* 2000; 46: 37-9.
17. van Vliet MJ, Grypdonck M, van Zuuren FJ, Winnubst J, Kruitwagen C. Preparing patients for gastrointestinal endoscopy: the influence of information in medical situations. *Patient Educ Couns* 2004; 52: 23-30.
18. Gebbensleben B, Rohde H. [Anxiety before gastrointestinal endoscopy-- a significant problem?]. *Dtsch Med Wochenschr* 1990; 115: 1539-44.
19. Drossman DA, Brandt LJ, Sears C, Li Z, Nat J, Bozyski EM. A preliminary study of patients' concerns related to GI endoscopy. *Am J Gastroenterol* 1996; 91: 287-91.
20. Brandt LJ. Patients' attitudes and apprehensions about endoscopy: how to calm troubled waters. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 280-4.
21. Johnson JE, Morrissey JF, Leventhal H. Psychological preparation for an endoscopic examination. *Gastrointest Endosc* 1973; 19: 180-2.

22. Hayes A, Buffum M, Lanier E, Rodahl E, Sasso C. A music intervention to reduce anxiety prior to gastrointestinal procedures. *Gastroenterol Nurs* 2003; 26: 145-9.
23. Öztekin, S.D. (2011). Üst GI Sistem Endoskopik Girişimlerde Hemşirenin Rolü. (Eds.) Yavuz, M., Kaymakçı, Ş., Özşeker, E. 7. Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, 5-8 Mayıs, Altinyunus, Çeşme, İzmir.
24. Doğanca T., Savsin A., Erdoğan S., Altindas F., Ozdemir F., Ekici B., Obek C. (2014). Procedural sedation and analgesia as an adjunct to periprostatic nerve block for prostate biopsy: a prospective randomized trial. *Journal of Clinical Ultrasound*, doi: 10.1002/jcu.22227 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25155750>.
25. 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.
26. Türk Cerrahi Derneği, Gastrointestinal Sistem Endoskopisi. s.3, 1. Basım Pelin Ofset Tipo Matbaacılık, Ankara, 2016.
27. Modlin IM, Farhadi J. Rudolf Schindler -A Man for All Seasons. *Journal of Clinical Gastroenterology* 2000;31(2), 95–102.
28. Gordon ME, Kirsner JB. Rudolf Schindler, pioneer endoscopist. *Gastroenterology* 1979;77(2):354–61.
29. Kirsner JB. American gastroscopy -yesterday and today. *Gastrointestinal Endoscopy* 1991;37(6), 643–8.
30. McCune WS. ERCP –the first twenty years. *Gastrointestinal Endoscopy* 1988;34(3):277–8.
31. Cotton P.B., Willims C.B. (2001). *Practical Gastrointestinal Endoscopy*. Blackwell Science Ltd. 4 th ed., London.

32. Cotton, PB., Mauldin, P.: Research, Outcomes and Justification in Endoscopy. Gastroenterological Endoscopy, Classen, M., Tytgat, GNJ., Lightdale, CJ (Eds)., Thieme, New York, 2002, 46-51.
33. Çolakoglu, S., Dogan, ÜB.: Üst Gastrointestinal Endoskopilerde Sedasyon ve Premedikasyon Sonuçları. Gastroenteroloji, 4(4):661-663, 1993.
34. Eissen, GM., Baron, TH., Dominitz, JA., Faigel, DO., Goldstein, JL., Johanson, JF.: Guideline on the Management of Anticoagulation and Antiplatelet Therapy for Endoscopic Procedures. Gastrointestinal Endoscopy, 55(7):775-779, 2002.
35. Jalocha, L., Wojtun, S., Gil, J.: Complications of Endoscopic Procedures. Pol Merkuriusz Lek, 17(1):87-9, 2004.
36. Boztas, G.: Gastrointestinal Sistem Endoskopisi. Gastroenterohepatoloji, Ökten, A (Eds)., Nobel Tıp Kitabevleri, _stanbul, 2001, 97-112.
37. Aydın, A., Tekin, F., Günsör, F., Güler, A.: Value of Endoscopic Ultrasonography for Upper Gastrointestinal Stromal Tumors: A Single Center Experience. Turk J Gastroenterol, 15(4):233-237, 2004.
38. Türk Cerrahi Derneği, Gastrointestinal Sistem Endoskopisi. s.75-77, 1. Basım Pelin Ofset Tipo Matbaacılık, Ankara, 2016.
39. Türk Cerrahi Derneği, Gastrointestinal Sistem Endoskopisi. s.77-78, 1. Basım Pelin Ofset Tipo Matbaacılık, Ankara, 2016.
40. Bond WW. Overview of infection control problems: Principles in gastrointestinal endoscopy. Gastrointest Endosc Clin North Am 2000;10:199.
41. Türk Cerrahi Derneği, Gastrointestinal Sistem Endoskopisi. s.303-305, 1. Basım Pelin Ofset Tipo Matbaacılık, Ankara, 2016.
42. Yamada, T.: Endoscopy. Handbook of Gastroenterology. USA, Lippincott Williams &Wilkins, 2002, 667-680.
43. Köşüş, A., Ateş, M., Köşüş, N., Alt Gastrointestinal Sistem Belirtileri ile Başvuran Kadınlarda Endoskopi Bulguları. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi, 2008. 28(5): p. 635.

