



T.C.
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

CERRAHİ HASTALARINDA AMELİYAT ÖNCESİ

ANKSİYETENİN AMELİYAT SONRASI AĞRI

ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

SEDA CESUR

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Sezgin YILMAZ

Tez No: 2015 – 009

2015 – Afyonkarahisar

T.C.
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**CERRAHİ HASTALARINDA AMELİYAT
ÖNCESİ ANKSİYETENİN AMELİYAT SONRASI
AĞRI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ**

SEDA CESUR
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI**


DANIŞMAN
Doç. Dr. Sezgin YILMAZ


Afyonkarahisar - 2015

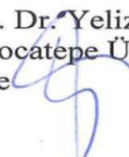
KABUL VE ONAY

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı
çerçevesinde yürütülmüş bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından
yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

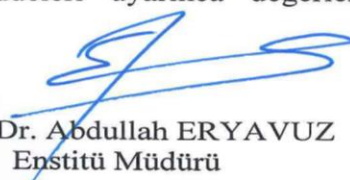
Tez savunma tarihi: 29.04.2015


Doç. Dr. Sezgin YILMAZ
Afyon Kocatepe Üniversitesi
Jüri Başkanı


Yrd. Doç. Dr. Pakize ÖZYÜREK
Afyon Kocatepe Üniversitesi
Üye


Yrd. Doç. Dr. Yeliz CİĞERCİ
Afyon Kocatepe Üniversitesi
Üye

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı öğrencisi Seda CESUR'un "**Cerrahi Hastalarında Ameliyat Öncesi Anksiyetenin Ameliyat Sonrası Ağrı Üzerindeki Etkileri**" başlıklı tezi 21.05.2015 günü, saat 14.00'de Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Abdullah ERYAVUZ
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Tez çalışmamda bilgi , rehberlik ve desteğini aldığım değerli danışmanım Sayın Doç. Dr. Sezgin YILMAZ 'a ,

Tez jürisi değerli hocalarım Sayın Yrd. Doç. Dr. Pakize ÖZYÜREK 'e ve Sayın Yrd. Doç. Dr. Yeliz CİĞERCİ ' ye ,

Araştırmaya katılan tüm cerrahi hemşirelerine , tez çalışmalarım sırasında manevi desteğini esirgemeyen sevgili aileme,

Tezimin hazırlanması sırasında beni cesaretlendiren ve tüm aşamalarında yanımda olan çok değerli eşim ' e ve şans meleğim , canım oğlum Demir Alp 'ime ,

TEŞEKKÜR EDERİM

SEDA CESUR

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

KABUL VE ONAY	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
ÖNSÖZ.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
ÇİZELGELER DİZİNİ	iv
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Amacı	1
1.2. Araştırmanın Önemi.....	1
1.3. Varsayımlar	2
1.4. Sınırlılıklar.....	3
1.5. Problem Durumu	3
1.6. Tanımlar	3
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE.....	4
2.1. Cerrahi Tedavi	6
2.1.1. Bedenin Cerrahi Tedaviye Verdiği Tepki	8
2.1.2. Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakım Yönetimi	10
2.1.3. Ameliyat Günü Hazırlığı.....	21
2.1.4. Ameliyat Sonrası Hasta Bakım Yönetimi	22
2.2. Anksiyete.....	24
2.2.1. Tanımı	24
2.2.2. Anksiyetenin Etiyolojisi.....	28
2.2.3. Anksiyete Nedenleri.....	30
2.2.4. Anksiyete Belirtileri	31
2.2.5. Anksiyete Kuramları	32
2.2.6. Anksiyete Düzeyleri.....	35
2.2.7. Anksiyeteye Yönelik Hemşirelik Girişimleri.....	39
2.2.8. Cerrahide Anksiyete ve Önemi	41
2.2.9. Ameliyata Karşı Stres Tepkisinin Oluşması	42
2.3. Ağrı.....	42
2.3.1. Ağrı Sınıflaması	46
2.3.2. Ameliyat Sonrası Ağrı	52
2.3.3. Ağrı Kontrolünde Hemşirenin Rolü.....	58
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	61
3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	61
3.2. Araştırma Yöntemi	61
3.3. Verilerin Analizi.....	62
4. BULGULAR.....	63

5. TARTIŞMA.....	75
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	82
ÖZET.....	84
Cerrahi Hastalarında Ameliyat Öncesi Anksiyetenin Ameliyat Sonrası Ağrı Üzerindeki Etkileri.....	84
ABSTRACT	86
KAYNAKÇA	88
EKLER.....	99
ANKET FORMU	99
KURUM İZİNİ	103
AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU.....	104
ÖZGEÇMİŞ.....	105

ÇİZELGELER DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4-1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri.....	64
Tablo 4-2. Normal Dağılıma Uygunluk Kolmogrov Smirnov Z Testi	65
Tablo 4-3. Tek Örneklem t Testi.....	66
Tablo 4-4. Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Komplikasyonlarının Dağılımı	66
Tablo 4-5. Postoperatif Ağrı ile Anksiyete Puanları Arasındaki İlişki	67
Tablo 4-6. Demografik Özellikler ile Anksiyete Puanları Arasındaki İlişki.....	68
Tablo 4-7. Postoperatif Komplikasyonlar ile Anksiyete Puanları Arasındaki İlişki.....	69
Tablo 4-8. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Puanları Arasındaki Fark	70
Tablo 4-9. Ağrı Şiddeti ve Anksiyete Puanlarının Cinsiyete Göre Farkı.....	71
Tablo 4-10. Ağrı Şiddeti ve Anksiyete Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Farkı.....	72
Tablo 4-11. Ağrı Şiddeti ve Anksiyete Puanlarının Refakatçi Durumuna Göre Farkı	73
Tablo 4-12. Ağrı Şiddeti ve Anksiyete Puanlarının Mobilizasyon Durumuna Göre Farkı....	74

1. GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Amacı

Anksiyete, bireyin kendini güvende hissetmediği durumlara karşı geliştirdiği doğal bir tepki ve evrensel bir duygu olup, duygusal ve fiziksel travma yaşayan hastalarda en sık karşılaşılan, korku ve kaygı duygusu olarak tanımlanan durumdur. Birey için majör bir travma olan ameliyat, anksiyete ile önemli derecede ilişkilidir. Dünyada her yıl sayısız insan ameliyat geçirmekte ve değişik derecelerde ameliyat sonrası ağrı çekmektedir. Dolayısıyla günümüzde hala hastalar çeşitli nedenlerle ameliyat öncesi ve sonrası dönemde anksiyete ve ağrı yaşamaktadır. Anksiyete ve ağrı sübjektif bir deneyimdir ve cerrahi hastaları için hala önemli klinik etkileri olan bir sorundur. Yapılan bu çalışma ile de bu konu ele alınmaktadır. Bu bağlamda, hastaların ameliyat öncesi dönemde yaşadıkları anksiyete ile ameliyat sonrası ağrı arasındaki ilişkinin belirlenmesi ve ameliyat öncesi anksiyetenin ameliyat sonrası etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Önemi

Bilindiği gibi ameliyat sonrası en genel ve en beklenen rahatsızlık ağrıdır. Ağrı fizyolojik, duygusal, duygusal, kognitif ve davranışsal faktörlerden etkilenen duygusal ve emosyonel deneyimdir. Anksiyete ise her bireyin yaşamının belirli dönemlerinde zaman zaman deneyimlediği ve sıklıkla fizyolojik belirtilerin eşlik ettiği, benliğin kendini tehdit altında hissettiği, hoş olmayan endişe ve korku duygusudur. Anksiyete her insanın hayatının birçok bölümünde farklı nedenlere dayanarak yaşadığı deneyimdir, bireyin benliğine ya da fiziksel bütünlüğüne yönelik bir tehdit algıladığı durumda ortaya çıkmakla birlikte, her türlü

tehlikeyi savuşturmak için sıklıkla kullandığı bir savunma düzeneğidir. Anskiyete strese verilen tepkinin önemli bir parçasıdır ve kişiyi bir tehlike anında harekete geçmeye hazırlar. Bu çerçevede, normal anksiyetenin yaşamsal, koruyucu ve dış dünyayla kurulan ilişki sürecinde de gerekli bir deneyim olduğu söylenebilir.

Tüm insanların yaşamları süresince zaman zaman yaşadığı, insanların yardım aramalarına yol açan sübjektif bir deneyim olan ağrı, bireyin günlük yaşam aktivitelerini engelleyerek, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen ve yalnızca onu yaşayan birey tarafından tanımlanabilen soyut bir kavramdır. Artan anksiyete ve korku, ağrı şiddetinin de artmasına neden olur. Ameliyat sonrası ağrı, cerrahi travma ile başlayan, giderek azalan ve doku iyileşmesi ile sonlanan, akut bir ağrıdır. Ameliyat sonrası ağrı, tıpta ağrı konusundaki çeşitli gelişmelere karşın hala hem tıbbi, hem de toplumsal bir sorun olmayı sürdürmektedir. Eldeki ağrı denetim yöntemleri ile hiçbir hastanın ameliyat sonrasında ağrı çekmemesi gerekir. Buna karşın hem hekimlerden hem de diğer sağlık personelinden kaynaklanan bilgi ve ilgi eksiklikleri nedeniyle hastaların neredeyse tümüne yakın bir bölümü ameliyat sonrasında ağrı çekmektedir.

Ameliyat öncesi dönemde yaşanan anksiyete ve ağrı bedenın sempatik cevabını artırır ve bunun sonucunda kalp hızı, kardiyak iş yükü ve oksijen tüketimi de artar. Ayrıca yoğun ya da uzun süren anksiyete ve ağrı fiziksel aktiviteyi sınırlar. Sonuçta komplikasyon gelişimi artarak hasta bakım kalitesi azalır. Cerrahi iyileşmede anksiyetenin rolü 1958'lerde incelenmiştir. Günümüzde hala hastalar çeşitli nedenlerle ameliyat öncesi ve sonrası dönemde anksiyete yaşamaktadır. Ameliyat olacak hastalar için cerrahi girişimin büyüklüğü ya da küçüklüğü, planlı ya da acil olmasıyla doğrudan ilgili olmadan yaşanan en yaygın sorun anksiyetedir. Ameliyat sonrası dönemde ise farklı etkenlerden dolayı anksiyete yaşanma durumu devam edebilmektedir. Dolayısıyla bu çalışmada ameliyat öncesi anksiyetenin ameliyat sonrası ağrı üzerine ne tür bir etki yapabildiğinin açıklanmasının ve elde edilen sonuçların bu alanda yapılacak diğer çalışmalar katkıda bulunmasından dolayı önemli olduğu düşünülmektedir.

1.3. Varsayımlar

- a) Ameliyat öncesi anksiyete ile ameliyat sonrası ağrı arasında ilişki vardır.
- b) Ameliyat öncesi anksiyete ile ameliyat sonrası ağrı arasında ilişki yoktur.

1.4. Sınırlılıklar

a) Bu araştırma Van ili kapsamında 18–65 yaş arası, herhangi bir kronik ve psikiyatrik hastalığı bulunmayan, dolayısı ile herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanmayan, acil ve günöbirlik cerrahi dışında elektif ameliyat yapılması planlanmış olan, anketin uygulanabilmesi için bilinci açık ve iletişim kurabilen safra kesesi hastalıkları ile ilgili operasyon geçirecek, aynı tedavi protokolü uygulanan ve araştırmaya katılmayı kabul etmiş hasta bireyler ile sınırlıdır.

b) Araştırma bulguları ankette yer alan maddelerle sınırlıdır.

1.5. Problem Durumu

Yapılan çalışmanın ana problemi, “cerrahi hastalarında ameliyat öncesi anksiyetenin ameliyat sonrası ağrı üzerindeki etkileri nelerdir?” şeklinde belirlenmiştir.

1.6. Tanımlar

Anksiyete;

Anksiyete, tehlike durumunda faal duruma geçen biyolojik uyum mekanizmasıyla oluşturulur ve bu uyum sağlayıcı özelliklerinden dolayı, insan yaşamının sürdürülebilmesi için var olması gerekli bir duygudur.

Ağrı;

Ağrı, organizmanın zedelenmeye karşı gösterdiği savunma mekanizması olarak ortaya çıkan bir deneyimdir.

Cerrahi tedavi;

Cerrahi tedavi, sağlığın bozulduğu durumlarda, morbidite ve mortaliteyi azaltan, sağ kalım süresini uzatan ve yaşam kalitesini yükselten temel tedavi yöntemlerinden birisidir.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Sağlık kavramı, tarihsel süreç içerisinde hastalığın olmaması şeklinde tanımlanmaya başlanmış ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) Anayasası'nda, "sağlık, yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali" şeklinde tanımlanarak genel kabul görmüştür (Yeğinboy,1993:1-2). Bu tanım sağlığı, "hastalık ve sakatlık durumu" olmayışından öteye taşıyarak, kavramın tanımına geniş bir içerik kazandırmıştır. Tanımdaki "toplumsal" ya da "sosyal" ifadesi, insanların politik olarak iyi olma hallerinden kültürel, ekonomik vb. gereksinimlerinin sağlanmasının yansıttığı iyilik haline kadar geniş bir bakış açısıyla sağlığın ele alındığını göstermektedir (Sütlaş,2000:63).

Sağlık, çevredeki değişimlere uyum sağlayabilme, büyüyebilme ve yaşlanabilme, zarara uğradığında iyileşebilme, acı çekebilme ve ölümü huzurlu bir şekilde bekleyebilme yeteneğidir. Sağlık geleceği de kapsar ve bu nedenle, acıyı ve onunla birlikte yaşamak için gerekli tinsel gücü de içerir. Sağlık, herkesin kendi sorumluluğunda olan başkalarına karşı ise herkesin kısmen sorumlu olduğu bir olgudur (Dirican,1990:51). Sosyolojik faktörler ve sağlıksız biyolojik durum her yönüyle sıkı bir etkileşim halindedir. Bu faktörlerden bireyin çevresi, bireyi rahatsızlık rolüne sokabilir. Sosyolojik faktörler koruyucu hekimlikte de önemli olup, varlığı toplumun çeşitli sistemlerine bağlıdır. Tıp ve sosyoloji sağlığa farklı pencerelerden bakarak, organizmanın iki yönüyle ilgilenir. Biri doğa bilimlerinin yöntemlerini kullanarak rahatsızlığın etiyolojisi, tedavisi ve bakımıyla ilgilenirken, diğeri bireysel roller ve kültürel üyelik gibi konularla ilgilenir (Illich, 1995:180).

Bireyin sağlığının, genetik değişkenler, fizyolojik ve psikolojik değişimler, entelektüel ve ruhsal özellikler, çevre ve sosyoekonomik koşullar ile kişisel özellikler, inançlar, bilgi sahibi olma ve eğitim düzeyi gibi faktörlere bağlı olduğu belirtilmektedir (Yüncü, 1993:94). Bireyin sağlığının, kişisel davranış ve tutumları ile doğrudan etkilendiği, bu nedenle de davranışların olumlu şekilde geliştirilmesinin, bütüncü sağlık hizmeti verilmesi gereğini ortaya çıkardığı gözlenmektedir.

Her bireyin farklı olmasına bağlı, bireysellik kavramının etkin olması, hastalığını algılayışı, gereksinimleri ve tepkilerinin farklılık göstermesine neden gösterilmektedir. Bireyin bir yandan hastalığın oluşturduğu fiziksel etkilerle baş etmeye çalışırken, diğer yandan da hastaneye yatma, yaşadığı çevreden ayrı olma, bilmediği işlemlerle karşılaşma, yeni ortama uyum sağlama gibi zorluklarla baş etme çabası içinde olduğuna dikkat çekilmektedir (Ak,1990:218).

Hastaların, ağrı ve acıdan kurtulmak, yaşam süresini uzatmak, yaşam düzeyini yükseltmek, kendisine ve ailesine yetebilmek, fiziksel görünümünde değişiklik yapmak gibi beklentilerle ameliyat girişimini benimsedikleri, ayrıca olası risklerine karşın yaşamı için bir şans olarak düşünülmesinin de bu kabulü kolaylaştırdığı üzerinde durulmaktadır (Kurutkan,2009:20). Ancak, cerrahi girişim öncesinde, hastaya olayı algılayabilmesi için bir süre tanınması, karara katılım ile doğru kararı vermesine yardımcı olunabileceği üzerinde durulmakta, ameliyat ve işlemler konusunda bilgi verilmesi ile hastanın kendini daha rahat, güvende ve sağlığını kazanmada tüm kaynakların kullanılacağını hissetmesinin sağlanabileceği vurgulanmaktadır. Hastaların beklentilerinin yanında, ölüm, anestezi, kanser olma, sosyal statüsünde değişiklikler olabileceği, işinden ve ailesinden ayrılacağı, onlara karşı sorumluluklarını yerine getiremeyeceği gibi nedenlerle korku, kaygı ve endişeler hissetmeleri doğal kabul edilmesi gereği ifade edilmektedir (Druss,1997:12-13).

Cerrahi girişim geçirmek üzere hastaneye yatırılan hastaların, hemşireler ile kurulan bilinçli ve farkındalıkla bağlantılı iletişimlerinin, en iyi tedavi yöntemleri arasında olan yer aldığı görülmektedir. Burada kurulan karşılıklı ilişkinin, tüm hemşirelik alanlarındaki uygulamalarda temel alınması gerektiği ifade edilmekte ve ilişkinin ağrı tedavisinde morfin kullanımı kadar etkili olduğuna dikkat çekilmekte ve hasta ile iletişimin, hastanın asıl anlatmak istediğini ortaya çıkarmada öneminden söz edilmektedir (Velioğlu, 1990:194-195).

Ameliyat öncesinde, sağlık çalışanlarının hasta ve ailesi ile etkili bir iletişim kurmasının, sürdürmesinin ve beklentilerine yanıt verebilecek tedavi ve bakım konusunda bilgi vermesinin, hastanın kendi içinde yaşadığı yoğun çatışmaları en aza indirerek, ameliyatın ve sonrasındaki sürecin başarılı olmasını sağlayacağını bilinen bir gerçek olduğu üzerinde durulmaktadır (Terakye,1995:92-93).

2.1. Cerrahi Tedavi

Cerrahi, sözcük olarak Latince *chirurgiae* teriminden köken almakta ve el işi anlamına gelmektedir. “Cerrahi, tıbbın en eski dallarından biri olup ilaçla ya da diğer tedavi yöntemleriyle iyileştirilemeyen hastalıkların, yaralanmaları, vücuttaki yapı bozukluklarının ameliyatla onarılması ya da hastalıklı organın kesip çıkarılarak doğal ve uygun şekline dönüştürülmesi esasına dayanır.” Cerrahi tedavi, sağlığın bozulduğu durumlarda, morbidite ve mortaliteyi azaltan, sağ kalım süresini uzatan ve yaşam kalitesini yükselten temel tedavi yöntemlerinden birisidir. Günümüzde cerrahi tedavi ve ameliyat sonrası bakımdaki bilimsel ve teknolojik gelişmeler cerrahi tedavinin riskini azaltmış, hastanın tedavi ve bakım sonuçlarını iyileştirmiş, gerekli olan hastalarda yaşam kurtarıcı bir tedavi yöntemi olmuştur (Taviloğlu, 2009).

“Cerrahi hastaların tedavi ve bakımı uygulanan girişime göre değişiklik gösterir. Hastanın tedavileri sırasında bakımının kaliteli ve güvenli olabilmesi, tıbbi hataların en aza indirilmesi, yattığı sırada ya da taburculuk sonrası gelişebilecek sorunlar ve oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi ya da azaltılmasında, hastanın bakım gereksinimlerinin sağlanması, yeterli ve dengeli beslenmenin devam ettirilmesi, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirilebilmesinde ve bu doğrultuda hasta ve ailesinin eğitiminde sağlık ekibinin izlemi çok önemlidir (Dal, 2012:34).”

Cerrahi tedavi günümüzde gününbirlik olarak, tanılama, rekonstrüktif, palyatif ve estetik amaçlı yapıldığı gibi birçok farklı klinik durumlarda planlı ve acil bir girişim olarak yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Ancak cerrahi tedavi, gereksinimi olan hasta ve ailesi için planlı, uygun koşullarda tedavi amaçlı yapılan bir travmadır (Erdil ve Elbaş,2001:98). Bu nedenle cerrahi tedavi gereksinimi olan birey ve aile birçok stresörlerle karşı karşıya kalmaktadır. Hasta ağrıdan, oluşabilecek şekil bozukluklarından, bağımlı olmaktan, hatta ölümden, anesteziye korkar ve kaygı yaşar. Hasta yakınları da bunlara ek olarak yaşam şekillerinde değişiklik olmasından, hastalarına karşı çaresiz kaldıkları hissini yaşamaktan korkarlar. Bu korkular hasta ve yakınlarında anksiyete neden olmaktadır. Cerrahi girişim öncesinde gerçekleştirilen ameliyat öncesi eğitim, hastanın cerrahi girişiminin her aşamasında ne olacağını bilmesine, fiziksel ve psikolojik olarak kendini daha iyi hissetmesine ve ameliyat sonuçlarının olumlu olmasına önemli katkı sağlamaktadır. “Bu dönemde hastalarda görülen

diğer korkular arasında ameliyat sonrası ağrı, kanser olma olasılığı, organ kaybı, ölüm tehlikesi, anestezi tehlikesi, işini kaybetme, sevdiği kişi ve aktivitelerden uzak kalma korkusu sayılabilir. Ameliyata ilişkin korkular her zaman ameliyatın büyüklüğü ile orantılı değildir. Ameliyatın küçük olması hastanın az korkmasını ya da korkmamasını gerektirmez (Dolgun ve Dönmez, 2010:11).”

Cerrahi tedavi yöntemleri belli sorunları çözümlerken, uygun koşullarda yapılmazsa ve uygun girişimlerde bulunulmazsa yeni sorunlar yaratabilir ve yaşamı tehdit edici olabilir. Cerrahi tedavide hemşirelerin özellikle cerrahi hemşirelerinin en önemli sorumluluğu, gününbirlik veya yataklı bir kurumda hasta ve ailesinin ameliyat öncesi-sırası-sonrası bakımında sürekli izlem ve etkili girişimlerle yeterli destek sağlayarak komplikasyonların önlenmesi ve bakım sonuçlarının iyileştirilmesidir (Aksoy vd.,1992:143-144).

Cerrahi hemşireliği, ameliyat olacak hastanın ameliyat öncesi (*preoperatif*), ameliyat sırası (*intraoperatif*) ve ameliyat sonrası (*postoperatif*) bakımını kapsayan, titiz ve dikkatli bir uygulamayı gerektiren zor bir görevdir. Hemşirelik bakımı hasta bireyi esas alır ve hemşirenin yapması gereken, hastanın fizyolojik ve psikolojik gereksinimlerini belirleyerek bu gereksinimlerin karşılanmasını sağlar. Gereksinimleri uygun şekilde karşılanan hasta, planlı ameliyat travmasıyla daha iyi baş edebilir ve komplikasyonlar gelişmeden daha kısa sürede iyileşebilir. İyi bir ameliyat öncesi ve sonrası hemşirelik bakımı oluşabilecek komplikasyonların azalmasını sağlayacak, morbidite ve mortaliteyi azaltacaktır (Erdil ve Erbaş,2001:121-122).

Cerrahi tedavi bir bütün halinde preoperatif bakım olarak tanımlanır, hekim ve hemşire açısından farklı özellikleri/girişimleri içeren üç dönemde incelenmektedir (Terakye,1995:8991).;

Ameliyat öncesi dönem (preoperatif dönem): Operasyon planlandığı zaman başlar ve anestezinin uygulanmasına kadar devam eder.

Ameliyatın yapıldığı dönem (intraoperatif dönem): Anestezinin uygulanmasıyla başlar, operasyonun tamamlanması ve anestezinin sonlandırılmasıyla sona erer.

Ameliyat sonrası dönem (postoperatif dönem): Ameliyatın ve anestezinin sonlandırılmasından sonra başlar ve iyileşme dönemi tamamlandığında sona erer. Haftalar ya da aylarca sürebilir.

Girişim öncesi dönemde yaşanan olumsuz durumlar cerrahi sürece uyumu, dolayısıyla, girişim sonrası iyileşmeyi olumsuz etkilemektedir. Cerrahi süreç, baş etme yöntemleri ve rahatlama egzersizleri hakkında bilgi verilen girişim öncesi hazırlık, çok iyi planlandıktan sonra anlaşılır bir dille hastalara sunulmalı ve onların sorularını, kaygılarını, üzüntülerini dile getirmelerine olanak sağlamalıdır. Bu nitelikte bir hazırlık daha az stres yaşanmasına, daha az analjezik kullanılmasına, daha az kan kaybına, girişim öncesi hipertansiyon krizlerinin ortaya çıkma olasılığının azalmasına, cerrahiye bağlı komplikasyonlar ile tedaviye bağlı şikâyetlerin azalmasına ve hastaların hastaneden erken taburcu olmalarına yol açmaktadır (Çakırcalı,2000:197-198).

2.1.1. Bedenin Cerrahi Tedaviye Verdiği Tepki

Cerrahi girişim büyük ya da küçük, acil ya da planlanmış olsun, hastayı hem psikolojik hem de fizyolojik olarak etkiler. Bunu yanı sıra ameliyatın hasta üzerinde bazı genel etkileri vardır. Bu etkiler; ameliyata karşı stres tepkisinin oluşması, enfeksiyona karşı direncin azalması, organ fonksiyonlarının bozulması, beden imajının ve yaşam tarzının değişmesidir (Aksoy vd.,1992:86-87). “Beden imgesi, kişinin kendi bedeni hakkındaki düşüncelerini, duygularını ve algılarını ifade eder. Beden imgesi, benlik saygısı ile yakından ilişkilidir. Bazı ameliyatlarda hasta, bedeninin fonksiyonlarını ve parçalarını kaybedebilir (*kolostomi ameliyatı, amputasyon gibi*) (MEGEP,2012:7).” Bu kayıplar kişide yas sürecini başlatır ve depresyon gözlenebilir Cerrahi tedaviye ya da ameliyata bireyin savunma sistemleri travmaya verdiği gibi strese yanıt tepkisini verir. Bireyin vücudu cerrahi tedaviye, hipotalamus aracılığıyla hem hipofizi hem de otonom-sembatik sinir sistemini uyararak çeşitli hormonların ve katekolaminlerin salınmasına neden olur ve cerrahi ile baş etmek için vücudu sistemik olarak aktive eder.

Cerrahi girişimler, yaşamı güven altına alan uygulamalar olmakla birlikte, beden için hem psikolojik hem de fizyolojik travmadır. Bedenin cerrahi travmaya karşı verdiği stres

tepkisi (*nöro-endokrin tepki*) bedende değişikliklere neden olur. Bu değişikliklerin gelişmesi aşığıdaki gibi özetlenebilir (Erdil ve Erbaşı,2001:111-112);

- Hipotalamus uyarılır ve hipotalamus, hipofiz bezini ve sempatik sinir sistemini etkileyerek etkili hormonların fazla miktarda salgılanmasını sağlar.

- Hipofiz bezinin arka lobundan salgılanan ADH (*Antidiüretik hormon*) ve ön lobundan salgılanan ACTH (*Adrenokortikotropik hormon*) miktarı artar.

- ADH miktarının artmasıyla, böbreklerden suyun geri emilmesi artar. Böylece kan hacmi artar ve idrar miktarı azalır.

- ACTH, adrenal bezlerin korteksini etkileyerek steroid hormonların salgılanmasını sağlar.

- Hipotalamusun sempatik sinir sistemini etkilemesiyle, sempatik sinir liflerinden norepinefrin ve adrenal bezlerin medullasından salgılanan epinefrin miktarı artar.

Ameliyat doku bütünlüğünün bozulmasına (*hücre zedelenmesi*) yol açar. Doku bütünlüğünün bozulması ile beden, yeni duruma uyum sağlayabilmek için savunmaya geçer. Bedenin bu tehlikelere karşı lokal olarak adaptasyon cevabı inflamasyondur. İnflamasyon (*iltihap, yangı*), hücre zedelenmesine karşı fizyolojik tepkiler dizisi ve “mikroorganizmaların veya toksinlerin hücrelere zarar vermesinin önlenmesi ya da hasar sonucu oluşan nekrotik ve ölü dokuların uzaklaştırılmasına yönelik, organizmanın devamlılığı için geliştirilmiş koruyucu bir yanıtır (Şentürk,2013:28).” İnflamasyon, bedenin lokal doku düzeyinde en yaygın ve en önemli savunma mekanizmasıdır. İnflamasyon çeşitli şekillerde sonuçlanabilir. Hafif inflamasyonlar, sıklıkla komplikasyonsuz ve kısa sürede iyileşirken, bazen inflamatuvar tepki yetersiz kalabilir. Bedenin tüm savunma organları ve hücrelerine rağmen mikroorganizmalar ve yabancı maddeler bu savunmayı aşabilirler. Bazen de inflamatuvar tepki, zedeleyici etkene uygun olmayabilir ve uzun sürebilir. “Normalde organizmanın yararına çalışan inflamatuvar süreç eğer yeterli işlemezse enfeksiyonlara yatkınlık artar, çünkü inflamatuvar süreç savunmanın erken basamaklarında önemli rol oynayan doğal immun sistemin önemli bir bileşenidir. Ayrıca inflamasyon hasarlanmış dokuların uzaklaştırılmasında ve tamir sürecinde önemli rol oynadığı için yara iyileşmesi de gecikir. Diğer taraftan inflamatuvar yanıtın aşırı ya

da kontrolsüz olması birçok hastalığın ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Şentürk,2013:35).”