44. Türk Cerrahi Derneği, Gastrointestinal Sistem Endoskopisi. s.309-310, 1. Basım Pelin Ofset Tipo Matbaacılık, Ankara, 2016.
45. Way JD., R.D., Williams CB., Colonoscopy Principles and Practice. 2003: Balckwell Publishing. 318-500.
46. Kırbaş G., Üstündağ G., Özden A. Üst ve Alt Gastrointestinal Sistemin Endoskopik İncelemesi. Güncel Gastroenteroloji 2009;13(2): 110-121
47. Türk Cerrahi Derneği, Gastrointestinal Sistem Endoskopisi. s.439-441, 1. Basım Pelin Ofset Tipo Matbaacılık, Ankara, 2016.
48. Türk Cerrahi Derneği, Gastrointestinal Sistem Endoskopisi. s.467-469, 1. Basım Pelin Ofset Tipo Matbaacılık, Ankara, 2016.
49. Silviera ML, Seamon MJ, Porshinsky B, et al. Complications related to endoscopic retrograde cholangiography: a comprehensive clinical review. J Gastrointest Liver Dis 2009;18:73–82.
50. Washington M., Ghazi A. (1998). Complications of ERCP. In: The Sages Manual Fundamentals of Laparoscopy and GI Endoscopy, Carol E.H. “Scott-Conner (Ed), Springer- Verlag, New York. p: 516–522.
51. McCune WS, Shorb EB, Moscovitz H. Endoscopic canulation of the ampulla of Vater: A preliminary report. Ann Surg 1968;167:752–6.
52. Cotton PB. Outcomes of endoscopic procedures: struggling towards definitions. Gastrointest Endosc 1994;40:514–18.
53. Oi. Fiberoduodenoscopy and endoscopic pancreatocholangiography. Gastrointest Endosc 1970;17:59–62.
54. Demling L, Classen M. Duodenojejunoscopy. Endoscopy 1970;02(2):115–7.
55. Cotton PB. Canulation of papilla of vater by endoscopy and retrograde cholangiopancreatography. Gut 1972;13:1014–25.
56. Vennes JA, Silvis SE. Endoscopic visualisation of bile and pancreatic ducts. Gastrointest Endosc 1972;18:149–52.
57. Lee MH, Glen L. The History of ERCP. In: Baron T,Kozarek RA, Carr-Locke DL, editors. ERCP 2nd ed. Elsevier Inc.;2013. p.2–9.

58. İaçan, G. ERCP Sonrası Gelişen Akut Pankreatitlerin Önlenmesinde Stent ve İndometazin Supozitivar Etkinliğinin Karşılaştırılması; Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı; Tıpta Uzmanlık Tezi, Kayseri, 2014.
59. Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışları Psikolojisinin Temel Kavramları. Remzi Kitabevi; 2005.
60. Çorum S. (1995). Kaygı Bozukluklarının Ortak ve Farklılık Gösterdikleri Özellikleri Açısından Birbirleri ile Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi Yöntemi ile Patolojik Kaygının Yapısının Araştırılması. İ.Ü.İ.T.F. Psikiyatri ABD. Uzmanlık Tezi. İstanbul.
61. Bilgin, A.S., 2010, “Anksiyetenin Dikkat Ve Bilişsel Süreçler İle İlişkinin İncelenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bornova.
62. Türk Dil Kurumu Ana Sayfası [Internet]. Available from: <http://www.tdk.gov.tr/>
63. Tükel R. Anksiyete Bozuklukları. In Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi; 2000. p. 137–54.
64. Stone M. Healingthe Mind: A history of psychiatry from antiquity to the present. New York; W.W Norton &Company. In 1997. p. 1–10.
65. 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.
66. Arıkan MK. Temel Psikiyatrik Sendromlar, İstanbul. 1999.
67. Özakkaş T. Anksiyete Bozuklukları ve Tedavisi. In Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları: 19; 2014. p. 1–26.
68. Endler N.S., Kocovski N.L. (1999). State and trait anxiety revisited. York University, Department of Psychology, Anxiety Disorders, Toronto, Canada.. (201) 231–245.

69. Karakula S. (1999). Koroner By-Pass Ameliyatı Geçiren Hastalarda Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımının Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
70. Sürmeli, A.: Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bakış. Güleç, C., Köroglu, E. (Eds.), Psikiyatri Temel Kitabı, Cilt 1, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1998, 449-458.
71. Karanisaoglu, H.: Anksiyete ve Anksiyeteli Hastada Hemsirelik Yaklaşımı. Hemsirelik Bülteni, 8:17-23, 1987.
72. Aşılıoglu, K.: Ameliyat Öncesi Eğitimin Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastaların Anksiyete Düzeyine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2002.
73. Sadock B.J., Sadock V.A. RP. Kaplan & Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. In Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins,; 2016. p. 387–92.
74. Ekemen, P., 2015, “Anksiyete Bozukluğu Olan Çocuklarda Anksiyete Duyarlılığı, Bağlanma, Öğrenilmiş Çaresizlik Ve Benlik Kavramı”, Yüksek Lisans Tezi, Gediz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
75. Semerci, B., 2007, Ergen ve ruhsal Sorunlar, Ergen Ruh Sağlığı, Alfa Yayınları, 2. Baskı, (177-268). İstanbul.
76. Korkmaz, Y., 2014, “Lise Öğrencilerinin Depresyon, Anksiyete, Stres Ve İnternet Bağımlılığı İlişkisinin Bazı Değişkenlere Göre Yordanması”, Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
77. Özakkaş, T., 2014, Anksiyete Bozuklukları ve Tedavisi, Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları; 19,1-26, İstanbul.
78. Bülbül F, Çöpoğlu ÜS, Demir B, Buut M. Psikiyatrik Hastalığı Nedeniyle Yatarak Tedavi Gören Gebe Hastaların Klinik ve Sosyodemografik Özellikleri ve İzlem Sonuçları. Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 2014; 27: 21-26