İnflamasyon tahrip etmeye, sulandırmaya veya zedeleyici etkeni izole etmeye çalışırken aynı zamanda sırayla bir dizi olayları da başlatarak zarar gören dokuyu tamire çalışır. Bu süreçte hasar gören doku, parankimal hücre rejenerasyonu ile yenilenir ya da fibroblastik skar dokusu ile defekt alanı doldurulur (Ünal,2012). İnflamasyonun sonucu, zedeleyici etkenin özelliğine ve bireyin strese uyum yeteneğine bağlıdır. Bireyin strese uyum yeteneğinde bireysel özellikler söz konusudur, örneğin yaş, beslenme ve sosyoekonomik durum, kronik hastalıkların varlığı, bağışıklık durumu strese karşı koymada oldukça önemli faktörlerdir. Bu nedenle, cerrahi girişimler belli sorunları çözümlerken yeni sorunlar yaratabilir. Ameliyat öncesi dönemde hastanın fizyolojik ve psikolojik olarak en iyi duruma getirilmesi ve hazırlanması önemlidir. Hastanın ortaya çıkabilecek sorunlarla baş edebilmesi, iyi bir şekilde hazırlanmasına ve desteklenmesine bağlıdır. Hemşire gerekli girişimlerle ameliyat öncesi-sırası ve sonrası dönemde iyi bir bakım vererek hastayı ameliyat travmasıyla ve olası sorunlarla baş edebilecek şekilde bakımını yönetmelidir.

2.1.2. Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakım Yönetimi

Hastaların cerrahi kliniğe kabul edilmesinden, cerrahi girişime kadar geçen süre cerrahi girişim öncesi dönem olarak adlandırılmaktadır. Girişim ve girişim sonrası dönem üzerinde önemli etkileri bulunduğundan cerrahi girişim öncesi dönem, en travmatik dönemlerden biri olarak kabul edilir. Bu nedenle cerrahi girişim öncesinde hastaların fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden bir bütün olarak ele alınıp cerrahiye hazırlanmaları perioperatif sürecin en önemli aşamalarından birini oluşturmaktadır (Çakırcalı,2000:201). Ameliyat öncesi dönem cerrahi tedavinin planlandığı zaman başlar. Hastaya anestezi uygulanmasına kadar devam eder. Planlanmış bir ameliyat için ameliyat öncesi dönem hazırlığı, zaman ve yapılması gereken özellikli girişimler açısından üç aşamada tamamlanır. Bunlar aşağıda verilmiştir.

- Hastanın kliniğe yatırılmasından, ameliyat öncesi geceye kadar dönemdeki hazırlık

- Ameliyattan önceki gece hazırlığı

- Ameliyat günü hazırlığı

Planlı bir ameliyat için hastanın iyi bir şekilde ameliyata hazırlanması ve hemşirelik bakımının yönetilmesi, ameliyat sonrası dönemde oluşabilecek komplikasyonların önlenmesini ya da kontrol altına alınmasını sağlayacaktır. Buna karşın acil ameliyatlarda, zaman yetersizliği nedeniyle planlanmış ameliyat için yapılacak hazırlıklar yapılamamakla birlikte, yaşamsal risk taşıyan alanlardaki girişimler eşzamanlı yürütülerek gerekli önlemler alınmaktadır. Hastanın klinik durumuna göre gastrointestinal sistem hazırlığı, yasal hazırlık ve cilt hazırlığı acil serviste ya da ameliyathanede yapılabilmektedir (Erdil ve Erbaş,2001:128-129);

2.1.2.1. Ameliyat Öncesi Dönem

“Cerrahi girişim uygulanacak birey, tıbbi tanısına ve sağlık durumuna bağlı olarak, girişimden bir gün önce veya girişim günü servise kabul edilebileceği gibi, cerrahi girişimden haftalarca önce de servise kabul edilebilmektedir. Kabul türü ne şekilde olursa olsun, hemşirelik tanılması bireyle ilk karşılaşıldığında başlamaktadır (Yıldız, 2011:24).” Hastanın durumunun iyi bir şekilde değerlendirilebilmesi, ameliyat öncesi ve sonrası dönemde ortaya çıkabilecek sorunlara ilişkin verilerin toplanmasına bağlıdır. Ameliyat öncesi yapılan değerlendirme bireyin ameliyat için en iyi hale getirilmesine ve risklerin en aza indirilmesine olanak sağlamaktadır (Akyüz ve Balık, 2014:217). Bu veriler; hastayla yapılan görüşmelerden, fizik muayene bulgularından, laboratuvar ve tanılama testi sonuçlarından ve diğer hasta kayıtlarından elde edilebilir. Hemşire, görüşme, gözlem, fizik muayene ve tanılama testlerinin sonuçlarından elde ettiği verilerden yararlanarak hastanın gereksinimlerini saptamak ve iyi bir bakım planı geliştirmek durumundadır.

2.1.2.1.1. Ameliyat Öncesi Hazırlık

Hastanın ameliyat öncesi bakım yönetimi veya hazırlığı psikolojik hazırlık, fizyolojik hazırlık, yasal hazırlık ve ameliyat öncesi eğitim olarak dört bölümde incelenebilir.

2.1.2.1.1.1. Psikolojik Hazırlık

Ameliyat, hasta için sadece fizyolojik bir stres kaynağı olmayıp aynı zamanda güçlü bir psikolojik stres kaynağıdır. Bu nedenle hastanın ameliyat öncesi psikolojik hazırlığı da önemlidir.

1920'li yıllardan sonra fiziksel hazırlığın yanı sıra psikolojik yönden hazırlığın da önemli olduğu fark edilmeye başlanmıştır. “Ameliyat öncesi dönem, ameliyat edilmek üzere hastaneye kabul edilen bireyler için en travmatik dönemlerden biri olarak ele alınmaktadır. Çünkü birey ameliyat gibi yaşamı tehdit edebilen bir olayı beklerken olabilecek pek çok şeyden korkmakta ve şiddetli anksiyete yaşamaktadır (Yılmaz, 2002:41).” Psikolojik hazırlık hastaların bireysel ilgi alanlarını tanımlamayı, şüphe korku ve endişelerini uygun şekilde gidermeyi, problem çözme yeteneklerini geliştirmeyi, hastaların soru sormaları için uygun ortam oluşturup sorularını ifade etmeye cesaretlendirilmelerini içerir. Bu nedenle cerrahi girişim öncesi anksiyeteyi azaltmak, cerrahi girişim sonrası işbirliğini arttırmak ve komplikasyonları azaltmak için 1960'lı yıllardan itibaren *cerrahi girişim öncesi öğretim* hazırlığın vazgeçilmez bir parçası olarak ana bileşenlerin altında yerini almıştır (Aksoy vd.,1992:93).

Klinik gözlemler ve araştırma sonuçları emosyonel durum ile cerrahi sonrası iyileşme arasında ilişki olduğunu ortaya koymaktadır (Seçim,1991:78). Cerrahi girişim öncesi hazırlık, hastaların fiziksel uyumu kadar emosyonel uyumlarına da yardımcı olmaktadır. Girişim öncesi hazırlığın hastalarda psikolojik stresi azalttığını ve iyileşmeyi hızlandırdığını gösteren çalışmalar olmasına rağmen, bu durum az bilinen bir gerçektir.

Hastaların ameliyat öncesinde yaşadığı anksiyete nedenleri; bilinmeyen korkusu, ameliyat sonrası ağrı yaşama korkusu, organ ve fonksiyon kaybı korkusu, ölüm korkusu,

anestezi korkusudur. “Preoperatif anksiyetenin derecesi tanı ile tutulan organ ve sistem ile operasyonun zorluk ve risk derecesi ile hastanın buna ilişkin önyargılarıyla ilişkilidir. Bunun yanı sıra hasta-cerrah ilişkisinin niteliği de belirleyici rol oynar. Bazı hastalar cerraha güvensizlik yaşarlar. Bu güvensizliğin altında yatan düşünce bozukluğu, depresyon ya da bilişsel bozukluktan kaynaklanma olasılığı göz ardı edilmemelidir (Cimilli,2001:84).” Ameliyat olacak hastalar korkularını çeşitli davranışlarla ifade ederler; bazıları sakin, sessiz ve içine kapalıdır, bazıları bağımlı davranış sergilerler ve bazıları hastalığını inkâr edip belirti ve bulgularını gizleyebilir.

Hemşire hasta ve ailesinin ameliyatı nasıl algıladığını ve yüklediği anlamı bilmelidir. Hemşire hastanın içinde bulunduğu durumu tanımlamalı, hastanın korkularını açıklamasına fırsat vermeli, ameliyata ilişkin gerekli açıklamalar yaparak hastayı desteklemelidir ve ameliyat öncesi hastanın yaşadığı korkuyu gidermeye çalışmalıdır. Hastanın ameliyata bağlı korku ve anksiyetesini gösteren bulguları izlemelidir. “Anestezist tarafından yapılan preoperatif ziyaret esnasında yüksek anksiyeteye sahip hastaların belirlenmesi buna bağlı olarak preoperatif dönemde hastayla yapılan görüşmede getireceği ameliyat ve/veya anestezi konusunda endişeleri sorgulanmalı ve yüksek anksiyeteye sahip hastalar belirlenmeli, hastalar endişelerini azaltacak yaklaşımlarla bilgilendirilmeli, ayrıca anksiyolitik premedikasyonla da anksiyete düzeyleri azaltılmalıdır (Taşdemir vd., 2013:48).”

Ameliyat öncesi dönemde en etkili yaklaşım güvence vermek ve psikolojik destek sağlamaktır. Bu hususta önerilen yöntemler şu şekilde ele alınmaktadır (Cimilli,2001:84):

- Hastaya hastalık ve ameliyata yönelik olarak eğitim verilir. Hastanın hastalık ve ameliyat hakkındaki düşüncesini bir şekil çizerek göstermesi ve bu şekil üzerinde düzeltmeler yapılmasının yararlı olduğu ifade edilmektedir.

- Hastanın ameliyattan önce cerrah ve anestesizle görüşmesi güven sağlar ve kaygılarının giderilmesine yardımcı olur.

- Aynı işlemin uygulandığı başka hastalardan oluşan gruplarla iletişim yararlı olmaktadır. Grubun oluşturulmadığı ortamlarda hastalar birbirleriyle tanıştırılmalı ve iletişime girerek deneyim ve duygularını paylaşmaları sağlanmalıdır. Aynı operasyonun daha önce uygulandığı bir hastayla aynı odada kalmanın bile yararlı olduğu gösterilmiştir.

- Psikofarmakolojik yöntemler ise güvence ve psikolojik desteğin yerini tutmamakla birlikte yararlı olmaktadır.

Ameliyat öncesi dönemde hastanın anksiyetesinin azaltılması; hastanın ameliyattan sonra yaşam bulgularının kısa sürede normal sınırlarına dönmesine, strese tepki olarak salınacak olan kortikosteroid hormonlarının az salınmasına ve hızlı iyileşmesine yardımcı olacaktır. Hastanın anksiyetesini azaltmak için yapılması önerilen hemşirelik girişimleri aşağıda özetlenmiştir (Akbaşrak,2007:69-71).

- Bireyin kendini ifade etmesi için ortam hazırlamalı
- Hastanede günlük yaşam ile ilgili açıklamalar yapılmalı (*ziyaret saatleri, yemek saatleri, viziit*)
- Yapılacak tüm tanı ve tedavi işlemleri, operasyonu hakkında anlaşılabilir şekilde açıklamalar yapılmalı
- Ameliyat öncesi ve sonrasında neler yapılacağı, hastanın neler yapması gerektiği açıklanmalı (*hastanın soru sormasına izin verilmeli*) (*yoğun bakımda olacağı, bulantısı olabileceği, hemen yemek yemeyeceği gibi*).
- Ameliyat öncesi ve sonrasında neler yapılacağı, hastanın neler yapması gerektiği açıklanmalıdır (*yoğun bakımda olacağı, bulantısı olabileceği, hemen yemek yemeyeceği gibi*). Ayrıca hasta, gereksinim duyduğu soruları sorması için cesaretlendirilmeli ve sorması için fırsat yaratılmalıdır (İnanç ve Hatipoğlu, 1996:34).
- Fazla uyaranlar uzaklaştırılmalı (*kişiyi daha sessiz bir ortama alınabilir, anksiyeteli diğer kişiler ile ilişkileri sınırlandırılabilir*)
- Anksiyete öğrenmeyi engellenmeyecek kadar azaltıldığında eğitim yapılmalıdır (*solunum egzersizleri vb.*)
- Uzun preoperatif dönem geçiren hastalara uğraş seansları düzenlenmeli
- Hastanın dinsel inançlarına saygı gösterilerek bu yöndeki istekleri yerine getirilmeli (Seçim, 1991:83)

- Hastalar eğitilerek bakıma katılmaları sağlanmalı
- Gereksinimi göz önünde bulundurularak yeterli düzeyde bilgilendirilmeli ve kendi yaşamı üzerinde kontrol hissi yaratılmalı ve bilişsel baş etmesi sağlanmalı
- Özellikle mastektomi, kolostomi gibi majör durumlarda ameliyat olmuş, iyi durumdaki hastalarla tanıştırılabilir.

2.1.2.1.1.2.Fizyolojik Hazırlık

Ameliyatın hastada oluşturacağı riskleri en aza indirmek için hastanın genel sağlık durumunu mümkün olan en iyi düzeye getirmek gerekmektedir. Hastanın sağlık durumunu belirleyebilmek ve ameliyat için riskleri saptayabilmek için ayrıntılı fizik muayene yapılmalıdır. Aynı zamanda hastanın yaşı, geçmiş sağlık öyküsü, alerji durumu ve ilaçları bilinmelidir. Hemşire hastanın tüm sistemlerine yönelik gözlem, görüşme fizik muayene, laboratuvar ve tanılama yöntemi sonuçlarından elde ettiği verileri değerlendirmeli ve bakım planını oluşturmalıdır (Aksoy vd.,1992:96-97). Aşağıda, hemşirenin ameliyat öncesi dönemde hastanın sistemlerine yönelik fizyolojik değerlendirmesiyle ilgili yapması gereken tanılamaya yönelik yaklaşımlar verilecektir.

Kardiyovasküler Sistemin Değerlendirilmesi

Hastaya ameliyat sırasında verilecek tüm anestezi kardiyovasküler sistemi etkilemektedir. Hastaların ameliyat öncesi kardiyovasküler sistem açısından değerlendirilmesi gerekmektedir. Hastada bulunan kalp yetersizliği bulguları, son altı ay içinde miyokard infarktüsü ya da atriyal, ventriküler disritminin olması risk faktörleridir. Hemşire hastanın ameliyat riskini arttıran kalbe ilişkin sorunlarının örneğin hipertansiyon, ritim bozukluğu ve kalp-damar hastalığı gibi hastalıklarının olup olmadığını değerlendirmelidir (Toouli vd., 2002:657-673).

Solunum Sisteminin Değerlendirilmesi

Hastada ameliyat sonrası solunum komplikasyonu gelişme riskini en aza indirmek için ameliyat öncesi dönemde hastanın solunum sisteminin değerlendirilmesi gerekir.

Üriner Sistemin Değerlendirilmesi

Beden sıvılarının hacim, bileşim ve dağılım yönünden en uygun sınırlarda tutulmasında yani homeostazisin sürdürülmesinde, üriner sistemin rolü çok önemlidir. Üriner sistemin başlıca fonksiyonları; yıkım ürünlerini bedenden atmak ve bedendeki sıvıları, elektrolitleri ve kan basıncını düzenlemektir. Bu fonksiyonlar idrarın oluşturulmasıyla gerçekleşir. Üriner sistem homeostazisin sürdürülmesinde çok önemli olduğundan ameliyat olacak hastaların üriner sistem fonksiyonlarının değerlendirilmesi gerekir. Ameliyat olacak hastanın böbrek fonksiyonu; sıvı elektrolit dengesinin korunması ve artık ürünlerin bedenden atılabilmesi için yeterli olmalıdır. Eğer böbrek hastalığı varsa, hasta anemik, hipertansif ve enfeksiyonlara yatkındır (Erbil ve Değerli, 2008:137-138).

Sıvı -Elektrolit Dengesinin Değerlendirilmesi

Sıvı elektrolit dengesi hücrelerin normal fonksiyonlarını sürdürebilmeleri için gereklidir. “Sıvı ve elektrolit dengesi fizyolojik homeostazise bağlıdır. Homeostazis, dış etkenlere karşı hücrelerin bulunduğu iç ortamdaki dengenin sürdürülmesidir. Hem sağlığın sürdürülmesi hem de hastalıkların tedavisinde sıvı ve elektrolit dengesinin sağlanması önemlidir (Yapıcı, 2014:2).” Sıvı elektrolit dengesizlikleri, bedendeki tüm sistemleri etkileme özelliğine sahip olduğundan, ameliyat olacak hasta için önemli risk faktörüdür. Bu nedenle ameliyat öncesi dönemde sıvı elektrolit dengesizlikleri kesinlikle düzeltilmelidir. Hasta kusma, diyare, deri elastikiyeti ve mukoz membran nemliliği açısından değerlendirilmelidir.

Kas İskelet Sisteminin Değerlendirilmesi ve Aktivite Düzeyinin Belirlenmesi

Kas iskelet sisteminin temel fonksiyonu *hareketi ve pozisyon değişikliklerini* sağlamaktır. Hareket ve uygun pozisyonu sürdürme temel insan gereksinimidir. Hareket, günlük yaşam aktivitelerimizi sürdürmemizi sağlar. “Düzenli fiziksel aktivitenin kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanser, osteoporoz, hipertansiyon, obezite ve depresyon gibi birçok kronik hastalıktan ve erken ölümlerden korunmada etkili olduğuna dair kanıtlar mevcuttur (Tunçay ve Yeldan, 2013:148).” Bireyin *hareket ve uygun pozisyonu sürdürme gereksinimi* engellendiğinde veya hareket etme yeteneği sınırlandığında diğer temel insan gereksinimleri de engellenir. Örneğin hareket edemeyen birey beslenme, boşaltım gibi

ihtiyaçlarını kendi karşılayamaz. Bu nedenle hemşire bireyin gereksinimlerini karşılama düzeyini belirlemelidir. Günlük aktivitelerinin neler olduğunu öğrenmelidir.

Sinir Sisteminin Değerlendirilmesi

Homeostazisin sürdürülmesi, bedeninin dış ve i çevresindeki değişikliklere tam olarak tepki verebilmesi ve uyum yapabilmesiyle mümkündür. Sinir sistemi, “hastanın özellikle kognitif fonksiyonları hastanın operasyon için rızasının alınması ve operasyonla ilgili kooperasyonun sağlanabilmesi açısından önemlidir (Türk Dermatoloji, 2014).” Bu nedenle sinir sistemi; bedeninin en iyi organize olmuş, en fonksiyonel ve en karmaşık yapısına sahip sistemidir. Fizyolojik ve psikolojik fonksiyonları önemli derecede etkiler. Bedendeki tüm yapılar, sinir sistemi ile doğrudan ilişkilidir ve sinir sistemi, bedeninin tüm kısımlarını kontrol ve koordine eder. Bu yüzden hastaların sinir sistemi değerlendirilmelidir. Hastanın sinir sistemi hastalığı olup olmadığı öğrenilmelidir. “Semptomatik hastalık varlığında ise acil cerrahi girişim gerekliliği haricinde öncelikle mevcut hastalık düzeltilmelidir. Yüksek riskli hastalar perioperatif dönemlerde serebovaskler olay riskinin en aza indirgenebilmesi için aspirin veya ürünleri ile tedavi ve takip edilebilirler (Akyüz ve Balık, 2014:225).”

Sinir sistemi nörolojik değerlendirme ile değerlendirilir. Nörolojik değerlendirme hastanın ameliyat öncesi genel sağlık durumu hakkında bilgi verir. Anestetik maddeler ve analjezikler santral sinir sistemini etkileyeceğinden ameliyattan önce nörolojik değerlendirme yapmak etkili olacaktır. Özellikle ameliyat hastanın nörolojik fonksiyonlarını etkileyecekse, ameliyat sonrası durumunun ameliyat öncesi durumla karşılaştırılmasına olanak sağlayacaktır.

Gastrointestinal Sistemin Değerlendirilmesi

Yeterli beslenme ve boşaltımın sürdürülmesi, gastrointestinal sistem fonksiyonlarının normal olmasına bağlıdır. Sıvı elektrolit dengesizliklerinin büyük çoğunluğunun gastrointestinal sistemden kaynaklanması nedeni ile ameliyat olacak hastanın gastrointestinal sistem fonksiyonlarının değerlendirilmesi önemlidir.

Hemşire hastanın mide, karaciğer, safra kesesi ve safra yolları hastalıkları gibi gastrointestinal sistem organlarına ilişkin hastalığı olup olmadığını öğrenmelidir. Hemşire hastanın gastrointestinal sistemini değerlendirirken, oral alımını, diyetini/beslenmesini, batını, barsak seslerini, aldığı çıkardığını değerlendirmelidir. Ayrıca bulantı, kusması olup

olmadığını kusma varsa kusmanın özelliği, barsak alışkanlıkları, distansiyon, konstipasyon ve diyare gibi şikâyetlerinin olup olmadığı da değerlendirilmelidir. Hemşire hastaya yapılacak olan tanı tetkikleri veya ameliyat nedeni ile hastanın beslenmesinde olabilecek değişiklik konusunda dikkatli olmalıdır (Erdil ve Erbaş, 2001:122-123).

Hematolojik Sistemin Değerlendirilmesi

Kan vücutta her hücrenin beslenme ve oksijenlenmesi gibi, hücreleri mikroorganizmalardan korur ve yaralanmalarda koagülasyonu sağlayarak kanamayı önler. Bu nedenle hemşire hastanın herhangi bir kan hastalığı olup olmadığını ve kan grubunu öğrenmelidir. Ayrıca tam kan sayımı (hemogram, hemotokrit), kanama zamanı sonuçlarını değerlendirmelidir (Yeğen, 2004:117).

Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi

Hastanın ameliyat öncesi dönemdeki beslenme durumu ameliyat riskinin belirlenmesinde önemlidir. Ameliyat öncesi dönemde beslenmeye ilişkin iki önemli sorun; protein, demir ve vitamin A, C, B kompleks yönünden yetersiz beslenmesi ve şişmanlıktır. Protein, vitamin A, B Kompleks ve C eksikliği önemlidir. Çünkü bu maddeler yara iyileşmesi için gereklidir. Beslenme yetersizliği olan hastaların beslenmeleri değerlendirilmeli, karbonhidrat ve proteinden zengin, yeterli vitamin ve mineral içeren besinler verilmelidir. “Nütrisyonel değerlendirmeler; hastanın fizyolojik durumunun immünolojik fonksiyonlarının, sıvı dengesinin ve travma ve cerrahiye karşı olan metabolik cevabının düzenlenmesi açısından önemlidir (Akyüz ve Balık, 2014:226).”

Kullandığı İlaçlar

Ameliyat olmak üzere servise kabul edilen hastanın tanılması yapıldığı sırada hastanın reçeteli kullanıldığı ve kendi isteğine göre kullandığı reçetesiz ilaçlar öğrenilmelidir. Ayrıca hastanın kullandığı bitkisel ilaçlarda öğrenilmelidir. Çünkü hastanın kullandığı ilaçlar alacağı tedavinin etkisini azaltabilir veya arttırabilir. Bazı ilaçlar anestezi maddeleri ile etkileşime girebilir.

2.1.2.1.1.3. Ameliyat Öncesi Eğitim

Ameliyat sonrası dönemin sorunsuz geçirilebilmesi için hastaya belli konularda ameliyat öncesi dönemde eğitim yapılmalıdır. Ameliyat öncesi dönemde eğitim hastanın cerrahi tedavisinin planlandığı aşamada başlar. Hastanın öncelikleri ve gereksinimlerine göre eğitim verilir. Eğitim içeriği ameliyattan önceki gün tamamlanmalıdır. Daha sonra hastanın anksiyetesi yükseleceği için eğitimi anlaması ve uygulaması güçleşecektir. Hastaların eğitim ihtiyaçlarının sağlanması nitelikli hasta bakım sonuçlarının bir göstergesidir. “Cerrahi girişim öncesinde gerçekleştirilen ameliyat öncesi hasta eğitimi, hastanın cerrahi girişiminin her bir evresinde ne olacağını bilmesine, fiziksel ve ruhsal olarak kendini daha iyi hissetmesine ve ameliyat sonuçlarının olumlu olmasına önemli katkı sağlamasının yanında yanlış anlamaları düzeltme ve hastanın bireysel bakımındaki rol ve sorumluluklarını kavramasına yardımcı olmayı amaçlamaktadır (Gürlek ve Yılmaz, 2013:9).”

Hastaya yapılacak eğitimin amacı ve içeriğin özelliği, olası sonuçları ve risklerine ilişkin anlaşılır bir dille erişkin eğitim ilkelerine uygun, yeterli bilgi verilmeli ve açıklama yapılmalıdır. Örneğin; ameliyat sonrası hastanın ağrı, bulantı ve kusma şikâyetinin olabileceği ancak eldeki olanaklarla bu yakınmaların giderilmeye çalışılacağı açıklanır. Ameliyat sonrası intravenöz kateter, nazogastrik sonda ve idrar sondası olabileceği ve bunların ne amaçla ve ne kadar süre ile kalacağı hakkında bilgi verilir. Bu açıklamalar hastanın ameliyat öncesi yaşayacağı anksiyeteyi azaltacak bir girişim olarak planlanmaktadır (Taşocak, 2004:63). Yeterli bilgi verilen hastaların kısa sürede iyileştiği, kısa sürede taburcu oldukları görülmüştür. Bu nedenle hemşire ameliyat öncesi dönemde hastaya gerekli eğitimleri ve bilgileri vermelidir.

Eğitimler; derin solunum, öksürük, dönme, ekstremiteler ve mobilizasyon egzersizlerini ayrıca ağrı yönetimini içermelidir. Eğitimlerde hemşire hastanın anlayacağı terimler kullanılmalı, hastanın öğretilen beceriyi yaparak göstermesini istemeli, eğitimi kısa ve sık aralarla tekrar ettirmelidir. Hasta eğitiminin nasıl yapılması gerektiğine yönelik kanıta dayalı rehberlerde; hasta hastaneye yattıktan sonra eğitimler ile ilgili hazırlanmış broşürlerin verilmesi ve ona anlatılmasının etkili olduğu bildirilmiştir (Yeğen, 2004:119). “Hasta ve yakınlarına yapılacak eğitimde seçilecek yöntem kurumun olanaklarına uygun olmalıdır. Eğitim yöntemi seçilirken birkaç yöntemi bir arada kullanmaya dikkat edilmelidir. Ayrıca

bireysel eğitim planı hastanın eğitim gereksinimlerine uygun olarak hazırlanmalıdır (Karadağ, 1999:30).”

2.1.2.1.1.4.Yasal Hazırlık

Birey, yaşam hakkı ve vücut bütünlüğü üzerinde vazgeçilmez bir hakka sahiptir. Yaşam hakkına ve vücut bütünlüğüne yönelik müdahalelere karşı korunma hakkına sahiptir. Kişinin rızası olmaksızın yaşam alanına ve vücut bütünlüğüne müdahale edilmesi hukuka aykırıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından 1998 yılında kabul edilen Hasta hakları yönetmeliğinde de bu haklar bildirilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 1998). Bu yüzden ameliyat olacak hasta ve ailesi ne olacağını ve ne yapılacağını açıkça anlamalıdır. Hastaya ve ailesine ameliyat hakkında yeterli açıklama, gerekirse tablo ve şekillerden yararlanılarak yapılmalıdır. Ayrıca hastaya ameliyatın olası komplikasyonları hakkında bilgi verilmelidir. Hasta hakları yönetmeliğinin üçüncü bölümü sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkına yönelik olarak hazırlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 1998). Hastalar, “sağlık durumunu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemleri, bunların faydaları ve muhtemel sakıncaları, alternatif tıbbi müdahale usulleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları ve hastalığın seyri ve neticeleri konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi istemek hakkına sahiptir.” (madde 15) şeklinde hasta hakkına sahiptir.

Ameliyat olacak her hastadan, ameliyat küçük bile olsa kesinlikle imzalı ameliyat izni alınmalıdır. Yazılı ameliyat izni almak aydınlatılmış onam uygulamasıdır. Aydınlatılmış onam, iyi hekimlik uygulaması önkoşullarından biridir ve tıp etiğinin temel ilkelerinden olan özerklik ilkesine dayanmaktadır. Özerklik, bir kişi ya da topluluğun kendisine ilişkin konularda, kendi değerlerine dayanarak kararlar vermek ve bunları uygulamak üzere eylemlerde bulunma olanağı olarak tanımlanabilir (TTB-UDEK,2008:3).” Aydınlatılmış onam “güvene dayanan ilişkiyi” ve bireyin “kendi hakkında karar verme hakkını” içinde barındırır ve yasalarca bu hak güven altına alınmıştır. Çünkü yasaca yeterli olan bir kişi, bedenine ne yapılacağına karar verme hakkına sahiptir. Bu durumda hastanın kendisi ile ilgili kararı kendisinin verdiği söylenebilir (Hatun, 1999:38-39). Hastanın her durumdaki onamı aynı biçimde alınmaz. Örneğin basit bir kan alma işlemindeki onam hastanın kolunu açıp uzatması gibi sözsüz olabilirken, bir batın operasyonunda her zaman yazılı ve imzalı olmak

zorundadır. Yazılı ameliyat izni hem hasta hem de sağlık personeli için yasal güvencedir. Ameliyat izni, hastanın kalıcı kayıtlarından biridir ve hasta ameliyata alınmadan önce mutlaka kontrol edilmelidir. “Acil girişimin planlanmasıyla başlayan aydınlatılmış onam süreci hastanın ya da yaralının durumunun ne kadar acil olduğunun belirlmesine göre farklı sürdürülebilmektedir. Triyaj kararlarına göre değişebilen süreç, hekimin hangi hastayı bilgilendireceği, hangisinden bilgiyi gizleyebileceğine açıklık getirmektedir (Ersoy vd., 2010:2)”

Hasta hakları yönetmeliği 24. maddesinde, her türlü tıbbi işlem için hastanın, hastanın yaşının küçük olması halinde velisinin, hastanın kısıtlı (*ağır zekâ geriliği*, bazı ruh hastalıkları, bilincin kapalı olduğu komada ya da karar veremeyeceği durumlar) olması halinde vasisinin rızasının alınması gerektiği ifade edilmektedir. Acil durumlarda hastanın yaşamını kurtarmak için yapılacak yaşamı kurtarmaya yönelik girişimlerde hastanın vasisinden aydınlatılmış onam alınmadan girişimler yapılabilir.