79. Dolu, S.: Meme Biyopsisi Öncesi Hastaların Yaşadıkları Anksiyete ve Depresyonun Azaltılmasında Hemşirenin Rolü. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, 2000.
80. South-Paul JE, Matheny SC, Lewis EL. Current Aile Hekimliği Tanı ve Tedavi (Çev: Kut A, Eminsoy G) s.577-588, Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara, 2014.
81. Dilbaz N. Sosyal Anksiyete Bozukluğu Tanı Epidemiyoloji, Etyoloji, Klinik Ve Ayırıcı Tanı. Klinik Psikiyatri Dergisi.2000;(2):3-21.
82. Özcan M, Uğuz F, Çilli A. Ayaktan Psikiyatri Hastalarında Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Yaygınlığı ve Ek Tanılar. Türk Psikiyatri Derg. 2006; 17(4):276-285.
83. Gabbard GO. Anxiety Disorders: Psychodynamic Aspects. In: Sadock VA Editors. Comprehensive Textbook Of Psychiatry.7 Th Ed.PA., Lippincott Williams And Wilkins.2000;1464-1476.
84. Kocabaşoğlu N. Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi, 2008;62:175-184.
85. Karamustafalıoğlu O, Akpınar A. Anksiyete Bozuklukları. Karamustafalıoğlu O. Editör, Aile Hekimleri İçin Psikiyatri, 1.Baskı, İstanbul, MT Uluslararası Yayıncılık. 2010: 71-88.
86. Akıncı SB, Rezaki M, Aypar Ü. Anesteziyologlarda depresyon ve anksiyete düzeyleri. Anestezi Dergisi. 2003;11:34-39.
87. Işık E, Uzbay T. Güncel Temel ve Klinik Psikofarmakoloji. 1. Baskı. Ankara, Golden medya.2008; 36-48.
88. Işık E, Taner Y. Çocuk, Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. İstanbul, Golden Print.2006;445-448.
89. Nural SH, Anksiyete Bozuklukları. Ebert HM, Loosen TM, Nurcombe B. Editors. Birsöz S, Karaman T, çev.edt., Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi. Ankara, Güneş Kitabevi. 2003; (3):28-40.

90. Wittchen HUI, Carter RM, Pfister H, Montgomery SA, Kessler RC. Disabilities and quality of life in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression in a national survey. *Int Clin Psychopharmacol*. 2000; 15: 319–328.
91. Işık E, Işık Y. Çocuk, Ergen Ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. İstanbul, Asimetrik Paralel.2006 ;425–442.
92. American Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı(DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı’ndan, Çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
93. Kutlu R, Işıklar-Özberk D, Gök H, Demirbaş N. Kardiyoloji yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon sıklığı ve etki eden faktörler. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*. 2016;24(4):672-9.
94. Tot K., Yazıcı Ş., Kanık A. ve ark. (2003) Hastanede yatan tıbbi hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri ile sosyodemografik faktörlerin ilişkisi. *Yeni Symposium Dergisi*. 41(3): 120-124.
95. Ekiz, S., Göz, F. (2005). Koroner anjiyografi öncesinde hastaları bilgilendirmenin anksiyete düzeyi üzerine etkisinin değerlendirilmesi, Atatürk Üniversitesi *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(1):20-30.
96. Öz F. *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*, 2. Baskı. Ankara, Mattek Matbaacılık, 2010:130.
97. Öz F. Anksiyete Problemleri. İçinde: Gorman LM, Sultan DF. Öz F, Demiralp M (editörler). *Psikososyal Hemşirelik*, 3. Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitapevi, 2014: 57-72.
98. Jones, MP., Ebert, CC., Sloan, T., Spanier, J., Bansal, A., Howden, CW., Vanagunas, AD.: Patient Anxiety and Elective Gastrointestinal Endoscopy. *J Clin Gastroenterol*, 38(1):35-40, 2004.
99. Ersoz F, Toros AB, Aydogan G, Bektas H, Ozcan O, Arikan S. Assessment of anxiety levels in patients during elective upper gastrointestinal endoscopy and colonoscopy. *Turk J Gastroenterol* 2010; 21: 29-33.

100. Campo R, Brullet E, Montserrat A, et al. Identification of factors that influence tolerance of upper gastrointestinal endoscopy. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1999; 11: 201-4.
101. Ertin, H., Uzun, Ö., Kurnaz, G.: Uygulanacak Tanı işlemleri Konusunda Hastaları Bilgilendirmenin Anksiyete Düzeyine Etkisinin Ölçülüp Değerlendirilmesi. I. Ulusal Tıbbi Etik Kongresi Bildiri Kitabı, Kocaeli, 1999, 43-47.
102. Tsai MS, Su YH, Liang JT, Lai HS, Lee PH. Patient factors predicting the completion of sedation-free colonoscopy. *Hepatogastroenterology* 2008; 55:1606-8.
103. Ladas SD. Factors predicting the possibility of conducting colonoscopy without sedation. *Endoscopy* 2000;32:688-92.
104. Madan A, Minocha A. Who is willing to undergo endoscopy without sedation: patients, nurses, or the physicians? *South Med J* 2004;97 :800- 5.
105. Luck, A., Pearson, S., Maddem, G., Hewett, P., Effects of video information on precolonoscopy anxiety and knowledge: a randomised trial. *The Lancet*, 1999. 354(9195): p. 2032-2035.
106. Bytzer, P., Lindeberg, B., Impact of an information video before colonoscopy on patient satisfaction and anxiety-a randomized trial. *Endoscopy*, 2007. 39(08): p. 710 714.
107. Trevisani, L., Sartori, S., Putinati, S., Gaudenzi, P., Chiamenti, C.M., Gilli, G., Grassi, L., Abbasciano, V., Assessment of anxiety levels in patients during diagnostic endoscopy]. *Recenti Progressi in Medicina*, 2002. 93(4): p. 240.
108. Ylinen, E.R., Julkunen, K.V., Pietilä, A.M., Effects of patients' anxiety, previous pain experience and non drug interventions on the pain experience during colonoscopy. *Journal of Clinical Nursing*, 2009. 18(13): p. 1937-1944.
109. Eckardt, A.J., Swales, C., Bhattacharya, K., Wassef, W.Y., Phelan, N.P., Zubair, S., Martins, N., Patel, S., Moquin, B., Anwar, N., Open access colonoscopy in the training setting: which factors affect patient satisfaction and pain? *Endoscopy*, 2008. 40(02): p. 98-105.

110. Seymen A, Sunay D, Bıyıkoglu İ, Filik L. State Anxiety İn Patients Referred to Endoscopy Unit. *Endoscopy Gastrointestinal* 2010; 18(3): 57-60.
111. Ünal H, Özçürümez G, Sarıtaş Ş, Korkmaz M, Selçuk H. Which Factors Affect Anxiety Level Before Upper Gastrointestinal endoscopy? *Endoscopy Gastrointestinal* 2012; 20(3): 67-71.
112. Köroğlu G. Kolonoskopi Öncesi Uygulanan Hemşirelik Girişimlerinin Ağrı, Anksiyete ve Utanma Duygusuna Etkisinin Belirlenmesi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara, 2013.
113. Demir A, Akyurt D, Ergün B, Haytural C, Yiğit T, Taşoğlu İ, Elhan AH, Erdemli Ö. Kalp cerrahisi geçirecek hastalarda anksiyete sağaltımı. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 2010, 18: 177-182.
114. Demirel BC., Gastroenteroloji Kliniğinde ERCP Uygulanacak Hastalara Bilgi Vermenin Anksiyete Düzeyine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2017.
115. Yastı M. Afyon Kocatepe Üniversitesinde Çalışan Hemşirelerin Kaygı Düzeylerinin Saptanması ve Hemşireleri İş Ortamında Etkileyen Stres Faktörlerinin Tanımlanması, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon, Yüksek Lisans Tezi, 2005;31-36.
116. Howell HB, Brawman-Mintzer O, Monnier J, Yonkers KA. Generalized anxiety disorder in women. *Psychiatr Clin North Am* 2001; 24: 165-178.
117. Chuah, S.Y., Goh, K.L., Wong N.W. (1999). Common anxieties of patients undergoing oesophago-gastro-duodenoscopy, colonoscopy and endoscopic retrograde cholangiopancreatography. University of Malaya, Department of Medicine, *Med. J. Malaysia*. Jun;54(2):216-24.
118. Aydın A. Özofagogastrodedonoskopi Uygulanacak Hastaların İşlem Öncesi Anksiyete Düzeyleri ile Bilinçli Sedasyon Uygulaması Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2011.