2.1.3. Ameliyat Günü Hazırlığı

Hastanın cerrahi kliniğinden ameliyathaneye alınmasıyla başlayıp, ameliyat tamamlandıktan sonra bakım verilecek bölüme nakil edilmesiyle sona eren ameliyat sırası (*intraoperatif*) bakımda (Sayek, 1992:156);

- Hastanın ameliyathaneye kabulü,
- Ameliyat bölgesinin temizliği,
- Pozisyon ve anestetik ilaç verilmesi,
- Ameliyathanenin uygun şartlarda olması,
- Ameliyat sonrası nakil önemli yer tutmaktadır

Güvenli cerrahi, hasta ameliyathaneye gitmeden önce daha klinikteyken başlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, cerrahide tıbbi hataların engellenmesini sağlamak amacıyla cerrahi güvenlik kontrol listelerini oluşturmuştur. “Klinikten ayrılmadan önce” kontrol listesi hasta

ameliyathaneye gönderilmeden önce değerlendirilmektedir. Diğer değerlendirmeler ameliyathanede yapılmaktadır (Sabuncu ve Ay,2009:76-77).

2.1.4. Ameliyat Sonrası Hasta Bakım Yönetimi

“Ameliyattan sonra hasta takibi; hastanın vital bulguları, yara yeri, genel durumu gibi değişkenlerin değerlendirilmesi, gerekli olan medikasyonunun uygulanması ve olası problemlerin önlenmesi, erken fark edilmesi ve tedavilerini içerir. Bu süreç ameliyat masasında uyandırılma işlemiyle başlar ve hastanın taburcu edilmesine veya genellikle kabul edilmiş bir görüşe göre ameliyattan otuz gün sonrasına kadar devam eder (Öncel, 2010:323).” Ameliyat tamamlandıktan sonra hasta, derlenme ünitesine ya da doğrudan devamlı bakım ünitesine (yoğun bakıma kliniğine) alınır. Ameliyat sonrası bakım; hastaya derlenme ünitesinde ve klinikte uygulanan bakım olmak üzere iki aşamada yer alır. Ameliyat beden için hem fizyolojik hem de psikolojik stresör olduğundan bedenin homeostatik dengesini bozar. Bu nedenle ameliyat sonrası bakımın temel amacı homeostatik dengeyi yeniden düzenlemektir (Erdil ve Elbaş, 2001:133).

Hastanın ameliyattan sonra sağlığına kavuşmasında istirahatın önemli rolü vardır. Hastanın yeterince istirahat edebilmesi, ameliyat sonrasında görülen ağrı, huzursuzluk, bulantı ve kusma gibi sorunların giderilmesine bağlıdır.

Ameliyat sonrası ağrı; planlı ve istenerek yapılan cerrahi girişime bağlı oluşan doku hasarı sonucu oluşmaktadır. Ameliyat sonrası ağrının (*akut ağrı*) gelişmesinde hastaya uygulanan anestetik madde, hastanın anksiyete düzeyi, uygulanan ameliyatın büyük olması ve uzun sürmesi rol oynar. Ağrı artan kas gerginliği ve anksiyete ile karakterizedir. Ağrı şiddetli olduğunda fizyolojik (*kan basıncında yükselme, solunum sayısında artma*) ve davranışsal (*yüz ve vücut kaslarında kasılma, kaş çatma, dişlerini sıkma, yumruklarını sıkma, ağlama ve inleme*) belirtiler görülür (Çakırcalı, 2000:199-200).

Hemşire ameliyat sonrası hastanın ağrısının olacağını tahmin etmeli, ağrıya bağlı fizyolojik ve davranışsal belirtilere dikkat etmeli ve ağrıyı azaltmaya yönelik girişimlerde bulunmalıdır. Hemşirelik girişimleri;

- Hemşire; ameliyat öncesi hastaya ameliyat sonrası ağrısı olacağı konusunda, ağrının nasıl tanılacağı, ağrı izlemi ve ağrı yönetimi konusunda bilgi vermelidir.

- Ameliyattan sonra; hemşire hastanın ağrı tanılmasını yapmalıdır. Ağrının şiddeti, tipi, süresi, yayılımını değerlendirmelidir. Hastanın ilk 24-72 saat ağrısı 2-4 saatte bir izlenmeli daha sonra 4-8 saatte bir izlemelidir.

- Ağrıyı arttıran ve azaltan durumları tanılmalıdır (*pozisyon, aktivite, masaj*)

- Ameliyat sonrası ağrının yöneltmesinde hekim talebine göre önerilen analjezikler kullanılmalıdır.

- Hastanın yanında hasta kontrollü analjezi makinesi varsa hemşire hastaya nasıl kullanacağı hakkında bilgi vermelidir.

- Ameliyat sonrası ağrı yönetiminde ağrının şiddetine göre farmakolojik olmayan yöntemleri kullanılmalıdır (*masaj yapmak, soğuk uygulama yapmak, müzik dinletmek, ağrıyı azaltan pozisyon vermek, etkilenen bölge ekstremitelere ise elevasyona almak*) (Akbaş vd., 2007:87).

Taburculuk süreci; hastanın hastaneye kabulü ile başlayan, tedavi gördükten sonra hastaneden ayrılması ile sona erer. Hastalar evde kendi bakım gereksinimlerini karşılayabilecek bilgi ve becerilere sahip olarak hastaneden taburcu olmalıdır. Aynı zamanda hasta yakınlarının da taburculuğa hazırlanması gerekmektedir. Taburculuk sürecinde hasta ve yakınlarının eğitiminde tedavi ekibinin bütün üyelerinin sorumluluğu vardır. Özellikle taburculuk için hazırlanmasında başlıca sorumlu hemşiredir (Akbaş vd., 2001:34).

Her hasta birbirinden farklıdır ve öğrenme gereksinimleri farklıdır. Buna rağmen hemşirenin taburculuk eğitiminde; hastanın kendi kendine bakımı, yapması gereken ve yapmaması gereken aktiviteler (*araba kullanma, işe dönme zamanı, cinsel aktivite gibi*), uygulayacağı diyet ve kullanacağı ilaçlar, oluşabilecek komplikasyonlar (*yara yerinde enfeksiyon, açılma gibi*) ve kontrole ne zaman geleceği gibi konular yer almalıdır. Hemşire bu konularda sözel olarak verdiği eğitim içeriğini kapsayan eğitim broşürlerini de hastaya vermelidir. Yapılan bir çalışmada hastaların % 71,6'sı taburcu olurken ilaçlar, yapılması gerekenler ve diğer konularda bilgi verildiğini ifade etmiştir. Taburcu olurken

bilgilendirildiğini ifade eden hastaların % 18'i hemşire tarafından bilgilendirildiğini ifade etmiştir. Hemşire taburculuk sürecinde üstlendiği sorumluluğun farkında olarak hastalarına taburculuk eğitimi vermelidir (Coşkun ve Akbayrak, 2007:67).

2.2. Anksiyete

Anksiyete, tehlike durumunda faal duruma geçen biyolojik uyum mekanizmasıyla oluşturulur ve bu uyum sağlayıcı özelliklerinden dolayı, insan yaşamının sürdürülebilmesi için var olması gerekli bir duygudur. Bununla birlikte, bir yere kadar sağlıklı olan ve olumsuz durumlarla başa çıkabilmek amacıyla oluşan bu duygunun şiddetli ve uzun süre yaşanması, bir noktadan sonra kişinin yaşamını, etkinliklerini, sosyal yaşamını ve bireylerarası ilişkilerini olumsuz etkilemeye başlamaktadır. İşte bu çizgiden sonra anksiyete, artık kişide ruhsal sorunlar yaratan bir duygu olarak karşımıza çıkmaktadır (Eşel, 2003:78).

2.2.1. Tanımı

Anksiyete; iç sıkıntısı, endişe, stres gibi sözcüklerle anlatılmaya çalışılan, yaşamı tehdit eden veya o şekilde algılanan, sıkıntı verici, kaygı ve korku duygusudur. İçsel ya da dış dünyadan bir tehlike ihtimali ya da kişi tarafından tehlikeli olarak algılanıp yorumlanan herhangi bir durum karşısında yaşanan duygu durumudur (Işık ve Taner, 2006:12).

Anksiyete, birbirleriyle uyumlu bir ilişki içinde ve bir bütün olarak çalışan birçok alt sisteme de etki etmektedir. Herhangi bir fonksiyon sırasında bu bütünün bazı bölümleri daha faal duruma geçerken, bazı bölümlerin fonksiyonları ise yavaşlayabilmektedir. Bu tür düzenlemelerle organizma gerekli işlevleri yapmakta ve uyaranlara gerekli tepkileri verebilmektedir. Sözgelimi, bir tehlike durumunda bilişsel sistemler, bireyin başa çıkma kaynaklarıyla doğru orantılı olarak, tehdit yaratan bu durumu incelemekte, onu tanımlamakta, boyutları, önemi, gerçekliği konusunda karar vermekte, uygun başa çıkma mekanizmasını belirlemekte ve sonuçta gerekli olan bilişsel davranışlar ve duygusal sistemleri harekete geçirmektedir (Arkonaç, 1999:36-37).

Anksiyetede stres, endişe ve korku gibi ruhsal belirtilere davranışsal ve bedensel belirtiler de eşlik etmektedir. Tüm bunların gerçekleşmesi için, o duruma uygun olan otonom sinir sisteminin etkilediği solunum, kardiyovasküler, ısı denetimi gibi denge sağlayıcı mekanizmaların işlevi gereklidir (Alper,2001:42). Anksiyete duygusu, olaylara kapsadıkları tehlikelerle orantısız, uygunsuz ve abartılmış tepkiler verilmesine yol açabilmektedir. Kişinin, kendine olan güven duygusunun yetersizliği ya da kendisi ile ilgili yeteneksizlik, beceriksizlik gibi olumsuz yorumların fazlalığı oranında, uygunsuz yanıtlar verme olasılığı da daha çok olacaktır. Ayrıca tehlikeli uyarın ortadan kalktıktan sonra bile kişinin savunucu tutumu ve uygunsuz yanıtları devam edebilecektir (Özer, 2005:59).

Anksiyete bozuklukları sağlık hizmetlerine talebi önemli oranda arttıran sağlık sorunlarındandır. Birinci basamaktaki hekimlerin yaygın anksiyete bozukluğu ile karşılaşma sıklığı % 8 oranındadır. “Hastalar, öncelikle birinci basamak hekimleri ve psikiyatri dışındaki hekimlere başvurduklarından, aynı zamanda bir halk sağlığı sorunudur. Klinisyenler ise, çoğu zaman hastalığın ciddiyeti ve kronik gidişatının farkında değildirler (Ünsal ve Balcıoğlu, 2006:115).” Ulusal Eş Zamanlı Hastalık Araştırması (*National Comorbidity Study*) her dört kişiden birinin en az bir anksiyete bozukluğu tanı kriterlerini karşıladığını ve 12 aylık prevalansının 17,7 olduğunu bildirmiştir. Kadınlarda (*yaşam boyu prevalansının % 30,5'i*), erkeklere göre (*yaşam boyu prevalansı % 19,2'i*) daha fazla bir anksiyete bozukluğu olduğu görülür (Sadock ve Sadock, 2008:223-224).

Anksiyete bozukluğunun ortalama başlangıç yaşı 13-24 arasında değişmekte, başlangıcın 25 yaştan sonra seyrek olarak görülmektedir. Anksiyete şikâyetleri ile doktora başvuru yaşı ise genellikle hastalığın başlangıcından 15-25 yıl sonra 30’lu yaşlarda görülmekte ve bu gecikme de anksiyete bozukluğunun tedavi edilebilir bir hastalık olduğunun bilinmemesi ve anksiyete bozukluğu olan bireylerin bu durumu kendi kişiliklerine ait bir sorun olarak benimsemeleriyle ifade edilmektedir (Dilbaz, 2000).

Anksiyete, her bireyin yaşamının belirli dönemlerinde zaman zaman deneyimlediği ve sıklıkla fizyolojik belirtilerin eşlik ettiği, benliğin kendini tehdit altında hissettiği, hoş olmayan endişe ve korku duygusu olarak tanımlanmaktadır (Cüceloğlu, 2005:289). 1894’te Freud, Lopez Ibor’un “angusta vital” olarak isimlendirildiği manevi sıkıntı hali, Almancada “angst” sözcüğü, İngilizcede de “anxiety” karşılığında kullanılmıştır (Öztürk, 1997:32). Türk Dil Kurumu sözlüğünde “canlının içinde bulunduğu sıkıntılı duruma bağlı olarak gelişen

psikonöretik bozukluk” (TDK, 2015) anlamını taşıyan sözcük; webster sözlüğünde ise “olması yakın ya da umulan beklenen bir tersliğin yarattığı acı veren bir huzursuzluk” olarak ifade edilmektedir (Öz, 2004:47).

Çoğu kez korku ile birbirinin yerine kullanılmakta olan anksiyete, kişinin değer sistemi ya da güvenlik örüntüsüne bir tehditten dolayı yaşanan belirsiz bir endişe ve huzursuzluk duygusudur. Birey durumu (*cerrahi, kanser*) tanımlayabilse de gerçekte kendine yönelik tehdit, durumda yaşanan huzursuzluk ve endişe ile ilgili olmakta ve durum tehdidin kendisini değil kaynağını oluşturmaktadır. Oysa korku, kişinin güvenlik örüntüsüne yönelen spesifik bir tehdit ya da tehlikeye (*uçma, yükseklik, yılan gibi*) yönelik olarak yaşanan endişe duygusu olup tehdit uzaklaştırıldığı zaman korku duygusu da dağılmaktadır (Erdemir, 2005:78).

Korku, anksiyete olmaksızın ortaya çıkabildiği gibi ve anksiyete de korku olmadan bulunabilmektedir. Klinik olarak, kişinin bir duruma tepkisinde her ikisinin de birlikte olabileceği, örneğin; cerrahi ile karşı karşıya olan bir bireyin ağrı korkusu ve olası bir kanser tanısından dolayı da anksiyete yaşayabileceği ifade edilmektedir. Bu iki duyuşsal yanıt arasındaki farkın, korkunun akut ve anksiyetenin ise kronik olduğu belirtilmektedir (Cüceloğlu, 2005:291).

Kocabaşoğlu'nun da ifade ettiği üzere anksiyete tetikte olunması için gelen bir uyarıdır. Yaklaşan tehlikeler için uarmakta ve kişinin tehdit ögesi ile baş etmek üzere önlem almasını sağlamaktadır. Korku da benzeri bir uyarıdır; ancak korku dışarıda bulunan, bilinen, açık seçik olarak tanımlanabilir ve kökeni iç çatışmaya dayalı olmayan bir tehdide karşı gösterilen bir tepkidir. Oysa anksiyete, bilinmeyen, içten gelen, belirsiz ya da kökeni iç çatışmaya dayalı olan bir tehdide karşı gösterilen bir tepkidir (Öztürk,1997:33).

Anksiyete; endişe, aşırı heyecan, huzursuzluk, çabuk yorulma, düşünceleri yoğunlaştırmada güçlük, kas gerginliği, uyku bozukluğu, unutkanlık, dalgınlık, panik anında karar vermede güçlük, solunum sıkıntısı, çarpıntı, boğulma duygusu, göğüs ağrısı, sıkıntı duygusu, baş dönmesi, düşme ya da bayılacak gibi olma duygusu, depersonalizasyon, derealizasyon, kontrolünü kaybetme ya da çıldırma korkusu, ölüm korkusu, terleme, titreme, sarsıntı, uyuşma, karıncalanma, üşüme, ateş basması, bulantı, abdominal sıkıntı, karabasan görme gibi durumlara neden olabilir (Doğan, 1996:132).

Anksiyeteyi dış tehdit ve tehlikelerin varlığında oluşan stres tepkisi biçimiyle veya geleneksel tanımdaki somut bir neden olmaksızın içsel tehdit ya da tehlikeler nedeniyle ortaya çıkan daha endojen biçimiyle, iki farklı kalitede yaşanan, karışık, hoş olmayan bir duygu durum hali ve fizyolojik belirtiler kümesi olarak ele almak mümkündür. Anksiyete ister reaktif ister endojen olsun hayatımızın kaçınılmaz bir parçasıdır. Somut bir neden olmaksızın ortaya çıktığında da bu nedenle normal sayılabilmektedir. Patolojik oluşuna götüren şey ise, genellikle anksiyetenin yaşanması değil, süresi ve şiddetiyle ilgili olarak ortaya çıkardığı işlev bozuklukları ve buna bağlı olarak da gündelik hayat akışını bozmasıdır. Süre ve şiddete ek olarak ortaya çıkabilen kaçınma davranışları, obsesyon ve takıntılar da patolojik düzeydeki anksiyetenin sonuçlarıdır diyebiliriz (Beck ve Emery,2011:11-12).

Anksiyetenin oluşumunda çeşitli faktörlerden söz etmek mümkündür. Entelektüel yaşam içinde, iş hayatı, meslek sorumluluğu, sosyal yaşamın ve kişinin kendi egosunun beklentisi çerçevesinde, insan duygusal yönünü içinde duymasına karşın, yaşamına yansıtamayabilir. Yani kişi mantıksal düzeydeki gerçekleri paylaşmanın yanı sıra, duygusallığını yaşama ve paylaşmada doyum sağlayamayabilir. Bu psikolojik stres de kişiyi duygusal yönden etkileyip, anksiyete oluşturabilir (Kozacıoğlu,1995:92).

Anksiyete her insanın hayatının birçok bölümünde farklı nedenlere dayanarak yaşadığı deneyimdir, bireyin benliğine ya da fiziksel bütünlüğüne yönelik bir tehdit algıladığı durumda ortaya çıkmakla birlikte, her türlü tehlikeyi savuşturmak için sıklıkla kullandığı bir savunma düzeneğidir. Anksiyete strese verilen tepkinin önemli bir parçasıdır ve kişiyi bir tehlike anında harekete geçmeye hazırlar. Bu çerçevede, normal anksiyetenin yaşamsal, koruyucu ve dış dünyayla kurulan ilişki sürecinde de gerekli bir deneyim olduğu söylenebilir. Ayrıca orta düzeyde yaşanan bir anksiyetenin bireyi yeni deneyimler öğrenmeye ve başarılı olmaya yönlendirmesi ya da problem çözme becerilerini arttırmasına yol açması sebebiyle bir motivatör olduğu söylenebilir. Fakat günlük yaşamda karşılaşılan birçok durumda olağan bir yaşantı sürecini ve duygusal durumu ifade eden anksiyete bazen beklenenden daha fazla ya da şiddetli olur, gereğinden daha uzun bir süre devam eder ve belki de en önemlisi kişinin gündelik hayatının farklı alanlarındaki davranışlarının ketlenmesine veya bozulmasına neden olur. Kişi yaşadığı anksiyeteyle başa çıkabilmek için belirli durum, ortam ya da nesnelere kaçınma davranışı gösterir ki bu da kişinin hem iş, hem özel hem de sosyal hayatını son

derece kısıtlayıcı ve olumsuz etkileyici bir sürece dönüşür. Anksiyete artık normallikten çıkmış, patolojik bir hal almıştır (Solmuş, 2011:221-222).

Anksiyete, tehlike karşısında organizmayı korumaya yönelik savunma mekanizmalarını harekete geçirecek bir duygudur (Çoğulu, 2005:46). Asıl amacı yaşamın sürdürülmesi, uyum davranışının gelişiminin sağlanması olan bu duygu yardımıyla, bilinmeyen, yeni ya da tehlikeli uyaranlardan sakınma ve baş etme gibi davranışlar görülür (Kaplan, 2007:114).

2.2.2. Anksiyetenin Etiyolojisi

Anksiyetenin etiyolojisinde genetik belirteçlerin önemli rol oynadığına dair birçok kanıt vardır. Özellikle panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk ve daha geniş bir tanımlamayla nörotizm ve zarardan kaçınma gibi anksiyete özelliklerine duyarlılığa neden olan genler araştırılmaktadır. Alkolizm, otizm ve yeme bozukluklarında olduğu gibi anksiyete bozukluklarında da çevresel faktörlerle bağlantılı genetik yatkınlık olduğu düşünülmektedir. 1980'lere kadar psikodinamik ve bilişsel teoriler anksiyete bozukluklarının etiyolojisinin açıklanmasında ağırlık taşımıştır. Bu teoriler önemini korurken, son yıllarda ilgi, etiyojide genetiğin yerine odaklanmıştır (Arnold et al., 2004).

2.2.2.1. Psikodinamik Görüş

Bu görüşe göre, anksiyete bireyin kendi içinden ve dış ortamdan kaynaklanan tehditler sonucu benlikte ortaya çıkan bir gerginlik durumudur. Çocukluk yıllarından başlayarak bastırılmış duygular, istekler, dürtüler, yaşantılar sonraki yıllarda tekrarlayarak bireyin benliğini rahatsız eder. Benlikle (ego), alt benlik (id) ve üst benlik (süper ego) arasında bir iç çatışma ortaya çıkar. Bu çatışma bireyde anksiyete yaratır. Anksiyete benlik için bir tehlike habercisidir ve benlik çeşitli savunma düzenekleriyle anksiyeteyi yatıştırmaya çalışır. Örneğin, anksiyete bir başka nesne ya da duruma aktararak benlik rahatlatılmaya çalışılır (Doğan,1996:132).

2.2.2.2. Kişilerarası Görüş

Bu görüşe göre, anksiyete insanların birbirleriyle ilişkilerinden kaynaklanır. İnsan başkaları karşısında başarısız olduğunda ya da beğenilmediğinde güven duygusu azalır, benlik saygısı düşer ve anksiyete duygusu yaşar (Babaoğlu,2002:56). Anksiyete erken dönemlerdeki anne bebek ilişkisinden kaynaklanır. Anne bebek ilişkisinin bozuk olduğu bireyler, yaşamlarının sonraki yıllarında kişilerarası ilişkilerinde bir güçlükle karşılaştıklarında anksiyete yaşarlar (Doğan,1996:132-133).

2.2.2.3. Davranışçı Görüş

Bu görüşe göre, anksiyete doğuştan acı ya da ağrıdan kaçma dürtüsü temelinde gelişmiş bir duygusal yaşantıdır. Öğrenme kuramcıları erken yaşam dönemlerinde yoğun korkular ve stresli olaylar yaşayan bireylerin sonraki yaşamlarında yüksek düzeyde anksiyeteye eğilimli olduklarını öne sürerler (Doğan,1996:133). Bu konuda özellikle anne babaların tutum ve davranışlarının etkili olduğu, her stresli durumda anksiyete yaşayan anne babasını gören çocuğun, benzer durumlara, benzer davranışlar geliştirdiği belirtilir (Doğan,1996:132).

2.2.2.4. Biyolojik Etkenler

Son yıllarda biyolojik etkenlerin anksiyete bozukluklarının ortaya çıkmasındaki rolü daha çok anlaşılmış ve daha çok önem kazanmaya başlamıştır. Bu bozukluklar genetik, nörofizyolojik ve biyokimyasal düzeneklerin etkisi araştırılmaktadır. Ancak bu düzeneklerin etkisi araştırılmaktadır. Bu düzeneklerin anksiyete bozukluklarıyla ilgisi yeterince açık değildir (Doğan,1996:134).

2.2.3. Anksiyete Nedenleri

Anksiyete çoğu zaman fikir, düşünce ve duyguların bireyin benlik bütünlüğünü tehdit ettiği zaman ortaya çıkan ruhsal ve duygusal çelişkilere bağlı olarak oluşur. Aynı zamanda bireyin biyolojik veya sosyal çevresindeki herhangi bir şeyin benlik bütünlüğünü tehdit etmesi de anksiyetenin kaynağını oluşturabilir (Işık ve Taner, 2006:18-19);

- Biyolojik, psikolojik ve/veya sosyal bütünlüğe olan tehditler,
- Dayanma mekanizmalarının/kaynaklarının efektif olmayan kullanımı,
- Dayanma stratejilerinin tüketilmesi,
- Dayanma yeteneklerini asan stres düzeyleri,
- Umutsuzluk,
- Güçsüzlük,
- Gerçekçi veya ulaşılabilir olmayan ihtiyaçların/beklentilerin karşılanmaması,
- Uzun dönemli hastalığa cevap, hospitalizasyon,
- Özgüvene tehdit,
- Biyolojik, psiko-sosyal ve çevresel faktörler anksiyetenin nedenleri olarak sıralanabilir.

2.2.4. Anksiyete Belirtileri

Anksiyetede negatif duygu durum, kötü bir şeyin meydana geleceğini önceden hissetme ve gerilimin somatik ifadeleri (örneğin; terleme, solunum güçlüğü gibi) belirgindir. Anksiyete belirtileri ani başlangıçlı veya giderek sıklaşan ve yoğunlaşan tarzda olabilir. Kişi kendisinde oluşan belirtileri genellikle gerçeğe uygun bir şekilde yorumlayabilir. Belirtiler ego distonik niteliktedir. Anksiyete belirtileri çok hafif tedirginlik ve gerginlik duygusundan, panik derecesine varan değişik yoğunlukta olabilirler.

Yoğun anksiyete durumunda hasta sözel olarak artmış kas geriliminden, ellerindeki ve ayaklarındaki sık karıncalanma hissinden, duygusal duruma neden olan etkeni tanımlayamamadan, uykusuzluktan, konsantre olamadıklarından, gastrointestinal rahatsızlıklardan, üriner semptomlardan (*sık idrara çıkma gibi*), selektif dikkatsizlikten, selektif seçicilikten, çevresel rahatsızlıklardan (*objelerin gerçekten farklı görünmesi*) ve disosiyasyondan bahseder. Hasta; psiko-motor ajitasyon, gergin ve endişeli yüz ifadesi, hipervigilans (*artmış uyanıklık*), ani tepkiler, distraktibilite (*çelinebilirlik*), bölünmüş uyku paterni, diaforesis (*terleme*), hiperrefleksi, taşikardi, regresif davranışlar, yüksek sesle hızlı konuşma, kognitif yeteneklerde azalma (*karar verme, içgörü, problem çözme*), benlik koruyucu mekanizmaların uygunsuz kullanımı ve kaçma davranışları sergiler (Şensoy, 2006:56-57).

Anksiyete durumu tek başına bir psikiyatrik bozukluk olabileceği gibi, fizyolojik fonksiyon bozukluğuna, depresyon gibi bir diğer psikiyatrik hastalığa ya da ilaçlar nedeniyle ikincil olarak gelişmiş de olabilir. Fiziksel hastalığın getirdiği engellemeler, çaresizlik, yeterliliğin kaybı kaygısı, vücut oran ve kısımlarının zedeleneceği endişesi, ölüm korkusu, hastalığın anlam, önem ve sembolik öznel algısı ve çeşitli gerçek ya da bireysel algılanmış tehlikeler kişide anksiyete yaratır. Ciddi akut, yaşamı tehdit eden ve organ kaybına yol açan hastalıklarda anksiyetenin daha yaygın olduğu bildirilmiştir (Sadock ve Sadock,2008:225-226).

2.2.5. Anksiyete Kuramları

Anksiyete, iki kuramsal yaklaşımla ele alınmaktadır. Bunlardan ilki bilişsel kuramdır. Bilişsel kuramı ile insan davranışının gelişiminde anksiyetenin önemini ilk vurgulayan kuramcı Sigmund Freud'tur. Anksiyeteyi ilk önceleri (1895 yılında) libidonun yoksunluğu ve doyumsuzluklardan doğduğunu belirterek, anksiyetenin geleceğe yönelik bir endişe duygusu olduğu halde, temel kaynağı geçmiş yaşama ilişkin çatışmalardan oluşan karmaşık görüntüler olduğunu ileri sürmüştür. 1923 yılında Freud, ikinci anksiyete kuramında anksiyetenin, tehlike durumunda korunmanın işaret olduğunu ileri sürdüğü, daha sonra ise, egonun bastırılması ile ortaya çıkan bir iç tehlike olarak kabul ettiği bildirilmektedir (Özer, 1999:20-21).

Freud'a göre anksiyete; objektif, nörotik ve moral anksiyete olarak ele alınmaktadır (Öz, 2004:56-57).

Objektif veya Gerçek Anksiyete:

Herhangi bir tehlike veya tehdit karşısında geçici olarak oluşur. Kişinin uyanık olmasını sağlayarak adaptasyonu kolaylaştırır. Tehlike kaynağı bireyin dışındadır. Bu tip anksiyete gerçekçi ve normal olarak algılanır. Yaşam boyu bireyler tarafından zaman zaman deneyimlenir. Gerçek bir tehlike veya tehdit söz konusu olduğu için baş etmede nörotik savunma mekanizmalarına ihtiyaç yoktur. Tehlike ve tehdit bittiğinde anksiyete de ortadan kalkar.

Bazı durumlarda tehlike ve tehdit insan yaşamı için güven kaybettirici olabilmektedir. Anksiyete bireye yük olan ve zarar veren bir durum olabileceğinden birey, anksiyete ile mücadelesinde de yetersiz kalmakta ve yaşam şekli anksiyeteyi engeller nitelikte ise davranış bozuklukları ortaya çıkabilmektedir.

Nevrotik Anksiyete:

Tehlike kaynağı bireyin içinde olup, içgüdülerin özellikle bastırılmış saldırganlık güdülerinden oluşmalıdır. Bireyin bastırılmış cinsel ve saldırganlık duygularından oluşan bir iç tehlikeden kaynaklanmakta olup, patolojik bir durumdur.

Freud'u izleyenlerden Sullivan, anksiyete oluşumunda kişiler arası ilişkiye önem vermiştir. Ona göre insan, bir yandan sevgi, yakınlık gereksinimleri, diğer yandan bağımsızlık gereksinimi yaşayan bir varlıktır. Sullivan, kişinin, önemli olarak kabul edilen kişilerce onaylanmayacağı ya da reddedileceği beklentisinin anksiyete oluşumundaki rolü ile bastırılmış düşmanlık duygularının öneminden söz eder. Savunma düzeneklerine *kendilik sistemi* kavramıyla yaklaşır, bireyi kendine zarar verecek olan anksiyeteden korumaya yönelik olarak kullanılan ruhsal düzeneklerden söz eder. Bunlar bazı olaylar ya da dürtülerin bilinçten uzaklaştırılması amacıyla, farkındalığın kontrol edilmesini temel alırlar. Seçici dikkatsizlik, yer değiştirme ya da çözülme gibi, gerçekliği bozarak anksiyeteyi azaltırlar (Sümeli, 1997:453-454).

Moral Anksiyete:

Bireyin duyduğu içsel suçluluk, utanma, vicdan azabı gibi duyguların yarattığı manevi bir sıkıntı durumudur. Bireyin düşünce, duygu ve belleğindeki çelişkiler ve çatışmalar sonucu ortaya çıkarmaktadır.

Anksiyete ile ilgili ikinci kuram ise *koşullama* kuramıdır. Koşullama kuramının temsilcileri olan Miller, Spencer ve Taylor ise, anksiyetenin oluşumundan çok nasıl yayıldığı üzerinde durmuşlardır. Bu kurama göre, anksiyetenin normal veya patolojik olma özelliğini, tehdit duygusunun kaynağı değil yoğunluğu, süresi, dış tehlikenin önemi ve derecesi belirlemektedir. Bu kuramda ayrıca anksiyetenin davranışlar üzerinde olumlu etkileri olduğu belirtilmektedir (Öztürk, 2004:343).

Durumluluk ve sürekli anksiyete olarak ayrıldığı Spielberger'in iki etmenli kuramına göre, gerçek bir tehlike veya tehdidin bulunduğu çevresel koşullar karşısında oluşan bireyin karmakarışık coşkusal tepkilerinin anlatımı, *durumluk anksiyetesi (state anksiyetesi)*'dir. Burada tepki, çevresel tehdidin ortadan kalkması ile biter. Buna karşı bireyin huzursuzluk, endişe, karamsarlık duyguları aşırı duyarlılık ve yaygın coşkulu tepkilerde bulunma eğilimi göstermesine de *sürekli anksiyete (trait anksiyete)* denilmektedir. Bu durum zamanla değişmez. Anksiyeteyi, şiddetine göre değişebilen bir durum ya da karmaşık bir yanıt olarak ele alan Spielberger ve bireysel farklılıkların bulunduğu bir kişilik özelliği olarak açıklamaya çalışmıştır (Şensoy, 2006:76-77).

Eric Fromm'a göre, anksiyetenin kaynağında toplumsal ve kültürel faktörler önemli rol oynamaktadır. Hızla gelişen teknoloji ile kişilerarası rekabet artmış, birey kendisini yalnız ve güvensiz hissetmeye başlamıştır. Belli bir noktaya gelen bu durum ise, anksiyeteye neden olmaktadır. (Koroğlu, 2006:93-94).

Adler'e göre normal anksiyete objektif bir yetersizliğin bilincidir ve bireyin kendisini kanıtlama dürtüsünün engellenmesine bağlı olarak oluşmaktadır. Stack ise anksiyetenin, kişilik kavramı ve başkalarına bağımlılık ile ilgili olduğunu ifade etmektedir. (Öz, 2004:78).

Gençtan, anksiyetenin bireyin algılamasını ve öğrenmesini etkileyeceğinden; öğrenmede hafif ve orta düzeyde yaşanan anksiyetenin güdeleyici olacağından ve bireyin başarısı için motivasyonunu artıracığından söz etmektedir. (Gençtan, 2000:132) . Freud'la aynı görüşü paylaşan, güçlü bir içgörü yeteneğine sahip ve psikoterapi alanında önemli katkıları olan Otto Rank, anksiyetenin kaynağı üzerinde durarak bunun doğum travması süreciyle ilgisini belirtmiştir. Çocuğun ilk anksiyeteyi, yaşamla karşılaştığında hissettiğini ve bu anksiyetenin, daha sonra yerleşecek anksiyetelerin çekirdeğini oluşturacağını ifade eden Rank, ayrıca yetişkinin yaşam ve ölüm anksiyetesi üzerinde de durmuştur. Bunlardan birincisi izole birey olarak yaşama korkusu, ikincisi ise geriye dönerek bireyin kaybolma korkusudur. Rank ayrılma anksiyetesine de dikkat çekmiştir. (Gençtan, 2000:133-134) .

Karen Horney, insanın düşman bir çevre içinde doğduğunu ve yalnızlığını algıladığı andan başlayarak sıkıntısının da farkına vardığını söyleyerek, temel anksiyete kavramını ortaya atmıştır. Örneğin, çocuk küçük yaşta duygusal yoksunluk içinde ise, bu ona yalnız kalma korkusunu, ümitsizlik, düşmanca duygular vermekte ve anksiyeteye dönüşmektedir. (Öztürk,2002:79).

Harry Sullivan'ın anksiyeteyi, herhangi birinin güvenliğine karşı olan gerçek ya da hayali tehditler sonucu oluşan bir gerginlik deneyimi olarak kabul ettiği bildirilmektedir. Ona göre, başkaları tarafından kabul görmek güveni, görmemek ise anksiyeteyi yaratmaktadır. (Şensoy, 2006:65).

2.2.6. Anksiyete Düzeyleri

Anksiyete düzeyi günlük yaşam deneyimlerine ve bireysel özelliklere göre, değişebilmektedir. Anksiyete belirtileri çok hafif tedirginlik ve gerginlik duygusundan, panik derecesine varan değişiklik yoğunlukta olabileceğini belirten Hay, anksiyeteyi dört düzeyde tanımlamaktadır. (Kılıç, 2006:147).

Hafif Anksiyete:

Bireyin gördüğü, duyduğu ve etrafında olup bitenden haberdar olduğu, öğrenme düzeyinin, yaratıcılığın arttığı ve duyarlı, katılımcı olduğu gözlenmektedir. Buna bağlı olarak problem çözme yeteneği fazladır. Konuşma hızı ve şiddeti, konuşma içeriği ile uyumludur.

Orta Düzeyde Anksiyete:

Bireyin algılama, kavrama ve iletişim becerileri azalmakta, anksiyete yaşamasına neden olan olayı algılama düzeyi artmaktadır. Çevreye ilgisi azalmıştır. Hafif düzeyde anksiyete yaşayan bireylere göre, problem çözme yeteneği azalmıştır. Kas gerginliği, kan basıncı, nabız ve solunumda artma, mide şikâyetleri, kalp çarpıntısı, terleme gibi hafif somatik belirtiler görülmektedir.

Yüksek Düzeyde Anksiyete:

Birey çevresinde olup bitenleri algılamada zorluk çekmektedir. Algılama ve kavrama alanı iyice daralmakta olan birey, yaşadığı küçük bir ayrıntı ya da ayrıntılar üzerine yoğunlaşmaktadır. Olaylar ve detaylar arasında ilişki kurmakta zorluklar söz konusudur. Çarpıntı, dispne, dispeptik yakınmalar, baş ağrısı, göğüs ağrısı ve gerginlik vardır. Problem çözme becerisi yok denecek kadar azalmaktadır. (Kılıç, 2006:148).

Panik Düzeyde Anksiyete:

Anksiyetenin en yoğun yaşandığı düzeydir. Bireyin tüm dikkati dağınıktır. Çevresel tehlikelere karşı yanıtızsızdır. Dispne, boğulma, tıkanma hissi, baş dönmesi, baygınlık hissi, çarpıntı, göğüs ağrısı gibi belirtilerin yanı sıra ölüm korkusu ya da kontrol kaybı ile kendini göstermektedir.

Anksiyete düzeyi artıkça; uykusuzluk, reflekslerde artma, ani irkilme, halsizlik, sık idrara çıkma, bulantı- kusma, dikkat eksikliği, unutkanlık, hareketsiz kalamama, terleme, vücut sıcaklığında artma, taşikardi, sinirlilik ve gerginlik gibi belirtiler sıklıkla görülmektedir. (Öz, 2004:73-74).

Hafif ve orta düzeydeki anksiyete, bireyi duruma yoğunlaşma, öğrenme ve problem çözme konusunda motive ederken, yüksek düzeyde anksiyete de, bilişsel işlevler negatif yönde etkilendiğinden, duruma yoğunlaşma ve konular arasındaki ilişkilerin anlaşılmasında güçlükler yaşanmaktadır. Panik düzeyde ise, anlama ve kavrama alanı tamamen daraldığından olaylar ve konular arasında ilişki kurulamaz. Anksiyetesi yüksek olan bireyin öğrenme, kavrama, düşünme, yargılama, karar verme ve sorun çözme yeteneği olumsuz olarak etkilenmektedir. (Şensoy, 2006:62).

Stres yaratan faktörlere uzun süre maruz kalma durumunda bireyi fizyolojik ve psikososyal anlamda olumsuz etkileyen bir diğer duygulanım durumunun anksiyete olduğu ifade edilmektedir. Anksiyete (*kaygı, sıkıntı, endişe*), “stres reaksiyonu sonucu oluşan aşırı enerjiye karşı psikolojik bir tepki” olarak tanımlanmaktadır. Yaşanan anksiyetenin süresi uzun ve şiddeti yoğun olduğu ve şiddeti yoğun olduğu zaman, organizmada fizyolojik, psikolojik ve zihinsel düzeyde değişiklikler meydana gelmektedir. (Davaslıgil, 1994:36).

Anksiyete, bireylerde fizyolojik, psikolojik ve bilişsel değişikliklere yol açmaktadır. Bireyin anksiyetesi ve düzeyini belirleme açısından ipuçları oluşturan değişiklikler aşağıda ele alınmaktadır. (Şensoy, 2006:71-72).

Fizyolojik Değişiklikler:

Sempatik sinir sistemi aktivasyonu ile ilgilidir. Bu belirtiler; kalp atım hızının ve solunum sayısının artması, kan basıncının yükselmesi, ağız kuruluğu, yutmada güçlük, bulantı, kusma, ishal, sık idrara çıkma, terleme, titreme, baş ağrısı ve baş dönmesi, uykusuzluk, bayılma, yorgunluk ve kas gerginliğini kapsar.

Psikolojik Değişiklikler:

Korku, tedirginlik, huzursuzluk, güvensizlik, çekingenlik, çaresizlik, sinirlilik, öfke, depresyon, sersemleme hali, aşırı gerginlik, konsantrasyon güçlüğü, kendini ve başkalarını

eleştirme/suçlama eğilimi, libidoda azalma, kontrolünü kaybetme, iştahsızlık, yorgunluk halidir.

Bilişsel Değişiklikler:

Dikkat ve yaratıcılığın azalması, hatırlama ve karar verme güçlüğü, çevreye karşı ilginin azalmasıdır. (Öz, 2004:84).

Anksiyetenin azaltılması ya da ortadan kaldırılması için uygun bazı yöntemler kullanılmaktadır. Bu yöntemler içerisinde ele alınan her bir girişim anksiyetenin azaltılmasını ya da ortadan kaldırılmasını amaçlar. Bu yöntemler;

Deri Stimulasyon Yöntemleri

Sıcak Uygulama:

Vücudun herhangi bir bölgesi üzerine sıcaklık veren bir maddenin veya aracın uygulanmasıdır. Sıcak uygulamada yaklaşık 40-45° C'lik ısı kullanılmaktadır. Uygulama 15-20 dakika süre ile 2 saat aralıklarla tekrarlanabilmektedir. Her 5 dakikada bir bireyin derisinin durumu ve belirtiler değerlendirilmelidir. Sıcak uygulanan bölgede vazodilatasyon etkisi ile ağrı, anksiyete ve kas gerginliği azalmaktadır. (Yavuz, 2005:135).

Masaj:

Vücudun yumuşak dokularının elle ya da mekanik olarak uyarılmasıdır. (Adnan Kulaksızoğlu, 2006:89). Masaj uygulaması ile ciltte bulunan çevresel alıcılar uyarılmakta ve uyarılar, spinal kord yolu ile beyne ulaşmaktadır. Burada hoş bir duygu yanında genel bir rahatlama sağlanmaktadır. Masajın etkisi kan ve lenf dolaşımının hızlanması, kaslarda gevşeme ve arteriollerde dilatasyon şeklinde kendini göstermektedir. Böylece, anksiyete ve kas gerginliği azalmaktadır. (McRee, 2003:433-447).

Akupunktur:

Vücudun belli noktalarına çelik, gümüş ve altından yapılmış iğnelerin batırılması ile uygulanan bir tedavi yöntemidir. Bu konuda eğitim almış uzman kişiler tarafından

uygulanmalıdır. Akupunktur ile anksiyete ve kas gerginliği azaltılmaktadır. (Taşçı ve Sevil, 2007:181-186).

Psikolojik Yöntemler:

Gevşeme:

Gevşeme yöntemi, düz ve rahat bir şekilde oturarak ya da yatarak derin nefes alıp-verme, derin solunum ve esneme eşliğinde tüm vücut kaslarının ya da belli alanların gevşetilmesidir. Gevşeme düşüncesi ve gerçek gevşemede, korteks uyarılarak rahatlama sağlanmaktadır. Böylece, anksiyete ile açığa çıkan enerji boşalmaktadır. (Akşit ve Cimete, 2001:25-36). Mc. Caffery gevşeme yönteminin yararlarını, stres ve anksiyeteyi azaltma, ağrıdan uzaklaşma, ağrıya neden olan kas gerginliğini hafifletme, yorgunluğu azaltma ve uykuyu kolaylaştırma şeklinde sıralamıştır.

Dikkati başka yöne çekme:

Bireyin düşüncesini anksiyeteden uzaklaştıracak bir aktiviteye yönelmektir. Dikkati başka yöne çekmek amacıyla en çok kullanılan yöntemlerden biri solunum egzersizidir. Solunum egzersizi ile gevşeme ve dikkati başka yöne çekmenin etkisi birleşmektedir. Dikkati başka yöne çekmek için kullanılan diğer yöntemler ise; düşleme, ritmik solunum, şarkı söyleme ya da mırıldanma, müzik dinleme, oyun oynama, konuşma, okuma, televizyon izleme, sayı sayma gibi çeşitli ilgi alanlarını içermektedir. Mizahın da oldukça başarılı bir yöntem olarak vücutta endorfin salgısını arttırdığı gösterilmiştir. (Kulaksızoğlu, 2006:91).

Düşleme:

Düşleme, bireyde kontrol duygusu ve gevşeme sağlayan, dikkati başka yöne çekme yöntemidir. Birey bir düşe konsantre olur ve kendini bu düşe yerleştirir. Düşleme, ritmik solunum ve gevşeme ile birlikte daha etkili olmaktadır. Yapılan çalışmalar, düşlemenin cerrahi girişim uygulanan bireylerde ve iyileşme sürecinde etkili ve yararlı olduğunu göstermektedir. (Kulaksızoğlu, 2006:74).

Müzik dinleme:

Müziğin tedavi edici veya rahatlatıcı etkisi hem sosyal etkileşimleri sağlamakta hem de vücut sistemlerinin işleyişinde değişiklikler oluşturmaktadır. Yatıştırıcı müzik dinlemek, şarkı söylemek, müzik eşliğinde dans etmek, egzersiz yapmak, müzik aleti kullanmak gibi aktiviteler endorfin salınımını uyararak gevşemeyi sağlamakta ve anksiyete düzeyini azaltmaktadır. (Yazgan vd., 2004:68).

Hastalık, hastaneye yatma ve cerrahi girişim, birey ve ailesini tüm insani boyutları ile olumsuz olarak etkileyebilen yaşam deneyimleri olup korku ve anksiyeteyi de beraberinde getirmektedir. Bireylerin, anksiyete ile baş etmelerine yardım amacı ile uygulanacak bakım girişimlerinde, bireysel özelliklerinin yanı sıra yaş dönemlerinin dikkate alınması önemlidir.

2.2.7. Anksiyeteye Yönelik Hemşirelik Girişimleri

Anksiyete bozukluklarının davranışsal değerlendirmesinde birçok yöntem kullanılır. Bunlar; görüşmeler, anket uygulanması, izleme sistemleri ve psikofizyolojik ölçümlerdir.

Kanser hastalarında anksiyete bozukluklarının tanınması ve düzeylerinin ölçülmesi önemlidir. Hastaların anksiyete düzeylerinin belirlenmesinde çeşitli ölçekler kullanılmaktadır. Bu ölçeklerin her topluma ilişkin geçerlilikleri farklılık göstermektedir. Süreksiz Durumluluk/Sürekli Kaygı Envanteri (*State Trait Inventory - STAI*), bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği durumluk kaygı ile bireyin kaygı yaşantısına olan yatkınlığını, içinde bulunduğu durumları genellikle stresli olarak değerlendirilen sürekli kaygıyı değerlendirir. (Öner, 1996:365-366).

Hemşireler anksiyete bozukluğu olan hastalarla çalışırken olumsuz duyguları en aza indirmek için, profesyonel bir yaklaşımla iyimser ve yapıcı davranışta bulunmaya çalışmalıdır. Hemşirenin hastayı anksiyete yönünden değerlendirebilmesi ve hemşirelik tanılarını tespit edebilmesi için iletişime geçmesi gerekir. (Öztürk, 2002:32).

Hemşireler fiziksel bir hastalıkla bağlantılı olarak tüm kliniklerde ve tüm ortamlarda anksiyete yaşayan bireyler veya hastalarla karşılaşabilirler. Bu nedenle anksiyete kavramı çok iyi bilinmeli, bireylerin davranışları çok iyi gözlenmeli ve yorumlanmalıdır.

Stresli olay ya da durumların yarattığı duygusal gerilimi azaltmada ya da bu gerilime dayanmada baş etme becerileri geliştirmek önemlidir. Başa çıkma yolları duygulara odaklanan ve sorunlara odaklanan başa çıkma yolları şeklinde adlandırılmaktadır. Soruna odaklanan başa çıkma yolları; durumu değiştirmeye yönelik aktif, mantıklı, serinkanlı, bilinçli çabaları içerirken, duygulara odaklı başa çıkma yolları; genellikle uzaklaşma, kendini kontrol etme, sosyal destek arama, kabullenme gibi davranışları içermektedir. Stres ve anksiyete yaratan durum ya da olayları gerçekçi bir şekilde değerlendirmek, hastayı bu olay ya da durumlarla başa çıkmada yapılabilecek bir şeyler olduğuna inandırmak, mevcut çevresel destek kaynaklarından yardım almasını sağlamak önemli hemşirelik görevlerindedir. (Tuğrul, 2000:12-17).

Aşağıdaki anksiyete düşürücü stratejilerle hastaya yol gösterilebilir. (Öz, 2004:162-163).

- Progresif relaksasyon (baştan ayağa tüm kasları kasıp gevşetme), strese bağlı kas gerilimini ve anksiyetenin fizyolojik etkilerini azaltır.

- Yavaş, derin nefes alma egzersizleri anksiyeteyi azaltır.

- Odadaki bir kişiye veya tek bir objeye odaklanma, diğer tüm görsel uyaranlardan uzaklaşmayı ve böylece kontrol ve relaksasyon sağlamayı geliştirir.

- Dinlendirici müzik ve relaksasyon kasetleri dinlemek rahat bir çevre sağlayarak anksiyeteyi azaltır.

- Olay veya uyaranların açık hale getirilmesi hastanın dışsal kaynaklı anksiyete yaratacak durumlarla karşılaşmamasında yardımcı olur.

- Hastaya kaynağı olan veya olmayan anksiyeteyi ayırt edebilmeyi öğretmek gerekir. Tanımlanabilen stres kaynaklarından dolayı anksiyete semptomları göstermesi konusunda bilgilendirilen hasta anksiyetesini daha iyi kontrol eder.

- Anksiyeteyi azaltmak için hastaya kafein, nikotin ve diğer uyarıcılardan uzak durmanın önemi anlatılmalıdır.

- Hastaya yaşadığı ılımlı anksiyeteleri tolere edebilmeyi dikkatini düşüncelerini yapıcı tavır ve aktivitelere kanalize edebilmeyi öğretmek gerekir.

- Daha sonra olabilecek anksiyete ve artabilecek semptomları önlemek için reçete edilmiş tıbbi ve psikososyal tedavi planlarını izlemeye ve desteklemeye devam edilmelidir. (Biol, 2005:185).

Anksiyete her bireyin yaşamının belirli dönemlerinde ortaya çıkan kaçınılmaz bir olay olduğundan bir sağlık eğitimcisi olarak hemşirelere büyük görev düşmektedir. Sağlıklı bireylerin ve ailelerin beden ve ruh sağlığının korunması, ruh sağlığı bozulmuş bireylere yardım edilmesi hemşirelerin sorumluluğudur. Bu yardım sürecinde yukarıda açıklanan girişimlerin uygulamalarda kullanılmasının bakım kalitesini artırmada ve yardım edici sürecin işlerliğinin kazandırılmasında yarar sağlayacağı düşünülmektedir. (Öztürk,2002:38).

2.2.8. Cerrahide Anksiyete ve Önemi

Hastalık ve hastanede yatma, insan yaşamını etkileyen önemli olaylardan biridir. Özellikle hastalığın iyileştirilmesi için cerrahi bir girişimin gerektiği durumlar hasta ve ailesinde psikolojik ve sosyal sorunlar meydana getirmekte ve korku, endişe, ümitsizlik yaşamalarına neden olmaktadır. Cerrahi girişimler büyük ya da küçük, acil ya da planlanmış olsun hasta ve ailesi için olumsuz bir yaşam deneyimi olup, beklenmedik olaylara gösterilen tepkiye benzer tepkilere yol açabilir. Her ameliyat kendine özgü sorunlar yaratabilir. Bunun yanı sıra ameliyatın hasta üzerine bazı genel etkileri vardır. Bu etkiler; ameliyata karşı stres tepkisinin oluşması, enfeksiyona karşı direncin azalması, vasküler sistemin bozulması, organ fonksiyonlarının bozulması, beden imajının ve yaşam tarzının değişmesi olarak değerlendirilebilir. (Alper, 2001:113-114).

2.2.9. Ameliyata Karşı Stres Tepkisinin Oluşması

Stres tepkisi, çeşitli fizyolojik ve psikolojik faktörlerin neden olduğu sinirsel ve hormonal değişiklikleri ifade eder. Ameliyata bağlı stres tepkisinin oluşmasında hem psikolojik (*anksiyete, bilinmeyen korkusu vb.*) hem de fizyolojik (*kan kaybı, anestezi, hareketsizlik gibi*) stresörler rol oynar. Stres tepkisinin büyüklüğü stresörlerin büyüklüğü ile ilişkilidir.

Ameliyat için hastaneye yatmak, çoğu kişiler için orta derecede stres yaratabilir. Ameliyat olmayı beklemek ameliyat önce dönemde nöro-endokrin tepkinin gelişmesine yol açabilir ve bu durum hem fizyolojik olarak sözgelimi kalp hızının artması, kan basıncının yükselmesi hem de psikolojik olarak iştahsızlık ve halsizlik belirti ve bulgularıyla izlenir. Cerrahi işlemin kendisi de hastada stres tepkisinin ortaya çıkmasına neden olabilir. Cerrahi travma, hipotalamus aracılığıyla hem hipofizi hem de sempatik sinir sistemini uyararak çeşitli hormonların etkisiyle de stres tepkisinde birbirini izleyen çeşitli kardiyovasküler ve metabolik değişikliklerin ortaya çıkmasına neden olur. Stres tepkisi bedeni ameliyat travmasından korur ve homeostatik dengenin sürdürülmesi, geniş ölçüde stres tepkisinin etkinliğine bağlıdır. Bu tepkinin etkinliği ise, ameliyat olacak kişinin yaşı, fizyolojik ve psikolojik durumu ve stresin süresiyle ilişkilidir. (Öztürk,1997:33).

2.3. Ağrı

Ağrı, organizmanın zedelenmeye karşı gösterdiği savunma mekanizması olarak ortaya çıkan bir deneyimdir. Organizmanın içinde veya dışından kaynaklanan nedenler ile ağrı gelişebilir. (Karadakovan ve Aslan, 2010:67).

Tüm insanların yaşamları süresince zaman zaman yaşadığı, insanların yardım aramalarına yol açan subjektif bir deneyimdir. Ağrı bireyin günlük yaşam aktivitelerini engelleyerek, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen ve yalnızca onu yaşayan birey tarafından tanımlanabilen soyut bir kavramdır. Ağrı vücut için koruyucu bir mekanizmadır. Herhangi bir doku hasarı olduğunda ağrı uyarımı kişinin tepki vermesine neden olur. Ağrı

hastaneye yatan hastaların büyük çoğunluğunun ortak yaşadıkları bir deneyimdir ve sürekli değerlendirilmesi gerekir. (Erdine, 2003:124).

Bireyin yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkiye sahip olan ağrı öznel olduğu için anlaşılması ve tanılanması oldukça zordur ve yalnızca ağrıyı yaşayan bireyin ifadelerinden veya davranışlarından anlaşılır. Ağrı yoğunluğu ve özelliğine göre değişiklik gösterir, biyofizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, politik ve ekonomik gibi değişkenlerden etkilenir. (Manias, vd., 2005:18-29).

Evrensel bir deneyim olan ve yüzyıllardır insanoğlunun tanımlamaya çalıştığı ağrı kavramının günümüzde en geçerli ifadesini Uluslararası Ağrı Araştırmaları Örgütü (IASP) yapmıştır. Bu tanıma göre ağrı, “var olan ya da mümkün doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile açıklanabilen, hoş gitmeyen duysal ve duygu durumsal bir deneyimdir.” (Arslan, 2002:9). Dolayısıyla ağrı, hoş gitmeyen duygusal bir duyum olduğu için her zaman öznelidir. Ağrı tanınması yaparken ağrının fiziksel boyutunun yanı sıra öznelliği de göz önünde bulundurulmalı ve bu konuda hastanın ağrı bildirimini esas alınmalıdır. Bunun yanı sıra, her zaman ağrı ile ilgili organik bir neden belirlenemeyebilir. Bu tip ağrıları hemen “psikojenik kökenli ağrılar” olarak tanımlamak doğru değildir. Ağrılı uyarana karşı verilen yanıt, insanın geçmişteki yaşam biçimi, kültürü, bulunduğu çevre, eğitim ve cinsiyet gibi birçok etkene bağlı olarak değişkenlik gösterir. (Kanner, 2005:1-2).

Ağrının klinik olarak en yararlı tanımını Mc Caffery yapmıştır: “ağrı; hastanın söylediği şeydir, eğer söylüyorsa vardır.” (Yürügen, 2001:1-6). Bu tanım, bireyin sözlü ya da sözsüz ağrı ifadesini yeterince kapsamakta, ağrı yönetiminde çok önemli olan güven ilişkisini geliştirmek için hastaya inanılması gerektiğini göstermekte ve ağrının bireyselliğini vurgulamaktadır.

Ağrı, çok farklı nitelik ve şiddette ortaya çıkabilen sübjektif bir deneyimdir ve her zaman kişiye öznel olduğundan kişiden kişiye büyük farklılıklar taşır. (Erdine, 2003:16) .Aynı şiddetteki ağrılı bir uyarın, kişiden kişiye değişen şiddette ağrı oluşturduğu gibi, aynı kişide bile değişik şartlarda değişik şiddette ağrı oluşturabilmektedir. (Özyalçın, 2005:3). Ağrı çok boyutlu bir kavramdır; nörofizyolojik, biyokimyasal, psikolojik, etnokültürel, dinsel, bilişsel, ruhsal ve çevresel bir durumdur. Kişi bu deneyimi, yaşamı boyunca karşı karşıya kaldığı ağrılı uyarınlarla kazanır.

Ağrı algılanmasının başlangıç noktası primer afferent nosiseptörlerdir. Nosisepsiyon ağrı anlamında kullanılmaktadır. Periferde bulunan ağrıya hassas nosiseptörlerin (özelleşmiş sinir uçları) aktivasyonu veya hasar görmüş dokudan salınan mediyatörler tarafından, medulla spinalise afferent iletimi ve dorsal boynuz üzerinden yüksek merkezlere ileti aşamaları ile gerçekleşir. (Aydın, 2002:39). Ağrı dört aşamada algılanır;

Ağrının hissedilmesi (Transdüksiyon): Sinirlerin sensoryal uçlarında, stimulusun elektriksel aktiviteye dönüştürüldüğü aşamadır.

Ağrının iletilmesi (Transmisyon): İlgili yapılardaki bilginin santral sinir sistemine iletilmesidir. İletimde sinirsel yollar 3 bileşenden oluşur; (Aydın, 2002:41).

- a) Primer sensoryal afferent nöronların, elektriksel aktiviteyi spinal korda iletmeleri
- b) Uyarının spinal kordda, ascendan ileti sistemi ile beyin sapı ve talamusa iletilmesi
- c) Talamokortikal projeksiyon.

Ağrının düzenlenmesi (Modülasyon): Transmisyon iletinin inen nöral yollar ile azaltılmasıdır.

Ağrının algılanması (Persepsiyon): Bireyin psikolojisi ile etkileşimi ve öznel duygu durum deneyimleri sonucu gelişen, uyarının algılandığı son aşamadır.

Birçok kişi, doku hasarı ve fizyopatolojik değişiklik olmadan da ağrı duyduğunu belirtir. Bu ağrı, vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan sensoryal bir duyu olarak algılanır, emosyonel öğeler taşır. Bu duyumu, doku hasarı ile birlikte olan duyumdan ayırt etmek mümkün değildir. Hasta, bir duyuyu ağrı olarak tanımlıyorsa, hemşire de bunu ağrı olarak kabul etmelidir. (Özyalçın, 2005:21). IASP Sınıflandırma Komitesi, ağrının sadece duyu reseptörleri ve duyu yollarındaki uyarılma ile ortaya çıkmadığını, hemen her zaman psikolojik bileşenlerin eşlik ettiğini belirtmektedir.

Ağrı mekanizmasını açıklayan *kapı kontrol teorisi* ve *endorfin teorisi* günümüzde en fazla kabul gören teoriler olarak bilinmektedir.

Kapı kontrol teorisi;

Wall ve Melzack tarafından 1965 yılında ortaya atılan ve ağrı algılanmasının sinir sistemi tarafından değiştirilebilen kompleks algılayıcı bir deneyim olduğunu ileri süren kapı kontrol teorisi bugün de geçerliliğini sürdüren bir teoridir. Bu teoriye göre, ağrılı uyaranlar ağrı şeklinde algılanmadan önce kapı kontrol mekanizması ile modüle edilmektedir. Kapı kontrol teorisinin üç önermesi vardır. Ağrının varlığı ve şiddeti nörolojik uyarıların geçişine bağlıdır, sinir sistemindeki kapı mekanizmaları ağrı geçişini kontrol eder, eğer kapı açık ise ağrılı uyaranlar bilinç düzeyine ulaşır kapalı ise ulaşamaz ve ağrı hissedilmez. (Karşlı, 2005:62-63).

Bireyin ağrıyla ilgili geçmiş deneyimleri, baş etme mekanizmaları, telaş, korku ve anksiyete gibi etkenler de ağrı impulslarının iletimini arttırmakta ve azaltmada etkilidirler. Ağrıyan bölgeye masaj yapılması, sıcak-soğuk uygulama, tedavi edici dokunma, akupunktur, Transkutan sinir stimülasyonu (*Transcutaneous Electrical Stimulation; TENS*) gibi özel deri uyaranları kapı kontrol teorisinin çalıştırılmasına ve bu yolla ağrının azaltılmasına örnek verilebilir. Bireyin korku, anksiyete yaşaması gibi durumlarda kapı açılabilir ve bireyin ağrıyı algılaması artabilir. Böyle durumlarda bilişsel yöntemlerin (*gevşeme, dikkati başka yöne çekme vb.*) kullanılması kapının kapanmasına yardım eder. (Kayhan, 1997:759-760).

Endorfin teorileri;

1970'li yıllarda yapılan çalışmalarda, vücudun narkotiklere benzer, endorfinler ya da endojen opioidler adı verilen ve içinde morfin olan doğal maddeler salgıladığı bulunmuştur. Endorfinler, ağrılı uyarının geçişini bloke etmek, uyarıların bilinç düzeyine ulaşmasını önlemek için beyin ve spinal kord sinir uçlarındaki narkotik reseptörlere tutunarak periferik sinirlerle medulla spinalise giren ağrı sinyallerini bloke edebilmektedir. Yapılan çalışmalarda endorfin düzeylerinin azalmasında uzun süreli ağrının, tekrarlayan stresin, morfin ya da alkolün uzun süre kullanımının, artmasında ise hafif ağrı ve stresin, fiziksel egzersizin, yoğun travmanın, akupunktur tiplerinin, TENS uygulamalarının ve cinsel aktivitenin etkili olduğu tanımlanmıştır. (Kocaman, 1994:175-176).

Ağrının kontrol edilebilmesi için iyi bir tanımlama gerekmektedir. Hastadan iyi bir öykü alınması, ağrı nedeni, ağrının süresi, ağrının tipi ve bölgesi hakkında bilgi edinilmesini sağlar. (Karadeniz, 2008:162-163)

Ağrı değerlendirilmesinde dikkat edilmesi gereken durumlar;

- Hastanın ağrı ifadesi ve ağrıya karşı geliştirdiği davranışsal tepkilere 6n yargıyla bakılmamalı,
- 6lç6m6n amacı belirlenmeli,
- 6lç6m y6ntemi hasta ve klinisyene minimal y6k getirmemeli,
- Farklı değerlendirme y6ntemleri kullanılmalı, y6ntem hastanın anlayacağı şekilde basit olmalı,
- Hastaya ve ağrı nedenine ilişkin g6venilir ve tama yakın bilgiler hemen sağlanmalı,
- Ağrı değerlendirmesinde multidisipliner ekip yaklaşımı, herkesçe benimsenen ve farklı yorumlara neden olmayan ağrı 6lçekleri kullanılmalıdır.

Ağrı değerlendirmesinde en g6venilir g6stergenin hastanın kendi ağrı ifadesi olmasına karşın, ağrıların anlatmada, tanımlamada g6çl6k çeken ya da tanımlayamayan hastalarında olacağı unutulmamalıdır. Bu nedenle gerçekte ağrısını bildiremeyecek olan hastalar ile bildirmek istemeyenler iyi ayırt edilmeli, olası ağrı nedenleri ve hastanın durumu g6z 6n6nde bulundurularak değerlendirme yapılmalıdır. (Aslan ve Karadakovan, 2010:192).

2.3.1. Ağrı Sınıflaması

Ağrı çok boyutlu bir kavram olduğu için sınıflandırılması da karmaşıktır. Ağrının en sık kullanılan sınıflaması; fizyolojik-klinik, başlama s6resine g6re ve kaynaklandığı b6lgeye g6re olmak 6zere 6 başlık altında toplanmaktadır. (Aydın, 2002:37-38).

2.3.1.1. Fizyolojik-Klinik Ağrı Sınıflaması

Fizyolojik ağrı, yoğun ağrılı uyarana karşı koruyucu bir tepkidir. Ateşten ya da v6cuda zarar verecek, hasara yol açacak uyarılardan kaçmak için nosisept6rlerin uyarılması ile

birlikte bir kaçma kurtulma tepkisi başlar. Dolayısıyla fizyolojik ağrı vücut için hem bir koruma hem de uyarı sistemidir. (Biol, 2005:49).

Klinik ağrıda ise, olaya birçok fizyopatolojik süreç dâhil olmaktadır. Deri ve başka dokulardaki ağrı alıcılarının tümü serbest sinir uçlarıdır. Uyarılar bu alıcılarda spinal korda taşınır, oradan da spinoalamik kanallarla beyne iletilir. Ağrı duyulur, düşünce bilgi ve geçmiş deneyimlere dayanılarak ağrı kaynağının yeri bulunur ve davranış geliştirilir. (Kayhan, 1997:759).

Ağrı algılanması periferdeki ağrı reseptörlerinin uyarılması ile başlar. Ağrıyı algılayan reseptörlere “nosiseptör” adı verilir. Nosiseptörler, sinir sistemi dışındaki tüm doku ve organlarda bulunan reseptörlerdir. Nosiseptörler mekanik, termal ve kimyasal uyarılara yanıt verirler. Doku hasarı ile ağrının algılanması arasında oluşan elektrokimyasal olayların bütününe “nosisepsiyon” adı verilmektedir.

Vücudun bir bölgesinde doku hasarı olduğu zaman bu hasarın, nosiseptör adı verilen özelleşmiş sinir uçları ile algılanıp, ağrı ileten lifler ile omuriliğe oradan da talamusa iletilen ve serebral korteks tarafından algılanan ağrı nosiseptif ağrı olarak tanımlanır. (Kocaman, 1994:22).

Nosiseptif ağrı, somatik ve viseral ağrı olarak iki alt gruba ayrılır. Bu ikisi arasındaki temel farklılık somatik ağrının duyuşal liflerle, viseral ağrının ise sempatik liflerle taşınmasıdır. Somatik ağrı daha yoğun ve acı vericidir, sızlama, zonklama, basınç hissi, bıçak batar gibi tarif edilir; viseral ağrı ise yaygın ve zor tarif edilebilen bir ağrı olduğundan değerlendirilmesi daha güçtür. (Kanner, 2005:14-15).

Nöropatik ağrı ise, sinir sisteminin herhangi bir bölümünün hasarı ya da hasar olmaksızın disfonksiyonundan kaynaklanan ağrılı bir sendromdur. “Nöropatik ağrı periferik veya santral sinir sisteminin bir lezyonu sonucu gelişir. Nöropatik ağrının en çok kaynaklandığı yerler, periferik sinirler, pleksuslar, dorsal kök ganglionları, omurilik ve beyindir.” (Jale İrdesel, 2005). Eğer lezyon ya da disfonksiyon periferik sinir sisteminde ise sonuç “periferik nöropatik ağrı;” santral sinir sisteminde ise sonuç “santral nöropatik ağrı”dır. Normalde ağrılı olmayan uyarılar da sinir dokusunun hassaslaşmasına bağlı olarak ağrıya yol açabilir (allodini).

“Nöropatik ağrı, ağrı sendromları içinde tedavi edilmesi en güç olanlardan birisidir. Hastalar için etkili olduğu kanıtlanmış terapötik bir ilaç ya da ilaç grubu yoktur. Bir hasta için etkin bir farmakolojik tedavi belirlenmesi zordur. Bunun nedeninin ağrı semptomunun farklı mekanizmalardan kaynaklanıyor olması ve altta yatan mekanizmanın birçok değişik semptomu oluşturabilmesi olduğu düşünülmektedir.” (Ay ve Evcik, 2014:74). Kronik ağrı tiplerindeki gibi hastanın psikolojik sağlığını da etkilemektedir. Genel olarak nöropatik ağrılar opioid ilaçlara nosiseptif ağrıdan daha az yanıt verir. Hastalar, nöropatik ağrıyı zonklayıcı, batıcı, künt, gerilme, oyulma, yanıcı, sızlayan, kemirici, elektriksel ve uyuşma gibi tanımlarla ifade ederler. (Kanner, 2005:23).

Deafferentasyon ağrısı, “periferik veya santral sinir sistemindeki lezyonlara bağlı olarak, somatosensoryal uyarıların santral sinir sistemine iletiminin kesilmesine bağlı olarak ortaya çıkar. Bir anlamda, sinirin elektriksel deşarjında kısa devreler meydana gelmekte ve bu kısa devreler başlı başına bir odak olarak ağrıya yol açmaktadır.” (Kavadar, 2008:5). Talamik ağrılar, fantom ağrıları örnektir.

Reaktif ağrı, “vücudun çeşitli olaylara karşı bir reaksiyonu olarak, motor ve sempatik afferentlerin refleks aktivasyonu sonucu nosiseptörlerin uyarılmasıyla ortaya çıkar.” (Kavadar, 2008:5). Motor ya da sempatik afferentlerin refleks aktivasyonu ile nosiseptörlerin uyarılması sonucu oluşur. Miyofasyal ağrı örnek olarak verilebilir.

2.3.1.2. Süresine Göre Ağrı Sınıflaması

Süresine göre ağrıyı, akut ve kronik ağrı olarak sınıflayabiliriz. Ağrının tıpta ayrı bir dal, algoloji olarak gelişmesinde bu sınıflamanın büyük yararı olmuştur.

Akut ağrı:

Akut ağrı ani başlar ve hastanın hekime başvurması için bir uyarı işlevi görür. Akut ağrı bir doku hasarı ile ilgilidir ve uygun iyileşme süresi sonunda ortadan kalkar. Biyolojik olarak yararlıdır, vücuda zarar veren bir olayın varlığını gösterir. Ani olarak doku hasarı ile

başlayan, neden olduğu lezyon ile arasında yer, zaman ve şiddet açısından yakın ilişkinin olduğu, yara iyileşmesi süresince giderek azalan ve kaybolan bir ağrı şeklindedir. Nedenleri arasında, travma, enfeksiyon, doku hipoksisi ve enflamasyon sayılabilir. Postoperatif akut ağrı en iyi örnektir. Akut ağrının yetersiz tedavi edilmesi, tromboembolik ve pulmoner komplikasyonlara, hastanede kalış sürelerinin uzamasına, ağrı tedavisi için hastaların taburculuk sonrası hastaneye geri dönmesine, hastaların yaşam kalitelerinin bozulmasına ve kronik ağrının gelişmesine neden olabilir. Akut ağrı, üzerinden 3-6 ay süre geçtiğinde kronik ağrı özellikleri gösterir. (Kanner, 2005:12-13).

Akut ağrı bir hastalık tablosu, bir hastalık değil, bir semptomdur. Beraberinde, taşikardi, hipertansiyon, solukluk gibi belirtiler bulunur. Postoperatif ağrı, renal kolik, miyokart infarktüsü, pankreatit gibi akut ağrılı tablolar tekrarlayan ataklarla intermittan özellik kazanmaktadır. (Erdine, 2000:78).

Akut ağrı da kendi içinde beklenen ve beklenmeyen ağrı olarak gruplandırılabilir. Beklenen ağrı, önceden tahmin edilen ve koruyucu önlem alınabilen ağrıdır. Sözgelimi, diş çekimi, doğum ve ameliyat sonrası ağrıları gibi. Çeşitli kırık, yanık ve travmalarda görülen, beklenmeyen ağrı ise ağrı eşiği yüksek olabilir. Bu ağrılarda ilginç bir durum, hastanın her zaman büyük bir ağrı çekmeyebilmesidir. Örneğin, savaşta yaralanan askerler başlangıçta ağrı duymayabilirler. (Yegül, 1993:45).

Akut ağrının hem tıbbi, hem toplumsal sonuçları vardır. Akut ağrının, özellikle postoperatif ağrının dindirilmemesi, hastanın hastanede kalış süresini uzatır, üretkenliğini azaltır ve uzun süre toplum dışı kalmasına yol açar.

Travma sonrasında solunum bozuklukları, hastanın öksürememesi, kalp yükünün artması, kan basıncının yükselmesi ve hayati organların kan akımlarında bozukluklar ortaya çıkabilir.

Kronik ağrı:

Akut ağrılı hastalığın olağan seyrinden veya bir yaralanmanın iyileşme süresinden çok daha uzun aylar, hatta yıllar boyu süren, aralıklarla devam eden ağrıya kronik ağrı adı verilir. “Kronik ağrı, klinik uygulamalarda sık karşılaşılan bir sağlık problemi olarak bulgu olmaktan çok artık bir sendrom haline gelmiştir ve psikiyatrik belirti birlikteliği oldukça fazladır. Kimi

zaman depresif bozukluğun bir belirtisi olabileceği gibi, kimi zaman da fiziksel bir bozukluk olarak kişinin ruhsal dünyasında bozulmalara yol açabilmektedir.” (Tütüncü ve Günay, 2011: 257). Altı aydan fazla süren, kişinin yaşam kalitesini değiştiren, gerek klinik tablo üzerinde gerekse tedavinin etkinliğinde psikolojik etkenlerin rolünün olduğu kompleks bir tablodur. (Kanner, 2005:23).

Bir ağrının kronik ağrı haline gelebilmesi için üç ile altı aylık bir sürenin geçmesi gerekir. Kronik ağrı, kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek, kişileri anormal davranışlara yönettiren, depresyon, anksiyete gibi psikolojik sorunlar da kronik ağrıya eşlik edebilmektedir. Kronik ağrıya kanser nedeniyle meydana gelen ağrılar, osteoartrit, bel ağrısı örnek olarak verilebilir. (Kanner, 2005:14).

Kronik ağrılı çoğu hastada, akut ağrıdaki kadar otonomik cevaplar yoktur. Kronik ağrıda, kişisel ve çevresel faktörlerin de rolü vardır. Hastaya, ailesine, topluma ciddi emosyonel, fiziksel ve ekonomik stresler yükler.

Çeşitli kronik ağrılar akut ağrılardan daha farklı bir biçimde, sanayi toplumlarının sağlık sistemlerinde tedavi maliyetlerini yükselten bir ekonomik boyut kapsar duruma gelmektedir. Dünyada her yıl kronik ağrıya bağlı olarak 700 milyon işgünü ve 60 milyar dolar zarar meydana geldiği öngörülmektedir. Kronik ağrıya bağlı olarak oluşan çeşitli diğer bozukluklar kronik ağrıyı bir hastalık tablosu haline getirmektedir. Kronik ağrılara bağlı olarak (Aksoy,1992:145-146):

- Halsizlik ve bitkinliğe bağlı olan uyku bozuklukları,
- Libido ve seksüel aktivite azalması,
- İştahsızlık ve kilo kaybı,
- Kabızlık,
- Psikomotor bozukluklar,
- İrritabilite artışı,
- Hareketliliğin azalmasına bağlı eklem bozuklukları gibi semptomlar da ortaya çıkar.

Ağrılı hastanın ekip bilinci ile ele alınması hem hastanın ağrısının çok daha kısa sürede dindirilmesini hem de zaman ve maddi açıdan daha az kayba uğramasını sağlar.

2.3.1.3. Kaynaklandığı Bölgeye Göre Ağrı Sınıflaması

Kaynaklandığı bölgeye göre ağrı sınıflaması somatik, viseral ve sempatik ağrı biçiminde yapılır.

Somatik ağrı:

Somatik ağrı, daha çok somatik sinir lifleriyle taşınan, ani olarak başlayan, keskin, iyi lokalize edilen, batma, sızlama, zonklama tarzında ağrıdır (Aydın,2002:38). Sinirlerin yayılım bölgesinde algılanır. Genellikle travma, kırık, çıkık gibi durumlarda görülür.

Viseral ağrı:

Viseral ağrı, iç organlardan kaynaklanan, kolay lokalize edilemeyen, genellikle şiddetli olmayan, yavaş yavaş artan, künt şeklinde ve kramp tarzında, başka bölgelere doğru yayılım gösteren ağrılardır. Bir travma veya hastalığa bağlıdır (Yürügen,2001:1). Pankreas ağrısının sağ omuza yayılması, apandisit ağrısının göbeğe yayılması, miyokarddan kaynaklanan ağrıların sol kola yayılması gibi yansıma bölgeleri vardır. Kan basıncı ve nabız sayısında değişme, kas sertleşmesi ve hiperestezi ile birlikte.

Sempatik ağrı:

“Sempatik sinir sisteminin aktivasyonu ile ortaya çıkan damarsal kökenli ağrıdır (Aydın,2002:38).” Primer hastalık geçtikten bir süre sonra, haftalar hatta aylar sonra başlar, şiddeti gittikçe artar. Deri hassas ve soğuktur. Soğuk ortamda daha da artar. Sempatik ağrıların en önemli özelliklerinden birisi yanma tarzında olmasıdır. Hasta, karda uzun süre çıplak kalındığındaki gibi yanma ile üşüme arasında bir his tanımlar. Ağrı özellikle geceleri artar. Damarlardan kaynaklanan ağrılar, kozalji olarak ifade edilen yanma tarzındaki ağrılar, sempatik ağrılara örnek olarak verilebilir.

2.3.2. Ameliyat Sonrası Ağrı

Bütün büyük operasyonlar hastada ölüm korkusuna neden olur. Ölüm korkusu daha sonra yerini genel bir anksiyete ve ameliyat sonrası ağrı korkusuna bırakır. Artan anksiyete ve korku, ağrı şiddetinin de artmasına neden olur. Ameliyat sonrası ağrı yönetiminde amaç, hastanın rahatsızlığını en aza indirme ya da ortadan kaldırma, yan etkilerden koruma, hastanede kalış süresini azaltma ve ağrıya yönelik yakınmaların tekrarlanmamasını sağlamadır (Arslan ve Çelebioğlu,2002). Ameliyat sonrası ağrı, cerrahi travma ile başlayan, giderek azalan ve doku iyileşmesi ile sonlanan, akut bir ağrıdır. Dünyada her yıl milyonlarca insan ameliyat olmakta ve değişik derecelerde ameliyat sonrası ağrı deneyimlemektedir (Büyükyılmaz ve Aştı, 2010). Bu ağrı hareketlerin kısıtlanması, yüzeysel solunum gibi koruyucu önlemler ve otonom sinir sistemi düzensizlikleri ile seyretmektedir.

Etkili ameliyat sonrası ağrı tedavisi kaliteli bir bakımın temel parçasıdır, ağrı tedavisi için yeterli çaba harcamadan hastaların ağrı deneyimlemesine izin vermenin etik olmadığı düşünülür. İyi kontrol edilmeyen ameliyat sonrası ağrı, hastalar üzerinde kronik ağrı riskini de içeren fizyolojik ve psikolojik etkilere yol açar (Arslan, 2006:159).

Ameliyat sonrası ağrı, yakın zamanlara kadar cerrahi girişim uygulanan hastaların katlanmak zorunda olduğu doğal bir süreç olarak algılanmaktaydı. Günümüzde ameliyat sonrası ağrının sistemler üzerine olan olumsuz etkilerinin ortaya konulmasıyla; ameliyat sonrası ağrı tedavisi konusunda önemli ilerlemeler kaydedilmiş, yeni ilaç ve teknikler kullanıma sunulmuştur (Bilen, 2007:37).

Ameliyat sonrası ağrı, tıpta ağrı konusundaki çeşitli gelişmelere karşın hala hem tıbbi, hem de toplumsal bir sorun olmayı sürdürmektedir. Eldeki ağrı denetim yöntemleri ile hiçbir hastanın ameliyat sonrasında ağrı çekmemesi gerekir. Buna karşın hem hekimlerden hem de diğer sağlık personelinin kaynaklanan bilgi ve ilgi eksiklikleri nedeniyle hastaların neredeyse tümüne yakın bir bölümü ameliyat sonrasında ağrı çekmektedir.

Çok sayıda araştırmacı, ameliyat sonrası ağrının, teknolojideki ilerlemelere ve etkili ağrı yönetimi ile ilgili stratejilerinin gelişmesine rağmen hala genel bir sorun olmaya devam ettiğini belgelemiştir ve ne yazık ki modern cihazların, analjezik ilaçların mevcut olmasına rağmen hastanede yatan hastaların büyük çoğunluğu şiddetli düzeyde ağrı deneyimlemektedir.

“Çok sayıda yeni ilaç, teknik ve çalışma bulunmasına rağmen akut ameliyat sonrası ağrının üstesinden gelmek mümkün olamamaktadır. Cerrahi geçiren hastaların yaklaşık dörtte üçünde akut ağrı gelişmektedir ve bunların % 80’inde ağrı orta ve yüksek şiddette olmaktadır (Ceyhan ve Güleç,2010:48).”

Yılmaz ve Gürler’in yaptığı araştırmada, ameliyat sonrası ağrı yönetiminin yetersiz olduğu ve bu nedenle hastaların yaklaşık olarak hala % 50-80 oranında orta düzeyden şiddetli düzeye doğru ağrı yaşadıkları bildirilmektedir (Yılmaz ve Gürler, 2011:71-79).

Postoperatif ağrıyı etkileyen birçok faktör vardır. Bunlar (Arslan ve Çelebioğlu,2002:2):

- Hastanın fizyolojik ve psikolojik yapısı,
- Hastanın ameliyat öncesi hazırlığı,
- Ameliyat sonrası dönemde hastanın psikolojik ve farmakolojik hazırlığı,
- Cerrahinin girişimin tipi, yeri ve süresi,
- Cerrahi insizyonun uzunluğu,
- İntraoperatif travmanın derecesi,
- Cerrahi işlem sırasında hastanın pozisyonu,
- Cerrahi girişim ile ilgili ciddi komplikasyonlar,
- Ameliyat sonrası komplikasyonlar,
- Kullanılan anestezi yöntemi,
- Ameliyat sonrası dönemde bakımın niteliği ve kalitesi,
- Hastane korkusu, ağrı korkusu,
- Hastada cerrahi girişim öncesi görülen anestezi ve ölüm korkusunun olmasıdır

Hastanın ameliyat öncesi dönemdeki hazırlığı sırasında ağrı yönetimi konusunda ayrıntılı bilgi verilmesi hastanın ağrı ile baş etmesinde önemli rol oynar. Her hastanın kişilik yapısı, duygusal durumu, sosyokültürel yapısı, geçmişteki deneyimleri gibi kişisel faktörleri farklı olduğu için ağrıya yanıtı da farklıdır. Bu nedenle etkili ameliyat sonrası ağrı kontrolü için her hastanın bireyselliği göz önünde bulundurulmalıdır (Kocaman, 1994:78).

Kontrol edilmeyen ameliyat sonrası ağrının solunum, gastrointestinal, üriner, koagülasyon, renal, kas, nöroendokrin ve santral sinir sistemi üzerine olumsuz etkileri vardır. Ağrı kontrolünün sağlanamadığı durumlarda aşağıda sıralanan birçok komplikasyon ortaya çıkabilmektedir.

Solunum Sistemi:

Cerrahi insizyon yerinin diyafragma olan yakınlığı pulmoner fonksiyonların ameliyat sonrası dönemde gerilemesi ile doğru orantılıdır. Özellikle batın ve göğüs kısmına uygulanan cerrahi girişimlerden sonra ağrı, derin soluk alma ve öksürüğü kısıtlamaktadır. Bu durum akciğer vital kapasitesinde azalmaya yol açar. Buna bağlı olarak da; hipoksi, atelettazi, pnömöni gibi komplikasyonlar gelişir (Kanner, 2005:13).

Kardiyovasküler Sistem:

Ağrıya karşı oluşan nöroendokrin yanıt sonucu kalbin iş yükü ve miyokardın oksijen tüketiminin artması ile anjinal ağrılar, aritmi, taşikardi ve enfarktüs gibi kardiyovasküler yan etkilerin ortaya çıkmasına neden olur. Şiddetli ağrı, hastanın hareket etmesini engelleyerek, venöz dönüşte azalmaya ve tromboembolik komplikasyonlara neden olmaktadır (Erdine, 2003:128).

Üriner Sistem:

Ağrı, üretra ve mesanede motilite azalmasına yol açarak idrar retansiyonunun gelişmesine neden olur.

Gastrointestinal Sistem:

Ağrıya yanıt olarak gelişen sempatik sistem aktivitesinin artması, gastrointestinal motilite ve splanknik dolaşımında azalmaya yol açar.

Endokrin ve Metabolik Sistem:

Ameliyat sonrası dönemde, sempatik sinir sisteminin ve nöroendokrin sistemin travmaya yanıtları en üst düzeye ulaşmaktadır. Katabolik hormonlar (katekolaminler, ACTH, ADH, glukagon ve aldosteron) artarken, insülin ve testosteron gibi anabolik hormonlar azalmaktadır. Açığa çıkan serbest yağ asitleri, keton ve laktik asitler ise doku harabiyetini tetiklemektedir (Özyalçın, 2005:22).

Kas sistemi:

Ağrısı olan hastada anksiyeteye bağlı olarak kas tonüsü artar. Artan kas tonüsü ile kaslarda oksijen tüketimi fazlalaşır ve laktik asit üretimi artar. Laktik asit birikimine bağlı kaslarda kramplar oluşabilir (Erdine,2003:132).

İyi bir ağrı yönetimi için öncelikle ağrının tanılanması gerekir. Hastaların ağrılarını tanılamak ve uygun hemşirelik girişimlerine karar vermek hemşirenin sorumlulukları arasındadır. Ameliyat sonrası dönemde ağrı tanılanmasını yapmak önemli hemşirelik uygulamalarından biri olmakla beraber iyi bir ağrı tanılanması yapmak oldukça güçtür. Ameliyat sonrası ağrının tanılanmasında hemşire, rol ve sorumlulukları kapsamında ağrı sürecinin doğasını ve bireyin ağrıya olan yanıtlarını etkileyen faktörleri, ağrı tanılama ve azaltma yöntemlerini bilmesi gerekir (Karlı, 2005:68-69).

Ağrı, sübjektif bir deneyim olduğundan, varlığı ve şiddeti yalnızca hasta tarafından tanımlanabilir. Bu nedenle sağlık personelinin hastanın ağrısına yönelik varsayımları hatalı yaklaşımlara yol açabilir. Sağlık çalışanları tarafından yanlış anlaşılan yaygın inanış, hastanın ağrısının şiddetine karar vermede kendilerini nitelikli görmeleridir. Hemşire ve hastaların ağrıyı değerlendirdikleri birçok çalışma yapılmıştır.

Araştırmaların çoğunluğu hemşirelerin hastaların ağrılarını hafife aldıklarını göstermektedir. Ağrı değerlendirmesinde en güvenilir göstergenin hastanın kendi ağrı ifadesi olmasına karşın, ağrılarını anlatmada, tanımlamada güçlük çeken ya da tanımlayamayan hastaların da olacağı unutulmamalıdır (Kocaman, 1994:175).

Ağrıyı en kolay değerlendirme yolu hastaya ağrısının olup olmadığını sormaktır. Ancak sadece ağrının varlığı ya da yokluğu değerlendirme için yeterli olmamaktadır. Ağrının

şiddeti, tipi, özelliği, lokalizasyonu, zamanla ilişkisi, ağrıyı azaltan ve arttıran etkenler gibi özelliklerin de bilinmesi gerekir. Ameliyat sonrası dönemdeki ağrı yönetiminin doğru ve amacına uygun yapılabilmesi için var olan ağrının uygun bir yöntemle değerlendirilmesi gerekir. Günümüzde ağrı ölçümünde birçok tek ve çok boyutlu ölçek kullanılmaktadır. Ağrı değerlendirmesinde ölçek kullanımı; hastaların sayılarla ya da kelimelerle bildirdiği ağrı şiddeti ve niteliğini olabildiğince objektif hale dönüştürmeye, hasta ve hastaların bakımını sürdüren hemşire ve hekimler arasında farklı yorumları ortadan kaldırmaya olanak vermektedir (Kayhan,1997:759-760).

Farmakolojik tedavi, ağrı yönetiminde en çok kullanılan yöntemdir. İlk ameliyat sonrası ağrı kontrolünde; intramusküler, intravenöz, subkutan, oral, rektal, transmukozal, epidural, hasta kontrollü analjezi (HKA) ve sinir blokları gibi yöntemler kullanılmaktadır (Kanner,2005:28).

Ağrının farmakolojik ajanlarla denetimi bir takım çalışmasını gerektirir. Bu takım içerisinde hekim, hemşire ve hasta yer alır. Hemşire ağrı tedavisinde vazgeçilmez bir role sahiptir. Ağrı denetiminde hemşirenin rolünü diğer ekip üyelerinden ayıran ve önemli kılan (Yegül,1993:53-54);

- Hemşirenin hasta ile diğer ekip üyelerinden daha uzun süreli birlikte olması
- Hastanın önceki ağrı deneyimlerini ve baş etme yöntemlerini öğrenmesi ve gerektiğinde bunlardan yararlanması
- Ağrı ile başa çıkma stratejilerini hastaya öğretmesi, rehberlik yapması
- Planlanan analjezik tedavisini uygulaması ve sonuçlarını izlemesi
- Hasta ile empati kurması ve sempati sağlamasıdır.

Ağrının giderilmesi ya da azaltılmasında kullanılan nonfarmakolojik yöntemler, hemşirelerin bağımsız olarak uygulayabildikleri ve ağrı tedavisindeki etkinlikleri çeşitli çalışmalarda gösterilmiş olan pozisyon değiştirme, bilgilendirme, masaj, sıcak-soğuk uygulama, hastanın ilgisini başka yöne çekme ve gevşeme gibi yöntemlerdir (Yegül,1993:56). Bu yöntemlerin çoğu hemşireler tarafından ağrı tedavisinde çok fazla tercih edilmediği belirtilmektedir. Bunun nedenleri olarak bu yöntemlerin hemşirelik değerlendirmesi ile

uygulama için hemşirelik efor ve süresi gerektirmesi nedeniyle zaman alması ve hemşirelerin daha az sorumluluk gerektiren analjezik uygulamalarını tercih etmeleri gösterilmektedir. Yine de nonfarmakolojik yöntemlerin farmakolojik yöntemlerle birlikte kullanıldığında ameliyat sonrası ağrının azaltılması ve giderilmesinde oldukça etkili olması, yan etkilerinin olmaması ve ekonomik olarak yük getirmemesi gibi nedenlerle yaygınlaştırılmasının yararlı olacağı önerilmektedir (Aksoy vd., 1992:145-146).

Son 20 yılda ameliyat sonrası ağrının kontrolü için gerek yeni ilaçlar gerekse yeni yöntemlerin bulunmasına rağmen halen yayınlarda uygulamaların yetersiz kaldığı belirtilmektedir. Yetersiz ameliyat sonrası ağrı kontrolünün nedenleri aşağıdaki gibi sıralanabilir (Kanner,2005:28-29):

- Ağrı kontrolü konusunda sağlık bakım ekibinin yeterince bilgi sahibi olmaması
- Narkotik ilaçların solunum depresyonu yapma, tolerans gelişimi, hastada alışkanlık ve bağımlılık yapma özellikleri ile hiç kullanılmaması veya yetersiz kullanılması
- Yeni teknikler konusunda bilgi ve beceri eksikliği
- Ağrı kontrolü konusunda multidisipliner ekip yaklaşımının benimsenmemesi
- Hastaların postoperatif ağrıyı cerrahi girişimin doğal sonucu olarak kabul etmesi ve bu nedenle sağlık ekibine iletmemesi
- Postoperatif erken dönemde analjeziklerin intramüsküler kullanılması
- Ağrı tedavisini belirleyecek uzman hekim ve hemşirenin olmaması.

Yetersiz ağrı tedavisi, hastanın iyileşmesini etkileyen önemli bir unsurdur. Ağrı çeken hasta hastanede daha uzun süre kalır ve ekonomik ek yük yaratır. Yeterli ve etkili ağrı denetimi sağlandıkça hastanede yatış süresi kısalır ve maliyet azalır. Hekim ve hemşirelerin orta şiddetli ağrıya yaklaşımları, genellikle ağrıyı tamamen ortadan kaldırmak değil, kısmen azaltmak olmaktadır. Neden olarak, ameliyat sonrası ağrıyı geçirilen operasyonun doğal sonucu olarak görmeleri, çekilmesi ve dayanılması gerektiği şeklinde yorumlamalarıdır. Ayrıca ağrı yönetiminde cerrah, anesteziist ve hemşire arasında uyumlu bir ekip çalışması

olmadığında, ameliyat sonrası ağrı tedavisi yeterince ve gereğince yapılamamaktadır (Kayhan,1997:760-761).

Ağrı konusuna ilişkin uzmanları hemşirelerin ve hekimlerin ağrı değerlendirmesi sırasında özellikle bazı noktalara dikkat etmelerini önermektedir. Bunlar (Kocaman, 1994:181-182);

- Ağrın gerçek olduğunu kabul etmek için tanımlanabilir bir patoloji ve gözlenebilir fizyolojik davranışsal belirtilerin olması gerektiğinin bilinmesi,
- Ağrı değerlendirmesinin multidisipliner takım yaklaşımı ile yapılması,
- Tüm otoriteler tarafından benimsenen ve farklı yorumlara neden olmayacağı kanıtlanan bireye özgü ağrı ölçekleri kullanılması,
- Ağrı değerlendirmesinde bireye yeterli zaman ayrılarak kendisini ifade etmesine fırsat verilmesi,
- Ağrı ifadesi ve ağrıya karşı geliştirdiği davranışsal tepkilere ön yargı ile bakılmaması,
- Her bireye özgü kabul edilebilen ağrı düzeyi ve ağrının bireyin yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi,
- Ağrı kontrolüne ilişkin yöntemlerin seçiminde hasta ve aile katılımının sağlanması,
- Beklenen düzeyde ağrı kontrolünün yeterince gerçekleşmemesi durumunda ümitsiz davranışlar sergilenmemesidir.

2.3.3. Ağrı Kontrolünde Hemşirenin Rolü

Ağrıyı yok etme, hem ağrısı olan hem de ona yardım eden bireyler için karmaşık bir sorun olarak algılanmaktadır. Bu problem hekim, hemşire ve diğer ilgili sağlık personelinin oluşan bir takım çalışmasıyla minimum düzeye indirgenmeye çalışılır. Bazen ağrıyı bütünüyle elimine etmek, denetim altına almak mümkün olmayabilir. Bununla birlikte, önemli olan

ağrıyı hastanın kendisini rahat hissettiği sınırlarda en aza indirmektir. Dolayısıyla hemşirelerin bu konuda önemli sorumlulukları bulunmaktadır.

Ağrı kavramı son dönemlerde hemşireliğin önemli ilgi alanlarından biri durumuna gelmiştir. Tıp, gerek hemşirelik gerekse davranış bilimlerinde ağrıyla ilişkili olarak yapılan çalışmalara karşın hala bakım altında olan birçok hastanın ağrısına yeterince çare bulunamamıştır. Bu eksikliğin nedenlerinden birisi ağrı kavramının çok eski olmasına karşın ağrı biliminin yeni gelişmekte olan bir bilim dalı olması, diğer önemli nedeni ise hekim ve hemşirelerin ağrı tanılama ve yönetimi konusunda bilgi yetersizliğinin olmasıdır (Kılıç ve Öztunç,2012:36).

Hemşireler bu ekip içerisinde ağrılı hasta ile daha uzun süre birlikte olduğundan hastayı iyi bir şekilde gözleme ve değerlendirme olanağına sahiptir. Dolayısıyla ağrılı hastaya yaklaşım konusunda hemşirenin rolü önemlidir. Hemşirenin bu sorumluluğu getirebilmesi için ağrı konusunda bilgili, duyarlı olması, iletişim kurma becerisinin olması ve empati yapabilmesi ağrıyı yok etmede etkili bir hemşirelik bakımının planlanmasında önemlidir.

Ağrıya yönelik olarak her hastanın tepkisi farklı olmaktadır. Dolayısıyla, ağrının fiziksel boyutunun yanı sıra, sübjektifliği de göz önünde bulundurulmalı ve bu konuda hastanın ağrı ifadesi dikkate alınmalıdır. Bununla birlikte bazı hastaların ağrılarını ifade etmede, tanımlamada güçlük çektiği veya ağrılarını açıklayamadığı unutulmayarak, her hasta için kişisel ve uygun başa çıkma yöntemleri tespit edilmelidir. Hemşirelerin hastaların ağrılarının değerlendirmelerini yaparken, hastaların tutum/davranışları, faaliyet durumları ve yüz ifadelerini gözlemleyerek, sözlü ifadelerini inceleyip analiz ederek ve fizyolojik semptomları da göz önünde bulundurarak ağrı teşhisi yapması gerekmektedir. Kılıç ve Öztunç'a göre, ağrısı olan hastanın bakımında dikkat edilmesi gereken hususlar şu şekilde ele alınmaktadır (Kılıç ve Öztunç,2012:47-48);

- Hastanın bakımı bütüncül bir bakış açısıyla yapılmalıdır.
- Nedeni dikkate alınmaksızın bir ağrının aslında bir “yardım arayışı” olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

- Sağlık alışanları ve hasta yakınlarının ağrıya yönelik olarak geliştirdikleri yanlış inançlar belirlenerek düzeltilmeye çalışılmalıdır.

- Hasta bilgilendirilerek eğitimi planlanmalıdır.

- Ağrının kaynağının ne olduğuna yönelik çalışmalar yapılmalı ve tedavi için gerekli önlemler alınmalıdır.

- Ağrıda artışa yol açan durumlar ortadan kaldırılmalıdır.

- Hastanın daha önce ağrısını gidermede kullanmış olduğu yöntemler sorgulanmalıdır.

- Hasta yakınlarının bakıma katılması sağlanmalıdır.

- Farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanımı sağlanmalıdır.

- Hemşire, hastanın ağrısını ortadan kaldırmak ve minimum düzeye indirmek için uygun yöntemleri hasta ile birlikte belirleyerek uygulamalıdır.

- Hastanın ağrısını gidermede kullanılacak olan yöntemlere ilişkin olarak hemşirenin hastayı hazırlaması, uygulanacak yöntemin ağrıyı yok etmedeki etkisi ve bunun nasıl uygulanacağıyla ilgili açıklama yapması gerekir.

Etkin postoperatif ağrı kontrolü; birey merkezli/bireye özgü bütüncül bir yaklaşım ve multidisipliner ekip anlayışıyla gerçekleştirilebilir. Bu ekipte hemşire; postoperatif ağrının tanılanmasında, kontrol altına alınmasında, başa çıkma yollarının uygulanmasında ve hastaya öğretilmesinde etkin rol oynar (Aksoy vd.,1992:35).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Van Çaldıran Devlet Hastanesi'nde Ekim 2014 - Mart 2015 tarihleri arasında tedavi gören hastalar oluşturmaktadır. Anketlerin uygulanması için hem hastalardan hem de kurumdan gerekli izinler alınmıştır. Bunlar arasından 130 hastaya ulaşılmış ve örnekleme alınmıştır. Hastaların en genci 18 en yaşlısı 62 yaşındadır.

3.2. Araştırma Yöntemi

Bu çalışmanın anket formunda sosyo-demografik özellikleri içeren 16 soru, preoperatif anksiyete durumunu belirlemek için Durumluluk - Sürekli Kaygı Envanteri, postoperatif komplikasyonları belirlemek için 10 soru bulunmaktadır. Hastalara ait bilgiler hasta ile yüz yüze görüşülerek elde edilmiştir. Hastaların, durumluluk ve sürekli kaygı seviyelerini ayrı ayrı saptamak amacı ile Spielberg ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan Durumluluk - Sürekli Kaygı Envanteri'nden faydalanılmıştır. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması, geçerliliği ve güvenilirliği Öner ve Le Compte'nin (1998) Süreksiz Durumluluk; Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı adlı eserinde açıklanmaktadır (Özer ve Le Compte, 1998).

Toplam kırk sorudan oluşan iki ayrı ölçeği içerir.

Durumluluk Kaygı Ölçeği; bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini betimlemesini; içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını dikkate alarak cevaplamasını gerektirir.

Sürekli Kaygı Ölçeği ise bireyin genellikle kendisini nasıl hissettiğini betimlemesini gerektirir.

Durumluluk Kaygı Ölçeği maddelerinde ifade edilen duygu ya da davranışlar bu tür yaşantıların şiddet derecesine göre (1) hiç, (2) biraz, (3) oldukça, (4) tamamen gibi şıkların birini işaretlemek suretiyle cevaplanır. Sürekli Kaygı Ölçeği maddelerinde ifade edilen duygu

ya da davranışlar ise sıklık derecesine göre (1) hayır, (2) bazen, (3) çok zaman, (4) her zaman şeklinde işaretlenir.

Ölçeklerde iki tür ifade bulunur. Bunlara; doğrudan ya da düz (direct) ve tersine dönmüş (reverse) ifadeler denmektedir. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirmektedir. Durumluluk kaygı ölçeğinde on tane tersine dönmüş ifade vardır. Bunlar : 1., 2., 5., 8., 10., 11., 15., 16., 19., 20. maddelerdir. Sürekli Kaygı Ölçeğinde ise tersine dönmüş ifadelerin sayısı yedidir. Bunlar: 21., 26., 27., 30., 33., 36. ve 39. maddeleri oluşturur.

Puanlama elle ya da bilgisayarla olmak üzere iki şekilde yapılır. Elle puanlamada doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin ayrı ayrı toplam ağırlıkları saptanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puanda ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır. Bu sayıya önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir, Durumluluk Kaygı Ölçeği için bu değer 50, Sürekli Kaygı Ölçeği için ise 35'tir. En son elde edilen puan bireyin kaygı puanıdır. Ölçekler 20'şer sorudan oluşmaktadır. Her iki ölçekten elde edilen puanlar kuramsal olarak 20 ile 80 arasında değişmektedir. Yüksek puan yüksek kaygı seviyesini, düşük puan ise düşük kaygı seviyesini ifade etmektedir. Türkiye'deki uygulamalarda saptanan ortalama puan seviyesi 36-41 arasında değişmektedir (Özer ve Le Compte, 1996:1-26).

3.3. Verilerin Analizi

Bu bölümde, araştırmaya katılan 130 hastaya ait tanıtıcı bilgiler, anksiyete puanları, hastaların anksiyete puanlarını etkileyen faktörler ve komplikasyon oluşup oluşmamasına yönelik yapılan anket çalışmalarının istatistiksel sonuçları ve yorumları yer almaktadır.

Araştırmacı tarafından uygulanan anket sonuçlarının SPSS 20.0 paket programı ile istatistiksel analizi yapılmıştır. Tablolarda Kendall Tau-b korelasyon kat sayısı, normal dağılım sınıması olarak tek örnek Kolmogrov Smirnov Z testi, ortalama sınıması olarak ise Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ve tek örnek t – testi uygulanmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 4.1’de hastaların tanıtıcı bilgilerine yer verilmiştir. Araştırmaya katılan 130 hastadan %58.5’i kadın %41.5’i erkektir. Ortalama yaş 35.63 ± 12.06 iken medyan yaş 34’tür. %28.5’i ev hanımıdır, %14.6’ sı çalışmamaktadır. Serbest meslek sahiplerinin oranı %18.5’ tir. %30’u ilkokul mezunu olup %73’ü evlidir. %87.7’si şehir merkezinde ikamet etmektedir. %80.8’inin sosyal güvencesi bulunmaktadır. Hastaların %36,9’u sigara, %32,3’u ise ara sıra da olsa alkol kullanmakta, %67,7’si hiç alkol kullanmamaktadır. Sigara kullananlar ortalama 10.57 ± 7.84 yıldır günde ortalama $15,6 \pm 5.32$ adet sigara içtiklerini belirtmişlerdir. Hiç birinde kronik bir hastalık bulunmaktadır. Hastaların %59,2’sinin daha önce hastane deneyimi vardır. %29.9’unun şikayetleri 12 ay ve üstünde devam ederken %35’ininki 1 aydan kısa bir süre önce ortaya çıkmıştır. %75’inin yanında refakatçisi kalacaktır.

Tablo 4-1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri

		n	%
Cinsiyet	Kadın	76	58.5
	Erkek	54	41.5
Meslek	Çalışmıyor	19	14.6
	Ev hanımı	37	28.5
	Emekli	18	13.8
	Memur	11	8.5
	Serbest meslek	24	18.5
	İşçi	21	16.2
	Okuryazar değil	0	0.0
Eğitim	Okuryazar	2	1.5
	İlkokul	39	30.0
	Ortaokul	16	12.3
	Lise	43	33.1
	Üniversite	30	23.1
Sosyal Güvence	Var	105	80.8
	Yok	25	19.2
Medeni Hal	Evli	95	73.1
	Bekâr	35	26.9
Yaşanan Yer	Koy	2	1.5
	İlçe	14	10.8
	İl	114	87.7
Sigara	Evet	48	36.9
	Hayır	61	46.9
	Bıraktım	21	16.2
Alkol	Evet	9	6.9
	Hayır	88	67.7
	Ara sıra	33	25.4
Hastane Deneyimi	Evet	77	59.2
	Hayır	53	40.8
Refakatçi	Evet	97	74.6
	Hayır	33	25.4
Şikayet Süresi	1 aydan az	41	35
	2-6 ay	26	22.2
	7-11 ay	15	12.8
	12 ay ve üstü	35	29.9
Kronik Hastalık	Evet	0	0.0
	Hayır	130	100.0

Analizlere başlanmadan önce ameliyat öncesi ve sonrası Sürekli ve Durumluluk Anksiyete puanları ile ağrı şiddeti ölçeğinin dağılımlarının normal dağılıma uygun olup olmadığı araştırılmış, sonrasında izlenecek analiz yöntemine bu bağlamda karar verilmiştir.

Tablo 4-2. Normal Dağılıma Uygunluk Kolmogrov Smirnov Z Testi

	Ameliyat Öncesi		Ağrı Şiddeti	Ameliyat Sonrası	
	Sürekli	Durumluluk		Sürekli	Durumluluk
n	130	130	130	130	130
Ortalama	50.3231	50.3385	2.9462	26.4077	27.3538
K-S Test İstatistiği	1.403	2.306	1.908	1.221	1.803
p	.039	.000	.001	.102	.003

Normal dağılıma uygunluk sınaması olarak Tek örnek Kolmogrov Smirnov istatistiği'nden yararlanılmış ve p değerlerine bakıldığında ameliyat sonrası süreklilik kaygı ölçeği dışındaki tüm faktörlerin %95 güven sınırına göre normal dağılıma uygunluk göstermediği görülmüştür. (Testin H_0 hipotezi: Normal dağılıma uygundur şeklinde kurulmuştur. p değerlerinin 0,05'den büyük olması H_0 hipotezinin kabulü, diğer bir deyişle normal dağılıma uygunluk anlamına gelmektedir.) Bu bağlamda ileri analizlere parametrik olmayanlarla devam edilmesi uygun bulunmuştur.

Örnekleme alınan 130 hastanın ameliyat öncesi ortalama kaygı puanları hem süreklilik hem de durumluluk başlığı için yaklaşık 50.3, ameliyat sonrası için ise süreklilik kaygı puanı ortalaması 26.4, durumluluk ise 27.3 bulunmuştur. Türkiye ortalamasının 36 ile 41 arasında olduğu göz önünde bulundurularak örneklem grubunda görüşülen kişilerin ortalamasının üzerinde olup olmadığını tespit etmek adına H_0 hipotezi ortalamanın 41'e eşit veya küçük olması şeklinde kurulmuş tek örnek t – testi yapılmıştır.

Tablo 4-3. Tek Örneklem t Testi

	Ameliyat Öncesi		Ameliyat Sonrası	
	Süreklilik	Durumluluk	Süreklilik	Durumluluk
n	130	130	130	130
Ortalama	50.3231	50.3385	26.4077	27.3538
t Test İstatistiği	12.433	13.939	-29.941	-29.975
p	.000	.000	.000	.000

Tablo 3'te de görüldüğü gibi; test sonucunda H_0 reddedilmiştir. Buna göre görüşülen kişilerin ameliyat öncesi her iki anksiyete puanının da ortalamasının üzerinde ve yüksek, ameliyat sonrası her iki anksiyete puanının da ortalamasının altında ve düşük olduğunu söyleyebiliriz. Ameliyat sonrası komplikasyonlar ile ilgili bulgular aşağıda özetlenmiştir.

Tablo 4-4. Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Komplikasyonlarının Dağılımı

	n	%
Ameliyat sonrası mobilizasyonda herhangi bir sıkıntı yaşadınız mı?	Evet	21 16.5
	Hayır	106 83.5
Ameliyat sonrası barsak alışkanlığınızda değişiklik oldu mu?	Evet	52 40.9
	Hayır	75 59.1
Ameliyat yeriniz ile ilgili probleminiz oldu mu?	Evet	49 38.6
	Hayır	78 61.4
Yara yerinizde akıntı, kızarıklık var mı?	Evet	53 41.7
	Hayır	74 58.3
Uykusuzluk probleminiz var mı?	Evet	62 48.8
	Hayır	65 51.2
Beslenme alışkanlığınızda değişiklik oldu mu?	Evet	50 39.4
	Hayır	77 60.6
Ruhsal durum değişikliği yaşıyor musunuz?	Evet	58 45.7
	Hayır	69 54.3
Ameliyat sonrası bulantı, kusma şikayetleriniz oldu mu?	Evet	33 26.0
	Hayır	94 74.0

Katılımcıların %83.5'i ameliyat sonrası mobilizasyonunda herhangi bir sorun yaşamadığını belirtmiştir. %59.1'i bağırsak alışkanlıklarında herhangi bir değişiklik gözlemlememiştir. %61.4'ünün ameliyat yeri ile ilgili bir problemi yoktur. %58.3'ünün yara yerinde herhangi bir akıntı veya kızarıklık meydana gelmemiştir. %51.2'si uykusuzluk çektiğini belirtirken %39.4'ü beslenme alışkanlıklarının değiştiğini söylemiştir. %54.3'ünün ruhsal durumunda herhangi bir değişiklik olmazken %26'sı ameliyat sonrası bulantı, kusma gibi şikayetleri olduğunu ifade etmektedir.

Ameliyat sonrası yaşanan ağrının derecesi ile ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete durumları arasında bir ilişki olup olmadığını tespit etmek için Kendal's Tau-b korelasyon katsayısı hesaplanmıştır.

Tablo 4-5. Postoperatif Ağrı ile Anksiyete Puanları Arasındaki İlişki

* p < 0.05; ** p < 0.01		Ameliyat öncesi - Sürekli kaygı puanı	Ameliyat öncesi - Durumluluk kaygı puanı	Ağrı şiddeti	Ameliyat sonrası - Sürekli kaygı puanı	Ameliyat sonrası - Durumluluk kaygı puanı
Ameliyat öncesi - Sürekli kaygı puanı	Tau-b	1,000	,200**	,141*	,658**	,132*
	p		,002	,032	,000	,037
	N	130	130	130	130	130
Ameliyat öncesi - Durumluluk kaygı puanı	Tau-b		1,000	,483**	,204**	,578**
	p			,000	,001	,000
	N		130	130	130	130
Ağrı şiddeti	Tau-b			1,000	,177**	,344**
	p				,007	,000
	N			130	130	130
Ameliyat sonrası - Sürekli kaygı puanı	Tau-b				1,000	,147*
	p					,020
	N				130	130
Ameliyat sonrası - Durumluluk kaygı puanı	Tau-b					1,000
	p					
	N					130

Tabloya göre ameliyat öncesi Süreklilik Anksiyete Puanı arttıkça ameliyat öncesi Durumluluk Anksiyete Puanı ve ameliyat sonrası her iki kaygı puanları da artar. Aralarında pozitif yönlü doğrusal bir ilişki vardır (p<0.05). Ayrıca ağrı şiddeti ile arasında da ters yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. (Ağrı ölçeğinin ters puanlanmasından dolayı buradaki korelasyon katsayısı pozitif işaretli çıkmıştır). Diğer bir deyişle ameliyat öncesi süreklilik kaygı puanı arttıkça ağrı şiddeti de artar. Aynı ilişkiler ameliyat öncesi durumluluk

kaygı puanı ve ameliyat sonrası her iki kaygı puanları ile de geçerli ve istatistiksel olarak anlamlıdır.

Ameliyat öncesi anksiyete puanları ile demografik özellikler arasında herhangi bir ilişki olup olmadığını tespit etmek adına aynı şekilde Kendall's tau-b korelasyon katsayısından yararlanılmıştır.

Tablo 4-6. Demografik Özellikler ile Anksiyete Puanları Arasındaki İlişki

		* p < 0.05; ** p < 0.01					
		Süreklilik kaygı puanı	Durumluluk kaygı puanı	Cinsiyet	Meslek	Eğitim	Refakatçi
Süreklilik kaygı puanı	Tau-b	1,000	,200**	-,190*	-,184**	-,157*	-,195**
	P		,002	,011	,005	,022	,009
	N	130	130	130	130	130	130
Durumluluk kaygı puanı	Tau-b		1,000	-,151*	-,188**	-,002	-,093
	P			,044	,005	,973	,219
	N		130	130	130	130	130
Cinsiyet	Tau-b			1,000	,233**	-,085	-,097
	p				,003	,293	,270
	N			130	130	130	130
Meslek	Tau-b				1,000	,250**	,034
	p					,000	,666
	N				130	130	130
Eğitim	Tau-b					1,000	,235**
	p						,004
	N					130	130
Refakatçi durumu	Tau-b						1,000
	p						
	N						130

Tablo 4.6'ya göre Durumluluk Anksiyete Puanı ile cinsiyet ve meslek arasında negatif yönlü doğrusal bir ilişki vardır ($p < 0.05$). Süreklilik Anksiyete Puanı ile cinsiyet, meslek, eğitim durumu ve hastanın yanında refakatçi olup olmaması durumu arasında negatif yönlü doğrusal bir ilişki vardır ($p < 0.05$).

Ameliyat öncesi anksiyete puanları ile Postoperatif Komplikasyonlar arasında bir ilişki olup olmadığını tespit etmek adına Kendall's tau-b korelasyon katsayısından yararlanılmıştır.

Tablo 4-7. Postoperatif Komplikasyonlar ile Anksiyete Puanları Arasındaki İlişki

		Süreklilik kaygı puanı	Durumluluk kaygı puanı	Mobilizasyon	Bağırsak	Ameliyat yeri	Yara yeri	Uykusuzluk	Beslenme	Ruhsal durum	Bulantı
	* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$										
Süreklilik kaygı puanı	Tau-b	1,000	,200**	,028	,185*	,022	,070	-,157*	-,321**	-,226**	,187*
	p		,002	,710	,014	,765	,351	,038	,000	,003	,013
	N	130	130	127	127	127	127	127	127	127	127
Durumluluk kaygı puanı	Tau-b		1,000	-,206**	-,153*	,026	,311**	-,048	-,268**	-,147	-,106
	p			,007	,045	,735	,000	,532	,000	,055	,165
	N		130	127	127	127	127	127	127	127	127
Mobilizasyon	Tau-b			1,000	,276**	,083	-,162	,286**	,249**	,188*	-,119
	p				,002	,354	,069	,001	,005	,035	,183
	N			127	127	127	127	127	127	127	127
Bağırsak	Tau-b				1,000	,491**	,075	,340**	,279**	,458**	,492**
	p					,000	,402	,000	,002	,000	,000
	N				127	127	127	127	127	127	127
Ameliyat yeri	Tau-b					1,000	,412**	,294**	-,109	,183*	,084
	p						,000	,001	,221	,040	,348
	N					127	127	127	127	127	127
Yara yeri	Tau-b						1,000	,196*	-,028	-,007	,190*
	p							,028	,751	,941	,033
	N						127	127	127	127	127
Uykusuzluk	Tau-b							1,000	,567**	,559**	,104
	p								,000	,000	,244
	N							127	127	127	127
Beslenme	Tau-b								1,000	,523**	,074
	p									,000	,408
	N								127	127	127
Ruhsal durum	Tau-b									1,000	,142
	p										,112
	N									127	127
Bulantı	Tau-b										1,000
	p										
	N										127

Tablo 4.7'ye göre Durumluluk Anksiyete Puanı arttıkça mobilizasyonda olumsuz yönde bir değişiklik olmaktadır. Aralarında negatif yönlü doğrusal bir ilişki vardır ($p<0.01$).

Durumluluk Anksiyete Puanı arttıkça bağırsak alışkanlığında olumsuz yönde bir değişiklik olmaktadır. Aralarında negatif yönlü doğrusal bir ilişki vardır ($p<0.05$).

Durumluluk Anksiyete Puanı arttıkça yara yerinde olumsuz yönde bir değişiklik olmamaktadır. Aralarında pozitif yönlü doğrusal bir ilişki vardır ($p<0.01$).

Durumluluk Anksiyete Puanı arttıkça beslenme alışkanlığında olumsuz yönde bir değişiklik olmaktadır. Aralarında negatif yönlü doğru orantılı bir ilişki vardır ($p<0.01$).

Süreklilik Anksiyete Puanı arttıkça da bağırsak alışkanlığı olumsuz etkilenmeme bulantı, kusma gibi şikayetler gözlenmemektedir. Aralarında pozitif yönlü doğrusal bir ilişki vardır ($p<0.05$).

Süreklilik Anksiyete Puanı arttıkça uyku ve beslenme alışkanlığında ayrıca ruhsal durumda olumsuz yönde bir değişiklik olmaktadır. Aralarında negatif yönlü doğru orantılı bir ilişki vardır ($p<0.01$).

Araştırmaya katılan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası kaygı puanlarında (Durumluluk ve Süreklilik) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını tespit etmek amacıyla Wilcoxon işaretli sıralar testi yapılmıştır.

Tablo 4-8. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Puanları Arasındaki Fark

	Ameliyat sonrası - Sürekli kaygı puanı - Ameliyat öncesi - Sürekli kaygı puanı	Ameliyat sonrası - Durumluluk kaygı puanı - Ameliyat öncesi - Durumluluk kaygı puanı
Z Test İstatistiği	-9,889	-9,903
p	,000	,000

Buna göre katılımcıların ameliyat öncesi ve sonrası durumluluk ve süreklilik puanları ikili olarak karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaştığı görülmüştür. Diğer bir deyişle katılımcı hastalar ameliyat öncesi kaygı yaşamaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların demografik özellikleri ile ameliyat sonrası yaşadıkları komplikasyonlara göre ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete puanları arasında farklılık olup olmadığı araştırılmıştır. Aşağıda sadece istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunan özellikler ile ilgili bilgilere yer verilmiştir. Diğer bir deyişle diğer özellikleri bakımından kaygı puanları arasında farklılaşma bulunmamaktadır.

Katılımcıların cinsiyetlerine göre ameliyat öncesi ve sonrası kaygı puanlarında (Durumluluk ve Süreklilik) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını tespit etmek amacıyla Mann Whitney-U testi yapılmıştır. Ameliyat sonrası kaygı puanları açısından herhangi bir farklılık tespit edilmediğinden aşağıda sadece ameliyat öncesi puanlar ile ilgili bilgilere yer verilmiştir.

Tablo 4-9. Ağrı Şiddeti ve Anksiyete Puanlarının Cinsiyete Göre Farkı

Ameliyat Öncesi	Süreklilik	Durumluluk	Ağrı şiddeti	
Ortalama	Kadın	52,16	50,97	3.07
	Erkek	47,74	49,44	2.78
MW-U İstatistiği	1512,5	1631,0	1836,5	
p	.011	.044	.300	

Buna göre katılımcıların ameliyat öncesi durumluluk ve süreklilik puanları karşılaştırıldığında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaştığı görülmüştür. Diğer bir deyişle kadın hastalar erkeklere göre ameliyat öncesinde daha yüksek kaygı yaşamaktadır. Ağrı şiddeti için cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Katılımcıların eğitim durumlarına göre ameliyat öncesi ve sonrası kaygı puanlarında (Durumluluk ve Süreklilik) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını tespit etmek amacıyla Kruskal Wallis testi yapılmıştır.

Buna göre katılımcıların ameliyat öncesi durumluluk ile ameliyat sonrası durumluluk ve süreklilik puanları karşılaştırıldığında eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaştığı görülmüştür. İkili karşılaştırmalara göre ortaokul mezunlarının ameliyat öncesi durumluluk kaygı puanı lise ve üniversite mezunlarına göre yüksektir. Ameliyat sonrası kaygı puanlarında ise süreklilik anksiyete puanı için ortaokul, lise ve üniversite mezunlarının puanları ilkokul mezunlarından anlamlı olarak daha yüksektir. Durumluluk kaygı puanı için de ortaokul mezunlarının puanı ilkokul, lise ve üniversite mezunlarınınkinden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir. Buna göre orta dereceli eğitim seviyesindeki hastalar ameliyat öncesinde ve sonrasında daha kaygılıdır denebilir. Ağrı şiddeti için eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 4-10. Ağrı Şiddeti ve Anksiyete Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Farkı

	Ameliyat Öncesi		Ameliyat Sonrası		Ağrı şiddeti	
	Süreklilik	Durumluluk	Süreklilik	Durumluluk		
Okuryazar (a)	47,00	52,00	22,00	28,00	5	
Ortalama	İlkokul (b)	51,10	48,46	27,00	25,74	2,56
	Ortaokul (c)	57,63	53,75	30,81	31,94	3,5
	Lise (d)	49,47	50,60	27,35	27,37	2,95
	Üniversite (e)	46,87	50,47	22,23	26,93	3
		c>d,e	-	c,d,e>b	c>b,d,e	
Ki kare İstatistiği	16,833	3,152	28,976	12,010	7,689	
p	.002	.553	.000	.017	0,53	

Katılımcıların yanlarında refakatçi olup olmaması durumuna göre ameliyat öncesi ve sonrası kaygı puanlarında (Durumluluk ve Süreklilik) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını tespit etmek amacıyla Mann Whitney-U testi yapılmıştır.

Buna göre katılımcıların ameliyat öncesi ve sonrası süreklilik puanları karşılaştırıldığında refakatçi olup olmaması durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaştığı görülmüştür. Diğer bir deyişle Yanında refakatçisi olan hastalar olmayanlara göre ameliyat öncesinde ve sonrasında daha yüksek süreklilik kaygı puanına sahiptir. Ağrı şiddeti için refakatçi olup olmaması durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 4-11. Ağrı Şiddeti ve Anksiyete Puanlarının Refakatçi Durumuna Göre Farkı

		Ameliyat Öncesi		Ameliyat Sonrası		Ağrı şiddeti
		Süreklilik	Durumluluk	Süreklilik	Durumluluk	
Ortalama	Refakatçi var	51,44	50,93	27,06	27,52	2,95
	Refakatçi yok	47,03	48,61	24,48	26,88	2,94
	MW-U İstatistiği	1113,0	1373,0	1131,0	1599,5	1596
	p	,009	,219	,012	,996	,980

Katılımcıların ameliyat sonrası mobilizasyonda sorun yaşayıp yaşamama durumuna göre ameliyat öncesi ve sonrası kaygı puanlarında (Durumluluk ve Süreklilik) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını tespit etmek amacıyla Mann Whitney-U testi yapılmıştır.

Tablo 4-12. Ağrı Şiddeti ve Anksiyete Puanlarının Mobilizasyon Durumuna Göre Farkı

		Ameliyat Öncesi		Ameliyat Sonrası		Ağrı şiddeti
		Süreklilik	Durumluluk	Süreklilik	Durumluluk	
Ortalama	Mobilizasyonda sorun var	51,24	54,29	26,38	30,52	3,43
	Mobilizasyonda sorun yok	50,58	49,59	26,14	26,65	2,83
	MW-U İstatistiği	1056,0	702,0	1013,5	610,0	874
	p	,710	,007	,517	,001	,114

Buna göre katılımcıların ameliyat öncesi ve sonrası durumluluk puanları karşılaştırıldığında mobilizasyonda sorun olup olmaması durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaştığı görülmüştür. Diğer bir deyişle mobilizasyonda sorun olan hastalar olmayanlara göre ameliyat öncesinde ve sonrasında daha yüksek durumluluk kaygı puanına sahiptir. Ağrı şiddeti için mobilizasyonda sorun olup olmaması durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

5. TARTIŞMA

Tüm ameliyatlarda büyük ya da küçük olsun hasta ve ailesinin yaşamında önemli deneyimlerdir. Gelişen teknolojiye rağmen ameliyat korkusu günümüzde de önemli bir sorundur. Ameliyat olacak hastalarda cerrahi girişim öncesi anksiyetenin artması beklenen bir durumdur. Hastalar bir operasyon için hastaneye yattıkları zaman yalnızca yabancı ve değişik bir çevreye değil, aynı zamanda fazla anksiyete ve korkunun birlikte olduğu bir ortama girer. Yabancı oldukları bir ortamda gerçekleştirilen cerrahi girişim sonrasında hastalarda genel anesteziye bağlı ölüm riski ve ameliyat sonrası oluşacak ağrıdan korkma önemli endişelerdir (Ala, 2007:7).

Araştırmamızda, cerrahi bir safra kesesi operasyonu planlanan 130 hastaya yapılan anket çalışması ile preoperatif dönemdeki anksiyetenin postoperatif dönemdeki olası komplikasyonlar ile ilişkisini değerlendirilmiştir.

Oflaz ve Günaydın'ın planlı ameliyat olacak hastaların ameliyat öncesi anksiyetelerini incelemelerinde; bireylerin cinsiyetlerine göre anksiyete ortalamalarını karşılaştırdıklarında bayan hastaların anksiyete ortalamalarının (46,83), erkek hastaların anksiyete ortalamalarından (37,71) daha yüksek ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu bulmuşlardır (Kayhan, 2003:93).

Özer'in (1998) cerrahi kliniklerinde yatan postoperatif dönemdeki hastaların ağrıyı tanımlamaları ve aynı kliniklerde çalışan hemşirelerin postoperatif ağrıya yönelik uyguladıkları hemşirelik girişimlerini belirlemek amacıyla yaptığı araştırma sonuçlarına göre araştırmaya katılan hastaların %48.00'i ameliyat sonrası dönemde durumlarıyla ilgili endişe duyduklarını, endişe duyan hastaların tamamı, endişe duymayanların ise %87.82'si ağrı tanımlamışlar, aradaki fark önemli ($P<0.05$) bulunmuştur. Hastaların %48.00'i ameliyat sonrası dönemde durumlarıyla ilgili endişe duyduklarını, endişe duyan hastaların tamamı, endişe duymayanların ise %87.82'si ağrı tanımlamışlar, aradaki fark önemli ($P<0.05$) bulunmuştur. Cinsiyete göre farklılaşma incelendiğinde ise, kadınların %99.07'si, erkeklerin

%90.67'si ağrı tanımlamışlar ve bu sonuç istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($\chi^2 = 8.172$ $P < 0.05$). Ayrıca Prince Henry ağrı skalasında kadın hastalarda 1.384 ± 0.666 , erkek hastalarda 1.588 ± 0.864 , bekarlarda 1.769 ± 0.986 , evlilerde 1.444 ± 0.730 ağrı puan ortalamaları saptanmış, cinsiyet ve medeni duruma göre aradaki fark önemli ($P < 0.05$) bulunmuştur. Ağrıyı arttıran faktörler bağlamında yapılan incelemede ise kadın hastaların %77.57'si, erkeklerin %43.52'si, okuryazar olmayanların %82.69'u, yükseköğretim mezunlarının %52.00'si, ev hanımlarının %77.55'i, emeklilerin %38.10'u bazı işlemlerin ağrıyı artırdığını ifade etmişler, cinsiyet, öğrenim durumu, mesleğe göre aradaki fark önemli ($P < 0.05$) bulunmuştur.

Vural'ın (2006) Koroner Arter Bypass Graft uygulanan hastalarda düzleme ve müzik dinletisinin; anksiyete düzeyine, algılanan ağrı şiddetine, analjezik kullanım miktarına, YBÜ ve hastanede kalış sürelerine etkisini ve dolayısıyla iyileşme sürecine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen tez çalışmasında ise katılımcı hastaların yaş ortalamaları, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, meslek, sağlık güvencesi ve tütün kullanımı yönünden benzer olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca cerrahi girişim öncesi kontrol grubunun hafif düzeyde sürekli ve durumluk anksiyete (sürekli 27.26 ± 7.74 ; durumluk 39.80 ± 9.12); deney grubunun orta düzeyde sürekli ve durumluk anksiyete (sürekli 43.00 ± 7.62 ; durumluk 47.40 ± 9.28) sahip olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür.

Araştırmamızda görüşülen kişilerin her iki anksiyete puanının da ortalamasının üzerinde ve yüksek olduğunu söyleyebiliriz. Bu puanlardan ameliyat öncesi anksiyete puanları kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak daha yüksek iken ameliyat sonrasında cinsiyete göre farklılık göstermemektedir. Ayrıca yapılan ilişki araştırmasına göre hem ameliyat öncesi hem de ameliyat sonrası Durumluluk Anksiyete Puanı arttıkça Sürekli Anksiyete Puanı da artmaktadır. Aralarında pozitif yönlü doğrusal bir ilişki vardır ($p < 0.05$). Ağrı şiddeti için anlamlı fark tespit edilmemiştir.

Birçok çalışmada bayan hastalarda anksiyete düzeyinin erkek hastalara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Kayhan, 2003:94). Örneğin Oflaz ve Varol'un yaptığı çalışmada kadınlarda anksiyete erkeklere göre daha yüksek çıkmıştır (Oflaz ve Varol, 2010:1-7).

Epidemiyolojik açıdan bakıldığında da depresyon ve anksiyete bozukluklarının genel olarak kadınlarda erkeklere göre daha sık olması bu bulguları destekler niteliktedir (Taparlı, 2004:79).

Hastalar açısından ameliyat önemli bir işgücü kaybı nedenidir. Günlük para kazanılan meslekler için ameliyat para kapısının bir süre kapanması anlamına gelir. Shevde ve Panagopoulos çalışmalarında mesleğin anksiyete derecesini etkilemediğini bildirmişlerdir (Shevde ve Panagopoulos, 1991:190-198).

Bu çalışmada da mesleğe göre anksiyete puanları farklılık göstermektedir. Buna göre çalışmayan ve ev hanımı katılımcılar devamlı bir işte çalışanlara göre daha yüksek kaygı puanlarına sahiptirler.

Caumo ve arkadaşları tarafından 12 yıldan uzun eğitim almış kişilerde preoperatif anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir niteliktedir (Taparlı, 2004:79).

Günaydın ve Oflaz çalışmasında okur-yazar, ilk ve ortaokul mezunu bireylerin anksiyete düzeylerinin “orta” olduğunu, lise ve ortaokul mezunu bireylerin ise hafif düzeyde olduğunu belirlemişlerdir. Ancak gruplar arasında istatistiksel fark bulunmamıştır. Margalith ve Shapiro, eğitimin hastalıklı ve stresli bir durumla baş etmede daha etkili olduğunu ve eğitim seviyesi yüksek olan bireylerde, eğitim seviyesi düşük olan bireylere göre anksiyetenin daha düşük olduğunu bildirmişlerdir. Bunun nedeni olarak eğitim düzeyi yüksek hastaların anksiyete ve baş etme mekanizmalarını kullanmada daha ilgili, yeni bilgilere daha açık ve uyumlu çalışmada cerrahi tedavi uygulanan, eğitim düzeyi düşük olan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyi daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Okanlı vd., 2006:38-44). Arzu Yıldırım ve Rabia Hacıhasanoğlu'nun yaptığı çalışmada da hastaların eğitim düzeyi ile anksiyete arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Yıldırım vd., 2010:209-216).

Özer'in (1998) çalışmasına katılan hastalardan okur yazar olmayanlarda, 0-5 ağrı skalasında 1.980 ± 0.829 , yükseköğretim mezunu olanlarda 1.583 ± 0.717 ağrı puan ortalamaları saptanmış, aradaki fark önemli ($P < 0.05$) bulunmuştur.

Yaptığımız araştırmada eğitim durumuna göre de istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır. Eğitim seviyesi düştükçe ve arttıkça ameliyat öncesi sürekli kaygı ile ameliyat sonrası durumluluk ve süreklilik kaygı puanları azalmaktadır. İkili karşılaştırmalara göre

ortaokul mezunlarının ameliyat öncesi durumluluk kaygı puanı lise ve üniversite mezunlarına göre yüksektir. Ameliyat sonrası kaygı puanlarında ise süreklilik anksiyete puanı için ortaokul, lise ve üniversite mezunlarının puanları ilkokul mezunlarından anlamlı olarak daha yüksektir. Durumluluk kaygı puanı için de ortaokul mezunlarının puanı ilkokul, lise ve üniversite mezunlarınınkinden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir. Buna göre orta dereceli eğitim seviyesindeki hastalar ameliyat öncesinde ve sonrasında daha kaygılıdır denebilir. Ağrı şiddeti için ise anlamlı bir farklılık yoktur.

Tıbbi ya da cerrahi nedenlerle hastaneye yatan bir birey gerek hastalığı ile gerekse hastane ortamı ile birçok olumsuz duygu, düşünce ve davranışlar gösterebilir (Okanlı vd., 2006:38-44). Tel ve arkadaşları (2005) daha önce hastane deneyimi olanlarda anksiyete puanlarını yüksek saptamışlardır. Bahar ve Taşdemir'in 2006'da yaptığı çalışmada da daha önce hastane deneyimi bulunanlarda anksiyete puanı anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (Bahar ve Taşdemir, 2008:9-17).

Özer'in (1988) çalışmasında ameliyat deneyimi olan hastaların %84.66'sı, olmayan hastaların %74.29'u ağrı şiddetinde azalma olduğu yönünde değişiklik belirtmişler, aradaki farkın önemli olduğu ($P<0.05$) tespit edilmiştir

Bizim araştırmamızda ameliyat öncesi anksiyete puanları hastaların daha önce hastane deneyimi olmasına göre farklılık göstermemektedir. Ancak ameliyat sonrası sürekli kaygı puanı daha önce hastane deneyimi olanlarda yüksekken, durumluluk kaygı puanı istatistiksel olarak daha düşüktür.

Kronik hastalıklar, bireyin yaşamını sürdürebilmesi için belli kuralları uygulama zorunluluğu getirmektedir. İş, aile, yaşam biçimi alanlarında değişikliklere yol açmaktadır. Yaşam boyu fiziksel bir hastalığı uyum sağlama süreci, bireylerin ruhsal sınırlarını zorlayabilmektedir. Bahar ve Taşdemir'in yaptığı çalışmada hastanede yatan ve kronik hastalığı olan hastaların anksiyete puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Aslan ve arkadaşları (2003) yaptıkları çalışmada kronik fiziksel hastalığı olan hastalarda yaşam boyu ruhsal bozukluk prevalansının %42 olduğunu ve bunların çoğunluğunu duygu durum ve anksiyete bozukluklarının oluşturduğunu bildirmişlerdir (Bahar ve Taşdemir, 2008:9-17).

Araştırmamızın kapsamı itibariyle kronik hastalığı olanlar örnekleme alınmamıştır.

Geçmişte Güneş'in (2001) yaptığı çalışmada da evde bakımına yardımcı olacak birisinin olup olmamasına göre süreklilik ve durumluluk anksiyete puanları arasında istatistiksel bir fark saptanmamıştır.

Yaptığımız araştırmada ameliyat öncesi ve sonrası durumluluk kaygı düzeyi refakatçi bulunan hastalarda istatistiksel olarak daha yüksektir. Ağrı şiddeti için ise anlamlı farklılık yoktur.

Elitoğ ve Erkuş'un yaptığı çalışmada %61.30'da uykusuzluk problemi, %15.30'da duygusal değişiklik, %31.30'da kabızlık, %42.60'da iştahsızlık, %6'sında yara yeri problemi saptamıştır.

Vural'ın (2006) çalışmasında, kontrol grubu hastaların %71.4 (n=25)'ünün, deney grubundakilerin %52.9'unun (n=18) klinikte uykusuzluk yaşadığı; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı ($p>0.05$); uykusuzluk düzeylerinin uykusuzluk düzeylerinin kontrol grubunda 7.18 ± 2.63 , deney grubunda 3.15 ± 1.17 olduğu; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunduğu ve yine kontrol grubu hastalarda 1.23 ± 0.43 günde mobilizasyon, 6.69 ± 1.16 günde taburculuk sağlanırken; deney grubundakilerde 1.00 ± 0.00 günde mobilizasyon, 6.06 ± 0.76 günde tabuculuğun gerçekleştirildiği; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmamızın sonucuna göre Durumluluk Anksiyete Puanı arttıkça mobilizasyonda olumsuz yönde bir değişiklik olmaktadır. Aralarında negatif yönlü doğrusal bir ilişki vardır. Durumluluk Anksiyete Puanı arttıkça bağırsak alışkanlığında olumsuz yönde bir değişiklik olmaktadır. Aralarında negatif yönlü doğrusal bir ilişki vardır. Durumluluk Anksiyete Puanı arttıkça yara yerinde olumsuz yönde bir değişiklik olmamaktadır. Aralarında pozitif yönlü doğrusal bir ilişki vardır. Durumluluk Anksiyete Puanı arttıkça beslenme alışkanlığında olumsuz yönde bir değişiklik olmaktadır. Aralarında negatif yönlü doğru orantılı bir ilişki vardır. Süreklilik Anksiyete Puanı arttıkça da bağırsak alışkanlığı olumsuz etkilenmemeye bulantı, kusma gibi şikayetler gözlenmemektedir. Aralarında pozitif yönlü doğrusal bir ilişki vardır. Süreklilik Anksiyete Puanı arttıkça uyku ve beslenme alışkanlığında ayrıca ruhsal durumda olumsuz yönde bir değişiklik olmaktadır. Aralarında negatif yönlü doğru orantılı bir ilişki vardır. Ağrı şiddeti için ise anlamlı farklılık yoktur.

Büyükateş ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada da komplikasyona yara yeri enfeksiyonu açısından bakıldığında %1-8.6 arasında sternal yara yeri enfeksiyonu, %3.5'inin lokal yara yeri enfeksiyonu gözlenmiştir.

Yaman'ın (2008) çalışmasında uykusuzluk yaşanan sorunlar arasında 3.sırada bulunmuştur. Taburcu olduktan sonra ki 1 aylık dönemde CABG ameliyatı geçiren hastaların %72'sinde uykusuzluk problemi olduğu belirtilmiş ve bu problemin pozisyona bağlı olduğu düşünülmüştür.

Araştırmamızda da benzer şekilde beslenme bozukluğu, bağırsak alışkanlığında değişme, mobilizasyon sorunları, yara yeri ile ilgili sorun yaşama ve uykusuzluk yaşama gibi post operatif komplikasyonlar ile ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunduğu tespit edilmiştir. Durumluluk Anksiyete Puanı arttıkça mobilizasyonda olumsuz yönde bir değişiklik olmaktadır. Aralarında negatif yönlü doğrusal bir ilişki vardır. Durumluluk Anksiyete Puanı arttıkça bağırsak alışkanlığında olumsuz yönde bir değişiklik olmaktadır. Aralarında negatif yönlü doğrusal bir ilişki vardır. Durumluluk Anksiyete Puanı arttıkça yara yerinde olumsuz yönde bir değişiklik olmamaktadır. Aralarında pozitif yönlü doğrusal bir ilişki vardır. Durumluluk Anksiyete Puanı arttıkça beslenme alışkanlığında olumsuz yönde bir değişiklik olmaktadır. Aralarında negatif yönlü doğru orantılı bir ilişki vardır. Süreklilik Anksiyete Puanı arttıkça da bağırsak alışkanlığı olumsuz etkilenmemeye bulantı, kusma gibi şikayetler gözlenmemektedir. Aralarında pozitif yönlü doğrusal bir ilişki vardır. Süreklilik Anksiyete Puanı arttıkça uyku ve beslenme alışkanlığında ayrıca ruhsal durumda olumsuz yönde bir değişiklik olmaktadır. Aralarında negatif yönlü doğru orantılı bir ilişki vardır.

Literatürde de bu çalışmada ver toplamada yararlanılan STAI-I ve STAI-II formu kullanılarak koroner arter baypas greft uygulanan hastalarda düşünme ve müziğin iyileşme sürecine etkisinin incelendiği Ciğerci ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında kontrol grubu ve deney grubu arasında nabız, algılanan ağrı ve analjezi kullanımı bakımlarından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Buna göre müzik terapisinin koroner arter baypas greft uygulanan hastalarda ağrı şiddetini düşürürken analjezik etkisinin arttırdığı tesoit edilmiştir.

Aynı konu üzerine Vural ve Arslan'ın (2014) makalesinde elde edilen bulgulara bakıldığında; taburculuk öncesi durumluluk anksiyete puan ortalaması kontrol grubunda

26,23±6,45; deney grubunda 23,31±2,73, cerrahi girişim sonrası yoğun bakımda ağrı puan ortalaması kontrol grubunda 5,03±2,47; deney grubunda 3,13±1,08 olarak bulunmuştur ve bulgular istatistiksel olarak anlamlıdır. Ayrıca cerrahi kliniğinde toplam ağrı şiddeti puan ortalaması ise kontrol grubunda 3.76±2,11; deney grubunda 1,54±0,73'tür ve yine istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşma mevcuttur. Son olarak çalışmanın kontrol ve deney grubunda ilk mobilizasyon ve taburcu olma süreleri; serviste kullanılan analjezik miktarları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma, cerrahi hastalarda preoperatif anksiyete düzeyinin postoperatif dönemde ortaya çıkabilecek olan olası komplikasyonlar ile ilişkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Araştırmaya katılan 130 hastadan %58.5'i kadın %41.5'i erkektir. Ortalama yaş 35.63 ± 12.06 iken medyan yaş 34'tür. %28.5'i ev hanımıdır, %14.6'sı çalışmamaktadır. Serbest meslek sahiplerinin oranı %18.5'tir. %30'u ilköğretim mezunu olup %73'ü evlidir. %87.7'si şehir merkezinde ikamet etmektedir. %80.8'inin sosyal güvencesi bulunmaktadır. Hastaların %36,9'u sigara, %32.3'u ise ara sıra da olsa alkol kullanmakta, %67,7'si hiç alkol kullanmamaktadır. Sigara kullananlar ortalama 10.57 ± 7.84 yıldır günde ortalama 15,6 ± 5.32 adet sigara içtiklerini belirtmişlerdir. Hiç birinde kronik bir hastalık bulunmamaktadır. Hastaların %59,2'sinin daha önce hastane deneyimi vardır. %29.9'unun şikayetleri 12 ay ve üstünde devam ederken %35'ininki 1 aydan kısa bir süre önce ortaya çıkmıştır. %75'inin yanında refakatçisi kalacaktır.

Katılımcıların %83.5'i ameliyat sonrası mobilizasyonunda herhangi bir sorun yaşamadığını belirtmiştir. %59.1'ini bağırsak alışkanlıklarında herhangi bir değişiklik gözlemlememiştir. %61.4'ünün ameliyat yeri ile ilgili bir problemi yoktur. %58.3'ünün yara yerinde herhangi bir akıntı veya kızarıklık meydana gelmemiştir. %51.2'si uykusuzluk çektiğini belirtirken %39.4'ü beslenme alışkanlıklarının değiştiğini söylemiştir. %54.3'ünün ruhsal durumunda herhangi bir değişiklik olmazken %26'sı ameliyat sonrası bulantı, kusma gibi şikayetleri olduğunu ifade etmektedir.

Araştırmanın amacı doğrultusunda postoperatif ağrı ile ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeyleri aralarında bir ilişki olup olmadığı araştırılmış her anksiyete puanı ile de postoperatif ağrı şiddeti arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Literatür taramalarının sonucunda da görüldüğü gibi preoperatif anksiyetenin hastaları olumsuz etkilediği, postoperatif dönemde komplikasyonlara neden olabileceği belirtilmektedir. Hasta ve yakınlarına preoperatif dönemde verilecek eğitim ile anksiyetesinin

azaltılması ve postoperatif dönemde olası komplikasyonların azaltılmasında etkili olabileceği ve hastaların hastanede kalış sürelerinin azaltacağı düşünölmektedir.

Uygulanmakta olan preoperatif bilgi vermenin daha etkili olması için hastaların ameliyat öncesi ve sonrası yapması gereken egzersizleri gösterip uygulatmalı ve hasta ve yakınlarına erken mobilizasyonun önemi vurgulanmalıdır. Ameliyathane ve ameliyatı içeren resimlerin bulunduğu kısa bilgiler içeren broşür hazırlanıp ameliyat öncesi hastalara verilebilir. Hastaların kendilerini ifade etmelerine olanak sağlanmalı merak ettikleri sorular ameliyat öncesi cevaplanarak psikolojik destek sağlanmalıdır.



ÖZET

Cerrahi Hastalarında Ameliyat Öncesi Anksiyetenin Ameliyat Sonrası Ağrı Üzerindeki Etkileri

Anksiyete, bilinmeyen, içten gelen, belirsiz ya da kökeni iç çatışmaya dayalı olan bir tehdide karşı gösterilen bir tepkidir. Anksiyete strese verilen tepkinin önemli bir parçasıdır ve kişiyi bir tehlike anında harekete geçmeye hazırlar. Bütün cerrahi operasyonlar hastada ölüm korkusuna neden olur. Bu korku daha sonra yerine anksiyete ve ameliyat sonrası ağrı korkusuna bırakır. Artan anksiyete ve korku, ağrı şiddetinin de artmasına neden olur. Ameliyat sonrası ağrı, cerrahi travma ile başlayan, giderek azalan ve doku iyileşmesi ile sonlanan, akut bir ağrıdır.

Araştırmanın amacı doğrultusunda postoperatif ağrı ile ameliyat öncesi ve sonrası durumluluk ve süreklilik kaygı düzeyleri aralarında bir ilişki olup olmadığının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini Van/Çaldıran Devlet Hastanesi'nde Temmuz 2014-Mart 2015 tarihleri arasında tedavi gören hastalar oluşturmaktadır. Anketlerin uygulanması için hem hastalardan hem de kurumlardan gerekli izinler alınmıştır. Bunlar arasından 130 hastaya ulaşılmış ve örnekleme alınmıştır. Hastaların, durumluluk ve sürekli kaygı seviyelerini ayrı ayrı saptamak amacı ile Spielberg ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan Durumluluk - Sürekli Kaygı Envanteri'nden faydalanılmıştır. Araştırmacı tarafından uygulanan anket sonuçlarının SPSS 20.0 paket programı ile istatistiksel analizi yapılmıştır. Tablolarda Kendall Tau-b korelasyon kat sayısı, normal dağılım sınaması olarak tek örnek Kolmogrov Smirnov Z testi, ortalama sınaması olarak ise Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi ve tek örnek t – testi uygulanmıştır.

Araştırmaya katılan 130 hastadan %58.5'i kadın %41.5'i erkektir. Ortalama yaş 35.63 ± 12.06 iken medyan yaş 34'tür. %28.5'i ev hanımıdır, %14.6'sı çalışmamaktadır. Serbest meslek sahiplerinin oranı %18.5'tir. %30'u ilkokul mezunu olup %73'ü evlidir. %87.7'si şehir merkezinde ikamet etmektedir. %80.8'inin sosyal güvencesi bulunmaktadır. Hastaların %36,9'u sigara, %32.3'u ise ara sıra da olsa alkol kullanmakta, %67,7'si hiç alkol kullanmamaktadır. Sigara kullananlar ortalama 10.57 ± 7.84 yıldır günde ortalama $15,6 \pm 5.32$ adet sigara içtiklerini belirtmişlerdir. Hiç birinde kronik bir hastalık bulunmaktadır. Hastaların %59,2'sinin daha önce hastane deneyimi vardır. %29,9'unun şikayetleri 12 ay ve üstünde devam ederken %35'ininki 1 aydan kısa bir süre önce ortaya çıkmıştır. %75'inin yanında refakatçisi kalacaktır. Katılımcıların %83.5'i ameliyat sonrası mobilizasyonunda herhangi bir

sorun yaşamadığını belirtmiştir. %59.1'ı bağırsak alışkanlıklarında herhangi bir değişiklik gözlemlememiştir. %61.4'ünün ameliyat yeri ile ilgili bir problemi yoktur. %58.3'ünün yara yerinde herhangi bir akıntı veya kızarıklık meydana gelmemiştir. %51.2'si uykusuzluk çektiğini belirtirken %39.4'ü beslenme alışkanlıklarının değiştiğini söylemiştir. %54.3'ünün ruhsal durumunda herhangi bir değişiklik olmazken %26'sı ameliyat sonrası bulantı, kusma gibi şikayetleri olduğunu ifade etmektedir.

Araştırmanın amacı doğrultusunda postoperatif ağrı ile ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeyleri aralarında bir ilişki olup olmadığı araştırılmış her anksiyete puanı ile de postoperatif ağrı şiddeti arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Cerrahi tedavi, anksiyete, ağrı, ameliyat sonrası ağrı



ABSTRACT

The Impacts of Preoperative Anxiety on the Postoperative Pain in Surgical Patients

Anxiety is a reaction against a thread which is unknown spontaneous, indefinite or source of which depends on internal conflict. Anxiety is an important part of the reaction against the stress and prepares the person to take action in case of danger. All surgical operations causes fear of death on the patient. Afterwards this fear leaves its place to anxiety and fear of postoperative pain. Increasing anxiety and fear causes increasing of the severity of the pain. The postoperative pain is an acute pain which starts with the surgical trauma, ever-decreasing and ends with the tissue healing.

The research is made as definitive for the aim of determining whether or not there is a relationship between postoperative pain and preoperative and postoperative state and trait anxiety levels.

The research environment is constituted by the patients who received treatment at Van/Çaldıran State Hospital between January-March 2015. The required permits are obtained both from the patients and the institutions for application of the surveys. The 130 patients were reached among these and sample surveys were taken from them. State- Trait Anxiety Inventory which was developed by Spilberg and et al. were used in order to determine the state and continuous anxiety levels of the patients. The statistical analysis of the results of the survey applied by the Researcher was made with SPSS 20.0 package software. Kendall Tau-b correlation coefficient was used in the tables, one-sample Kolmogrov Smirnov Z test was issued as normal distribution test, Wilcoxon Signed-Rank Test and one-sample t-test was used as average test.

Of the 130 patients participated to the research 58.5% is women and 41.5% men. While the average age is 35.63±12.06 median age is 34.28.5 % is housewife and 14.6 % are unemployed. The ratio of self-employed persons is 18.5%. 30% of them are primary school graduate and 73% of them are married. 87.7 % of them reside in city centre. 80.8 % of them do not have social security. 36,9 % of the patients smoke cigarette and 32.3 % of them use alcohol occasionally and 67,7 % never use alcohol. The smokers stated they smoke

average $15,6 \pm 5.32$ cigarettes daily for 10.57 ± 7.84 years. None of them suffer from a chronic disease. 59.2 of the patients have a former hospital experience. While the complaints of 29.9 % continued 12 months and more, complaints of 35 % occurred shortly before 1 month. Attendant will stay together with 75 % of them. 83.5 % of the participants stated they didn't live any problem in postoperative mobilization. 59.1 % of them did not observe any change in their intestinal routines. 61.4 % of them do not have any problem related to place of operation. No secretion or redness has occurred on the sound site of 58 % of them. While 51.2 % of them stated they suffer from sleeplessness 39.4 of them said nutritional habits have changed. While no change has occurred in state of mind of 54.3 of them, 26 % of them said they have complaints like postoperative nausea, vomiting.

It is researched whether or not there is a relationship between the postoperative pain and preoperative and postoperative anxiety levels in line with the aim of the research and it is found that there is a statistical meaningful relationship between each anxiety score and postoperative pain severity.

Keywords: Surgical Treatment, anxiety, pain, postoperative pain.

KAYNAKÇA

- AK, B. (1990). *Sağlık Hizmetlerinde Yönetim*, Yeni Asya Yayıncılık, Ankara.
- AKBAYRAK, N.; ERKAL, S.; ANÇEL, G. ve ALBAYRAK, A. (2007). *Hemşirelik Bakım Planları Dahiliye-Cerrahi Hemşireliği ve Psikososyal Boyut*, Alter Yayıncılık, Ankara.
- AKSOY, G.; AKYOLCU, N. VE KANAN, N. (1992). *Cerrahi Hemşireliği*, Nobel Tıp Kitabevi, Ankara.
- AKŞİT, S.VE CİMETE, G. (2001). “Çocuğun Yoğun Bakım Ünitesine Kabulünde, Annelere Uygulanan Hemşirelik Bakımının Annelerin Anksiyete Düzeyine Etkisi” Ceyhan Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5 (2):25-36.
- AKYÜZ, A. VE BALIK, E. “Ameliyat Öncesi Genel Değerlendirme” http://www.tkrcd.org.tr/KolonRektumKanserleri/014_akyuz.pdf (29.01.2014).
- ALA, S. (2007). Tiroidektomi Ameliyatı Öncesi Hemşirenin Bilgilendirici Rolünün Hastaların Ameliyat Sonrası Anksiyete Düzeylerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- ALPER, Y. (2001). *Depresyon Psikoterapisi*, Alfa Yayınları, İstanbul.
- ARKONAÇ, O.(1999). *Açıklamalı Psikiyatri Sözlüğü*, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul.
- ARNOLD, P. D. et al., (2004). “Genetics of Anxiety Disorders” *Current Psychiatry Reports*, 6:243-254.
- ARSLAN, F. E. (2002). “Ağrı Değerlendirme Yöntemleri” *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6 (1):9-16.
- ARSLAN, S. VE ÇELEBİOĞLU, A. (2002). “Postoperatif Ağrı Yönetimi ve Alternatif Uygulamalar” *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, ISSN: 1303-5134.
- ASLAN, F. ETİ (2006). *Postoperatif Ağrı. Ağrı Doğası ve Kontrolü*, Mart Matbaacılık, İstanbul.

AY, S. VE EVCİK, D. “Nöropatik Ağrı ve Tedavisi” Yeni Tıp Dergisi <http://www.yenitip.org/pdf/Makale46d5230ceb508.pdf> (26.02.2014).

AYDIN, O. N. (2002). “Ağrı ve Ağrı Mekanizmalarına Güncel Bakış” *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 3 (2):37-48.

BABAOĞLU, A. (2002). *Psikiyatri Tarihi*, Okuyan Us Yayın, İstanbul.

BAHAR, A. VE H.S. TAŞDEMİR (2008). Dahili ve Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 11(2)..

BİLEN, A. (2007). “Postoperatif Ağrı Tedavisi” *Klinik Gelişim*, 1 (68):37-44.

BİROL, L.(2005). *Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım, Hemşirelik Süreci*, Etki Matbaacılık, İzmir.

BÜYÜKATEŞ, M., A.,S. TURAN, Ö. KANDEMİR VE H. TOKMAKOĞLU, (2007). Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nde Açık Kalp Cerrahisi: İlk 170 Olgunun Değerlendirilmesi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi* 15(1)..

CEYHAN, D. VE GÜLEÇ, M. S. (2010). “Postoperatif Ağrı Sadece Nosisepatif Ağrı Mıdır?” *Ağrı*, 22 (2):47-52.

CİĞERCİ, Y VE T. ÖZBAYIR, (2013). The Effects Of Music Therapy On Patients Having Coronary Artery Bypass Graft Operation In Terms Of Pain, Anxiety And The Duration Of The Stay In Hospital, 9th Int. Congr. Update Cardiology & Cardiovascular Surgery, Oral Presentations / *International Journal of Cardiology* 163S1 (2013) S1–S79.

CİMİLLİ, C. (2001). “Cerrahide Anksiyete” *Klinik Psikiyatri*, 4:182-186.

COŞKUN, H. VE AKBAYRAK, N. (2001). “Hastaların Kliniklere Kabul ve Taburculuklarında Hemşirelik Yaklaşımlarının Belirlenmesi” *Cumhuriyet Üniversitesi Yüksekokulu Dergisi*, 5 (2):63-68.

CÜCELOĞLU, D. (2005). *İnsan ve Davranışları, Psikolojinin Temel Kavramları*, Remzi Kitabevi, İstanbul.

ÇAKIRCALI, E.(2000). *Hasta Bakımı ve Tedavisinde Temel İlke ve Uygulamalar*, İzmir.

ÇOĞULU, D. (2005). “Ailenin Sosyoekonomik Durumu ve Eğitim Düzeyinin Çocuklarda Dental Kaygı Üzerine Etkisi” *Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 32 (1):45-54.

DAL, Ü.; BULUT, H. VE DEMİR, S. G. (2012). “Cerrahi Girişim Sonrası Hastaların Evde Yaşadıkları Sorunlar” *Bakırköy Tıp Dergisi*, 8 (1):34-40.

DAVASLIGİL, Ü. (1994). *Anksiyete Düzeyi ve Aile Tutumlarının Yaratıcı Düşünmeye Olan Etkisi*, İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları, İstanbul.

DİLBAZ, N. (2000). “Sosyal Anksiyete Bozukluğu: Tanı, Epidemiyoloji, Etiyoloji, Klinik ve Ayırıcı Tanı” *Klinik Psikiyatri*, 2:3-21.

DİRİCAN, R.(1990). *Toplum Hekimliği (Halk Sağlığı). Dersleri*, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara.

DOĞAN, O. (1996). “Anksiyete Somatoform ve Disosiyatif Bozukluklar”, içinde, *Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı*, (Ed. N. Kum), Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul.

DOLGUN, E. VE DÖNMEZ, Y. C. (2010). “Hastaların Ameliyat Öncesi Döneme Ait Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi” *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3 (3):10-15.

DRUSS, R. G. (1997). *Hastalığın Psikolojisi (Sağlık ve Hastalıkta)*, (T.T. Tüzer), Compos Mentis Yayınları, Ankara.

EMERY, B. (2011). *Anksiyete Bozuklukları ve Fobiler Bilişsel Bir Bakış Açısı*, (Çev. V. Öztürk), Litera Yayıncılık.

ERBİL, Y. VE DEĞERLİ, Ü. (2008). *Cerrahide Komplikasyonlar*, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara.

- ERDEMİR, F. (2005). *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
- ERDİL, F. VE ELBAŞ, Ö. (2001). *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*, Aydoğdu Ofset, Ankara.
- ERDİNE, S. (2000). *Ağrı*, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.
- ERDİNE, S. (2003). *Ağrı: Sendromları ve Tedavisi*, Gizem Matbaacılık, İstanbul.
- ERSOY, N.; ŞENSES, M. Ö. VE ER, R. A. (2010). “Acil Tıpta Aydınlatılmış Onam” *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi*, 16 (1):1-8.
- ESEN, F. BÜYÜKYILMAZ VE AŞTI, T. (2010). “Postoperative Pain Characteristics in Turkish Orthopedic Patients” *Pain Management Nursing*, 11(2):76-84.
- EŞEL, E. (2003). “Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğunun Nörobiyolojisi” *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 13 (2):78-87.
- GEÇTAN, E. (2000). *Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar*, Remzi Kitabevi, İstanbul.
- GÜNEŞ, P. (2001). Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastaları Taburculuk Öncesi Bilgilendirmenin Anksiyete Düzeyine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- GÜRLEK, Ö. VE YILMAZ, M. (2013). “Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ameliyat Öncesi Hasta Eğitimi Uygulama Durumları” *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16 (1):8-15.
- HATUN, Ş. (1999). *Hasta Hakları*, İletişim Yayınları.
- ILLİCH, I. (1995). *Sağlığın Gaspı (Medikal Nemesis)*, (Çev. S. Sertabiboğlu). Ayrıntı Yayınları, İstanbul.
- IŞIK, E. (2003). *Depresyon ve Bipolar Bozukluklar*, Görsel Sanatlar Matbaacılık, Ankara.

IŞIK, E. VE T., Y. IŞIK (2006). *Çocuk, Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları*, Asimetrik Paralel Kitabevi, İstanbul.

İNANÇ, N. VE HATİPOĞLU, S. (1996). *Hemşirelik Esasları*, Gata Hemşirelik Yüksekokulu Yayını, Ankara.

İRDESEL, J. “Nöropatik Ağrı Tedavisi-Eğitim” Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, <http://www.ftrdergisi.com/tr/makale/911/90/Tam-Metin> (26.02.2014).

KANNER, R. (2005). *Ağrının Sırları*, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.

KAPLAN, S.; BAHAR, A. VE SERTBAŞ, G. (2007). “Gebelerde Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluk Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi” *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10 (1):113-121.

KARADAĞ, M. (1999). “Ayaktan Cerrahi Uygulamalarında Hasta Eğitimi” *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 3 (2):27-34.

KARADAKOVAN, A. VE ASLAN, F.(2010). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, Nobel Kitabevi, Adana.

KARADENİZ, G. (2008). *İç Hastalıkları Hemşireliğinde Teoriden Uygulamaya Temel Yaklaşımlar*, Göktuğ Yayıncılık, Ankara.

KARSLI, B. (2005). Akut Ağrıda Nonsteroid Antiinflamatuvar İlaçların Kullanımı, *Akut Ağrı* (Çev. N.S. Özyalçın), Güneş Kitabevi, Ankara.

KARSLI, B. (2005). Akut Ağrıda Nonsteroid Antiinflamatuvar İlaçların Kullanımı, *Akut Ağrı* (Çev. N.S. Özyalçın), Güneş Kitabevi, Ankara.

KAVADAR, G. (2008). “Miyofasiyal Ağrı Sendromunda Ultrason Tedavisinin Etkinliği” T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

KAYHAN, C. (2003). Cerrahi Hastalarda Preoperatif Anksiyetenin Postoperatif Komplikasyonlarla İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- KAYHAN, Z. (1997). *Klinik Anestezi*, Logos Yayıncılık, İstanbul.
- KILIÇ, C. (2006). *Anksiyete Bozuklukları: Özgül Fobiler*, Türk Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara.
- KILIÇ, M. VE ÖZTUNÇ, G. (2012). “Ağrı Kontrolünde Kullanılan Yöntemler ve Hemşirenin Rolü” *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 7 (21):35-51.
- KOCAMAN, G. (1994). *Ağrı (Hemşirelik Yaklaşımları)*, Saray Tıp Kitabevleri, İzmir.
- KOZACIOĞLU, G. (1995). “Yüksek Eğitim Düzeyindeki Erkeklerin Rorschach Testi ve Spielberger Anksiyete Ölçekleri İle Kişilik Yapılarının Karşılaştırılması” *İstanbul Üniversitesi Tıbbi Psikoloji Çalışmaları*, 20:85-93.
- KÖROĞLU, E. (2006). *Psikiyatri Temel Kitabı*, Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara.
- KULAKSIZOĞLU, A.N (2006). *Ergenlik Psikolojisi*, Remzi Kitabevi, İstanbul.
- KURUTKAN, M. N. (2009). *Hasta Güvenliği Çözümleri*, Sage Yayınevi, Ankara.
- MANİAS, E.; BUCKNALL, T. AND BOTTİ, M. (2005). “Nurses Strategies for Managing Pain in the Postoperative Setting” *Pain Management Nursing*, 6 (1):18-29.
- MCREE, L. D. (2003). “Using Massage and Music Therapy to Improve Postoperative Outcomes” *AORN Journal*, 78 (3):433-447.
- MEGEP, (2012). *Cerrahi Hemşireliğine Giriş*, Milli Eğitim Bakanlığı, Ankara.
- OFLAZ, O. VE H. VAROL (2010). Yatan Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp. Fak. Derg.17(1).
- OKANLI, A., N. ÖZER, Ç.R. AKYIL VE Ç. KOÇKAR (2006). Cerrahi Kliniklerinde Yatan Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 9(4)..
- Operasyon Öncesi Hazırlık,
http://www.turkdermatoloji.org.tr/files/file/Operasyon_onesi_hazirlik.pdf (29.01.2014).

ÖNCEL, M. (2010). “Ameliyat Sonrası Bakım ve Erken Dönem Komplikasyonları” *Kolon ve Rektum Kanseri* (Ed. A. Baykan; A. Zorluoğlu, E. Geçim ve C. Terzi)., Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği, İstanbul.

ÖNER, N. (1996). *Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri, Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler*, Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, İstanbul.

ÖNER, N. VE LE COMPTE, A. (1998). *Süresiz Durumluluk; Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*, Boğaziçi Üniveritesi Yayınları, İstanbul.

ÖZ, F. (2004). *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*, İmaj Basım, Ankara.

ÖZER, K. (2005). *Kaygı Sınanma Duygusuyla Baş Edebilme*, Sistem Yayıncılık, İzmir.

ÖZER, N. (1998). *Postoperatif Dönemdeki Hastaların Ağrısı Tanımlamaları ve Hemşirelerin Ağrılı Hastalara Yönelik Girişimlerinin İncelenmesi*, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

ÖZER, Ş. (1999). *Panik Bozukluğu*, Okyanus Yayınları, İstanbul.

ÖZTÜRK, O. (1997). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

ÖZTÜRK, O. (2002). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, Feryal Matbaası, Ankara.

ÖZTÜRK, O.(2004). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, Nobel Tıp Kitabevi, Ankara.

ÖZYALÇIN, N. S. (2005). *Ağrı Nörofizyolojisi, Akut Ağrı*, (Ed. N.S. Özyalçın)., Güneş Kitabevi, Ankara.

ÖZYALÇIN, N. S. (2005). *Ağrı Nörofizyolojisi, Akut Ağrı*, (Ed. N.S. Özyalçın)., Güneş Kitabevi, Ankara.

SABUNCU, N. VE AY, F. A. (2009). *Klinik Beceriler: Sağlığın Değerlendirilmesi, Hasta Bakım ve Takibi*, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.

SADOCK, B. J. VE SADOCK, V. A. (2008). *Klinik Psikiyatri El Kitabı*, (Çev. A. Bozkurt)., Güneş Tıp Kitabevi, 2008.

- SAYEK, İ. (1992). *Temel Cerrahi*, Güneş Kitabevi, Ankara.
- SEÇİM, H. (1991). *Hemşirelik Esasları*, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.
- SHEVDE, K. and G. PANAGOPOULOS (1991). A Survey of 800 Patients Knowledge, Attitudes and Concerns Regarding Anesthesia. *Anesthesia and Analgesia* 73(2).
- SOLMUŞ, T. (2011). *Çift, Evlilik ve Aile Terapisi*, Doruk Yayınları, İstanbul.
- SÜRMEİ, A. (1997). Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış, içinde, *Psikiyatri Temel Kitabı* (Ed. G.G. Köroğlu). Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- SÜTLAŞ, M. (2000). *Hasta ve Hasta Yakını Hakları*, Berdan Matbaası, İstanbul.
- ŞENSOY, Ü. (2006). *Anksiyete ve Panik Atak*, Morpa Yayınları, İstanbul.
- ŞENTÜRK, N. (2013). “Kütanöz İnflamasyon” *Türkdem*, 47 (1):28-36.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI, Hasta Hakları Yönetmeliği, R.G. Tarihi: 01.08.1998, R.G. Sayısı: 23420
- TAHA Ü., (2012). “İltihap” http://dent.ege.edu.tr/dosyalar/kaynak/301_patoloji/14.pdf (28.01.2014).
- TAPARLI, T.Z. (2004). Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Anksiyete Düzeyleri ve Nedenlerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- TAŞÇI, EMEL VE SEVİL, ÜMRAN (2007). “Doğum Ağrısına Yönelik Farmakolojik Olmayan Yaklaşımlar” *Genel Tıp Dergisi*, 17 (3):181-186.
- TAŞDEMİR, A.; ERAKGÜN, A.; DENİZ, M. NURİ VE ÇERTUĞ, A. (2013). “Preoperatif Bilgilendirme Yapılan Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeylerinin State-Trait Anxiety Inventory Test ile Karşılaştırılması” *Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği*, 41:44-49.
- TAŞOCAK, G. (2004). *Hasta Eğitimi*, İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayım Evi, İstanbul.

TAVİLOĞLU, K. (2009). “Genel Cerrahi Nedir?” 2009, http://www.taviloglu.com/assets/pdf/golf/Nisan_2009.pdf (28.01.2014).

TDK, Türk Dil Kurumu, “Anksiyete” <http://tdk.gov.tr/>

TERAKYE, G. (1995). *Hasta Hemşire İlişkileri*, Aydoğdu Ofset, Ankara.

Tıp Fakültesinde Genel Cerrahi Eğitimi, http://www.tip.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/genel_cer.pdf (28.01.2014).

TOOULİ, J.; RUSSEL, C.; DEVİTT, P. VE CLARK, C. I. (2002). *Probleme Dayalı Öğrenim Yaklaşımıyla Temel Cerrahi Bilimler*, (Ed. C. Terzi)., Dokuz Eylül Yayınları, İzmir.

TTB-UDEK, (2008). *Aydınlatılmış Onam Kılavuzu*.

TUĞRUL, C.(2000). Stres ve Depresyon, *Psikiyatri Dünyası*, 4 (1):12-17.

TUNÇAY, S. U. VE YELDAN, İ. (2013). “Kas İskelet Sistemi Rahatsızlıklarıyla Fiziksel İnaktivite İlişkili Midir?” *Klinik Çalışma*, Ekim 25 (4):147-155.

TÜTÜNCÜ, R. VE GÜNAY, H. (2011). “Kronik Ağrı, Psikolojik Etmenler ve Depresyon” *Dicle Tıp Dergisi*, 38 (2):257-262.

ÜNSALVER, B. Ö. VE BALCIOĞLU, İ. (2006). “Yaygın Anksiyete Bozukluğu: Epidemiyoloji, Prognoz ve Farmakolojik Olmayan Tedaviler” *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*, 37:115-120.

VELİOĞLU, P. (1990). *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*, Alaş Ofset, İstanbul.

VURAL, F. (2006). Koroner Arter Bypass Greft Uygulamasında Düşleme ve Müziği İyileşme Sürecine Etkisi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

VURAL, F. VE F. E. ARSLAN (2014). Koroner Arter Baypas Greft Uygulanan Hastalarda Düşleme ve Müziğin İyileşme Sürecine Etkisi, *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci* 2014;6(1):26-37.

YAMAN, Y. (2008). Kalp Kapağı Replasmanı Yapılan Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

YAPICI, G. “Sıvı Elektrolit Dengesi/Dengesizliği ve Sıvı Takibi” Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi <http://hastane.beun.edu.tr/v.2/wp-content/uploads/2012/10/s%C4%B1v%C4%B1-elektrolit.pdf> (29.01.2014).

YAVUZ, M. (2005). Ağrıda Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler. İçinde, (Ed. F.E. Aslan)., *Ağrı Doğası ve Kontrolü*, Mart Matbaacılık, İstanbul.

YAZGAN, B. İ.; ATICI, M. VE KILIÇ, M. (2004). *Gelişim Psikolojisi: Çocuk ve Ergen Gelişimi*, Nobel Kitabevi, İstanbul.

YEGÜL, İ. (1993). *Ağrı ve Tedavisi*, Yapım Matbaacılık, İzmir.

YEĞEN, C. (2004). Ameliyat Öncesi Bakım, (Ed. İ. Sayek)., *Temel Cerrahi*, Güneş Kitabevi, İstanbul.

YEĞİNBOY, Y. (1993). *Ulusal Düzeyde Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi*, Doğruluk Matbaacılık, İzmir.

YILDIRIM, A., R. HACIHASANOĞLU, P. KARAKURT VE S. USLU (2010). Anxiety and Depression Among Individuals With Chronic Disease Who Refer to Primary Health Care Centers. TAF Preventive Medicine Bulletin 9(3)..

YILDIZ, D. (2011). “Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Hastaların Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi” *Yüksek Lisans Tezi*, KKTC Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Lefkoşa.

YILMAZ, M. (2002). “Ameliyat Öncesi Öğretimin Ameliyat Sonrası Komplikasyonlara ve Hasta Memnuniyetine Etkisi” *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 4 (1):40-51.

YILMAZ, M. VE GÜRLER, H. (2011). “Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Ağrıya Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları: Hasta Görüşleri” *Ağrı*, 23 (2):71-79.

YÜNCÜ, F. (1993). *Sağlık Hizmetlerinde Yönetim*, Kadioğlu Matbaası, Ankara.

YÜRÜGEN, B. (2001). “Ağrı ve Opioid Analjeziklerin Kullanımına Bağlı Olarak Ortaya Çıkan Komplikasyonlarda Hemşirelik Yaklaşımları” *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4 (1):1-6.



EKLER
ANKET FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma ameliyat öncesi anksiyete ile ameliyat sonrası ağrı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Bilgileriniz gizli kalacaktır. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

BİREYSEL ÖZELLİKLER BİLGİ FORMU

- 1.Yaşınız: (18'den küçük ise ankete son verin)
2. Hastaneye hangi tanı ile yattınız? (yazınız)
Safra kesesi tanısı dışındaki hastalarla görüşülmeyecek
3. Hastaneye acil olarak mı geldiniz? a) Evet b) Hayır
(Cevap evet ise ankete son verin)
- 4.Cinsiyetiniz a) Kadın b) Erkek
- 5.Mesleğiniz
a) Çalışmıyor b) Ev hanımı c)Emekli d) Memur e) Serbest meslek f) İşçi
6. Eğitim durumunuz ? a) Okur-yazar değil b) Okur-yazar c) İlk okul d) Orta okul e) Lise f) Üniversite
7. Sosyal güvenceniz ? a) Var b) Yok
8. Medeni haliniz ? a) Evli b) Bekar
9. Yaşadığınız yer? a) Köy b) İlçe c) İl
10. Sigara kullanıyor musunuz? a) Evet b) Hayır c) Bıraktım
10. sorunun cevabı evet ise 11. soruya diğer cevaplar ise 12.soruya geçiniz.
11. Sigara kullanıyorsanız süre...../adet.....
12. Alkol kullanıyor musunuz ? a) Evet b) Hayır c) Ara sıra
13. Daha önce hastane deneyiminiz var mı ? a) Evet b) Hayır
14. Hastanede yattığınız sürece yanınızda birisi kalacak mı? a) Evet b) Hayır
15. Kronik bir hastalığınız var mı? a) Evet b) Hayır (Cevap evet ise ankete son verin)
16. Hastalığınızla ilgili şikayetleriniz ne zamandan beri devam etmekte?
a) 1 aydan az b) 2-6 ay c) 7-11 ay d) 12 ay ve üstü

AMELİYAT ÖNCESİ UYGULAMA

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

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

AMELİYAT SONRASI UYGULAMA

1. Hastanede kaç gün kaldınız/kalacaksınız?
2. Ameliyat sonrası mobilizasyonda herhangi bir sıkıntı yaşadınız mı?
a) Evet b) Hayır
3. Ameliyat sonrası barsak alışkanlığınızda değişiklik oldu mu?
a) Evet b) Hayır
4. Ameliyat yeriniz ile ilgili probleminiz oldu mu?
a) Evet b) Hayır
5. Yara yerinizde akıntı, kızarıklık var mı?
a) Evet b) Hayır
6. Uykusuzluk probleminiz var mı?
a) Evet b) Hayır
7. Beslenme alışkanlığınızda değişiklik oldu mu?
a) Evet b) Hayır
8. Ruhsal durum değişikliği yaşıyor musunuz?
a) Evet b) Hayır
9. Ameliyat sonrası bulantı, kusma şikayetleriniz oldu mu?
a) Evet b) Hayır
10. Ağrınızın şiddetini aşağıda işaretleyiniz



0



1



2



3



4



5

AMELİYAT SONRASI UYGULAMA

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

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

KURUM İZİNİ

VAN ÇALDIRAN DEVLET HASTANESİ BAŞ TABİPLİĞİ MAKAMINA

“Cerrahi hastalarda ameliyat öncesi anksiyetinin ameliyat sonrası ağrı üzerine etkileri” konulu yüksek lisans tez çalışmam için gerçekleştireceğim araştırma kapsamında; hastanenize müracaat eden elektif cerrahi operasyon planlanan hastalardan veri toplamak amacıyla, EK- (A,B,C,Ç,D) 'de sunulan anket çalışmasını yapmamın uygun görülmesini arz ederim.

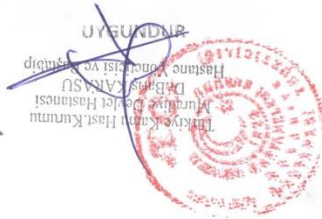

Seda CESUR

Van Çaldıran Devlet Hastanesi
Sağlık Bakım Hizmetleri Müdüresi

Araştırmacı : Seda CESUR (TC:27574682562)
Tez Danışmanı : Doç. Dr. Sezgin YILMAZ
Üniversite : Afyon Kocatepe Üniversitesi
Enstitü : Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Bölüm : Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği

EKLER :

- EK-(A) Aydınlatılmış Onam Formu
- EK-(B) Bireysel Özellikler Bilgi Formu
- EK-(C) Ameliyat Öncesi Uygulama (Durumluluk – Sürekli Kaygı Ölçeği)
- EK-(Ç) Ameliyat Sonrası Uygulama Anketi
- EK-(D) Ameliyat Sonrası (Ağrı Ölçeği) Uygulaması (Durumluluk – Sürekli Kaygı Ölçeği)



AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sayın Hastamız / Hasta Yakını;

Bu çalışma, postoperatif ağrı ile ameliyat öncesi ve sonrası durumluluk ve süreklilik kaygı düzeyleri aralarında bir ilişki olup olmadığının belirlenmesi amacıyla yapılmaktadır.

Sizin bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak çalışmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılmak gönüllülük esasına dayanır. Kararınızdan önce sizi bu konuda bilgilendirmek istiyoruz.

Bu çalışmaya katılım için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız içinde ek bir ücret ödeme yapılmayacaktır.

Bu çalışmaya katılmayı kabul ederseniz, bir hemşire tarafından muayeneniz yapılacak ve bulgular kaydedilecektir. Bu bulgular sonucu çalışmaya katılıp katılmayacağınız belirlenecektir.

Bu çalışmaya katılmayı rededebilirsiniz. Bu çalışmaya katılmak isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan hemşirelik bakımı ve tedavinizde herhangi bir olumsuz değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

TEŞEKKÜR EDERİM

SEDA CESUR

Hastanın / Hasta Yakını Beyanı

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Hastanın Adı- Soyadı:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası): :

İmzası:

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacı-

Hemşirenin Adı- Soyadı:

Tarih:

İmzası:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı

İmzası:

Onam Alma İşlemine Tanıklık Eden

Görevlinin Adı- Soyadı:

İmzası:

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Seda CESUR

Doğum Yeri ve Tarihi : Eskişehir / 19.02.1983

Yabancı Dili : İngilizce

İletişim (Telefon/e-posta) : 0.537.0164990/seda_yesiloren@hotmail.com

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl)

Lise : Eskişehir Yunus Emre Lisesi 1997-2000

Lisans : Yüzüncü Yıl Üniversitesi/ Muş Sağlık Yüksekokulu 2002-2006

Yüksek Lisans : Afyon Kocatepe Üniversitesi /Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği 2007

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl : Afyon Kocatepe Üniversitesi 2007

Muş /Bulanık Devlet Hastanesi 2008

Muş Devlet Hastanesi 2008-2010

Muğla Eğitim Araştırma Hastanesi 2010-2012

Tokat/Reşadiye Devlet Hastanesi 2012-2014

Van/Çaldıran Devlet Hastanesi 2014 halen

Sertifikalar ve Katılım Belgeleri: : Yoğun Bakım Hemşireliği Katılım Belgesi

Enfeksiyon Hemşireliği Sertifikası

Anne Sütü Danışmanlığı Sertifikası

CPR ve İleri Yaşam Desteği Eğitim Katılım Belgesi