119. Cheng C, Hui WM, Lam SK. Coping with first-time endoscopy for a select sample of Chinese patients with functional dyspepsia and duodenal ulcer: an observational study. *Psychosom Med.* 2002 Nov-Dec;64(6):867-73.
120. Agre P, Kurtz RC, Krauss BJ. A randomized trial using videotape to present consent information for colonoscopy. *Gastrointest Endosc.* 1994;40:271-76.
121. Çalık A, Aktaş S, Bulut HK, Anahar EI. Vardiyalı ve Nöbet Sistemi Şeklindeki Çalışma Düzeninin Hemşireler Üzerine Etkisi. 2015;1(1):33-45.
122. Qasimi TB., Endoskopi İşlemi Uygulanacak Hastaların İşlem Öncesi Anksiyete Düzeyleri ve Bunu Etkileyen Faktörler. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007.
123. Özen A. Ürodinamik Girişim Uygulanacak Hastaların İşlem Öncesi Bilgilendirilmesinin Anksiyete Düzeylerinin Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, 2005.
124. Polat A., Hastanede Yatarak Tedavi Gören Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2016.
125. Hunt C, Issakidis C, Andrews G. DSM-IV generalized anxiety disorder in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being *Psychol Med.* 2002; 32 (4):649-659.
126. Kayhan C. Cerrahi hastalarda preoperatif anksiyetenin postoperatif komplikasyonlarla ilişkisinin güncellenmesi. 2003.
127. Gökdoğan F. (1989). Endoskopi Öncesi Hastalarda Oluşan Anksiyete Eğitiminin Etkilerinin Ölçülmesi ve Değerlendirilmesi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
128. Bal V. (2002). Şok Dalgaları ile Taş Kırma (Ekstracorporeal shock wave lithotripsy-ESWL) İşleminde Ağrı ve Anksiyete Düzeyi Üzerine Müziğin

Etkisi. Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksekokulu. Yüksek Lisans Tezi. Ankara.

129. Mahajan RJ, Johnson JC, Marshall JB. Predictors of patient cooperation during gastrointestinal endoscopy. *J Clin Gastroenterol* 1997; 24:220-3.
130. Şahin P., Gebelikte Depresyon ve Anksiyete Belirti Düzeyi ve İlişkili Faktörler. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin, 2015.
131. Santiago LM, Neto MG, Miranda P, Rosendo I, Constantino L, Matias C, Santos T, Neves C, Francisco MP. Medicines, anxiety and depression. *Acta Med. Port.* 2010, 23: 983-992.
132. Üskül BT, Selvi A, Melikoğlu A, Varol N, Türker H. Göğüs hastalıkları kliniğinde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri ile sosyo-demografik faktörlerin ve hastalık tanılarının ilişkisi. *Akciğer Arşivi*, 2006,7:11-15.
133. Karaveli S. İmplant Port Takılacak Hastaların İşlem Öncesi Bilgilendirilmesinin Anksiyete Düzeylerine Etkisinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, 2009.
134. Basak, F., Hasbahceci, M., Guner, S., Sisik, A., Acar, A., Yucel, M., & ... Bas, G. (2015). Prediction of anxiety and depression in general surgery inpatients: A prospective cohort study of 200 consecutive patients. *International Journal Of Surgery*, 18. doi:10.1016/j.ijso.2015.09.040.
135. Dayılar H, Oyur G, Kamer E, Sarıçiçek A, Cengiz F, Hacıyanlı M. Evaluation of Anxiety Levels of Patients Before Colon Surgery. *Turk J Colorectal Dis* 2017;27:6-10.
136. Akyüz A. (2005). Alt Gastrointestinal Sistem Endoskopisinde Hemşirelik Yaklaşımı. *Ostomi Dergisi*. 1:3-6.

137. Clements H, Melby V. An investigation into the information obtained by patients undergoing gastroscopy investigations. *J Clin Nurs* 1998; 7: 333-42.
138. Riddhiputra, P., UkarapoL, N.: Effect of Systematic Psychological Preparation Using Visual Illustration Prior To Gastrointestinal Endoscopy On The Anxiety Of Both Pediatric Patients And Parents. *J Med Assoc Thai*, 89(2):231-235, 2006.
139. Trevisani, L., Sartori, S., Gaudenzi, P., Gilli, G., Matarese, G., Gullini, S., Abbasciano, V.: Upper Gastrintestinal Endoscopy: Are Preparatory Interventions or Conscious Sedation Effective? A Randomized Trial. *World J Gastroenterol*, 10(22):3313-3317, 2004.
140. Kelly, R.B., Shank, J.C., Adherence to screening flexible sigmoidoscopy in asymptomatic patients. *Medical Care*, 1992. 30: p. 1029-1042.
141. Pehlivan S, Ovayolu N, Koruk M, Pehlivan Y, Ovayolu Ö, Gülşen MT. Effect of providing information to the patient about upper gastrointestinal endoscopy on the patient's perception, compliance and anxiety level associated with the procedure. *The Turkish Journal of Gastroenterology* 2011; 22 (1): 10-17
142. Levy, N., Landmann, L., Stermer, E., Erdreich, M., Beny, A., Meisels, R.: Does A Detailed Explanation Prior to Gastroscopy Reduce the Patient's Anxiety? *Endoscopy*, 21(6):263-265, 1989.
143. Altuntaş E., Böbrek Nakli Bekleme Listesindeki Hastaların Anksiyete ve Depresyon Açısından Değerlendirilmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Organ ve Doku Koordinatörlüğü Eğitim Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2015.

7. EKLER

Ek-1. SOSYO-DEMOGRAFİK ANKET FORMU

Tarih:

T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Endoskopi Ünitesi Anket Çalışması

Kaliteli hizmet sunmayı hedefleyen kurumumuzun bundan sonraki çalışmalarında yol gösterici olması açısından aşağıda yer alan soruların sizler tarafından yanıtlanması büyük önem taşımaktadır. Bu konuda göstermiş olduğunuz ilgi ve yardımlarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederiz. Lütfen uygun bulduğunuz seçeneği işaretleyiniz.

1.	Cinsiyetiniz	a) Kadın b) Erkek
2.	Medeni durumunuz	a) Evli b) Bekar c) Ayrılmış
3.	Yaşınız	
4.	Eğitim durumunuz	a) Okuma yazma bilmiyor b) İlköğretim c) Lise d) Üniversite e) Yüksek lisans
5.	Mesleğiniz	a) Çalışıyor b) Çalışmıyor
6.	Sosyal güvenceniz var mı ?	a Var 1)SGK 2)YEŞİLKART b) Yok
7.	Ekonomik durumunuzu nasıl derecelendirirsiniz ?	a) Kötü b) Orta c) İyi d) Çok iyi
8.	Daha önce endoskopi veya kolonoskopi yapıldı mı ?	a) Evet b) Hayır
9.	İşlem hakkında doktorunuz yazılı veya sözlü bilgi verdi mi ?	a) Evet b) Hayır
10.	Randevunuz kaç gün sonraya verildi ?	
11.	Sizce bu süre makul bir süre miydi ?	a) Evet b) Hayır
12.	Endoskopi/kolonoskopi hangi şikayetinizden dolayı yapılacak ?	
13.	Daha önceden bilinen psikiyatrik bir hastalığınız var mı ?	a) Evet b) Hayır
14.	Herhangi bir nedenden dolayı antidepresan anksiyete giderici gibi bir ilaç kullanıyor musunuz?	a) Evet b) Hayır

Lütfen arka sayfaya geçiniz.

Ek-2. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun KUTUCUĞU işaretleyerek belirleyiniz. Her maddeyi yanıtlayınız.

	HİÇ	HAFİF Beni pek etkilemedi	ORTA Hoş değildi ama katlanabildim	CİDDİ Dayanmakta çok zorlandım
Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
Sıcak / ateş basmaları				
Bacaklarda halsizlik, titreme				
Gevşeyememe				
Çok kötü şeyler olacak korkusu				
Baş dönmesi veya sersemlik				
Kalp çarpıntısı				
Dengeyi kaybetme korkusu				
Dehşete kapılma				
Sinirlilik				
Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
Ellerde titreme				
Titreklilik				
Kontrolü kaybetme korkusu				
Nefes almada güçlük				
Ölüm korkusu				
Korkuya kapılma				
Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
Baygınlık				
Yüzün kızarması				
Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru: