



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HASTALARIN KAYGI VE KONFOR DÜZEYLERİ:
PREOPERATİF DÖNEMDE YOĞUN BAKIM
ENDİKASYONUNU BİLME VE POSTOPERATİF DÖNEMDE
YOĞUN BAKIM İLE İLİŞKİSİ**

ELİF SARDOĞAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

DANIŞMAN




Dr. Öğr. Üyesi BİLGİ GÜLSEVEN KARABACAK

İSTANBUL-2018

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Programın seviyesi : Yüksek Lisans
Anabilim Dalı : Hemşirelik
Tez Sahibi : Elif SARDOĞAN
Tez Başlığı : Hastaların Kaygı ve Konfor Düzeyleri: Preoperatif Dönemde Yoğun Bakım Endikasyonunu Bilme ve Postoperatif Dönemde Yoğun Bakım ile İlişkisi
Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi Başbüyük Kampüsü Sağlık Bilimleri Fakültesi
Sınav Tarihi : 23.10.2018

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)	Kurumu	İmza
Dr. Öğr. Üyesi Bilgi GÜLSEVEN KARABACAK	Marmara Üniversitesi	
Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)		
Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR	Marmara Üniversitesi	
Prof. Dr. Ükke KARABACAK	Acıbadem Üniversitesi	

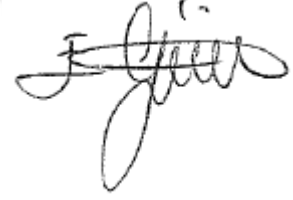
Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun ...0.2...Kasım 2018... tarih ve 49 sayılı kararı ile onaylanmıştır.


Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

ELİF SARDOĞAN



I. TEŞEKKÜR

Çalışmam boyunca görüş ve deneyimleriyle bana rehberlik eden, fikirleriyle beni yönlendiren danışmanım

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Bilgi GÜLSEVEN KARABACAK'a,

Tezin başlangıç ve ilerleme aşamasındaki değerli katkıları için

Sayın Prof. Dr. Şule Ecevit ALPAR'a,

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim

Dalı'ndaki tüm öğretim üyeleri ve öğretim görevlilerine,

Veri toplama aşamasında yardımlarını esirgemeyen Haseki Eğitim ve Araştırma

Hastanesi Yoğun Bakım Ünitesinde çalışan tüm meslektaşlarıma,

Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hasta ve ailelerine,

Çalışmamın başlangıcından bitimine kadar, ihtiyacım olduğu her anda beni destekleyen sevgili arkadaşlarıma ve kıymetli aileme,

Teşekkür ederim.

II. İÇİNDEKİLER

I.	TESEKKÜR	I
II.	İÇİNDEKİLER	II
III.	KISALTMALAR VE SİMGELER	VI
IV.	TABLO LİSTESİ	VII
V.	SEKİL LİSTESİ	X
1.	ÖZET	1
2.	SUMMARY	2
3.	GİRİŞ VE AMAC	3
4.	GENEL BİLGİLER	5
4.1.	Cerrahi	5
4.1.1.	Cerrahinin tanımı	5
4.1.2.	Cerrahinin sınıflandırılması	6
4.1.3.	Cerrahinin hasta üzerine etkisi	6
4.1.4.	Preoperatif dönem ve hemşirelik bakımı	7
4.1.5.	Postoperatif dönem ve hemşirelik bakımı	8
4.2.	Yoğun Bakım Ünitesi	10
4.2.1.	Tanımı ve tarihçesi	10
4.2.2.	Ameliyat sonrasında yoğun bakıma hasta kabul ölçütleri	11

4.3. Kaygı	13
4.3.1. Kaygının tanımı	13
4.3.2. Kaygı kuramları	14
4.3.3. Kaygının belirtileri	15
4.3.4. Preoperatif ve postoperatif dönemde kaygı	16
4.3.5. Kaygı ve hemşirelik bakımı	18
4.4. Konfor	19
4.4.1. Konfor tanımı	19
4.4.2. Konfor kuramı	19
4.4.3. Konfor ve hemşirelik bakımı	21
5. GERIC VE YÖNTEM	23
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	23
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	23
5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	23
5.3.1. Araştırmaya alınma ölçütleri	25
5.3.2. Araştırmadan çıkartılma ölçütleri	25
5.4. Araştırma Soruları	25
5.5. Araştırma Değişkenleri	25
5.6. Veri Toplama Araçları	26

5.7. Veri Toplama Yöntemi ve Süreci	28
5.8. Verilerin Değerlendirilmesi	28
5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	29
5.10. Araştırmanın Etik Yönü	29
6. BULGULAR	31
6.1. Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Bulgular	31
6.2. Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeylerine İlişkin Bulgular	39
6.3. Konfor Düzeyine İlişkin Bulgular	41
6.4. Konfor ile Kaygı Arasındaki İlişkiler	43
6.5. Kaygı ve Konfor Düzeylerinin Birimlere Göre Değerlendirilmesi	45
6.6. Tanımlayıcı Özelliklerin Kaygı ve Konfor Düzeyi ile İlişisine Ait Bulgular	47
7.TARTIŞMA VE SONUC	55
7.1. Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması	55
7.2. Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması	58
7.3. Konfor Düzeyine İlişkin Bulguların Tartışılması	59
7.4. Konfor İle Kaygı Arasındaki İlişkilerin Tartışılması	61
7.5.Kaygı ve Konfor Düzeylerinin Birimlere Göre Değerlendirilmesinin Tartışılması	62
7.6.Tanımlayıcı Özelliklerin Kaygı ve Konfor Düzeyi ile İlişisine Ait Bulguların Tartışılması	63
8.KAYNAKLAR	68

9. EKLER	78
Ek-1 Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları	78
Ek-2. Hasta Bilgi Formu	81
Ek-3. Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği	84
Ek-4. Genel Konfor Ölçeği	86
Ek-5. Hasta Bilgilendirme Formu	89
Ek-6. Hasta Onam Formu	90
Ek-7 Etik Kurul Onayı	91
Ek-8 Kurum Onayı	92
Ek-9 Genel Konfor Ölçeği Kullanım İzni	93
10. ÖZGEÇMİŞ	94

III. KISALTMALAR VE SİMGELER

KBB	Kulak Burun Boğaz
NRŞ	Nöroşirurji
SPSS	Statistical Package For Social Sciences
GCQ	General Comfort Questionnaire
STAI	State Trait Anxiety Inventory
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
KOAH	Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı



IV. TABLO LİSTESİ

- Tablo 1.** Durumluk- Sürekli Kaygı Ölçeği Güvenirlik Katsayıları
- Tablo 2.** Genel Konfor Ölçeği güvenirlik katsayıları
- Tablo 3.** Normal Dağılım Testleri (N=150)
- Tablo 4.** Hastaların Yaş Ortalamaları
- Tablo 5.** Hastaların Demografik Özelliklere Göre Dağılımı
- Tablo 6.** Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklere Göre Dağılımı
- Tablo 7.** Preoperatif Dönemde Kaygının Fizyolojik ve Psikolojik Belirtilerinin Tanımlanmasının Dağılımı
- Tablo 8.** Postoperatif Dönemde Kaygının Fizyolojik ve Psikolojik Belirtilerinin Tanımlanmasının Dağılımı
- Tablo 9.** Preoperatif Dönemde Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeylerinin Yoğun Bakım Endikasyonunu Bilme Durumuna Göre Karşılaştırması
- Tablo 10.** Postoperatif Dönemde Durumluk Kaygı Düzeylerinin Yoğun Bakımda Bulunma Durumuna Göre Karşılaştırması
- Tablo 11.** Yoğun Bakım Endikasyonu Konulan Hastaların Preoperatif ve Postoperatif Dönemdeki Durumluk Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması
- Tablo 12.** Yoğun Bakım Endikasyonu Konulmayan Hastaların Preoperatif ve Postoperatif Dönemdeki Durumluk Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması
- Tablo 13.** Preoperatif Dönemdeki Konfor Düzeylerinin Yoğun Bakım Endikasyonunu Bilme Durumuna Göre Karşılaştırması
- Tablo 14.** Postoperatif Dönemdeki Konfor Düzeylerinin Yoğun Bakımda Bulunma Durumuna Göre Karşılaştırması
- Tablo 15.** Yoğun Bakım Endikasyonu Konulan Hastaların Preoperatif ve Postoperatif Dönemdeki Konfor Düzeylerinin Karşılaştırılması

- Tablo 16.** Yoğun Bakım Endikasyonu Konulmayan Hastaların Preoperatif ve Postoperatif Dönemdeki Konfor Düzeylerinin Karşılaştırılması
- Tablo 17.** Yoğun Bakım Endikasyonu Konulan Hastaların Preoperatif Dönemdeki Konfor Düzeyleri ile Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki
- Tablo 18.** Yoğun Bakım Endikasyonu Konulan Hastaların Postoperatif Dönemdeki Konfor Düzeyleri ile Durumluk Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki
- Tablo 19.** Yoğun Bakım Endikasyonu Konulmayan Hastaların Preoperatif Dönemdeki Konfor Düzeyleri ile Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki
- Tablo 20.** Yoğun Bakım Endikasyonu Konulmayan Hastaların Postoperatif Dönemdeki Konfor Düzeyleri ile Durumluk Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki
- Tablo 21.** Yoğun Bakım Endikasyonu Konulmayan Hastaların Preoperatif Dönemdeki Konfor Düzeylerinin Birimlere Göre Ortalamaları
- Tablo 22.** Yoğun Bakım Endikasyonu Konulmayan Hastaların Postoperatif Dönemdeki Konfor Düzeylerinin Birimlere Göre Ortalamaları
- Tablo 23.** Yoğun Bakım Endikasyonu Konulmayan Hastaların Preoperatif ve Postoperatif Dönemdeki Kaygı Düzeylerinin Birimlere Göre Ortalamaları
- Tablo 24.** Yoğun Bakım Endikasyonu Konulan Hastaların Cinsiyete Göre Kaygı Düzeylerinin Ortalamaları
- Tablo 25.** Yoğun Bakım Endikasyonu Konulan Hastaların Cinsiyete Göre Konfor Düzeylerinin Ortalamaları
- Tablo 26.** Yoğun Bakım Endikasyonu Konulmayan Hastaların Cinsiyete Göre Kaygı Düzeylerinin Ortalamaları
- Tablo 27.** Yoğun Bakım Endikasyonu Konulmayan Hastaların Cinsiyete Göre Konfor Düzeylerinin Ortalamaları
- Tablo 28.** Yoğun Bakım Endikasyonu Konulan Hastaların Eğitim Durumuna Göre Kaygı Düzeylerinin Ortalamaları

Tablo 29. Yoğun Bakım Endikasyonu Konulan Hastaların Eğitim Durumuna Göre Konfor Düzeylerinin Ortalamaları

Tablo 30. Yoğun Bakım Endikasyonu Konulmayan Hastaların Eğitim Durumuna Göre Kaygı Düzeylerinin Ortalamaları

Tablo 31. Yoğun Bakım Endikasyonu Konulmayan Hastaların Eğitim Durumuna Göre Konfor Düzeylerinin Ortalamaları



V. ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Power Analizi Diyagramı



Hastaların Kaygı ve Konfor Düzeyleri: Preoperatif Dönemde Yoğun Bakım Endikasyonunu Bilme ve Postoperatif Dönemde Yoğun Bakım ile İlişkisi

Öğrencinin Adı: Elif SARDOĞAN

Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Bilgi GÜLSEVEN KARABACAK

Anabilim Dalı: Hemşirelik Esasları

1. ÖZET

Amaç: Bu çalışma, preoperatif dönemde yoğun bakım endikasyonunu bilmenin ve postoperatif dönemde yoğun bakımda bulunmanın, hastaların kaygı ve konfor düzeylerine etkisini incelemek amacıyla karşılaştırmalı ve tanımlayıcı tipte yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Araştırmaya Ekim-Aralık 2015 tarihleri arasında yatan toplam 150 hasta dahil edildi. Verilerin toplanmasında '*Hasta Bilgi Formu*', '*Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği*' ve '*Genel Konfor Ölçeği*' kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, normal dağılım testleri, Man Whitney-U Testi, Wilcoxon Testi, Spearman Korelasyon, Ki-Kare Analizi kullanıldı.

Bulgular: Yoğun bakım endikasyonu konulan hastaların preoperatif kaygı ve konfor puanları postoperatif puanlarından daha yüksekti. Endikasyon konulmayan hastaların ise preoperatif ve postoperatif kaygı ve konfor puanları arasında fark yoktu. Preoperatif dönemde, endikasyon konulan ve konulmayan hastaların kaygı puanları arasında fark yokken, endikasyon konulan hastaların konfor puanı diğerlerine göre daha yüksekti. Postoperatif dönemde ise, endikasyon konulan hastaların kaygı ve konfor puanları diğerlerine göre daha düşüktü. Preoperatif dönemde, endikasyon konulan hastalarda durumluk kaygı ve konfor puanları arasında pozitif, endikasyon konulmayan hastalarda sürekli kaygı ve konfor puanları arasında negatif korelasyon bulundu.

Sonuçlar: Preoperatif dönemde yoğun bakım endikasyonunu bilenlerin konfor düzeylerinin daha yüksek olduğu, postoperatif dönemde yoğun bakımda bulunanların konfor ve durumluk kaygılarının azaldığı sonucuna varıldı. Elde edilen verilerin ışığında yoğun bakım ünitelerinin iyileştirilmesi önerilebilir.

Anahtar Sözcükler: Yoğun bakım, preoperatif ve postoperatif dönem, kaygı, konfor

Anxiety and Comfort Levels of Patients: Knowing Intensive Care Indication in the Preoperative Period and Its Relation to Intensive Care in the Postoperative Period

Student Name: Elif SARDOĞAN

Supervisor: Bilgi GÜLSEVEN KARABACAK, Ph. D., Assistant professor

Department: Fundamentals of Nursing

2. ABSTRACT

Objective: This comparative and descriptive study was conducted to examine the effect of knowing intensive care indication in the preoperative period and being in intensive care unit in the postoperative period on anxiety and comfort level of patients.

Materials and Method: The study included 150 patients hospitalized between October and December 2015. Data were collected using a '*Patient Information Form*', '*State-Trait Anxiety Inventory*' and '*General Comfort Questionnaire*'. Data were analyzed using number, percentage, mean, standard deviation, normal distribution tests, Mann-Whitney U test, Wilcoxon test, Spearman correlation and Chi-Square analysis.

Results: The preoperative anxiety and comfort scores of the indicated patients were higher than their postoperative scores. However, there was no difference between the preoperative and postoperative anxiety and comfort scores of the non-indicated patients. In the preoperative period, while there was no difference between the anxiety scores of the indicated and non-indicated patients, the comfort scores of the indicated patients were higher. In the postoperative period, on the other hand, the anxiety and comfort scores of the indicated patients were lower than the others. In the preoperative period, there was a positive correlation between the state anxiety and comfort scores among the indicated patients but a negative correlation between the trait anxiety and comfort scores among the non-indicated patients.

Conclusion: It was concluded that the comfort levels of the patients who knew their indications for intensive care were higher in the preoperative period and the comfort and state anxiety levels of those who were in intensive care unit decreased in the postoperative period. Improvement of intensive care units may be recommended in the light of the data obtained.

Keywords: Intensive care, preoperative and postoperative period, anxiety, comfort

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Kaygı 'bedenin dengesini bozan tehlikelere karşı verilen tepki ya da dengeyi yeniden sağlama çabalarının başarısız kalması sonucu ortaya çıkabilecek bir durum' olarak tanımlanmaktadır (Gürsoy 2001). Kaygı, her insanın yaşamında yer alan, her insanın deneyimlediği, içten gelen, evrensel bir duygudur ve bireyi tetikte olması için uyarır. Özellikle hasta olmak, hastanede yatmak, ameliyat olacak olmak gibi kişinin kendini tehdit altında hissettiği durumlarda ortaya çıkmakta ve yabancı bir ortamda yaşanan belirsizlik, duygusal karmaşa, rol değişiklikleri, kontrol kaybı, ölüm korkusu, düzenin bozulması, maliyet gibi etkenler kaygıyı daha da arttırmaktadır (Yıldız 2011). Malezya'da 80 hasta üzerinde yapılan bir araştırmada hastaların %78,8'nin (n=63) cerrahi operasyon öncesi kaygı yaşadıkları ortaya konulmuştur. Bu hastaların %47,5'i yüksek düzeyde, %52,5'i ise düşük düzeyde kaygı yaşadıklarını bildirmişlerdir. Kaygı yaşayan hasta sayısının yüksek olmasına rağmen ameliyat öncesinde endişeleri hakkında hemşire ile görüşenlerin oranı sadece %16,3 olarak saptanmıştır (Ting ve ark. 2013). Başka bir çalışmada ise, hastaların preoperatif dönemde yaşadığı kaygının nedeninin anestezinin etkisinden çok yapılacak olan cerrahi işlem olduğu saptanmış, çalışmaya katılan hastalar ameliyat öncesinde cerrahi işlem ile ilgili detaylı bilginin kendilerine sağlanmasıyla kaygı düzeylerinin azalabileceğini belirtmişlerdir (Jawaid 2007).

Konfor ise pek çok kuramcı tarafından hemşirelik modellerinde bakımın bir sonucu ve hemşirelik işlevi olarak ele alınan çok boyutlu bir kavramdır. Ağrı, sıkıntı, üzüntü, tedirginlik olmaması şeklinde tanımlanan rahatlık, 1994 yılında Katharine Kolcaba tarafından ferahlama, huzur, anlam bulma olarak üç tipte ve fiziksel, psikospiritüel, çevresel, sosyokültürel olarak da dört boyutta sınıflandırılmıştır. (Erdemir ve Çırlak 2013).

Yaşam kalitesinin artırılmasına ve yaşamın güven altına alınmasına yönelik uygulanan cerrahi girişimler, aynı zamanda sosyal, psikolojik ve fizyolojik bir travmadır. Cerrahi uygulamalar sırasında hasta birey pek çok sorunla karşılaşmaktadır. Bütün bu sorunlar hastada konforunun bozulmasına, yoğun korku ve stres görülmesine sebep olmaktadır. Cerrahi işlemlerin, hastalarda orta dereceden paniğe varan kaygılara neden olduğunu belirten birçok çalışma ortaya koyulmuştur. (Yardakçı ve Akyolcu 2004). Cerrahi işlemle ağrı ve acıdan kurtulacağı umuduna

sahip olan hasta, aynı zamanda da işlem sonrası ortaya çıkacak yeni ağrı ve acıların, bilincini yitirmenin kaygısını taşır. Ölüm korkusu, bedeninin zarar göreceği ve acı çekeceği korkusu, anestezi sırasında kimliğini ve denetimini yitireceği korkusu, ameliyat sonrasında yeti yitimi ve bağımlılık korkusu, hem cerrahi, hem de anestezi ile ilişkili olarak bilinmeyenden korku, işlemin belirli yönlerine ilişkin özgül korkular (örneğin: ameliyat korkusu, enjeksiyon korkusu, anestezi korkusu) cerrahide korku kaynaklarını, dolayısıyla konforun bozulma nedenlerini oluşturmaktadır (Cimilli 2001). Ayrıca preoperatif dönemde cerrahi işlem sonrasında yoğun bakıma alınacak olma durumlarını bilme ve postoperatif dönemde yoğun bakımdaki girişimsel ve girişimsel olmayan işlemler; yapay solunum cihazlarına bağlı olma, aspirasyon, derin solunum ve öksürme egzersizleri, fizik tedavi, pansumanlar, pozisyon, monitörizasyon gibi uygulamalar hastalarda iyileşme görülmesini sağlamakla beraber korku ve kaygılarının artmasına, konforlarının azalmasına neden olmaktadır (Uyar ve Korhan 2011).

Cerrahi girişim uygulanan hastalarda konforun korunması ve sürdürülmesi, kaygının en aza indirilmesi hemşirelik bakımın amaçları arasında olmalıdır. Hastanın sorunlarıyla baş edebilecek güçte olması, kendini rahat, ferah hissetmesi için hemşirelik bakımı, konforun her boyutunu içeren, bütüncül bir yaklaşımla planlanmalıdır (Üstündağ ve Eti Aslan 2010).

Bu çalışmadaki amaç yoğun bakım endikasyonu konulan ve konulmayan hastaların ameliyat öncesinde ve sonrasındaki kaygı ve konfor düzeylerini belirlemek, ameliyat sonrasında da yoğun bakım koşullarında bulunan ve bulunmayan hastaların kaygı ve konfor düzeylerini ortaya koymaktır. Araştırma sonucunda anlamlı bir fark ortaya çıktığı takdirde, ameliyat olacak olan hastalara ameliyatları ve yoğun bakım ile ilgili tam ve eksiksiz bilgi vermenin önemi ortaya çıkacak ve hastaların kaygı ve konfor düzeyini etkileyen değişkenlerin, özellikle günümüzde yeterli kaliteye sahip olmayan yoğun bakım koşullarının iyileştirilmesinin gerekliliğinin bir kez daha vurgulanmasına katkı sağlayacaktır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1.Cerrahi

4.1.1.Cerrahinin tanımı:

Kabul etmeme, yaralanma, çürütme anlamındaki Arapça kökenli cerh kelimesinden türetilen cerrah ameliyat yapan doktor anlamına gelmektedir. Ameliyat uygulamalarını içeren bilim dalına da cerrahi denilmiştir (Akyolcu, 2012).

Günümüzde sık kullanılan cerrahi; insan vücudunda doğuştan var olan ya da sonradan oluşmuş bozuklukların, yaralanmaların, patolojik olayların tanımlanması, tedavi edilmesi, gerektiğinde hasarlı bölgenin çıkarılması ve yok edilmesi amacıyla yapılan girişimsel işlemlerdir (Saldamlı, 2018).

İlk zamanlarda dıştan müdahale olarak görülmüş ve daha çok çeşitli yara, tümör ve kırık çıkık tedavileri şeklinde gelişmiş, daha sonra ise ilaç destekli olarak ve farklı boyutlar kazanarak varlığını sürdürmüştür (Ceylan, 2012).

İnsanların çeşitli sebeplerle ihtiyaç duydukları cerrahi konusuna Türk kavimleri de büyük ilgi duymuşlardır. Türklerin İslamiyet'i kabulünden sonra da cerrahiye duydukları ilgi İslam medeniyeti içinde gelişerek devam etmiştir. Örneğin; meşhur hekim İbni Sina böbrek taşlarında ilk defa cerrahi müdahaleyi önermiş ve nasıl yapılması gerektiğini açıklamıştır. Selçuklular ve Osmanlılar döneminde de önemli çalışmalar yapılmıştır. Osmanlı Devleti'nin son dönem cerrahlarından olan Cemil Topuzlu Paşa, sadece bir cerrah olarak değil tıbbın kurumlaşmasında da önemli katkıları olan bir hekimimiz olmuştur (Ceylan, 2012).

19. yüzyılın sonlarında ise genel cerrahi asepsi ve antisepsi konusu ve uygulamaları, anestezi alanındaki yenilikler ve bunların yanı sıra cerrahinin fizyolojik esasları büyük oranda yerleşmiştir. Ancak bu durumun Anadolu hastanelerine yayılması 1925 sonrası ve özellikle üniversite reformu sonrasında olmuştur. 1940'lı yıllarda antibiyotik ve sülfamitlerin bulunması, asepsi ve antisepsi uygulamalarında bilgi ve tecrübenin artması, 50'li yıllardan sonra da anestezi alanındaki gelişmeler bütün dünyayla birlikte ülkemizde de cerrahinin gelişmesine katkı sağlamıştır (Kahya ve Erdemir, 2000).

4.1.2.Cerrahinin sınıflandırılması:

Cerrahi amacına, zamana ve risk derecesine göre sınıflandırılabilir:

Tahmin edilen tanıyı kesinleştirmek amacıyla diagnostik, hastalığın genişliğini belirlemek ve tanıyı desteklemek amacıyla eksploratif, tahrip olmuş, hastalıklı ya da doğuştan bozuk olan doku ya da organın çıkarılması veya onarılması amacıyla küratif, sorunun semptomlarının azaltıldığı, tamamen tedavi edilmediği palyatif cerrahiler amacına göre sınıflamadır (Ceylan, 2012).

Zamana göre ise; ameliyatın ne zaman yapılacağına hastanın seçimine bırakıldığı, gecikmenin hastalığı etkilemediği elektif cerrahi, 24- 48 saat içinde yapılması gereken acil cerrahi ve hemen o anda yapılması gereken olağanüstü acil cerrahi olmak üzere üç sınıfa ayrılır.

Risk derecesine bağlı olarak; yaşamı korumak, fonksiyonu düzeltmek, bir vücut parçasını çıkarmak, sağlığı geliştirmek ve sürdürmek amacıyla yapılan büyük (majör) cerrahi; daha çok elektif nedenlerle tercih edilen cilt ve şekil bozukluklarını düzeltmek amacıyla yapılan küçük (minör) cerrahi şeklinde ayrılır (Türgay, 2013).

4.1.3.Cerrahinin hasta üzerine etkisi

Ameliyat olacak hastada, hastanın fiziksel ve emosyonel durumu, hastalığın süresi, işlemin büyüklüğü, cerrahi ekip gibi nedenlere bağlı olan, ölüme kadar varabilen pek çok risk vardır. Bu riskler hastada psikolojik ve fizyolojik olarak olumsuz etkilere neden olur. Bunlar:

- 1. Ameliyata karşı stres tepkisinin oluşması:** Hipotalamo- hipofizer sistem ve otonom sempatik sistem stresle karşılaştığı an da uyarılır. Stres tepkisi bedeni ameliyat travmasından koruyabileceği gibi, çok güçlü olduğu durumlarda bireyi birkaç saat ya da gün içinde öldürebilir. Stres tepkisinin etkinliği genetik eğilim, yaş, cinsiyet, beslenme durumu, iklim, yorgunluk, genel ruh hali, tecrübeleri gibi faktörlerden etkilenir. (<http://194.27.141.99/dosya-depo/stek/pdfs/47/4711.pdf>, Erişim Tarihi: 27.02.2017)
- 2. Enfeksiyona karşı direncin azalması:** Doku bütünlüğünün bozulması hastanın hastane florası ile kolonize olmasına yol açar (Aygün, 2008).

3. **Vasküler sistemin bozulması:** Cerrahi işlem kan damarlarının kesilmesini gerektirir ve aşırı kan kaybı hipovolemik şoka neden olabilir (Erdil, 2001).
4. **Organ fonksiyonlarının bozulması:** Cerrahi işlem sırasında organların doğal yapısına dokunulması, hasarlı bölgenin düzeltilebilmesi sebebiyle komşu organlara müdahale edilmesi fonksiyonlarının geçici ya da kalıcı olarak bozulmasına neden olabilir.
5. **Beden imajının değişmesi:** Şekil bozukluğuna neden olan amputasyon gibi ameliyatlar ya da psikolojik olarak önem taşıyan organların (uterus vb.) alınması gibi cerrahi işlemler beden imajında değişmeye neden olur. Beden imajı kişinin benlik duygusuna dayalıdır ve kişinin kendini algılayış şeklinden, çevresindeki insanların tepkisinden, değer yargılarından etkilenebilir.
6. **Yaşam tarzının değişmesi:** Mesleğinde elini kullanan bir kişinin elinin ampute edilmesi, barsak tümörü sonrasında kolostomi açılması gibi bazı ameliyatlardan sonra kişiler yaşam şekillerini değiştirmek zorunda kalabilirler.

4.1.4.Preoperatif dönem ve hemşirelik bakımı

Preoperatif dönem, cerrahi işleme karar verilmesi ile başlayan, hastanın anestezi alması ile son bulan süreyi kapsar. Ameliyat sonrası iyileşmeyi etkileyen, hastanın bireysel ihtiyaçları doğrultusunda belirlenen psikolojik ve fizyolojik hazırlıkları, ameliyat öncesi hazırlık ve bakımı içerir (Demir, 2010).

Ameliyat öncesi hastanın hazırlığı; hastanın mevcut sağlık durumu, alerjileri, kullandığı ilaçları, geçirilmiş hastalık ve ameliyatları, mental durumu, sigara ve alkol kullanım durumu, sosyal ve kültürel gereksinimleri, cerrahi işlem ve anestezinin anlaşılma durumu gibi genel detayların içinde bulunduğu anamnez formunun doldurulmasıyla başlar. Deri, göğüs ve akciğer, kalp damar sistemi, karın, nörolojik sistem ve kas iskelet sisteminin fiziki muayenesi ve rutin tarama testleri ile devam eder.

Ameliyat öncesi dönemde fiziki muayene ve tarama testleri sonucunda ortaya çıkan sistemlere yönelik sorunlar ameliyat sırasında ve sonrasında komplikasyonlara neden olabileceğinden mümkün olan düzeyde ameliyat öncesinde düzeltilmelidir (Türgay, 2013). Fonksiyonel sağlık örüntülerine göre gruplandırılmış Nanda Hemşirelik Tanıları'ndan 'Bilgi Eksikliği, Korku, Uyku Düzeninde Bozulma, Etkisiz

Baş Etme' gibi tanılar bu dönemde koyulabilecek tanılardır (Erdemir, 2005). Bu tanılar kapsamında hastaya uygun olan amaç ve girişimlerin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi, istenen sonuca ulaşılması ameliyat sonrası dönemdeki iyileşmeyi hızlandıracaktır.

Hastanın bilgi eksikliğini giderilmesi oluşabilecek diğer sorunların önlenmesinde de rol oynayacağı için öncelikle hastaya yönelik eğitimin planlanması gerekir. Ameliyat öncesi eğitim hastanın korkusunu azaltır, komplikasyonları azaltır, memnuniyetini artırır ve hastanede kalış süresini kısaltır. Hastaya her işlem net ve doğru şekilde açıklanmalı, hastanın soru sormasına izin verilmeli, etkin dinlenmeli ve duygusal destek sağlanmalıdır. Yakınıyla beraber uygulayabileceği solunum, bacak, öksürme egzersizleri gibi aktiviteler öğretilmeli, kendi bakımına katılması desteklenmelidir (Rodgers, 2010).

Ameliyat öncesinde genel fiziksel hazırlık ise, kimlik doğrulaması için gerekli kol bandının takılması, cerrahi bölgenin temizliğinin sağlanması, yeterli sıvı alımının sağlanması, doktor istemine göre gerekli medikal tedavinin uygulanması, metal eşya, kıyafet ve protezlerin çıkarılıp ameliyat önlüğünün giydirilmesi, mesane ve barsak boşaltımının sağlanması, yaşam bulgularının kontrol edilmesi ve varsa ameliyata özel istemlerin yapılması şeklindeki hemşirelik uygulamalarından oluşur (Türgay, 2013).

4.1.5.Postoperatif dönem ve hemşirelik bakımı:

Anestezinin sonlanmasıyla hastanın taburcu olabilecek duruma geldiği ana kadar geçen süre postoperatif dönem olarak tanımlanır. Bu dönemde amaç komplikasyonları önlemek, azaltmak, erken fark etmek ya da oluşmuş ise olumsuz etkilerini en az indirerek hastanın hastanede kalış süresini kısaltmaktır.

Postoperatif dönem uyanma, erken ve geç olmak üzere üçe ayrılır. Uyanma ve erken postoperatif dönemdeki komplikasyonlar erken komplikasyonlardır. Bunlar; uyandırma döneminde yetersiz solunuma bağlı atelektazi, aspirasyon pnömonisi, hipotansiyon, aritmi, myokard infarktüsü, idrar retansiyonu, idrarda azalma, akut böbrek yetmezliği, hipotermi ya da hipertermi, kanama, bulantı, kusma şeklinde olabilir. Ameliyat sonrasındaki 3-10 gün arasında ortaya çıkan, pnömoni, emboli,

insizyonel herni, yara yeri enfeksiyonları ya da eviserasyonları, basınç yaraları, kabızlık, karaciğere bağlı sorunlar ise ortaya çıkabilecek geç komplikasyonlardandır (Demir, 2010).

Postoperatif dönemdeki komplikasyonlar ameliyatın türüne, büyüklüğüne hastada var olan diğer hastalıklara, hastanın yaşına, anestezi yöntem ve süresine, hastanın genel durumuna bağlı olarak değişkenlik gösterirler. Gelişen teknoloji ile günümüzde uygulanan ameliyat ve anestezi yöntemleri sayesinde ameliyat sonrası komplikasyonlarda azalma sağlanmıştır (Güncel, 2002).

‘Cerrahi İyileşmede Gecikme, Sağlığı Sürdürmede Etkisizlik, Enfeksiyon Riski, Doku Bütünlüğünde Bozulma Riski, Sıvı Volüm Eksikliği Riski, Kanama Riski, Hipotermi, Fiziksel Mobilitede Bozulma, Hava Yolunu Temizlemede Etkisizlik, Özbakımda Yetersizlik, Aspirasyon Riski, Rahatta Bozulma’ gibi hemşirelik tanıları bu dönemdeki komplikasyonlarla ilişkilendirilebilir (Erdemir, 2005). Postoperatif dönemde hastanın ilk 24 saat yakından izlenmesi, gelişebilecek komplikasyonların fark edilip, belirlenen hemşirelik tanılarına yönelik planlanan girişimlerin en erken sürede uygulanması önemlidir. Postoperatif dönemde:

- Hastanın yaşamsal bulguları düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir.
- Kanama kontrolü yapılmalıdır.
- Şuur durumu değerlendirilmelidir.
- Varsa dren takibi yapılmalıdır.
- Ağrı düzeyi değerlendirilmeli, doktor istemi doğrultusunda gerekli medikal tedavi uygulanmalıdır.
- Aldığı çıkardığı sıvı takibi yapılmalıdır.
- Bulantı kusma durumunda aspire etmesi önlenmeli, order edilen ilaçlar uygulanmalı, ağız bakımı verilmelidir.
- Ameliyat öncesinde öğretilen derin solunum ve öksürme egzersizleri iki saatte bir yaptırılmalıdır.
- Hastanın gaz ve gaita çıkışı izlenmelidir.
- Uzun süre hareketsiz kalacak olan hastalarda tromboflebit ve basınç yaraları oluşabileceğinden uygun bacak egzersizleri yaptırılmalı, varis çorabı giydirilmeli, mümkün olan en erken şekilde mobilize edilmelidir.

- Enfeksiyonların önlenmesi amacıyla yara yeri izlenmeli ve uygun, aseptik ilkelere dayanan pansuman yapılmalıdır.
- Ameliyat sonrası korku ve anksiyete ile etkili baş edemeyen hastalarda akut konfüzyon gelişebilir. Bunun nedeni dehidratasyon, oksijen azlığı, anemi, hormonal dengesizlikler olabilir. Nedeni ortaya koyulmalı ve tedavi edilmelidir (Erdil, 2001).
- Hastanın var olan bilgi eksikliği giderilmeli, taburculuk sonrası var olan sağlık durumu ile neler yapabileceği, nelerden kaçınması gerektiği, beslenme şekli, kontrol süreleri, yardım alabileceği kuruluşlar hakkında detaylı bilgi sağlanmalıdır (Ay, 2007).

4.2.Yoğun Bakım Ünitesi

4.2.1.Tanımı ve tarihçesi

Kritik hastaların yaşamsal destek alma ihtiyacı olduğunda takip ve tedavisinin yapılması işlemine yoğun bakım denir. Yoğun bakım üniteleri ise; yaşamı tehdit eden bir ya da birden fazla organ yetmezliği, akut bir hastalığın komplikasyonları, travma ya da planlı tedavi programı gibi durumlarda vücudun aksamış olan işlevleri düzelineye kadar, desteklenmesi, yakından izlenmesi ve hastanın hayatta kalması amacıyla özel olarak tasarlanmış, ileri derece teknoloji ile donatılmış yetkin personelin çalıştığı bir bölümdür (Terzi, 2014). Sağlık Bakanlığı'nın 2008 yılı 11395 sayılı Genelgesi'ne göre ise; bir ya da daha fazla organ veya organ sistemlerinde ciddi işlev bozukluğu nedeniyle yoğun bakım gereksinimi olan hastaların iyileştirilmesini amaçlayan, yerleşim biçimi ve hasta bakımı açısından ayrıcalık taşıyan, ileri teknolojiye sahip cihazlarla donatılmış, 24 saat yaşamsal göstergelerin gözlemi ve hasta tedavisinin yapıldığı kliniklerdir (TC Sağlık Bakanlığı Genelgesi 2008).

Modern anlamda yoğun bakım kavramının 1852 yılında Kırım Savaşı sırasında Florence Nightingale'nin özel bakım gerektiren hastaları bir yere toplamasıyla oluştuğu bilinmektedir (Terzi, 2014). 1860'lı yıllarda ameliyat sonrası bakım ve gözetim için kullanılan ayılma odaları yoğun bakım ünitelerinin ilk örnekleri olmuş, zaman içindeki ilerlemelerle yapay akciğerlerin yerini yatak başı respiratörlerin almasıyla yoğun bakım üniteleri kurulmuştur. Tıptaki diğer ilerlemelerle kompleks,

hemodinamik ve fizyolojik ölçüm yöntemleri kullanılmaya başlanmış, ilk multidisipliner yoğun bakım ünitesi 1958 yılında Baltimore City hastanelerinde kurulmuştur (Özkan, 2002).

Ülkemizde ise; 1959 yılında Dr. Cemalettin Öner tarafından Haydarpaşa Numune Hastanesi'nde, 1970 yılında Prof. Dr. Cemalettin Öner tarafından İstanbul Tıp Fakültesi'nde ve Prof. Dr. Sadi Sun tarafından Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde kurulan reanimasyon servisleri Türkiye'deki ilk yoğun bakım ünitelerini oluşturmaktadır (Akpir, 2002).

Yoğun bakım üniteleri cerrahi, dâhiliye, göğüs hastalıkları, nöroloji vb. şekilde ayrı ayrı ya da tüm kritik hastaların yatırılabilirdiği genel bir ünite şeklinde olabilir. Ülkemizdeki yoğun bakım ünitelerinin nitelikleri Sağlık Bakanlığı'nın 2008 yılında yayınladığı Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları (Ek-1) konulu genelgeye uygun olmalıdır.

4.2.2. Ameliyat sonrasında yoğun bakıma hasta kabul ölçütleri

Yoğun bakım hizmeti alacak olan hasta seçilirken hızlı olmak, hasta hakkında tüm bilgiye sahip olmak, yoğun bakımdan gerçekten yarar görecektir olan hastanın seçilmesinde oldukça önemlidir. Hastanelerin yatak kapasitesinin sadece %2-8'i yoğun bakım yataklarıdır. Ciddi hemodinamik dengesizlik sorunu olan hastanın seçilmesi sınırlı yatak kapasitesi açısından önemlidir. Bu konuya ilişkin yapılan bir çalışmada, yoğun bakıma kabul edilen hastaların %20-77'sinin aktif tedavi girişiminden ziyade sadece izlem için kabul edildiklerini bildirmektedir (Clark ve Normile, 2002). Ameliyat sonrasında yoğun bakıma gelen hastaların çoğunluğu da yakın izlem amacıyla kabul edilmektedir.

Yoğun Bakım Tıp Derneği'nin etik komitesi yoğun bakıma hasta kabulünde öncelik, tanıya dayalı ve objektif parametreler modelini kullanarak bazı ölçütler belirlemiştir. Bu ölçütleri ameliyat sonrası yoğun bakıma gelen hastalar üzerinden ele alırsak; ameliyat sonrasında kritik durumda olan, kardiyopulmoner ve nörolojik dengesizliği bulunan, ventilatör desteğine ihtiyacı olan, genel olarak stabil olmayan hastalar birinci derece öncelikli hastalardır. Örneğin; kalp cerrahisi, karaciğer rezeksiyonu ve pnömonektomi ameliyatı sonrası kabul edilen hastalardır.

Ameliyat sonrasında yoğun bakıma gelen hastaların çoğunluğu Yoğun Bakım Tıp Derneği'nin ölçütlerine göre asıl olarak; 2. derece öncelikli grup içinde yer almaktadır. Bu grupta uygulanan işlemde hemen sonra yoğun izlem ve acil müdahalelere gereksinim duyan hastalar yer alır. Geniş baş-boyun cerrahisi hastaları, yapay solunum cihazı desteği gerektirmeyen akciğer cerrahisi hastaları, fizyolojik rezervi sınırlı ameliyat sonrası dönemdeki hastalar örnek olarak verilebilir.

Ameliyat olduğu hastalığın doğasından dolayı ya da daha önceden var olan hastalığına bağlı iyileşme olasılığı az olan, terapötik çabalara nadiren yanıt veren hastalar 3.derece, yoğun bakımdan yarar sağlaması beklenmeyen veya çok az yarar sağlayabilecek hastalar ile ölümün çok yakın ve kaçınılmaz olduğu düşünülen hastalar ise 4.derece öncelikli hasta grubunu kapsar. Periferik vasküler cerrahi işlem geçirenler, yapılan ameliyata rağmen kalıcı bilinç kapanıklığı halinde olanlar bu gruba örnek olarak gösterilebilir (Çelik, 2013).

Bunların yanı sıra, ameliyat sonrası yoğun bakıma kabul kriterleri içerisinde;

- Kardiyovasküler cerrahi
- Göğüs cerrahisi
- Nöroşirürjik girişimler
- Otolaringoloji girişimleri
- Kraniofasial cerrahi
- Ortopedik cerrahi girişimler
- Hemodinamik bozukluk veya solunum düzensizliği veya olasılığı olan cerrahi girişimler
- Organ nakli
- Multiple travma
- Cerrahi sırasında veya sonrasında majör kanama şeklindeki gruplar olarak ele alınmıştır (Antmen, 2012).

4.3.Kaygı

4.3.1.Kaygının tanımı

Eski Yunanca'da endişe, korku, merak anlamına gelen kaygı; bireyin fizik ve sosyal çevrede karşılaştığı uyumsuz koşullara, hoş olmayan bedensel ve psikolojik belirtiler ile yanıt verdiği doğal bir duygudur. Dilimizde ise kaygı; bunaltı, endişe, anksiyete gibi terimlerle adlandırılmaktadır (Cüceloğlu, 2005). Türk Dil Kurumu ise kaygıyı; genellikle kötü bir şey olacakmış düşüncesiyle ortaya çıkan ve sebebi bilinmeyen gerginlik duygusu olarak tanımlamıştır.

Bir çalışmada kaygı; tehlikeyle baş etmek için vücudun ortaya çıkardığı öznel duyguları, fizyolojik belirtileri ve davranışları içeren çok yönlü ve temel insan duygusu olarak tanımlanmıştır (Tektaş, 2014).

Kaygı genellikle bireyi üzecek sıkacak bir durumun gelişinin beklendiği süreçte yaşanan güvensizlik duygusu ile karışık heyecanlanmadır (Öncül, 2000). Özellikle güç kazanma, yükselme, çevreye egemen olma gibi düşüncelere önem veren insanlarda daha yoğun kaygı oluşur (Horney, 2003).

Freud, 1926'da kaygının psikolojik bir durum olduğunu ortaya koymuş ve egonun bir işlevi olarak tanımlamıştır (Gençtan, 2004). Ayrıca içgüdü ve dürtüler sonucu gelişen gücün bastırılmasıyla kaygının ortaya çıktığını ileri sürmüştür (Köknel, 1992).

Kaygı ile en çok karıştırılan kavramlardan biri korkudur. Bazı psikologlara göre kaygı ve korku arasında önemli farklar bulunmaktadır. Bunlar; korkunun kaynağı belirli, kaygının ise belirsizdir. Korku, uzun süre devam eden kaygıdan daha şiddetli ve daha kısa sürelidir (Cüceloğlu, 2005).

Kaygının pek çok nedeni vardır ve kişiden kişiye, kültürden kültüre değişir. Bunun yanı sıra kaygıyı ortaya çıkaran nedenlerin bazılarını genellemek mümkündür. Örneğin; alışılmış çevrenin ortadan kalktığı, olumsuz bir sonucun beklendiği, inanılan ve önem verilen bir düşünce ile uygulanan davranışın uyumadığı, gelecekte ne olacağının bilinmediği durumlar kaygının ortaya çıkış nedenleridir (Cüceloğlu, 2005).

Hastaların fiziksel bir nedene dayalı sorunları kaygıya yol açabileceği gibi var olan kaygısı da bazı fiziksel semptomlara neden olabilir. Otonom sinir sisteminin uyarılmasıyla kan basıncı, kalp hızı, solunum sayısı, mide barsak hareketleri artabilir. Kan şekeri yükselir, ağız kuruluğu ortaya çıkabilir. Göz bebekleri genişleyebilir, titreme ve terleme olabilir. Bu belirtiler merkezi sinir sisteminde adrenalin benzeri kimyasalların kana karışmasına neden olur ve kaygı oluşur (Karayağız ve ark. 2011). Bununla birlikte yoğun ve sürekli kaygı da gastrik ülserasyon, adrenal bezde hipertrofi gibi fiziksel sorunlara neden olabilir (Selye, 1976).

4.3.2.Kaygı kuramları

Psikoanalitik kuramların öncüsü olan Freud, önce kaygının içgüdü ve dürtülerden gelen gücün bastırılması sonucu ortaya çıktığını belirtmiş, daha sonra ise kaygıyı, bir nevi sinyal görevi gören, fiziksel ya da sosyal çevreden gelen tehlikelere karşı bireyi uyararak, gerekli uyumu sağlamaya yönelten, yaşamı sürdürebilmeye katkı sağlayan işlevsel bir tepki olarak tanımlamıştır (Özdemir, 2013; Duman, 2008). Freud'a göre kaygı, dış dünyadan algılanan tehlikeler sonucunda ortaya çıkan gerçek kaygı, içgüdülerden gelen tehlikelere karşı savunma mekanizmalarının yetersiz kaldığı durumlarda oluşan nevrotik kaygı ve kişinin hissettiği içsel suçluluk, utanma, vicdan azabı gibi duyguların yarattığı manevi sıkıntıya bağlı vicdani kaygı olarak üçe ayrılmaktadır (Gedik, 2015).

Horney, kaygının çocukluk döneminde kabul görülmemekten kaynaklandığını belirtmiş, kaygının derecesinin nedenine verilen değerle doğru orantılı olduğunu, kişiler için kaygının dayanılmaz bir duygu haline gelebileceği üstünde durmuştur (Duman, 2008). Sullivan'a göre, kişinin yetişmesinde etkili olan ilişkiler ve etkileşimler kişilikten çok daha önemlidir. Çocuğun yetiştirilmesinde rol alan bireylerin çocuğa karşı uyguladığı tutarsız davranışlar ve çocuğun ilk toplumsallaşma deneyimleri kaygı nedenleridir (Duman, 2008).

Otto Rank kaygının kopma ve ayrılma duygusundan kaynaklandığını ileri sürmüştür, Eric From ise kaygıyı kişinin yalnız kalma, çaresizlik ve çevreye yabancılaşmasına bağlamış, yalnızlığın kaygı düzeyini arttırdığını belirtmiştir (Köknel, 1992).

Öğrenme kuramcılarına göre kaygı öğrenilmiş bir süreçtir. İnsanın doğasından kaynaklanan açlık, cinsellik gibi biyolojik kökenli dürtülerin yanı sıra kaygı da bireyi güdüleyici bir güç olan ikincil bir dürtüdür (Karabulut, 2004). Davranışçı yaklaşım da kaygının öğrenilmiş olduğunu vurgular, yaşantılar sonucu kazanıldığını belirtir. Öğrenmeyi sağlayan ilişkiler ortadan kalkarsa kaygı da yok olabilir. Bu yaklaşımda kaygı, tehdit unsuru olan bir duruma karşı kişinin gösterdiği sempatik sinir sistemi tepkileridir.

Kaygının anlaşılması için ortaya konulmuş bilişsel kuramlar ise, olaylar karşısında kişilerin öznel yorumlamalarını ön planda tutar. Bilişsel kuramın öncülerinden Beck, Emery ve Greenberg'e göre kaygının asıl nedeni kişilerin beklentileri ve bu beklentiler doğrultusunda yaşadıkları olayları algılama şekilleridir (Beck ve ark. 2011)

Spielberger (1966) ise iki faktörlü kaygı kuramını ortaya koymuş, sürekli ve durumluk olmak üzere birbirinden farklı iki ayrı kaygıdan söz etmiştir. Durumluk kaygının belli bir anda, belli bir şiddet düzeyinde olan stresli durumlarda bireyin yaşadığı öznel korku olduğunu belirtmiştir. Tehdit edici durum ortadan kalkınca kaybolan geçici gerginlik, tedirginliktir. Sürekli kaygı ise kişinin kaygıya olan yatkınlığı, karşılaştığı olayları tehlikeli ve tehdit edici algılama düzeyine bağlı olarak genel bir mutsuzluk ve hoşnutsuzluk halidir (Spielberger, 1966). Sürekli kaygı kişilerin karakterlerini yansıtmaması sebebiyle ayırt edici bir özelliğe sahiptir ve sürekli kaygısı yüksek olan bireyler diğer insanlara göre genel yaşantılarında olaylara daha duyarlı ve daha tedirgin olma hali içindedirler (Duman, 2008).

4.3.3.Kaygının belirtileri

Kaygı, bireylerde fizyolojik, psikolojik ve zihinsel tepkilerin ortaya çıkmasına neden olabilir. Bu tepkiler kişilerin durumu algılama, anlama ve üstesinden gelme yetilerini olumsuz yönde etkilemesi açısından önemlidir. Karabulut (2004)'a göre kaygının organizma üzerindeki etkileri şu şekildedir:

- 1. Fizyolojik etkileri:** Kan basıncında, nabızda ve solunum sayısında artma, bronşlarda ve pupillalarda genişleme, titreme, terleme, deride soğukluk, iştahta azalma, ağızda kuruma, gastrointestinal sistem fonksiyonlarında azalma, bulantı-

kusma, yorgunluk, halsizlik, baş dönmesi, diyare, sık idrara çıkma, ses tonunda değişme, motor fonksiyonlarda azalma gibi vücudu ve sistemleri etkileyen belirtiler ortaya çıkabilir.

2. Psikolojik etkileri: Korku, huzursuzluk, sinirlilik, kontrolü kaybetme, konsantrasyon bozukluğu, güvensizlik çaresizlik, ağlama, çekingenlik, başkalarını ya da kendini suçlama veya eleştirme, öfke, hayalcilik gibi bireyin kendi bakım ve tedavisine katılımını engelleyici belirtiler görülebilir.

3. Zihinsel etkileri: Dikkat dağınıklığı, odaklanamama, bir konu hakkında aşırı düşünme, unutkanlık, çevreye ilginin azalması, gelecek ya da şimdiki zamandan çok geçmiş düşünme gibi normal bilişsel işlevlerde bozulmalar yaşanabilir (Karabulut, 2004) .

Kaygılı bireyler kararsız, panik halinde, her işe yetişmek isteyipte hangisine önce gideceğine karar veremeyen, acil yardıma gereksinimi olan bir yüz ifadesine sahiptirler (Duman, 2008).

Bahsettiğimiz bu belirtilerin, organizma üzerindeki olumsuz etkilerinin yanı sıra, bireyi tehlikeli duruma hazırlaması, sorunun üstesinden gelmesini kolaylaştırması açısından uyarıcı, koruyucu ve motive edici özelliklerinin de olduğunu unutmamak gerekir.

4.3.4. Preoperatif ve postoperatif dönemde kaygı

Bireyler için hasta olmak başlı başına bir kaygı nedeni olmasının yanı sıra, ameliyat olma bu kaygının daha da artmasına neden olur. Gürsoy (2001) çalışmasında, hasta kaygılarının nedenlerinin değişiklik göstermesiyle birlikte, ameliyat olmak için hastaneye yatan bireylerin kaygı düzeyinin, diğerlerine göre daha yüksek olduğunu aktarmıştır.

Ameliyat öncesindeki kaygının derecesi tanı, tutulan organ ve sistem, işlemin zorluk ve risk düzeyi ile hastanın bunlara ilişkin tutum ve önyargılarıyla bağlantılıdır (Cimilli, 2001). Ancak yapılacak olan cerrahi işlem basit olsa dahi, ameliyat olmayı tehdit edici, bağımsızlığı kaybedici olarak algılayan hastalar, bu duruma karşı artan bir kaygı ile tepki gösterirler (Dönder, 2005). Bununla ilgili olarak, bir çalışmada, cerrahi hastalarının %5'inin tedaviyi reddedecek kadar yoğun bir kaygı yaşadıkları belirtilmiştir (Strain, 1985).

Cerrahi girişimler hastalar üzerinde, ölüm korkusu, beden imajında değişiklik, ağrı, bağımsızlığı kaybetme, aileden uzak olma, yabancı bir ortamda yabancı insanlar içinde bulunma, sosyal aktivitelerden uzak kalma, kendi kendine yetememe gibi pek çok nedenlerle olumsuz etkiler oluşturur. Ayrıca anestezi ve invaziv girişimler gibi operasyonun belirli yönlerine ilişkin korkular yaşanır (Cimilli, 2001). Orta büyüklükte ameliyat olacak olan hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada anesteziden uyanamama endişesinin %70 olduğu ortaya konulmuştur (Gürsoy, 2001).

Tanınmayan, bilinmezliklerle dolu bu sürecin uzaması, daha sonra hastaya zarar verebilecek bir kaygı düzeyi yaratır ve ameliyat öncesi bakımı zorlaştırır (Nigussue ve ark, 2014). Hastaların, sorumlulukları altında oldukları sağlık ekibinden beklentileri arasında ameliyat öncesinde işleme hazır şekilde gerektiğinden fazla beklememe, ruhsal olarak rahatlatıcı konuşmalar, ilgi ve hoşgörü yer almaktadır (Özbayır ve ark, 2003). Bunlarla birlikte hastaların daha önceki deneyimleri ya da ameliyat ile ilgili bilgi almış olmaları kaygı düzeyleri üzerinde etkilidir (Kayahan ve Sertbaş, 2007). Daha önce ameliyat olmuş hastaların ameliyat ile ilgili bilgi talepleri, ilk kez ameliyat olan hastalara göre daha azdır (Duman ve ark, 2003). Basit bir bilgilendirme bile hastanın yanlış bilmesinden ya da eksik bilmesinden kaynaklanan korkunun azaltılmasına yardımcı olabilir (Karayağız ve ark, 2011).

Belirttiğimiz tüm bu nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan kaygının, ameliyat öncesinde tanınmaması ve giderilmemesi ameliyat sonrasındaki kaygının da yoğun olarak yaşanmasına sebep olur. Pek çok çalışma ameliyat sonrası kaygının, ameliyat öncesi kaygı ile ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Cimilli 2001).

Ameliyat sonrasındaki kaygının kaynağını, iyileşme ve ağrı ile ilgili sorunlar oluşturur (Gedik, 2015). Ameliyat öncesindeki kaygının yoğunluğunun, ameliyat sonrasındaki ağrıyı arttırdığı belirtilmiştir (Lennan, 2006). Cimilli (2001) yayınladığı makalesinde ameliyat sonrasında kaygısı yüksek olan hastaların, tıbbi komplikasyonlarının daha yüksek olduğunu, tedavi edilmeyen ağrının da kaygıyı daha da arttırdığını aktarmıştır. İyileşmenin gecikmemesi, hastanede yatış süresinin uzamaması ve cerrahi işlemin fiziki ve psikolojik etkilerinin en aza indirilmesi açısından, ameliyat öncesinde kaygının tanınması ve uygun hemşirelik bakımının

sağlanması, ameliyat sonrasında da kaygıya neden olan faktörlere ilişkin tedavi ile bakımın planlanması ve uygulanması önemlidir.

4.3.5. Kaygı ve hemşirelik bakımı

Hemşireler, diğer ekip üyelerine göre hastayla daha çok zaman geçiren kişiler oldukları için hasta bakımının yürütücüsü, yöneticisi ve kullanıcısı olurlar (Bırol, 2000). Hemşirelik bakımı bireye özgü, gerçekçi, bütüncül olmalıdır (Yıldız, 2011). Her hasta kaygısını farklı şekillerde gösterir. Bazıları içine kapanır, bazıları ise çocuklar gibi bağımlı davranır. Hemşireler hastada neyi gördüğünü, gördüğünün ne anlama geldiğini, her hastanın davranışını ona özgü olarak kavrayabilmelidirler (Yavuz, 2004). Eksiksiz, tam ve doğru bilgiler elde etmeli, bunları yorumlayarak hastaya uygun tanıyı koymalı, tanıya yönelik girişimleri planlamalı ve etkili şekilde uygulamalıdır. Kaygıya yönelik planlanabilecek genel girişimler şöyledir:

- Kaygı düzeyi belirlenmeli,
- Kısa, basit, anlaşılır cümleler kullanılarak hasta ile iletişim kurulmalı,
- Kişinin rahatlığı ve güvenliği sağlanmalı, fazla uyaranlar uzaklaştırılmalı,
- Bireyin duygu ve düşüncelerini aktarmasına izin verilmeli,
- Kaygısının nedenlerini tanımasına fırsat verilmeli,
- Yapılan tüm işlemler açıklanmalı,
- Kaygısını azaltmak için yapılabilecekler hasta ile birlikte tartışılmalı,
- Egzersiz, müzik dinleme gibi yöntemlerle dikkati başka yöne çekme teknikleri uygulanmalı,
- Gerekli olursa doktor istemine göre kaygıyı azaltıcı, hastayı yatıştırıcı ilaçlar uygulanıp, etki ve yan etkileri gözlenmelidir (Erdemir, 2005; Gedik 2015).

4.4.Konfor

4.4.1. Konfor tanımı

Türk Dil Kurumu tarafından ‘günlük hayatı kolaylaştıran maddi rahatlık’ olarak tanımlanır. Latince’de güç, İngilizce’de rahatlamak, teselli, avuntu, huzur gibi pek çok anlamlara gelmektedir (Acar ve Aygin, 2016). Kolcaba (1991)’ya göre ise; konforun pek çok tanımı vardır ve bunlardan biri kolaylık ve barışseverlik durumudur.

Konfor hastaları güçlendiren ve iyileşmelerini arttıran olumlu bir kavramdır (March ve McCormack, 2009). Günlük yaşamı kolaylaştıran rahatlık olarak da tanımlanan konfor, bakım ile bütünleşmiş olup, yaşam kalitesinin arttırılmasında etkin rol oynar (Gürçayır, 2011).

Konforun öneminden ilk olarak Nightingale’nin ‘Notes of Nursing’ adlı kitabında bahsedilmiş ve ondan bu yana geçerli bir kavram olarak bütüncül hemşirelik bakımının yapıtaşı olduğu aktarılmıştır (Bilgiç, 2015). Önceleri hemşireliğin ana merkezini ve etik boyutunu oluşturmuş, daha sonraları zamanla bakımın başarıya ulaşmasını sağlayan temel bir kavram haline gelmiş; beslenme, dinlenme, uyku, arkadaşlık ve anlaşma ile birlikte temel bir gereksinim olarak tanımlanmıştır (Terzi, 2014).

4.4.2.Konfor kuramı

Karmaşık ve çok boyutlu bir kavram olan konfor; Roy, Orlando, Watson, Paterson gibi birçok kuramcı tarafından incelenmiş, hemşirelik modellerinde bakımın bir sonucu olan hemşirelik işlevi olarak değerlendirilmiştir (Yücel, 2011; Erdemir ve Çırlak,2013). Peplau konforu; beslenme, dinlenme, uyku ve arkadaşlık gibi temel bir gereksinim olarak tanımlamış, Orlando; fiziksel ve mental konfordan bahsetmiş, Roy; psikolojik konforun sağlanmasındaki ölçütleri ele almış, Watson ise; hastanın dış çevresindeki etmenler düzeltildiğinde ve yatak içinde pozisyon verilmesi, eklem egzersizleri, sırt masajı, medikal tedavi, solunum egzersizleri gibi uygulamalarla konforun arttırılacağını savunmuştur (Terzi, 2014).

Konfor kuramı Kolcaba tarafından geliştirilmiştir. Konfor üzerine yaptığı çalışmaları yaklaşık 15 yıl süren Kolcaba, konfor kavramını üç düzey ve dört boyuta

ayırıştır (Derya, 2012; Kolcaba,1991). Ferahlama, rahatlama ve üstünlük olarak bireysel gereksinimlerin yoğunluğuna göre üç düzeye, holistik görüş doğrultusunda da fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel olmak üzere dört boyuta ayrılır (Kuğuoğlu ve Karabacak, 2008; Kolcaba, 1991).

Hemşirelikte konfor, gereksinimlerin karşılanması temeline dayanır. Konfor gereksinim alanları ise konforu bozan durumdan kurtulma, konforlu olma ve kişisel gelişim şeklindedir. Bu gereksinim alanları doğrultusunda oluşturulan üç düzey sırasıyla ferahlama, rahatlama ve üstesinden gelme olarak anlamlandırılmıştır. Hemşireler hastaların bu üç alana yönelik eksikliklerini giderme, konforu bozan etkenleri ortadan kaldırma, hastaların güç kazanmalarını ve yenilenmelerini sağlama girişimlerini uygularlar (Zengin, 2008).

Bireysel Konfor Gereksinimlerinin Karşılanma Yoğunluğuna Göre Konfor Düzeyleri;

- **Ferahlama**, konfor gereksinimleri karşılanan bireyin sıkıntılı durumdan kurtulması ile hissettiğidir (Koçaşlı, 2006). Özel ya da herhangi bir gereksinimin karşılanması sonucunda yaşanan, eski vücut fonksiyonlarının yerine gelmesi ya da huzurlu bir ölüm için gerekli olan düzeydir (Yücel, 2011; Acar ve Aygin, 2016).
- **Rahatlama**, sakinlik, huzur ya da rahatlık durumudur. Fiziksel ve mental deneyim ile duygulardan ve çevresel faktörlerden etkilenen, bireyin en etkili performansı gösterebildiği konfor halidir (Zengin, 2008).
- **Üstünlük**, bireyin ağrı ya da sorunlarıyla başa çıkabilmesi, güçlerini arttırmasıdır. Belli bir anda, kişinin kendi bakımını planlayıp, yönetmesini amaçlar ve kişinin sıra dışı bir performans gösterdiği düzeydir. Üç düzey de bireyi pozitif yönde etkiler (Kolcaba, 1991; Kolcaba, 2003; Yücel, 2011).

Holistik Yaklaşım Göre Konforun Boyutları:

- **Fiziksel konfor**, bireyin hastalığa karşı tepkilerinden kaynaklanan, sıvı- elektrolit dengesi, kan biyokimyası, uyku- dinlenme, metabolik denge, oksijen düzeyi gibi fizyolojik faktörleri içeren, bireyin fiziksel durum ve hareketlerini etkileyen bedensel algılarla ilgilidir (Karabacak, 2004; Koçaşlı, 2006; Kolcaba, 2003).

- **Psikospritu el Konfor**, bireyin yaşamına anlam veren öz-saygı, benlik kavramı, cinsellik, kendinin farkında olma gibi akılsal, ruhsal ve manevi bileşenlerden oluşmaktadır (Koçaşlı, 2006). Örneğin, ameliyat öncesinde hastaya yeterli bilgi verilmemesinden dolayı yaşadığı kaygı psikospiritu el konforu azaltan etmenlerdendir (Yücel, 2011).
- **Çevresel Konfor**, aydınlık, gürültü, renk, sıcaklık, koku, mobilya, pencerelerden görülen manzara gibi dış etkenler, durumlar ve bunların bireyler üzerindeki etkileri çevresel konforun tanımıdır. Bireylerin fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarını desteklemesi yönünden öncelikli olarak ele alınmıştır. İyileşmenin arttırılmasında uygun çevresel faktörlerin bulunması çok etkilidir.
- **Sosyokültürel Konfor**, eğitim, kişilerarası ilişkiler, maddi destek sistemlerinden yararlanma, bu konuda bilgi ve danışmalık sağlanması, taburculuğu planlama bu kapsamda yer alır. Aile, hemşire ve diğer sağlık ekibi üyelerinin becerikli ve duyarlı davranışları sosyokültürel konforu arttırıcı etkilerdir. Aile yapısı, gelenek ve görenekler, giyim ve yaşam tarzı gibi kültürel özellikler de bu boyuta eklenmiştir. Ayrıca taburculuk sonrası evde bakım hizmetleri de sosyal kültürel konforu arttırmaktadır (Koçaşlı, 2006; Kolcaba, 2003).

Kolcaba konforun sağlığı geliştirmeye yönelik davranışları arttırdığını bildirmiş ve konforu sınıflandırmayı bitirmesinin ardından hastanın konfor düzeyi ölümü için 48 maddeden oluşan GCQ (General Comfort Questionnaire – Genel Konfor Anketi) geliştirmiştir (Koçaşlı, 2006; Kolcaba, 2003).

4.4.3.Konfor ve hemşirelik bakımı

Hemşirelik bakımında amaç stresli durumlardan kaynaklanan konfor alanındaki sorunlardan kurtulma, huzur bulma ve üstesinden gelme ihtiyaçlarının giderilmesi olmalıdır. Hemşireler bakım sürecinde, Kolcaba'nın konfor kuramını rehber edinerek hastanın konfor ihtiyaçlarını tanımalı, konforu arttırıcı girişimleri planlamalı ve etkili şekilde uygulayarak konforda artma hedefine ulaşmaladırlar (Yücel, 2011).

Konforu artırıcı girişimler;

- Ağrıyı gidermeye ve iç dengeyi sağlamaya yönelik rutin olarak yapılan girişimler, kaygıyı azaltmak,
- Bilgi eksikliğini gidermek,
- Güven sağlamak,
- Umudu yüksek düzeyde tutacak iyileşmeye yönelik planlamalar yapmak,
- Masaj, egzersiz, müzik ve solunum terapileri gibi uygulamalardır (Erdemir ve Çırlak, 2013).

Bunların yanı sıra hastanın çevresinde var olan ve konforunu azaltıcı etmenlere yönelik girişimler de planlanmalıdır. Örneğin yoğun bakım ünitesinde yatan bir hasta için klimalı soğuk ortam, gürültü, karmaşa, ışık, mahremiyete yeterince özen gösterilmemesi konforu olumsuz yönde etkiler (Üstündağ, 2009). Uygulanacak tedavi, ortam ve işlemler hakkında eksiksiz, tam ve doğru bilgi vermek ve hasta kabulünde planlı yaklaşım ise konfor düzeyini arttırıcı girişimlerdir (Terzi, 2014).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, yoğun bakım endikasyonu konulan ve konulmayan hastaların preoperatif ve postoperatif dönemdeki kaygı ve konfor düzeylerini belirlemek, postoperatif dönemde de yoğun bakım koşullarının kaygı ve konfor düzeyleri üzerine etkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı ve karşılaştırmalı olarak yapıldı.

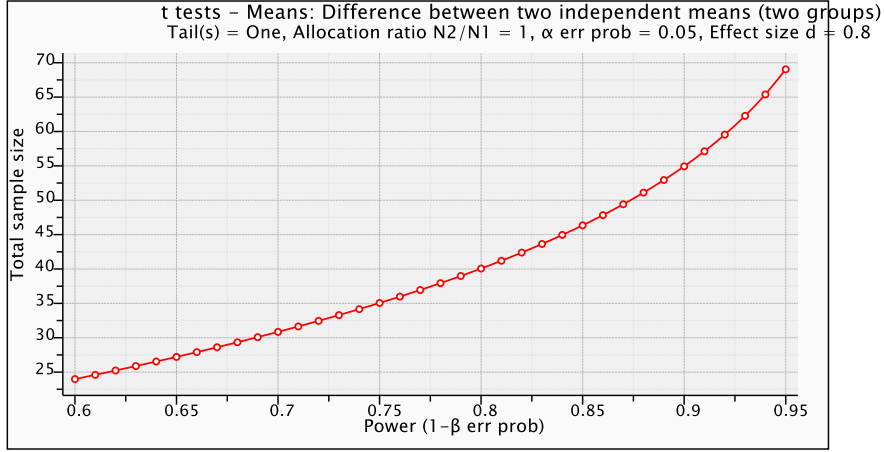
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma İstanbul ilinin Avrupa yakasındaki bir hastanesinin Genel Cerrahi, Ortopedi, Üroloji, Nöroşirürji (NRS), Göz Hastalıkları ve Kulak Burun Boğaz (KBB) birimlerinde Ekim 2015- Aralık 2015 tarihleri arasında yapıldı.

5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini araştırmanın yürütüldüğü hastanenin Genel Cerrahi, Ortopedi, Üroloji, Nöroşirürji, Göz Hastalıkları ve KBB birimlerinde Ekim 2015- Aralık 2015 tarihleri arasında ameliyat olmak üzere yatan hastalar oluşturdu.

Preoperatif dönemde yoğun bakım endikasyonu konulan hastalarda örneklem seçimine gidilmeyip tüm evrene ulaşılması hedeflendi. Ameliyat olmak üzere cerrahi servislerinden herhangi birinde yatan ve ameliyat öncesinde yoğun bakım endikasyonu konulmuş olan 63 hastadan 50'si çalışmaya dahil edildi. Dahil edilmeyen bir hasta ameliyat öncesinde, beş hasta ameliyat sonrasında yaşamını yitirdi. Beş hastanın ameliyat sonrasındaki 48. saatte bilinci kapalıydı, iki hastanın ise ameliyat sonrasında yoğun bakıma gelişi iptal edildi. Araştırmada yoğun bakım endikasyonlu hastaların durumlarını karşılaştırmak için yoğun bakım endikasyonu konulmamış 100 hasta alındı. Araştırmaya alınacak yoğun bakım endikasyonu olan hasta sayısını belirlemede başka bir yöntem olan power analizi ile hesaplama yapıldı. G*Power programı kullanılarak yapılan power (Güç) analizi sonucunda 35 yoğun bakım endikasyonu olan hasta, 35 servise çıkan hasta olmak üzere 70 kişinin alınmasının yeterli olduğu sonucuna ulaşıldı (Effect size=0,80; t=1,667).



Şekil 1. Power Analizi Diyagramı

Örneklem hacmi büyüdükçe örnekten elde edilen bulguların evren için geçerliliğinin arttığı kabul edilir (İslamoğlu, 2003). Araştırmada daha fazla yoğun bakım endikasyonu olan hastaya ulaşılması elde edilen bulgular ile sonuçların evren üzerinde genellenebileceğini göstermekte ve geçerliliğini arttırmaktadır.

Bu doğrultuda yoğun bakım endikasyonu olmayan grupta örnekleme gidildi ve sayısının belirlenmesinde bir önceki yılın aynı dönemindeki hasta sayısı verilerinden yararlanıldı. Bir önceki yılın aynı döneminde ameliyat öncesinde ve sonrasında buldukları cerrahi servislerde takip edilen hasta sayısının 3610 olduğu belirlendi. Tabakalı örnekleme yöntemi kullanıldı. Buna göre tabakalar; 575 ortopedi, 280 NRŞ, 403 KBB, 951 cerrahi, 483 üroloji, 918 göz servisi hastaları olarak saptandı. Para, zaman, emek tasarrufu ve diğer grubun hasta sayısı göz önünde bulundurularak örneklem sayısı 100 olarak belirlendi. Böylelikle 16 ortopedi, 8 nöroşirürji, 11 KBB, 26 cerrahi, 13 üroloji, 26 göz servisi hastası basit rastlantısal örnekleme yöntemiyle seçildi. Sonuç olarak toplamda 150 hastaya anket uygulandı.

5.3.1. Araştırmaya alınma ölçütleri

- Ameliyat olmak üzere Genel Cerrahi, Ortopedi, Üroloji, NRŞ, Göz ve KBB servislerinden herhangi birinde yatıyor olma,
- 18 yaş ve üzeri olma,
- Okuma yazma biliyor olma,

5.3.2. Araştırmadan çıkartılma ölçütleri

- Araştırma sırasında araştırmaya katılmaktan vazgeçme.
- Ameliyat sonrasındaki 6 ile 48 saat içinde bilincin açılmaması.

5.4. Araştırma Soruları

- Preoperatif dönemde yoğun bakım endikasyonu konulan hastalar ile konulmayan hastaların kaygı düzeyleri arasında fark var mıdır?
- Preoperatif dönemde yoğun bakım endikasyonu konulan hastalar ile konulmayan hastaların konfor düzeyleri arasında fark var mıdır?
- Hastaların preoperatif ile postoperatif dönemdeki kaygı düzeyleri arasında fark var mıdır?
- Hastaların preoperatif ile postoperatif dönemdeki konfor düzeyleri arasında fark var mıdır?
- Hastaların kaygı düzeylerinde, postoperatif ve preoperatif dönemde buldukları servis açısından fark var mıdır?
- Hastaların konfor düzeylerinde, postoperatif ve preoperatif dönemde buldukları servis açısından fark var mıdır?
- Hastaların kaygı düzeylerinde, tanımlayıcı özelliklere göre fark var mıdır?
- Hastaların konfor düzeylerinde, tanımlayıcı özelliklere göre fark var mıdır?

5.5. Araştırma Değişkenleri

Bağımlı değişkenler hastaların preoperatif ve postoperatif dönemdeki kaygı ve konfor düzeyleridir. Ameliyat öncesinde yoğun bakım endikasyonu durumunu bilme, ameliyatın tipi, var olan hastalıklar, yaş, cinsiyet, preoperatif ve postoperatif dönemde bulunulan servis ile ameliyat sonrasında yoğun bakım ortamında bulunma bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

5.6. Veri Toplama Araçları

Hasta Bilgi Formu (Ek-2):

Araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanmış olup; sosyo-demografik verileri ve hastalığa ilişkin değişkenleri kapsayan 20 sorudan ve kaygının fizyolojik ve psikolojik belirtilerini tanımlayan 14 tane dörtlü likert tipi sorudan oluşmaktadır.

Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (Ek-3):

Durumluk-süreklilik kaygı ölçeği (STAI) kısa ifadelerden oluşan bir öz değerlendirme anketidir. Spielberger tarafından geliştirilen bu ölçeğin Türkiye için geçerliliği ve güvenilirliği Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır (Kırdemir ve Özorak 2011). Öner ve Le Compte (1983) tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarıyla birlikte norm çalışmalarının da yapıldığı envanter; Durumluk Kaygı Ölçeği ve Sürekli Kaygı Ölçeği olmak üzere kaygının iki boyutunu ölçmektedir. Durumluk Kaygı Ölçeği, bireylerin belirli bir anda belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini, içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını betimleyen 20 madde, Sürekli Kaygı Ölçeği ise; bireyin genellikle kendisini nasıl hissetmesi gerektiğini betimleyen 20 madde olmak üzere ölçek toplamda 40 tane dörtlü likert tipi sorudan oluşur. Kuder- Richardson 20 formülünün genelleştirilmiş formu olan alpha korelasyonları ile saptanan güvenilirlik katsayıları çeşitli uygulamalarda; “Sürekli Kaygı Ölçeği” için 0,83 ile 0,87 arasında; “Durumluk Kaygı Ölçeği” için 0,94 ile 0,96 arasındadır. Bu veriler Türkçe ölçeklerin yüksek madde homojenliği ve iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir (Dereli, 2012; Kartopu, 2008). Ölçekte doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadeler vardır. Durumluk Kaygı Ölçeğinde 10 tane, Sürekli Kaygı ölçeğinde ise 7 tane tersine çevrilmiş ifade vardır. Olumlu duyguları betimleyen ters ifadeler puanlanırken bir puan değerinde olanlar dörde, dört puan değerinde olanlar ise bire dönüştürülür. Olumsuz duyguları betimleyen doğrudan ifadelerde dört puan değerindeki yanıtlar kaygının yüksekliğini gösterir. Tersine çevrilmiş ifadelerde ise dört puan değerindeki yanıtlar düşük, bir puan değerindeki yanıtlar yüksek kaygıyı gösterir. Her iki ölçekten elde edilebilecek toplam puan 20 ile 80 arasındadır. Büyük puan yüksek kaygı, küçük puan ise düşük kaygı

göstergesidir. Çalışmalarda saptanan ortalama puan seviyesi ise 36 ile 41 arasında değişmektedir (Öner ve Le Compte, 1983).

Genel Konfor Ölçeği (Ek-4):

Genel Konfor Ölçeği Kolcaba tarafından 1992 yılında geliştirilmiştir (Kolcaba 1992). Konforun kuramsal bileşenlerini oluşturan üç düzey ve dört boyutun yer aldığı taksonomik yapı rehber alınarak oluşturulmuştur. Birey gereksinimlerinin belirlenmesi, konfor sağlayan hemşirelik girişimleri ile beklenen konforda artma durumunu değerlendirmek için kullanılmaktadır. Ölçek dördümlü likert tipte olup toplam 48 madde içermektedir. Pozitif ve negatif maddelerden oluşan ölçeğin yanıt düzenleri karışık halde verilmiştir. Buna göre pozitif maddelerde yüksek puan (4) yüksek konfora, düşük puan (1) düşük konfora işaret etmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde, elde edilen negatif puanlar ters kodlanarak pozitif maddelerle toplanır. Öleekten alınabilecek en yüksek toplam puan 192, en düşük toplam puan ise 48'dir. Öleecin Türk toplumu için uygunluğu Kuğuoğlu ve Karabacak tarafından 2004 yılında yapılmıştır. Kuğuoğlu ve Karabacak öleecin Cronbach's alfa katsayısını 0,85 olarak bulmuş ve öleecin güvenilirliğinin yüksek olduğu saptanmıştır. Daha sonra aynı araştırmacılar tarafından öleecin yeniden değerlendirilen iç tutarlılık incelemesinde Cronbach's alfa katsayısı 0,82 olarak bulunmuştur (Kuğuoğlu ve Karabacak 2008).

Bizim çalışmamızda ise kaygı ve konfor öleecin güvenilirlik katsayıları şu şekildedir:

Tablo 1: Durumluk- Sürekli Kaygı Öleeci Güvenirlik Katsayıları

	Crombach Alpha
Durumluk Kaygı Öleeci	0,857
Sürekli Kaygı Öleeci	0,821

Tablo 2: Genel Konfor Öleeci güvenilirlik katsayıları*

	Crombach Alpha
Genel Konfor Öleeci	0,867

*Öleecin preoperatif dönem uygulamasından elde edilen puanlara göre hesaplandı.

5.7. Veri Toplama Yöntemi ve Süreci

Bilgi formu ve ölçekler, çalışmaya alınma ölçütlerine uyan hastalara ameliyat olmadan önce serviste uygulandı. Preoperatif dönemde yoğun bakım endikasyonu konulan hastalar belirlendi. Postoperatif dönemde de Yoğun bakım endikasyonu konulmayan hastalara serviste, yoğun bakım endikasyonu konulmuş hastalara yoğun bakım ünitesinde 6 ile 48. saatler arasında bilgi formu ve ölçekler tekrar uygulandı. Veri toplamada yüz yüze görüşme yöntemi kullanıldı. Ortalama 15 dakika bir hasta ile görüşüldü.

5.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler istatistik paket programları ile bilgisayar ortamında analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanıldı. Araştırmanın değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere normal dağılım testleri uygulandı. Normal dağılım testleri aşağıda verilmektedir.

Tablo 3: Normal Dağılım Testleri (N=150)

		Kolmogorov-Smirnov	Shapiro-Wilk
		P	P
Durumluk Kaygı Ölçeği*	Yoğun bakım endikasyonu konulan	,200	,614
	Yoğun bakım endikasyonu konulmayan	,000	,027
Sürekli Kaygı Ölçeği*	Yoğun bakım endikasyonu konulan	,200	,249
	Yoğun bakım endikasyonu konulmayan	,200	,036
Durumluk Kaygı Ölçeği**	Yoğun bakım endikasyonu konulan	,066	,099
	Yoğun bakım endikasyonu konulmayan	,000	,001
Sürekli Kaygı Ölçeği**	Yoğun bakım endikasyonu konulan	,200	,520
	Yoğun bakım endikasyonu konulmayan	,000	,000
Genel Konfor Ölçeği*	Yoğun bakım endikasyonu konulan	,055	,157
	Yoğun bakım endikasyonu konulmayan	,015	,028
Genel Konfor Ölçeği**	Yoğun bakım endikasyonu konulan	,200	,846
	Yoğun bakım endikasyonu konulmayan	,035	,047

*Ölçeğin preoperatif dönem uygulamasından elde edilen puanlara göre hesaplandı.

**Ölçeğin postoperatif dönem uygulamasından elde edilen puanlara göre hesaplandı.

Araştırma değişkenlerinin gruplarda normal dağılım göstermediği saptandı ($p<0,05$). Araştırmada istatistiki yöntemler olarak hipotez testlerinin seçilmesinde parametrik olmayan analiz yöntemleri kullanıldı.

İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney-U testi kullanıldı. Grupların içerisindeki tekrarlı ölçümler Wilcoxon testi ile analiz edildi. Araştırmanın sürekli değişkenleri arasında Spearman korelasyon uygulandı. Gruplu değişkenler arasındaki ilişki ki-kare analizi ile test edildi. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek merkezde yürütülmesi ve farklı türde cerrahi operasyon geçiren hastalarla yapılması sınırlılıkları oluşturmaktadır.

5.10. Araştırmanın Etik Yönü

- Araştırma öncesinde Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu'ndan onay alındı (Ek-7).
- Araştırmanın yapılacağı kurumdan yazılı izin alındı (Ek-8).

- Gönüllülük ilkesi gereği çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar dâhil edildi. Hastalara araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verildi (Ek-5). Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan yazılı onam alındı (Ek-6).Gizlilik ilkesine bağlı kalınarak araştırmaya katılan hastaların kimlik bilgileri kullanılmadı.
- Genel Konfor Ölçeği'nin Türkçe geçerlik güvenirlilik çalışmasını yapan araştırmacılarından ölçeğin kullanılabilmesi için izin alındı (Ek-9).



6. BULGULAR

Yoğun bakım endikasyonu konulan ve konulmayan hastaların preoperatif ve postoperatif dönemdeki kaygı ve konfor düzeylerini belirlemek, postoperatif dönemde de yoğun bakım koşullarının kaygı ve konfor düzeyleri üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar altında verildi;

6.1. Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Bulgular

6.2. Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeylerine İlişkin Bulgular

6.3. Konfor Düzeyine İlişkin Bulgular

6.4. Konfor İle Kaygı Arasındaki İlişkiler

6.5. Kaygı ve Konfor Düzeylerinin Birimlere Göre Değerlendirilmesi

6.6. Tanımlayıcı Özelliklerin Kaygı ve Konfor Düzeyi ile İlişkisine Ait Bulgular

6.1. Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Bulgular

Tablo 4: Hastaların Yaş Ortalamaları (N=150)

Gruplar	Yoğun Bakım Endikasyonu Konulan (n=50)		Yoğun Bakım Endikasyonu Konulmayan (n=100)		MW*	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Yaş	61,640	14,072	47,810	16,581	1.318,000	0,000

*Mann Whitney U Testi

Yoğun bakım endikasyonu konulan hastaların yaş ortalaması ile yoğun bakım endikasyonu konulmayan hastaların yaş ortalaması arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($p=0,000$), yoğun bakım endikasyonu konulan hastaların yaş ortalamasının ($X=61,640$), yoğun bakım endikasyonu konulmayan hastaların yaş ortalamasından ($X=47,810$) yüksek olduğu bulundu.

Tablo 5: Hastaların Demografik Özelliklere Göre Dağılımı (N=150)

		Yoğun Bakım Endikasyonu Konulan (n=50)		Yoğun Bakım Endikasyonu Konulmayan (n=100)		
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	24	48,0	62	62,0	
	Erkek	26	52,0	38	38,0	
Medeni Durum	Bekar	1	2,0	20	20,0	
	Evli	45	90,0	61	61,0	
	Dul/ Boşanmış	4	8,0	19	19,0	
	Yok	0	0,0	4	5,0	
Çocuk Sayısı*	1	1	2,0	9	11,2	
	2	12	24,5	27	33,8	
	3	13	26,5	20	25,0	
	4	10	20,4	11	13,8	
	5	9	18,4	7	8,8	
	6	3	6,1	1	1,2	
	8	0	0,0	1	1,2	
	10	1	2,0	0	0,0	
	Eğitim Durumu	Okur-yazar	17	34,0	18	18,0
		İlköğretim	25	50,0	51	51,0
Lise		5	10,0	25	25,0	
Yükseköğretim		3	6,0	6	6,0	
Meslek	Ev Hanımı	22	44,0	43	43,0	
	Esnaf	3	6,0	16	16,0	
	Tekstil	2	4,0	3	3,0	
	Serbest Meslek	6	12,0	8	8,0	
	Mühendis	1	2,0	5	5,0	
	Hostes	0	0,0	5	5,0	
	İşçi	7	14,0	7	7,0	
	Emekli	7	14,0	11	11,0	
	Muhasebe	0	0,0	2	2,0	
	Hemşire	1	2,0	0	0,0	
Astsubay	1	2,0	0	0,0		
Ekonomik Durum	Gelir Giderden Az	17	34,0	48	48,0	
	Gelir Giderden Fazla	2	4,0	3	3,0	
	Gelir Gider İle Dengeli	31	62,0	49	49,0	
	Yok	0	0,0	2	2,0	
Sosyal Güvence	SGK	46	92,0	88	88,0	
	Emekli Sandığı	4	8,0	10	10,0	
	Yok	0	0,0	2	2,0	
Evde Kiminle Yaşandığı	Eş	11	22,0	17	17,0	
	Eş ve Çocuklar	29	58,0	42	42,0	
	Çocuklar	7	14,0	15	15,0	
	Yalnız	2	4,0	12	12,0	
	Diğer	1	2,0	14	14,0	

*Bekar hastalar dahil edilmemiştir.

Yoğun bakım endikasyonu konulan hastaların % 48'i (n=24), yoğun bakım endikasyonu konulmayan hastaların %62'si (n=62) kadınlardan oluşmaktadır.

Diğer demografik özellikler açısından bakıldığında; yoğun bakım endikasyonu konulan hastaların %90'ı (n=45) evli, %26,5'i (n=13) üç çocuk sahibi, %50'si (n=25) ilköğretim mezunu, %44'ü (n=22) ev hanımıdır. Yoğun bakım endikasyonu konulmayan hastaların %61'i (n=61) evli, %33,8'i (n=27) iki çocuk sahibi, %51'i (n=51) ilköğretim mezunu ve %43'ü (n=43) ev hanımıdır.

Yoğun bakım endikasyonu konulan hastaların %62'sinin (n=31), yoğun bakım endikasyonu konulmayan hastaların %49'unun (n=49) geliri gideri ile dengelidir.

Yoğun bakım endikasyonu konulan hastaların tamamı sosyal güvenceye sahipken, yoğun bakım endikasyonu konulmayan hastaların %2'sinin (n=2) sosyal güvencesi yoktur. Eş ve çocuklarıyla yaşayanların oranı yoğun bakım endikasyonu konulanlarda %58 (n=29), diğer grupta %42 (n=42) dir.

Tablo 6: Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklere Göre Dağılımı (N=150)

			Yoğun Bakım Endikasyonu Konulan Hastalar (n=50)		Yoğun Bakım Endikasyonu Konulmayan Hastalar (n=100)	
			n	%	N	%
Kronik Hastalık		Yok	5	10,0	25	25,0
		Diyabet	9	18,0	17	17,0
		Hipertansiyon	14	28,0	22	22,0
		Kalp Yetmezliği	4	8,0	3	3,0
		KOAH	7	14,0	1	1,0
		Böbrek Yetmezliği	3	6,0	0	0,0
		Diğer	8	16,0	32	32,0
Daha Önce Hastanede Yatma Durumu		Evet	43	86,0	59	59,0
		Hayır	7	14,0	41	41,0
Hastanede Yatıldığı	Kaç Kez	1	12	27,9	26	44,1
		2	20	46,5	22	37,3
		3	5	11,6	3	5,1
		4	3	7,0	3	5,1
		5	2	4,7	1	1,7
		6	0	0,0	2	3,4
		8	1	2,3	1	1,7
	11	0	0,0	1	1,7	
Daha Önce Ameliyat Olma Durumu		Evet	39	78,0	41	41,0
		Hayır	11	22,0	59	59,0
Ameliyatla İlgili Bilgi Alma Durumu		Evet	45	90,0	77	77,0
		Hayır	5	10,0	23	23,0
Ameliyatla İlgili Bilginin Kimden Alındığı		Hekim	45	100,0	69	89,6
		Hemşire	0	0,0	7	9,1
		Broşür, El Kitapçığı	0	0,0	1	1,3
Ameliyatla İlgili Bilginin Kimden Alınmak İstendiği		Hekim	50	100,0	93	93,0
		Hemşire	0	0,0	6	6,0
		Broşür, El Kitapçığı	0	0,0	1	1,0
Ameliyatla İlgili Endişe Duyma Durumu		Evet	24	48,0	60	60,0
		Hayır	26	52,0	40	40,0
Endişeler		Ameliyat Yapacak Olan Hekimi Tanımama	0	0,0	13	13,0
		Ameliyat Yapacak Hekimle İletişim Kuramama	0	0,0	10	10,0
		Anestezistin Bilgi Yetersizliği	0	0,0	5	5,0
		Anestezistin Deneyim Eksikliği	0	0,0	6	6,0
		Anestezistin Ameliyat Odasında Bulunmaması	0	0,0	3	3,0
		Anestezistin Tavırları	0	0,0	4	4,0
		Personelin Problem Çıkarması	0	0,0	9	9,0
		Ameliyat Sonrası Uyanmama	17	34,0	29	29,0
		Ameliyat Sonrası Ağrı	10	20,0	37	37,0
		Ameliyat Sonrası Bulantı Kusma	3	6,0	22	22,0
		Ameliyat Sonrası Uzun Süre Uyuma	6	12,0	11	11,0
		Yoğun Bakımda Kalma	11	22,0	9	9,0
		İğne Yapılması	2	4,0	14	14,0
		Ameliyat Srasında Uyanmak	1	2,0	9	9,0
		Diğer	5	10,0	4	4,0

Yoğun bakım endikasyonu konulan hastaların %90,0'mın (n=45) kronik bir hastalığının var olduğu, %86,0'sının (n=43) daha önce en az bir kez hastaneye yattığı, %78,0'inin (n=39) daha önce ameliyat olduğu, %90,0'nın (n=45) ameliyatları ile ilgili bilgi aldıkları, hepsinin bilgiyi doktordan aldıkları ve doktordan bilgi almak istedikleri sonucu elde edildi. Yoğun bakım endikasyonu konulmayan hastaların ise %75,0'inin (n=75) kronik bir hastalığı olduğu, %59,0'unun (n=59) en az bir kez daha önce de hastaneye yattığı, %41,0'inin (n=41) daha önce ameliyat geçirdiği, %23'ünün (n=23) ameliyatları ile ilgili bilgi almadıkları, %93,0'ünün (n=93) hekimden bilgi almak istedikleri saptandı.

Yoğun bakım endikasyonu konulanların %48,0'inin (n=24) ameliyat ile ilgili endişeli olduğu, hastalar tarafından bildirilen endişenin en fazla ameliyat sonrasında uyanamamak olduğu görüldü. Yoğun bakım endikasyonu konulmayanların %60,0'ının (n=60) endişeli olduğu ve en çok endişe duydukları konunun ameliyat sonrasındaki ağrı olduğu belirlendi.

Tablo 7: Preoperatif Dönemde Kaygının Fizyolojik ve Psikolojik Belirtilerinin Tanımlanmasının Dağılımı (N=150)

		Yoğun Bakım Endikasyonu Konulan Hastalar (n=50)		Yoğun Bakım Endikasyonu Konulmayan Hastalar (n=100)	
		n	%	n	%
Nefes Almada Güçlük	Hiç	33	66,0	76	% 76,0
	Hafif	11	22,0	18	% 18,0
	Orta	5	10,0	5	% 5,0
	Şiddetli	1	2,0	1	% 1,0
Yorgunluk	Hiç	28	56,0	47	% 47,0
	Hafif	13	26,0	28	% 28,0
	Orta	8	16,0	16	% 16,0
	Şiddetli	1	2,0	8	% 8,0
	Dayanılmaz	0	0,0	1	% 1,0
Uykuya Dalmada Güçlük	Hiç	26	52,0	53	% 53,0
	Hafif	11	22,0	18	% 18,0
	Orta	11	22,0	19	% 19,0
	Şiddetli	2	4,0	9	% 9,0
	Dayanılmaz	0	0,0	1	% 1,0
Uykuyu Sürdürmede Güçlük	Hiç	28	56,0	59	% 59,0
	Hafif	12	24,0	15	% 15,0
	Orta	8	16,0	14	% 14,0
	Şiddetli	2	4,0	11	11,0
	Dayanılmaz	0	0,0	1	1,0
Öğürme	Hiç	47	94,0	83	83,0
	Hafif	1	2,0	14	14,0
	Orta	2	4,0	1	1,0
	Şiddetli	0	0,0	2	2,0
Bulantı	Hiç	41	82,0	78	78,0
	Hafif	6	12,0	16	16,0
	Orta	3	6,0	5	5,0
	Şiddetli	0	0,0	1	1,0
Kusma	Hiç	46	92,0	92	92,0
	Hafif	2	4,0	5	5,0
	Orta	2	4,0	2	2,0
	Şiddetli	0	0,0	1	1,0
Boğazda Dügümlenme	Hiç	45	90,0	85	85,0
	Hafif	3	6,0	12	12,0
	Orta	2	4,0	1	1,0
	Şiddetli	0	0,0	2	2,0
Titreme, Seğirme	Hiç	43	86,0	85	85,0
	Hafif	6	12,0	12	12,0
	Orta	0	0,0	2	2,0
	Şiddetli	1	2,0	1	1,0

Tablo 7: Preoperatif Dönemde Kaygının Fizyolojik ve Psikolojik Belirtilerinin Tanımlanmasının Dağılımı (N=150) (devam)

		Yoğun Bakım Endikasyonu Konulan Hastalar (n=50)		Yoğun Bakım Endikasyonu Konulmayan Hastalar (n=100)	
		n	%	n	%
Ürperme Hissi	Hiç	39	78,0	79	79,0
	Hafif	9	18,0	17	17,0
	Orta	2	4,0	3	3,0
	Şiddetli	0	0,0	1	1,0
Üşüme Hissi	Hiç	35	70,0	72	72,0
	Hafif	7	14,0	22	22,0
	Orta	6	12,0	5	5,0
	Şiddetli	1	2,0	1	1,0
	Dayanılmaz	1	2,0	0	0,0
Baş Dönmesi	Hiç	41	82,0	86	86,0
	Hafif	6	12,0	12	12,0
	Orta	3	6,0	1	1,0
	Şiddetli	0	0,0	1	1,0
Kötü Rüya Görme	Hiç	46	92,0	85	85,0
	Orta	2	4,0	10	10,0
	Şiddetli	0	0,0	2	2,0
	Dayanılmaz	1	2,0	0	0,0
Bilinç Bulanıklığı	Hiç	48	96,0	96	96,0
	Hafif	2	4,0	4	4,0

Preoperatif dönemde, yoğun bakım endikasyonu konulan hastalarda kaygının fizyolojik ve psikolojik belirtilerinin görülme sıklığına bakıldığında, en çok ‘Uykuya Dalmada Güçlük’ (n=24), en az ‘Bilinç Bulanıklığı’ (n=2) belirtisinin yaşandığı görüldü. Yoğun bakım endikasyonu konulmayan hastalarda ise en fazla görülen belirti ‘Yorgunluk’ (n=53), en az görülen belirti ‘Bilinç Bulanıklığı’ (n=4) olarak saptandı.

Tablo 8: Postoperatif Dönemde Kaygının Fizyolojik ve Psikolojik Belirtilerinin Tanımlanmasının Dağılımı (N=150)

		Yoğun Bakım Endikasyonu Konulan Hastalar (n=50)		Yoğun Bakım Endikasyonu Konulmayan Hastalar (n=100)	
		n	%	N	%
Nefes Almada Güçlük	Hiç	16	32,0	69	69,0
	Hafif	22	44,0	24	24,0
	Orta	9	18,0	6	6,0
	Şiddetli	3	6,0	1	1,0
Yorgunluk	Hiç	7	14,0	27	27,0
	Hafif	23	46,0	33	33,0
	Orta	14	28,0	30	30,0
	Şiddetli	6	12,0	9	9,0
	Dayanılmaz	0	0,0	1	1,0
Uykuya Dalmada Güçlük	Hiç	13	26,0	53	53,0
	Hafif	23	46,0	27	27,0
	Orta	8	16,0	15	15,0
	Şiddetli	6	12,0	5	5,0
Uykuyu Sürdürmede Güçlük	Hiç	14	28,0	55	55,0
	Hafif	21	42,0	25	25,0
	Orta	9	18,0	15	15,0
	Şiddetli	6	12,0	5	5,0
Öğürme	Hiç	27	54,0	72	72,0
	Hafif	16	32,0	22	22,0
	Orta	6	12,0	6	6,0
	Şiddetli	1	2,0	0	0,0
Bulantı	Hiç	27	54,0	61	61,0
	Hafif	13	26,0	29	29,0
	Orta	8	16,0	10	10,0
	Şiddetli	2	4,0	0	0,0
Kusma	Hiç	29	58,0	79	79,0
	Hafif	11	22,0	17	17,0
	Orta	8	16,0	4	4,0
	Şiddetli	1	2,0	0	0,0
	Dayanılmaz	1	2,0	0	0,0
Boğazda Dügümlenme	Hiç	23	46,0	77	77,0
	Hafif	19	38,0	16	16,0
	Orta	6	12,0	7	7,0
	Şiddetli	2	4,0	0	0,0
Titreme, Seğirme	Hiç	36	72,0	75	75,0
	Hafif	7	14,0	18	18,0
	Orta	4	8,0	5	5,0
	Şiddetli	3	6,0	2	2,0
Ürperme Hissi	Hiç	31	62,0	69	69,0
	Hafif	10	20,0	22	22,0
	Orta	6	12,0	8	8,0
	Şiddetli	3	6,0	1	1,0

Tablo 8: Postoperatif Dönemde Kaygının Fizyolojik ve Psikolojik Belirtilerinin Tanımlanmasının Dağılımı (N=150) (devam)

		Yoğun Bakım Endikasyonu Konulan Hastalar (n=50)		Yoğun Bakım Endikasyonu Konulmayan Hastalar (n=100)	
		n	%	N	%
Üşüme Hissi	Hiç	20	40,0	51	51,0
	Hafif	17	34,0	25	25,0
	Orta	9	18,0	17	17,0
	Dayanılmaz	2	4,0	0	0,0
Baş Dönmesi	Hiç	40	80,0	66	66,0
	Hafif	6	12,0	25	25,0
	Orta	4	8,0	8	8,0
Kötü Rüya Görme	Hiç	48	96,0	89	89,0
	Hafif	1	2,0	6	6,0
	Orta	1	2,0	3	3,0
	Şiddetli	0	0,0	1	1,0
	Dayanılmaz	0	0,0	1	1,0
Bilinç Bulanıklığı	Hiç	45	90,0	85	85,0
	Hafif	1	2,0	12	12,0
	Orta	4	8,0	3	3,0

Postoperatif dönemde, yoğun bakım endikasyonu konulan hastalarda kaygının fizyolojik ve psikolojik belirtilerinden ‘Yorgunluk’ un (n=43) en fazla, ‘Kötü Rüya Görme’ nin (n=2) en az yaşandığı görüldü. Yoğun bakım endikasyonu konulmayan hastalarda da aynı şekilde en fazla görülen belirti ‘Yorgunluk’ (n=73), en az görülen belirti ‘Kötü Rüya Görme’ (n=11) olarak saptandı.

6.2. Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeylerine İlişkin Bulgular

Tablo 9: Preoperatif Dönemde Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeylerinin Yoğun Bakım Endikasyonunu Bilme Durumuna Göre Karşılaştırması (N=150)

Gruplar	Yoğun Bakım Endikasyonu Konulan Hastalar (N=50)		Yoğun Bakım Endikasyonu Konulmayan Hastalar (n=100)		MW*	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
	Durumluk Kaygı Ölçeği	46,420	3,038	47,070		
Sürekli Kaygı Ölçeği	38,020	9,072	39,730	10,595	2 298,500	0,421

*Mann Whitney U

Hastaların ameliyat öncesinde durumluk kaygı ve sürekli kaygı ölçeği puanları ortalamalarının yoğun bakım endikasyonu konulma durumuna göre anlamlı fark göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Tablo 10: Postoperatif Dönemde Durumluk Kaygı Düzeylerinin Yoğun Bakımda Bulunma Durumuna Göre Karşılaştırması (N=150)

Gruplar	Yoğun Bakımda Bulunan Hastalar (n=50)		Yoğun Bakım Endikasyonu Konulmayan Hastalar (N=100)		MW*	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Durumluk Kaygı Ölçeği	45,160	3,525	46,420	2,962	1 906,500	0,017

*Mann Whitney U

Yapılan değerlendirme sonucunda, hastaların postoperatif dönemdeki Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği belirlendi. Buna göre yoğun bakıma alınan hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği puanları ($X=45,160$) diğerlerine ($X=46,420$) göre düşük bulundu (Mann Whitney $U=1906,500$; $p=0,017<0,05$).

Tablo 11: Yoğun Bakım Endikasyonu Konulan Hastaların Preoperatif ve Postoperatif Dönemdeki Durumluk Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması (N=50)

Ölçümler	Preoperatif		Postoperatif		Z*	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Durumluk Kaygı Ölçeği	46,420	3,038	45,160	3,525	-2,677	0,007

*Wilcoxon

Yoğun bakım endikasyonu konulan hastalarda preoperatif dönemdeki durumluk kaygı ölçeği puanları ile postoperatif dönemdeki durumluk kaygı ölçeği puanları ortalamalarının anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan eşleştirilmiş gruplar için Wilcoxon testi sonucunda, aritmetik ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($Z=-2,677$; $p=0,007<0,05$).

Tablo 12: Yoğun Bakım Endikasyonu Konulmayan Hastaların Preoperatif ve Postoperatif Dönemdeki Durumluk Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması (N=100)

Ölçümler	Preoperatif		Postoperatif		Z*	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Durumluk Kaygı	47,070	3,248	46,420	2,962	-1,951	0,051

*Wilcoxon

Yoğun bakım endikasyonu konulmayan hastalarda preoperatif dönemdeki durumluk kaygı ölçeği puanları ile postoperatif dönemdeki durumluk kaygı ölçeği puanları ortalamalarının anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan eşleştirilmiş gruplar için Wilcoxon testi sonucunda, aritmetik ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

6.3. Konfor Düzeyine İlişkin Bulgular

Tablo 13: Preoperatif Dönemdeki Konfor Düzeylerinin Yoğun Bakım Endikasyonunu Bilme Durumuna Göre Karşılaştırması (N=150)

Gruplar	Yoğun Bakım Endikasyonu Konulan Hastalar (n=50)		Yoğun Bakım Endikasyonu Konulmayan Hastalar (n=100)		MW*	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
	Genel Konfor	146,000	18,393	139,440		

*Mann Whitney U

Yoğun bakım endikasyonu konulan hastaların Genel Konfor Ölçeği puanları diğer hastaların aldıkları puanlardan daha yüksektir ve aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 14: Postoperatif Dönemdeki Konfor Düzeylerinin Yoğun Bakımda Bulunma Durumuna Göre Karşılaştırması (N=150)

Gruplar	Yoğun Bakımda Bulunan Hastalar (n=50)		Yoğun Bakım Endikasyonu Konulmayan Hastalar (n=100)		MW*	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Genel Konfor	127,740	19,667	139,750	18,984	1 604,500	0,000

*Man Whitney U

Yoğun bakıma gelen hastaların Genel Konfor Ölçeği puanları diğer hastalara göre daha düşüktür ve aradaki farklar istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 15: Yoğun Bakım Endikasyonu Konulan Hastaların Preoperatif ve Postoperatif Dönemdeki Konfor Düzeylerinin Karşılaştırılması (N=50)

Ölçümler	Preoperatif		Postoperatif		Z*	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Genel Konfor	146,000	18,393	127,740	19,667	-5,688	0,000

*Wilcoxon

Yoğun bakım endikasyonu konulan hastalarda Genel Konfor Ölçeği puanları postoperatif dönemdekine göre yüksektir ve puanlar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 16: Yoğun Bakım Endikasyonu Konulmayan Hastaların Preoperatif ve Postoperatif Dönemdeki Konfor Düzeylerinin Karşılaştırılması (N=100)

Ölçümler	Preoperatif		Postoperatif		Z*	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Genel Konfor	139,440	16,437	139,750	18,984	-0,108	0,914

*Wilcoxon

Yoğun bakım endikasyonu konulmayan hastaların preoperatif ve postoperatif dönemdeki Genel Konfor Ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p>0,05$).

6.4.Konfor ile Kaygı Arasındaki İlişkiler

Tablo 17: Yoğun Bakım Endikasyonu Konulan Hastaların Preoperatif Dönemdeki Konfor Düzeyleri ile Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki (N=50)

	Durumluk Kaygı	Sürekli Kaygı	Genel Konfor
Durumluk Kaygı	r 1 p 0,000		
Sürekli Kaygı	r -0,259 p 0,069	1 0,000	
Genel Konfor	r 0,380 p 0,007	-0,698 0,000	1 0,000

Genel Konfor Ölçeği ile Durumluk Kaygı Ölçeği arasında zayıf düzeyde, pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlendi ($r=0,336-0,380$; $p=0,007-0,017<0,05$). Genel Konfor Ölçeği ile Sürekli Kaygı Ölçeği arasında da orta düzeyde, negatif yönde anlamlı ilişki olduğu görüldü ($r=-0,615- -0,698$; $p=0,000<0,05$).

Tablo 18: Yoğun Bakım Endikasyonu Konulan Hastaların Postoperatif Dönemdeki Konfor Düzeyleri ile Durumluk Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki (N=50)

	Durumluk Kaygı	Genel Konfor
Durumluk Kaygı	r 1 p 0,000	
Genel Konfor	r 0,059 p 0,683	1 0,000

Genel Konfor Ölçeği ile Durumluk Kaygı ölçeği arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Tablo 19: Yoğun Bakım Endikasyonu Konulmayan Hastaların Preoperatif Dönemdeki Konfor Düzeyleri ile Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki (N=100)

		Durumluk Kaygı	Sürekli Kaygı	Genel Konfor
Durumluk Kaygı	r	1		
	p	0,000		
Sürekli Kaygı	r	-0,075	1	
	p	0,456	0,000	
Genel Konfor	r	0,139	-0,568	1
	p	0,167	0,000	0,000

Yoğun bakım endikasyonu konulmayan hastalarda preoperatif dönemdeki sürekli kaygı düzeyleri ile genel konfor düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=-0,505$ - $-0,568$; $p=0,000<0,05$).

Tablo 20: Yoğun Bakım Endikasyonu Konulmayan Hastaların Postoperatif Dönemdeki Konfor Düzeyleri ile Durumluk Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki (N=100)

		Durumluk Kaygı	Genel Konfor
Durumluk Kaygı	r	1	
	p	0,000	
Genel Konfor	r	-0,022	1
	p	0,828	0,000

Postoperatif dönemdeki Genel Konfor Ölçeği ile Durumluk Kaygı ölçeği puanları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

6.5.Kaygı ve Konfor Düzeylerinin Birimlere Göre Değerlendirilmesi

Tablo 21: Yoğun Bakım Endikasyonu Konulmayan Hastaların Preoperatif Dönemdeki Konfor Düzeylerinin Birimlere Göre Ortalamaları (N=100)

	Grup	N	Ort	Ss	KW*	p	Fark
Genel Konfor	Göz	26	141,962	18,975	13,489	0,019	
	Cerrahi	26	141,500	14,752			1 > 5
	Ortopedi	16	138,563	13,206			2 > 5
	NRŞ	8	133,500	11,904			3 > 5
	KBB	11	124,455	10,652			6 > 5
	Üroloji	13	147,692	17,414			

*Kruskal Wallis H-Testi

Hastaların Genel Konfor Ölçeği puanları ortalamalarına bakıldığında, preoperatif dönemde göz, cerrahi, üroloji ve ortopedi servisinde yatan hastaların, KBB servisinde yatan hastalardan yüksek olduğu bulundu.

Tablo 22: Yoğun Bakım Endikasyonu Konulmayan Hastaların Postoperatif Dönemdeki Konfor Düzeylerinin Birimlere Göre Ortalamaları (N=100)

	Grup	N	Ort	Ss	KW*	p	Fark
Genel Konfor	Göz	26	144,269	18,399	14,614	0,012	
	Cerrahi	26	144,885	18,567			1 > 5
	Ortopedi	16	133,563	15,227			2 > 5
	NRŞ	8	129,625	22,878			6 > 3
	KBB	11	124,727	16,817			6 > 5
	Üroloji	13	147,000	15,308			

*Kruskal Wallis H-Testi

Hastaların postoperatif dönemde göz, cerrahi ve üroloji servisindekilerin KBB servisindekilerden yüksek olduğu görüldü. Ayrıca üroloji servisinde yatan hastaların puanları ortopedi servisinde yatan hastalardan yüksek bulundu ($p<0,05$).

Tablo 23: Yoğun Bakım Endikasyonu Konulmayan Hastaların Preoperatif ve Postoperatif Dönemdeki Kaygı Düzeylerinin Birimlere Göre Ortalamaları (N=100)

Preoperatif dönem	Grup	N	Ort	Ss	KW*	p	Fark
Durumluk Kaygı	Göz	26	47,539	3,325	9,541	0,089	
	Cerrahi	26	47,769	3,648			
	Ortopedi	16	45,500	2,338			
	NRŞ	8	47,875	2,900			
	KBB	11	45,909	2,809			
	Üroloji	13	47,154	3,387			
Sürekli Kaygı	Göz	26	37,769	10,520	11,442	0,043	
	Cerrahi	26	41,231	10,926			
	Ortopedi	16	42,625	10,092			
	NRŞ	8	40,875	10,246			
	KBB	11	44,000	9,654			
	Üroloji	13	32,769	9,284			
							2 > 6
							3 > 6
							5 > 6
Postoperatif dönem	Grup	N	Ort	Ss	KW*	p	Fark
Durumluk Kaygı	Göz	26	46,539	2,437	4,802	0,441	
	Cerrahi	26	47,000	3,007			
	Ortopedi	16	46,250	3,512			
	NRŞ	8	44,750	1,909			
	KBB	11	46,182	2,857			
	Üroloji	13	46,462	3,755			

*Kruskal Wallis H-Testi

Yoğun bakım endikasyonu konulmayan hastaların preoperatif dönemdeki sürekli kaygı ölçeği puanları ortalamalarının birim değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark (KW=11,442; p=0,043<0,05) anlamlı bulundu. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; preoperatif dönemde üroloji servisinde yatan hastaların sürekli kaygı düzeyleri cerrahi, ortopedi ve KBB servislerinde yatan hastalardan düşük bulundu.

Yoğun bakım endikasyonu konulmayan hastaların preoperatif ve postoperatif dönemdeki durumluk kaygı ölçeği puanları ortalamalarının birim değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadı (p>0.05).

6.6. Tanımlayıcı Özelliklerin Kaygı ve Konfor Düzeyi ile İlişkisine Ait Bulgular

Tablo 24: Yoğun Bakım Endikasyonu Konulan Hastaların Cinsiyete Göre Kaygı Düzeylerinin Ortalamaları (N=50)

Preoperatif	Grup	n	Ort	Ss	MW*	p
Durumluk Kaygı	Kadın	24	45,875	3,026	229,000	0,105
	Erkek	26	46,923	3,019		
Sürekli Kaygı	Kadın	24	41,042	8,421	205,500	0,038
	Erkek	26	35,231	8,901		
Postoperatif	Grup	n	Ort	Ss	MW*	p
Durumluk Kaygı	Kadın	24	45,167	4,351	303,000	0,860
	Erkek	26	45,154	2,634		

*Mann Whitney-U

Yoğun bakım endikasyonu konulan hastaların preoperatif dönemdeki sürekli kaygı puanları ortalamaları cinsiyet değişkenine göre karşılaştırıldığında grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (Mann Whitney U=205,500; $p=0,038<0,05$). Kadınların sürekli kaygı düzeyleri ($X=41,042$), erkeklere göre ($X=35,231$) yüksek bulundu.

Hastaların preoperatif ve postoperatif dönemdeki durumluk kaygı puanları ortalamaları cinsiyet değişkenine göre karşılaştırıldığında grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 25: Yoğun Bakım Endikasyonu Konulan Hastaların Cinsiyete Göre Konfor Düzeylerinin Ortalamaları (N=50)

Preoperatif	Grup	n	Ort	Ss	MW*	p
Genel Konfor	Kadın	24	140,542	19,122	213,500	0,056
	Erkek	26	151,039	16,481		
Postoperatif	Grup	n	Ort	Ss	MW*	p
Genel Konfor	Kadın	24	124,458	21,591	248,500	0,217
	Erkek	26	130,769	17,589		

*Mann Whitney U

Hastaların preoperatif ve postoperatif dönemdeki Genel Konfor Ölçeği puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan değerlendirme sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 26: Yoğun Bakım Endikasyonu Konulmayan Hastaların Cinsiyete Göre Kaygı Düzeylerinin Ortalamaları (N=100)

Preoperatif	Grup	n	Ort	Ss	MW*	p
Durumluk Kaygı	Kadın	62	47,355	3,455	1055,000	0,379
	Erkek	38	46,605	2,862		
Sürekli Kaygı	Kadın	62	40,161	10,238	1096,000	0,560
	Erkek	38	39,026	11,257		
Postoperatif	Grup	n	Ort	Ss	MW*	p
Durumluk Kaygı	Kadın	62	46,516	2,474	1018,000	0,252
	Erkek	38	46,263	3,652		

*Mann Whitney-U

Yoğun bakım endikasyonu konulmayan hastaların durumluk ve sürekli kaygı puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip

göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 27: Yoğun Bakım Endikasyonu Konulmayan Hastaların Cinsiyete Göre Konfor Düzeylerinin Ortalamaları (N=100)

Preoperatif	Grup	n	Ort	Ss	MW*	p
Genel Konfor	Kadın	62	137,903	15,541	1025,500	0,279
	Erkek	38	141,947	17,729		
Postoperatif	Grup	n	Ort	Ss	MW*	p
Genel Konfor	Kadın	62	140,742	17,919	1173,500	0,974
	Erkek	38	138,132	20,751		

*Mann Whitney-U

Yoğun bakım endikasyonu konulmayan hastaların preoperatif ve postoperatif dönemdeki Genel Konfor Ölçeği puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla değerlendirme sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 28: Yoğun Bakım Endikasyonu Konulan Hastaların Eğitim Durumuna Göre Kaygı Düzeylerinin Ortalamaları (N=50)

Preoperatif	Grup	n	Ort	Ss	KW*	p
Durumluk Kaygı	Okuryazar	17	45,588	2,575	2,280	0,320
	İlköğretim	25	46,880	3,193		
	Lise Ve üzeri	8	46,750	3,454		
Sürekli Kaygı	Okuryazar	17	37,412	7,391	1,978	0,372
	İlköğretim	25	36,920	8,455		
	Lise Ve üzeri	8	42,750	13,242		
Postoperatif	Grup	n	Ort	Ss	KW*	p
Durumluk Kaygı	Okuryazar	17	44,824	3,925	0,155	0,925
	İlköğretim	25	45,200	2,986		
	Lise Ve üzeri	8	45,750	4,528		

*Kruskal Wallis H-Testi

Yoğun bakım endikasyonu konulan hastaların preoperatif ve postoperatif dönemdeki durumluk ve sürekli kaygı puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 29: Yoğun Bakım Endikasyonu Konulan Hastaların Eğitim Durumuna Göre Konfor Düzeylerinin Ortalamaları (N=50)

Preoperatif	Grup	n	Ort	Ss	KW*	p
Genel Konfor	Okuryazar	17	45,471	6,793	2,996	0,224
	Okuryazar	17	141,824	18,375		
	İlköğretim	25	150,440	17,074		
	Lise Ve üzeri	8	141,000	21,341		
Postoperatif	Grup	n	Ort	Ss	KW*	p
Genel Konfor	Okuryazar	17	126,353	17,320	0,590	0,745
	İlköğretim	25	125,800	18,804		
	Lise Ve üzeri	8	136,750	26,435		

*Kruskal Wallis H-Testi

Yoğun bakım endikasyonu konulan hastaların preoperatif ve postoperatif dönemdeki Genel Konfor Ölçeği puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 30: Yoğun Bakım Endikasyonu Konulmayan Hastaların Eğitim Durumuna Göre Kaygı Düzeylerinin Ortalamaları (N=100)

Preoperatif	Grup	n	Ort	Ss	KW*	p
Durumluk Kaygı	Okuryazar	18	46,389	2,933	1,248	0,536
	İlköğretim	51	47,177	3,309		
	Lise Ve üzeri	31	47,290	3,368		
Sürekli Kaygı	Okuryazar	18	42,722	7,940	3,795	0,150
	İlköğretim	51	37,941	10,801		
	Lise Ve üzeri	31	40,936	11,314		
Postoperatif	Grup	n	Ort	Ss	KW*	p
Durumluk Kaygı	Okuryazar	18	46,556	1,580	1,618	0,445
	İlköğretim	51	46,196	2,646		
	Lise Ve üzeri	31	46,710	3,960		

*Kruskal Wallis H-Testi

Yoğun bakım endikasyonu konulmayan hastaların durumluk ve sürekli kaygı puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 31: Yoğun Bakım Endikasyonu Konulmayan Hastaların Eğitim Durumuna Göre Konfor Düzeylerinin Ortalamaları (N=100)

Preoperatif	Grup	n	Ort	Ss	KW*	p
Genel Konfor	Okuryazar	18	136,667	18,247	6,978	0,031
	İlköğretim	51	143,490	16,882		
	Lise Ve üzeri	31	134,387	13,002		

*Kruskal Wallis H-Testi

Tablo 31: Yoğun Bakım Endikasyonu Konulmayan Hastaların Konfor Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Ortalamaları (N=100) (devam)

Postoperatif	Grup	n	Ort	Ss	KW*	p
Genel Konfor	Okuryazar	18	136,889	16,280	3,922	0,141
	İlköğretim	51	143,098	21,604		
	Lise Ve üzeri	31	135,903	14,898		

*Kruskal Wallis H-Testi

Yoğun bakım endikasyonu konulmayan hastaların preoperatif dönemdeki genel konfor puanları arasında eğitim durumu açısından anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Buna göre; eğitim durumu ilköğretim genel konfor puanları eğitim durumu lise ve üzeri olanların puanlarından yüksek bulundu.

Yoğun bakım endikasyonu konulmayan hastaların postoperatif dönemdeki Genel Konfor Ölçeği puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Yoğun bakım endikasyonu konulan hastaların preoperatif ve postoperatif dönemdeki Durumluk-Sürekli Kaygı ve Genel Konfor Ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında; evde kiminle yaşandığı, medeni durum ve meslek değişkenleri açısından anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Yapılan korelasyon analizi sonucunda preoperatif dönemdeki sürekli kaygı düzeyi ile yaş arasında zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=-0,328$; $p=0,020<0,05$). Yaş, çocuk sayısı ve ekonomik durum ile kaygı ve konfor düzeyleri arasındaki diğer ilişkiler istatistiksel açıdan anlamlı değildi ($p>0,05$)

Yoğun bakım endikasyonu konulmayan hastaların durumluk kaygı puanları ortalamaları arasında evde kiminle yaşandığı değişkeni açısından anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$), sürekli kaygı puanları ortalamaları arasında evde kiminle yaşandığı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık bulundu (KW=8,810;

$p=0,032<0,05$). Buna göre; sadece eşi ile yaşayan hastaların puanları ($X=33,235\pm 8,393$), diğer grupların puanlarından ($X=40,548-42,933\pm 9,445$) düşük bulundu.

Yoğun bakım endikasyonu konulmayan hastaların sürekli kaygı puan ortalamaları, medeni durum ve meslek değişkenleri açısından anlamlı bir farklılık göstermezken, preoperatif dönemdeki, durumluk kaygı puanları ortalamalarının serbest meslek grubundaki hastalarda ($X=48,583\pm 2,535$), diğer gruplardan ($X=44,909-47,000\pm 3,367$) yüksek olduğu bulundu ($KW=11,408$; $p=0,022<0,05$).

Yoğun bakım endikasyonu konulmayan hastaların preoperatif ve postoperatif dönemdeki Genel Konfor puanları ortalamaları arasında medeni durum ve evde kiminle yaşandığı değişkenleri açısından anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Yapılan korelasyon analizi sonucunda yoğun bakım endikasyonu konulmayan hastaların preoperatif dönemdeki Genel Konfor Ölçeği puanları ile yaş arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu. Postoperatif dönemde ise durumluk kaygı düzeyleri ve yaş arasında çok zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulundu. Genel Konfor Ölçeği puanları ile yaş arasında da çok zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu.

Diğer değişkenler arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

7. TARTIŞMA VE SONUÇ

Yoğun bakım endikasyonu konulan ve konulmayan hastaların preoperatif ve postoperatif dönemdeki kaygı ve konfor düzeylerini belirlemek, postoperatif dönemde de yoğun bakım koşullarının kaygı ve konfor düzeyleri üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar altında toplanarak tartışıldı:

7.1. Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması

7.2. Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

7.3. Konfor Düzeyine İlişkin Bulguların Tartışılması

7.4. Konfor İle Kaygı Arasındaki İlişkilerin Tartışılması

7.5. Kaygı ve Konfor Düzeylerinin Birimlere Göre Değerlendirilmesinin Tartışılması

7.6. Tanımlayıcı Özelliklerin Kaygı ve Konfor Düzeyi ile İlişisine Ait Bulguların Tartışılması

7.1. Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda yoğun bakım endikasyonu konulmuş olan hastaların yaş ortalaması $61,640 \pm 14,072$ iken, konulmayan hastaların yaş ortalaması $47,810 \pm 16,581$ olarak saptandı (Tablo 4). Hastaların preoperatif kaygıları üzerine yapılan başka bir çalışmada hastaların yaş ortalaması $48,7 \pm 13,6$ olarak bildirilmiştir (Matthias, 2012). Kaygı ile ilgili yapılan çalışmaların çoğunluğuna yoğun bakım endikasyonu olmayan hastalar dahil edilmiştir. Ayrıca postoperatif dönem için yoğun bakım endikasyonu konulma kriterlerinden birinin ileri yaş olması, yoğun bakım endikasyonu konulan hastaların yaşlarının diğer gruptaki hastalara göre daha yüksek saptanmasının doğal bir nedenidir.

Yoğun bakım endikasyonu konulan ve konulmayan hastaların toplamda 86'sı kadın, 64'ü erkektir (Tablo 5). Ameliyat öncesi kaygının doğasının araştırılmasına yönelik yapılan bir çalışmada hastaların 107'si erkek, 140'ı kadın olarak belirtilmiştir

(McCleane ve Cooper, 1990). Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre ülkemizdeki toplam nüfusun %50,2'sini erkekler, %49,8'ini kadınlar oluşturmaktadır (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24643> Erişim tarihi:24.09.2017). Çalışmamızda ise sadece yoğun bakım endikasyonu konulan hastaların %48,0'i kadın iken, %52,0'si erkeklerden oluşmaktadır (Tablo 5).

Yoğun bakım endikasyonu konulan hastaların %50,0'si, yoğun bakım endikasyonu konulmayan hastaların ise %51,0'i ilköğretim mezunudur (Tablo 5). Türkiye İstatistik Kurumu verilerinde de benzer şekilde; 2008 – 2012 yılları arasında 15 yaş üstü nüfusun eğitim durumuna bakıldığında 15.220.028 ile ilkokul mezunu olanların sayısının diğer eğitim durumlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir (<http://t.thenewyoungturk.com/egitim/turkiye-nufusu-egitim-durumu-istatistikleri/> Erişim tarihi; 27.08.2017). Gürsoy'un yaptığı çalışmada; orta büyüklükte ameliyat olacak hastalarda %26,0, küçük ameliyat olacak hastalarda %38,0'lik oranlarla ilköğretim mezunlarının çoğunlukta olduğu ortaya koyulmuştur.

Çalışmamızdaki yoğun bakım endikasyonu konulan hastaların %90,0'ının evli, hepsinin en az bir çocuğu olduğu, %58,0'inin eşi ve çocuklarıyla yaşadığı saptandı. Yoğun bakım endikasyonu konulmayan hastaların ise %61,0'inin evli, %5,0'i dışındakilerin hepsinin en az bir çocuk sahibi olduğu ve %42,0'sinin eşi ve çocuklarıyla yaşadığı bulundu (Tablo 5). Yoğun bakım endikasyonu konulmayan hastaların %49,0'unun, yoğun bakım endikasyonu konulan hastaların %62,0'sinin gelir ile giderinin dengeli olduğu, yoğun bakım endikasyonu konulanların hepsi sağlık güvencesine sahip iken, yoğun bakım endikasyonu konulmayan hastaların %2,0'sinin sağlık güvencesi olmadığı bulundu (Tablo 5). Buna göre; ameliyat olmak için eğitim ve araştırma hastanesini tercih eden hastaların çoğunluğunun orta düzeyde gelire ve sağlık güvencesine sahip olduğunu söyleyebiliriz. Yoğun bakım endikasyonu konulan hastaların %90,0'inde, yoğun bakım endikasyonu konulmayan hastaların %75,0'inde kronik bir hastalık olduğu saptandı (Tablo 6). Yoğun bakım endikasyonu konulan hastaların %86,0'sinin daha önce hastaneye yattığı, %90,0'ının ameliyat ile ilgili doktordan bilgi aldığı, yoğun bakım endikasyonu konulmayan hastaların %59,0'unun daha önce hastanede yattığı, %77,0'sinin bilgi aldığı, bunların % 89,6'sının doktordan bilgi aldıkları ortaya

koyuldu (Tablo 6). Tanımlayıcı özelliklere baktığımızda çalışmamızdaki grupların homojen dağılmadığı görülmektedir. Hastalara ait özelliklerin iki grup arasında farklı olması çalışmamızın doğasından kaynaklanmaktadır. İleri yaş, ek hastalıklar, daha önce hastanede yatmış olmak gibi durumlar yoğun bakım endikasyonu konulma ihtimali ile doğru orantılı olduğu için iki grup arasındaki farklar beklenen verilerdir.

Hastalardan yoğun bakım endikasyonu konulanların %48,0'inin, yoğun bakım endikasyonu konulmayanların %60,0'ının ameliyat ile ilgili endişeli oldukları görüldü (Tablo 6). Yoğun bakım endikasyonu konulan hastaların (%34,0) en çok ameliyat sonrasında uyanamamak ile ilgili, yoğun bakım endikasyonu konulmayan hastaların (%37,0) ise ameliyat sonrasında ağrı ile ilgili endişeleri olduğu saptandı (Tablo 6). Preoperatif dönemdeki hastalarda yapılan bir çalışmada da hastaların %32,0'sinin 'anksiyete vakaları' olarak düşünülebileceği belirtilmiştir (Moerman ve ark, 1996). Caumo ve arkadaşları (2001) ise ameliyat öncesindeki endişenin nedenlerini sırasıyla uyanamamak, maske ve iğne korkusu, ameliyat sırasında ağrı duymak, ameliyat sonrasında bulantı ve kusma olarak belirtmişlerdir. Başka bir çalışmada, ameliyat ile ilgili en çok yaşanan endişe nedenleri ameliyat sonrasında uyanamama, ağrı, bulantı-kusma ve enjeksiyon olarak belirtilmiştir (Gedik, 2015). Bizim çalışmamıza paralel olarak diğer çalışmalarda da ameliyat sonrasında uyanamamak ve ağrı en çok görülen endişelerdir.

Çalışmamız kaygının fizyolojik ve psikolojik belirtileri açısından incelendiğinde, preoperatif dönemde hastalarda genel olarak 'yorgunluk' ve 'uykuya dalmada güçlük' belirtilerinin daha sık yaşandığı görüldü (Tablo 7). Açık kalp cerrahisi hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada da ameliyat öncesinde en sık görülen belirtinin 'yorgunluk' ikincisinin 'uykuya dalmada güçlük' olduğu belirtilmiştir (Sidar ve ark, 2013). Ameliyat sonrasında ise hastaların yine en fazla yorgunluk, en az düzeyde kötü rüya görme belirtisini yaşadıkları ortaya koyuldu (Tablo 8). Ameliyat öncesinde hastaların alıştıkları ortam dışında bir yerde olmalarına ve hastalıklarının yarattığı kaygı, konfor düşüklüğüne bağlı olarak yorgun olmaları, bilmedikleri bir işlem nedeniyle stres yaşayıp uyuyamamaları beklenen bir sonuçtur. Ameliyat sonrasında ise cerrahi işlem ve ağrısına bağlı olarak yorgun

düşmeleri, öte yandan bu bilinmezliği atlatmış olmanın verdiği rahatlıkla kötü rüya görmemeleri muhtemel bir sonuçtur.

7.2. Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Ameliyat öncesinde durumluk ve sürekli kaygı ölçeği puanları ortalamalarına bakıldığında; yoğun bakım endikasyonu konulan hastalar ile yoğun bakım endikasyonu konulmayan hastalar arasında anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 9). Ameliyat sonrasında ise yoğun bakıma alınan hastaların durumluk kaygı ölçeği puanları, yoğun bakım endikasyonu konulmayanların durumluk kaygı ölçeği puanlarından düşük bulundu (Tablo 10). Bununla birlikte yoğun bakım endikasyonu konulan hastaların ameliyat öncesindeki durumluk kaygı puanları ameliyat sonrasına göre yüksek bulundu (Tablo 11). Cochran ve arkadaşları (1989), yoğun bakımdaki hastaların fiziksel olarak servisteki hastalara göre daha kötü durumda olmalarının veya sedatize edilmelerine bağlı olarak çevrenin farkında olamayabileceklerini, çevresindeki olan olayları çok net hatırlayamayabileceklerini belirtmiştir. Ayrıca şikâyet eden bir hasta olmamak için hastaların yaşadıkları kaygıyı daha düşük olarak bildirebilecekleri belirtilmiştir (Cochran ve ark,1989). Yoğun bakım, ciddi bir hastalığı olan hastalara mümkün olan en ileri teknoloji ile bakım veren bir ünedir (Dedeli ve Akyol, 2008). Hastaların yoğun bakıma gidecek olmayı ağır bir hastalığın sonucu görmelerine bağlı olarak ölüm korkusu yaşamaları, ailelerinden ayrı kalacak olmaları, mahremiyetin daha az olacağını düşünmeleri ve bu konuyla ilgili herhangi bir eğitim almamaları gibi nedenlerle, yoğun bakıma gitmeden önceki kaygı düzeylerinin yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Bu faktörlerin yoğun bakıma gitmeden önce bilinmez olması, ameliyat sonrasında ise ölüm korkusunu atlatmış olmak hastaların kaygılarının preoperatif dönemde daha yüksek olmasını açıklayabilir.

Yoğun bakım endikasyonu konulmayan hastaların ise ameliyat öncesindeki ve sonrasındaki kaygı düzeyleri arasındaki fark anlamlı bulunmadı (Tablo 12). Açık kalp ameliyatı olan hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada aynı şekilde ameliyat öncesinde ve sonrasında durumluk kaygı puanları ortalamaları arasında fark saptanmamıştır (Budak, 2015). Eğitimin etkinliğinin incelendiği bir çalışmada deney grubundaki hastaların ameliyat öncesindeki ve sonrasındaki durumluk kaygı puanları

arasındaki farkın anlamlı olduğunu, kontrol grubundaki hastaların ise durumluk kaygı puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığını belirtmiştir (Özberksoy, 2006). Çalışmamızdaki yoğun bakım endikasyonu konulmayan hasta grubunun durumluk kaygı düzeyinin değişmemesi, endikasyon konulan hasta grubunun ameliyat sonrasındaki durumluk kaygı düzeyinin azalması sonuçları, benzer araştırmalar ile uyumludur.

Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası kaygı düzeylerine ilişkin bulgular literatürde çoğunlukla cerrahi işlem, konulan teşhis ve anestezi hakkındaki bilgi düzeylerine bağlı olarak karşılaştırılmıştır. Örneğin, yapılan bir çalışmada cerrahi işlem hakkında bilgi verilip, hastalığı hakkında bilgi verilmeyen hastaların daha az durumluk kaygı yaşadıkları ortaya konulmuştur (Kiyohara ve ark, 2004). Bununla birlikte yapılan çalışmalar kronik hastalıkların ve yoğun bakım ünitesinde yatıyor olmanın kaygı ve depresyonu arttırdığını vurgulamaktadır (Alaca ve ark, 2011). Ancak bizim çalışmamızda bunun aksine ameliyat sonrasında yoğun bakıma gelen hastaların durumluk kaygı düzeylerinin yoğun bakım endikasyonu konulmayanlardan daha düşük olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre bilmedikleri bir cerrahi işlem sonrası yine bilmedikleri bir ortama gidecek olmaktan dolayı kaygı yaşayan hastaların postoperatif dönemde o ortamla tanışmış olmaları kaygılarını azaltmış olabilir.

7.3. Konfor Düzeyine İlişkin Bulguların Tartışılması

Yoğun bakım üniteleri hem hastaların nitelikleri hem de burada bulunan araç gereç yönünden diğer cerrahi servislerden farklıdır ve bu karmaşıklıkta hastanın konforunu etkileyen birçok faktör bulunmaktadır (Hintistan ve ark, 2009). Çalışmamızda preoperatif dönemde yoğun bakım endikasyonu konulan hastaların konfor düzeylerinin, yoğun bakım endikasyonu konulmayan hastaların konfor düzeylerinden yüksek olduğu görüldü (Tablo 13). Bu bulgu doğrultusunda konforun yoğun bakım endikasyonunu bilme ile ilişkili olmadığını, diğer bağımsız değişkenlerin etkisinde olduğunu düşünebiliriz. Öte yandan postoperatif dönemde yoğun bakımda bulunan hastaların konfor düzeyleri, yoğun bakım endikasyonu konulmayan hastaların konfor düzeylerinden düşük bulundu (Tablo 14). Bu sonuç ile paralel olarak yoğun bakım endikasyonu konulan hastaların kendi içlerindeki

postoperatif konfor düzeylerinin preoperatif döneme göre düşük olduğu bulundu (Tablo 15). Bir çalışmada hastaların çoğunun uyku bozukluğu, gürültü ve psikolojik sorunlardan dolayı yoğun bakımda sıkıntı yaşadığı, konfor düzeyinin azaldığı belirtilmiştir (Hofhuis ve ark, 2008). Konfor ile ilgili araştırmalarda ortam koşullarının yanı sıra ağrı düzeyinin de konforu etkilediği bildirilmektedir. Acar ve arkadaşlarının cerrahi işlem uygulanan hastalar üzerine yaptığı bir çalışmada, hastaların % 22,7'sinin ağrısının olmadığı, % 29,3'ünün hafif, % 38,7'sinin rahatsız edici, % 9,3'ünün şiddetli, çok şiddetli veya dayanılmaz ağrısı olduğunu saptanmış ve ağrı şiddeti arttıkça memnuniyet düzeyinin azaldığı belirtilmiştir (Acar ve ark, 2016). Çalışmamızda da hastaların cerrahi işlem sonrasında konfor düzeyleri incelendi, yoğun bakıma alınan hastaların daha büyük cerrahi işlem geçirdikleri ve ek hastalıklara bağlı olarak ağrı şiddetinin artacağı, yoğun bakımın gürültülü, fazla ışıklı, soğuk bir ortam olduğu düşünülerek, yoğun bakımdaki hastaların konfor düzeyinin ameliyat sonrasında düşük olması beklenen bir sonuç olarak değerlendirildi.

Bir çalışmada rahatlama, ağrının azalması, yaşamın kolaylaşması, ümit veren, neşelendiren bir durumla üzüntüden kurtulma olarak tanımlanmıştır (Erdemir ve Çırlak, 2013). Hastalıkların ağrı verici olması ve yaşamı zorlaştırması, ameliyat sonrasında ise bundan kurtulacak olmanın verdiği umut ile hastalar rahatlamış olabilir. Bununla birlikte diğer alt ölçek puanları açısından ameliyat öncesi ve sonrasındaki konfor düzeyleri arasındaki fark anlamlı değildi (Tablo 16). Bu sonuç yoğun bakımda bulunmanın konforu olumsuz etkileyebileceği hipotezimizi destekler yöndedir. Diğer yandan genel konfor açısından preoperatif ve postoperatif konfor düzeyleri arasında fark olmaması herhangi bir eğitimin verilmeyişinden kaynaklanabilir. Ameliyat olan hastalara verilen eğitimin hastaların ameliyat sonrasındaki konfor düzeyini olumlu yönde arttırdığına ilişkin sonuçlar bildirilmektedir (Wong ve ark, 2010). Eğitimin etkinliğini ortaya koyan bir çalışmada ameliyat öncesinde gevşeme teknikleri öğretilen hastaların konfor düzeyleri ameliyat sonrasında artış göstermiştir (Flaherty ve Fitzpatrick, 1978). Ameliyat olacak hastalara verilen eğitim sonrası deney grubundaki hastaların konfor düzeylerinin kontrol grubuna göre ameliyat sonrasında yüksek olduğu ortaya koyulmaktadır (Gürçay, 2011).

7.4. Konfor İle Kaygı Arasındaki İlişkilerin Tartışılması

Pek çok cerrahi işlem hastanın kaygısının artmasına ve buna bağlı olarak konforunun azalmasına neden olmaktadır. Konfor algısının artması bireyin gerginliğinin azalmasını, yaşama tutunma ve yaşam aktivitelerini yerine getirebilme becerilerinin güçlenmesini sağlar (Derya, 2012). Kolcaba ve Apostolo (2009) psikiyatri hastaları üzerinde yaptıkları çalışmada da konfor ile kaygı arasında negatif yönlü bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmamızda yoğun bakım endikasyonu konulan hastaların preoperatif dönemde konfor düzeyleri ve sürekli kaygı düzeyleri arasında, diğer çalışmalarla benzer şekilde negatif yönde anlamlı ilişki bulundu (Tablo 17).

Literatürün aksine çalışmamızda yoğun bakım endikasyonu konulan hastaların ameliyat öncesindeki konfor düzeyleri ve durumluk kaygı düzeyleri arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı (Tablo 17). Durumluk kaygı kişinin içinde bulunduğu koşulları tehdit edici olarak algılamasına bağlı olarak dalgalanan, stres dolu anlarda yaşadığı kaygıdır (Barnes ver ark, 2002). Cerrahi girişim öncesi yaşanan durumluk kaygı ağrı, zarar görebilecek olma, beden imajında değişiklik olabileceği, geleceğin ve amaçların tehlikede olması, kontrolü kaybedecek ve bağımlı olabilecek olma, ölüm korkusu gibi pek çok nedene bağlı olabilir (Üstündağ ve Aslan, 2011). Bu açıdan yoğun bakıma gidecek kadar önemli bir hastalığa sahip olmak durumluk kaygıyı artırırken, bundan bağımsız olarak bulunduğu ortamın koşullarından ve henüz ailesinin yanında olmaktan duyulan memnuniyet konfor seviyesindeki değişimi aynı yönlü etkilemiş olabilir.

Çalışmalar ameliyat öncesinde sürekli kaygı düzeyi düşük olan hastaların iyileşmesinin daha hızlı olduğunu ortaya koymuştur (Weis ve ark, 1983). İyileşmenin hızlı olması da konforun artması şeklinde yorumlanabilir. Literatür ile uyumlu olarak yoğun bakım endikasyonu konulmayan hastalarda ameliyat öncesinde sürekli kaygı düzeyleri ile konfor düzeyleri arasında orta, negatif yönde anlamlı ilişki bulundu (Tablo 19). Yine koroner arter bypass cerrahisinde de konforu azaltan en önemli faktörün kaygı olduğu belirtilmiştir (Çınar, 2011). Pek çok araştırma göstermektedir ki, cerrahi tedavi hastanın konforunun düşmesine kaygısının artmasına neden olmaktadır. Aynı şekilde cerrahinin neden olduğu kaygı arttıkça konfor azalmaktadır.

Bununla birlikte son yıllarda sağlıkla ilgili ortamlarda yapılan değişim ve tasarımlar kaygı ve stresi azaltmak, konforu artırma amacına yönelik gelişmeye başlamıştır (Schweitzer ve ark, 2004).

Postoperatif dönemde ise her iki grubun kendi içindeki kaygı ve konfor düzeyleri arasındaki ilişki anlamlı değildi (Tablo 18; 20). Bu sonuç diğer çalışmalarla uyumlu değildi. Koroner arter bypass greft ameliyatı uygulanan hastalarda yapılan bir çalışmada, erken postoperatif konfor ölçeği puan ortalaması ile hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında negatif yönde bir ilişki belirlenmiş, hastaların konfor düzeyleri artarken kaygı düzeylerinin azaldığı görülmüştür (Sönmez, 2013; Üstündağ, 2009). Hastaların postoperatif anksiyetelerinin memnuniyetleri ile ilişkisinin değerlendirildiği bir çalışmada da, memnuniyet ölçeği puanları ile durumluk kaygı ölçeği puanları arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu ortaya koyulmuştur (Turhan ve ark, 2012). Çalışmamızda ölçekler hastaların en çok ağrı yaşadıkları postoperatif bir ya da ikinci günde uygulanmıştır. Bu nedenle ağrının, kaygı ve konfor düzeyleri arasındaki ilişkinin literatürden farklı saptanmasına neden olduğu düşünülebilir.

7.5. Kaygı ve Konfor Düzeylerinin Birimlere Göre Değerlendirilmesinin Tartışılması

Çalışmamızda genel cerrahi, kulak burun boğaz, üroloji, ortopedi, nöroşirürji, göz servisinde yatan hastaların ameliyat büyüklüğü göz önünde bulundurulmaksızın birimler arasındaki kaygı ve konfor düzeyleri arasındaki farklar belirtilmiştir. Buna göre ameliyat öncesinde sürekli kaygı düzeyi, kulak burun boğaz servisinde yatan hastalarda diğer servislere göre daha yüksek bulundu (Tablo 23). Literatürde organ kaybı veya tümör cerrahisi olacak hastaların anksiyetelerinin daha yüksek olduğu kabul edilmektedir (Mackenzie, 1989).

Mamelok (1995) yaptığı bir çalışmada merkezi sinir sistemi lezyonlarının anksiyeteyi arttırabileceğini aynı zamanda cerrahi komplikasyon olarak anksiyetenin görülebileceğini belirtmiştir. Çalışmamızda da benzer şekilde nöroşirürji servisinde ameliyat olmak için yatan hastaların preoperatif durumluk kaygı ölçeği puanlarının diğer birimlerdeki hastalardan daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 23).

Çalışmamızda, ameliyat sonrasındaki durumluk kaygı ölçeği puanları ortalamalarının birim değişkeni açısından anlamlı bir farklılık göstermediği saptandı (Tablo 23). Başka bir çalışmada benzer şekilde, genel cerrahi, üroloji, ortopedi ve kadın doğum servisinde yatan hastaların kaygı ölçeği puanları arasındaki fark anlamlı değildir (Dönder, 2005).

Literatürde kalbin vücudun işlevi konusunda algılanan sembolik değeri nedeniyle kalbine müdahale edilecek hastalarda ölüm korkusunun daha yüksek, dolayısıyla preoperatif kaygının artma riskinin yüksek olduğu belirtilmektedir (Pasnau ve ark, 1996). Çalışmamızda kalp ve damar cerrahisi hastaları değerlendirilmemiştir.

Ameliyat öncesindeki ve sonrasındaki genel konfor düzeyi en yüksek olan birim üroloji iken, en düşük olan birim kulak burun boğaz servisi olarak saptandı (Tablo 21; 22). Bu sonuca göre kulak burun boğaz servisindeki hastaların kaygı düzeylerinin yüksek olması konfor düzeylerini olumsuz yönde etkilemiş diyebiliriz. Bununla birlikte hastaların, hastanenin fiziki koşullarından memnuniyet derecesinin incelendiği bir çalışmada fiziki koşullar ile memnuniyet düzeyi arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu saptanmıştır (Önsüz ve ark, 2008). Servisler arasında, konfor düzeyindeki farklılıkların her birimin fiziki yapısının ve çalışanlarının farklı olmasından dolayı olabileceğini düşünebiliriz.

7.6. Tanımlayıcı Özelliklerin Kaygı ve Konfor Düzeyi ile İlişkisine Ait Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda yoğun bakım endikasyonu konulan hastaların preoperatif dönemde kaygı düzeyleri incelendiğinde kadınların sürekli kaygı düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 24). Çalışmamızla uyumlu şekilde literatürde kadınların preoperatif kaygısının erkeklerden daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Kvaal ve ark, 2005; Mitchell, 2008). Yapılan bir çalışmada preoperatif dönemde hem durumluk hem de sürekli kaygının kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Aykent ve ark, 2007). Bazı çalışmalar kadınların kaygı düzeyinin erkeklere göre daha yüksek olmasını, kadınların ailelerinden ayrılmaya verdikleri tepkinin daha fazla olmasına bağlarken, bazı çalışmalar da

bunun nedeninin toplumdaki erkek imajının bir sonucu olarak erkeklerin kaygı gibi duygularını kadınlara göre daha az ifade etmelerinden, duygularını saklamalarından ileri geldiğini belirtmişlerdir (Mıngır ve ark, 2014; Bardner ve ark, 1990; Shevde, 1991; Domar ve ark, 1989).

Yaş ile kaygı düzeyini incelediğimizde yoğun bakım endikasyonu konulan hastaların yaşları artıkça sürekli kaygılarının azaldığı saptandı. Sürekli kaygı kişinin yaşam şekline, karakterine, inançlarına göre şekillenir mevcut durumdan etkilenmez. Sürekli kaygıya sahip bireylerde bulunduğu durumdan memnun olmama, karamsarlığa bürünme, kolay incinme gibi özellikler görülür (Coşkun ve Akkaş, 2009). Her bireyin farklı yoğunlukta yaşayabileceği bu sürekli kaygının yaşlandıkça kazanılan tecrübe, deneyim ve olgunluğa bağlı azalabileceği düşünülebilir.

Preoperatif dönemde yoğun bakım endikasyonunu bilmenin ve postoperatif dönemde yoğun bakımda bulunmanın, hastaların kaygı ve konfor düzeylerine etkisini incelemek amacıyla karşılaştırmalı ve tanımlayıcı bir çalışma olarak yapılan araştırmanın soruları ve ulaşılan sonuçlar şunlardır:

▪ **Preoperatif dönemde yoğun bakım endikasyonu konulan hastalar ile konulmayan hastaların kaygı düzeyleri arasında fark var mıdır?**

Preoperatif dönemde yoğun bakım endikasyonu konulan hastalar ile konulmayan hastaların kaygı düzeyleri arasında fark bulunmadı.

▪ **Preoperatif dönemde yoğun bakım endikasyonu konulan hastalar ile konulmayan hastaların konfor düzeyleri arasında fark var mıdır?**

Preoperatif dönemde yoğun bakım endikasyonu konulan hastaların konfor düzeylerinin yoğun bakım endikasyonu konulmayan hastalardan daha yüksek olduğu görüldü.

▪ **Hastaların preoperatif ile postoperatif dönemdeki kaygı düzeyleri arasında fark var mıdır?**

Yoğun bakım endikasyonu konulan hastaların durumluk kaygı düzeylerinin postoperatif dönemde azaldığı, yoğun bakım endikasyonu konulmayan hastaların ise durumluk kaygı düzeylerinin değişmediği görüldü.

▪ **Hastaların preoperatif ile postoperatif dönemdeki konfor düzeyleri arasında fark var mıdır?**

Yoğun bakım endikasyonu konulan hastaların konfor düzeylerinin postoperatif dönemde azaldığı, yoğun bakım endikasyonu konulmayan hastaların ise konfor düzeyinin değişmediği sonucu ortaya çıktı.

▪ **Postoperatif dönemde Yoğun bakım endikasyonu konulmayan hastalar ile yoğun bakım ortamında takip edilen hastalar arasında kaygı düzeyleri açısından fark var mıdır?**

Yoğun bakıma alınan hastaların durumluk kaygı düzeylerinin servise çıkarılan hastaların durumluk kaygı düzeylerinden düşük olduğu görüldü.

▪ **Postoperatif dönemde Yoğun bakım endikasyonu konulmayan hastalar ile yoğun bakım ortamında takip edilen hastalar arasında konfor düzeyleri açısından fark var mıdır?**

Yoğun bakımda bulunan hastaların konfor düzeylerinin servise çıkarılan hastalara göre düşük olduğu görüldü.

▪ **Hastaların kaygı ve konfor düzeyleri arasındaki ilişki nasıldır?**

Yoğun bakım endikasyonu konulan hastalarda; preoperatif dönemdeki konfor düzeyleri ile durumluk kaygı düzeyleri arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunurken, postoperatif dönemde aralarındaki ilişki anlamlı değildi.

Yoğun bakım endikasyonu konulmayan hastalarda; preoperatif dönemdeki konfor düzeyleri ile sürekli kaygı düzeyleri arasında orta, negatif yönde anlamlı ilişki bulunurken, durumluk kaygı açısından anlamlı ilişki saptanmadı.

▪ **Hastaların kaygı düzeylerinde, postoperatif ve preoperatif dönemde buldukları servis açısından fark var mıdır?**

Yoğun bakım endikasyonu konulmayan hastalar incelendiğinde preoperatif dönemde üroloji servisindeki hastalarda sürekli kaygının diğer birimlere göre daha yüksek olduğu görüldü. Durumluk kaygı düzeyleri açısından ise preoperatif ve postoperatif dönemde, birimler arasındaki fark anlamlı değildi.

▪ **Hastaların konfor düzeylerinde, postoperatif ve preoperatif dönemde buldukları servis açısından fark var mıdır?**

Göz, genel cerrahi ve üroloji servisindeki hastaların preoperatif ve postoperatif dönemdeki konfor düzeyleri diğer birimlere göre daha yüksek bulundu.

▪ **Hastaların kaygı düzeylerinde, tanımlayıcı özelliklere göre fark var mıdır?**

Anlamlı sonuçlara bakıldığında, preoperatif dönemde yoğun bakım endikasyonu konulan kadınların sürekli kaygı düzeylerinin erkeklerden yüksek olduğu, yaş arttıkça sürekli kaygı düzeyinin azaldığı bulundu. Endikasyon konulmayan hastalarda ise, serbest meslek grubunda olan hastaların diğer gruplara göre durumluk kaygı düzeylerinin yüksek olduğu görüldü.

▪ **Hastaların konfor düzeylerinde, tanımlayıcı özelliklere göre fark var mıdır?**

Yoğun bakım endikasyonu konulmayan hastalarda, preoperatif dönemde ilköğretim mezunlarının diğer gruplara göre, postoperatif dönemde de serbest meslek olanların konfor puanları diğer gruplardan yüksek bulundu. Aynı hastaların preoperatif ve postoperatif dönemdeki konfor düzeylerinin yaş ile zayıf, pozitif ilişkili olduğu saptandı.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- ✓ Yoğun bakıma gelen hastaların konfor düzeylerinin azaldığı sonucunun elde edilmesi sebebiyle yoğun bakım koşullarının hastaların konforlarını artıracak yönde geliştirilmesi,
- ✓ Hastaların yoğun bakıma alınmadan önceki kaygı düzeylerinin yüksek olması yoğun bakım ile ilgili bilgi eksikliğinden kaynaklanabileceğinden, ameliyat

öncesinde hastalara; hastalıkları, yapılacak cerrahi işlemler, ameliyatlara ilişkin bilgilere ek olarak yoğun bakım koşul ve olanaklarıyla ilgili hastaların bireysel özelliklerinin de göz önünde bulundurularak bilgi verilmesi,

- ✓ Benzer olarak yapılacak çalışmalarda, bireysel özellikler, hastalıklar, yapılacak olan ameliyatın büyüklük derecesi gibi değişkenlerin belirlenerek hastaların dahil edilmesi,
- ✓ Cerrahi servislerinde ve yoğun bakımda çalışan hemşirelerin kaygıyı azaltma ve konforu artırma becerilerine yönelik hizmet içi eğitimlerin geliştirilmesi,
- ✓ Araştırmanın tek tip cerrahi operasyon geçiren hastalar üzerinde yinelenmesi önerilebilir.

8. KAYNAKLAR

Acar K, Acar H, Demir F, Aslan E F. Hastaların cerrahi sonrası uygulanan ağrı tedavisinden memnuniyet düzeyinin belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016;19: 2.

Acar K, Aygin D. Orak hücre hastalığına bağlı akut göğüs sendromunun konfor kuramına göre değerlendirilmesi ve hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016; 1 (1): 36-43.

Akpir K. Yoğun bakım serüveni: dün bugün. Yoğun Bakım Derneği Dergisi 2002; 1(1),6-12.

Akyolcu N. Cerrahi Hemşireliği. İn: N.Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N, edt. Nobel Tıp Kitapevi. 1. baskı. İstanbul; 2012, s. 335-366.

Alaca Ç, Yiğit R, Özcan A. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların hastalık sürecinde yaşadığı deneyimler konusunda hasta ve hemşire görüşlerinin karşılaştırılması. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2011; 2(2):69-74

Antmen Z F. Üçüncü Basamak Yoğun Bakım Üniteleri Kapasite Planlama Problemi İçin Benzetim Modelleri ve Uygulamaları. Çukurova Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2012, Adana (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi. S. Noyan Oğulata).

Ay F A. Preoperatif hazırlık- postoperatif bakım ve takip. Ay F A, ed. Temel Hemşirelik Kavramlar: İlkeler, Kavramlar, Uygulamalar. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2007, s: 395-405.

Aykent R, Kocamanoğlu S, Üstün E, Tür A, Şahinoğlu H. Preoperatif anksiyete nedenleri ve değerlendirilmesi: APAIS ve STAI skorlarının karşılaştırılması. Türkiye Klinikleri J Anest Reanim. 2007; 5: 7-13.

Aygün P. Cerrahi Alan İnfeksiyonlarının Saptanmasında Taburculuk Sonrası Sürveyansın Önemi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2008, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Deniz Şelimen).

Badner N H, Nielson W R, Munk S, Kwiatkowska C, Gelb A W. Preoperative anxiety: detection and contributing factors. *Can J Anaesth.* 1990; 37: 444-447.

Barner L L B, Harp D, Junk W S. Reliability generalization of scores on the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory. *Sage Journals.* 2002; 62(4): 603-618.

Beck A T, Emery G, Greenberg R L. Çeviren: Öztürk V. Anksiyete Bozuklukları ve Fobiler: Bilişsel Bir Bakış Açısı. 2. baskı. Litera Yayıncılık, İstanbul; 2011.

Bilgiç Ş. Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Müzik Terapinin Kemoterapi Semptomları Ve Konfor Düzeyine Etkisi. İ. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2015, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Rengin Acaroğlu).

Birol L. Hemşirelik Süreci. 4. Baskı. İzmir: Bozkaya Matbacılık; 2000.

Budak E. Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastalarda Ameliyat Öncesi Anksiyetelerinin Giderilmesinin Ameliyat Sonrası Anksiyete Ve Ağrı Düzeyine Etkisi. Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Hayriye Ünlü).

Caumo T, Schmidt A P, Schneider C N. Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiol Scandinavian.* 2001; 45(3):298-307.

Ceylan İ. Türklerde Cerrahinin Gelişimi. İn: Ceylan İ, edt. Tuna Matbacılık. 1. baskı. Ankara; 2012, s:9-129.

Cimilli C. Cerrahide anksiyete. *Klinik Psikiyatri Dergisi.* 2001; 4 (3): 182-186.

Clark K, Normile LB. Delays in implementing admission orders for critical care patients associated with length of stay in emergency departments in six mid-atlantic states. *Journal of Emergency Nursing* 2002; 28(6):489-95.

Cochran J, Ganong L H. A comparison of nurses' and patients' perceptions of intensive care unit stressors. *J Adv Nurs.* 1989;14:1038-43.

Coşkun Y, Akkaş G. Engelli çocuğu olan annelerin sürekli kaygı düzeyleri ile sosyal destek algıları arasındaki ilişki. *KEFAD.* 2009; 10 (1): 213-227.

Cüceloğlu D. İnsan Davranışları Ve Psikolojinin Temek Kavramları. İstanbul: Remzi Kitapevi; 2005.

Çelik S. Hasta kabulü ve taburculuğu. İçinde: edt. Çelik S. Erişkin Yoğun Bakım Hastalarında Temel Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2014, p:1-7.

Çelik, S. Batın ameliyatından 24-48 saat sonra hastaların ağrı düzeyleri ve uygulanan hemşirelik girişimleri. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013; 2(3): 325-330.

Çınar Y Ş. Kolcaba'nın konfor kuramı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2011; 27(2):79-88.

Demir N. Preoperatif hazırlık-postoperatif bakım ve takip. İçinde: Sabuncu N, Ay A F, ed. Klinik Beceriler Sağlığın Değerlendirilmesi, Hasta Bakım ve Takibi. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2010, s: 625-649.

Dereli E. Zihinsel yetersizliği olan ve olmayan okul öncesi dönem çocukların anne-babalarının benlik saygısı, kaygı düzeyleri ve anne-baba tutumlarının bazı değişkenler açısından karşılaştırılması. International Journal of Social Science. 2012; 5 (5): 475-491.

Derya A Y. Sezaryen İle Doğum Yapan Loğusalara Konfor Kuramına Göre Verilen Hemşirelik Bakımının Doğum Sonu Konfor Düzeyine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doktora Tezi, 2012, Erzurum (Danışman: Prof. Dr. T Pasinlioğlu).

Domar A D, Everett L L, Keller M G. Preoperative anxiety: Is predictable entity? Anesth Analg. 1989; 69: 763-767.

Dönder D B. Ameliyat Öncesi Hastaların Duygulanım ve Duygu Durumları. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2005, Afyon (Danışman: Doç. Dr. Yüksel Arıkan).

Duman A, Öğün Ö, Şahin K T, Şarkılar G, Ökeşli S. Preoperatif korku ve endişeyi etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. S.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi. 2003; 19: 21-26.

Duman G K. İlköğretim 8. Sınıf Öğrencilerinin Durumluk Sürekli Kaygı Düzeyleri ile Sınav Kaygısı Düzeyleri ve Ana-Baba Tutumları Arasındaki İlişkinin

İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2008, İzmir (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi. Alev Girli).

Erdemir F, Çırlak A. Rahatlık kavramı ve hemşirelikte kullanımı. Deuhyo Ed. 2013; 6 (4): 224-230.

Erdemir F. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 2005.

Erdil F. Temel Kavramlar, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, 4. Baskı, Aydoğdu Matbacılık, Ankara; 2001.

Flaherty G G, Fitzpatrick J. Relaxation technique to increase comfort level of postoperative patients: a preliminary study. J.Nursing Research. 1978; 27 (6): 352-355.

Gedik A. Nöroşirurji Hastalarında Ameliyat Öncesi ve Sonrası Kaygı Düzeyinin Belirlenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Nevin Kanan).

Gençtan E. Psikanaliz ve Sonrası.10. Baskı. İstanbul: Metis Yayıncılık; 2004.

Güncel H. Postoperatif bakım ve komplikasyonlar. Kalaycı G, ed. Genel Cerrahi. 1. Cilt. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2002, s: 25-37.

Gürçayır D. Kalça Protezi Ameliyatı Olacak Hastalara Verilen Eğitimin Ameliyat Sonrası Konfor Düzeyi Ve Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, Erzurum (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi. Neziha Karabulut).

Gürsoy A A. Ameliyat Öncesi Kaygı Düzeyleri ve Kaygıya Neden Olabilecek Etmenlerin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, 2001, Ankara (Danışman:Prof. Dr. H Çavuşoğlu).

Hintistan S, Vural N, Öztürk H. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların deneyimleri. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2009;13(13) 40-46.

Hofhuis J G, Spronk P E, Van Stel H F, Schrijvers A J, Rommes J H, Bakker J. Experiences of critically ill patients in the ICU. Intensive Crit Care Nurs. 2008;24(5):300-13.

Horney K. Nevrozlar ve İnsan Gelişimi Kendini Gerçekleştirme Mücadelesi. Çeviren: Erbatır E. 3. Basım, Sel Yayıncılık, İstanbul; 2017.

İslamoğlu A H. Bilimsel Araştırma Yöntemleri. İstanbul: Beta Basım; 2003, s.150.

Kahya E, Erdemir A. Bilimin Işığında Osmanlıdan Cumhuriyete Tıp ve Sağlık Kurumları. Türk Diyanet Vakfı, Ankara; 2000.

Karabacak Ü. Meme Kanseri Hastalarda Konforu Destekleyici Hemşirelik Bakımının Ve Eğitimin Radyoterapi Uygulaması İle Etkileşimi. İ. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2004, İstanbul (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi. Rengin Acaroğlu).

Karabulut N. Batın Ameliyatı Öncesi Uygulanan Farklı Eğitim Programlarının Çocuğun Ve Annenin Kaygı Düzeyine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2004, Erzurum (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi. Duygu Arıkan).

Karayağız F, Altuntaş M, Güçlü Y A, Yılmaz T T, Öngel K. Cerrahi servisinde yatan hastalarda görülen anksiyete dağılımı. Smyrna Tıp Dergisi 2011; 22-26.

Kayahan M, Serbaş G. Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2007; 8 (2): 113-120.

Kırdemir P, Özorak Ö. Postoperatif Ağrı ve Analjezik İhtiyacı Preoperatif Dönemde Tahmin Edilebilir mi? Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2011; 31(4): 951-959.

Kiyohara L Y, Kayano K L, Oliveira L M, Yamamoto M U, Inagaki M M, Ogawa N Y, Gonzales P E, Mandelbaum R, Okubo S T, Watanuki T, Viera J E. Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. Revista Do Hospital Das Clinicas. 2004; 59(2).

Koçalış S. Cerrahi Girişim Sonrası Radyoterapi Alan Erken Evre Meme Kanseri Kadınların Konfor Düzeyi. İ. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2006, İstanbul (Danışman: Akyolcu N).

Kolcaba K Y. A Taxonomic structure for the concept comfort. Journal of Nursing Scholarships. 1991; 23(4): 237-240.

Kolcaba K Y. A theory of holistic comfort for nursing. Journal of Advanced Nursmg. 1994; 19: 1178-1184.

Kolcaba K, Apostolo J L A. The effects of guided imagery on comfort, depression, anxiety and stress of psychiatric inpatients with depressive disorders. Archives of Psychiatric Nursing. 2009; 23(6): 403-411.

Kolcaba K, Apostolo J L. The effects of guided imagery on comfort, depression, anxiety, and stress of psychiatric inpatients with depressive disorders. Arch Psychiatr Nurs. 2009; 23 (6): 403-411.

Kolcaba K. Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research. New York: Springer Publishing Company; 2003, s: 58.

Kolcaba K. Holistic Comfort : Operationalizing the construct as a nurse -sensitive outcome. Advances in Nursing Science. 1992; 15(1):1-10.

Köknel Ö. Kaygının doğuşu. İçinde: 1. Anksiyete Sempozyum Kitabı. Nevşehir;1992, p:90-165.

Kuğuoğlu S, Karabacak Ü. Genel Konfor Ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. İ.Ü.F.N. Hem. Derg. 2008: 16 (61): 16-23.

Kvaal K, Ulstein I, Nordhus I H, Engedal K. The Spielberger State Trait Anxiety Inventory (STAI): the state scale in detecting mental disorders in geriatric patients. Int J Geriatr Psychiatry. 2005; 20: 629- 634.

Lennan K. Management of Pain. United Kindom: Nelson Thornes Ltd. 2006.

Mackenzie J W. Daycase anaesthesia and anxiety: astudy of anxiety profiles amongst patients attending a day bed unit. Anaesthesia. 1989;14:110-3.

Mamelok A E. Psychiatry And Surgery. In: Kaplan H I, Sadock B J (Eds). Comprehensive Textbook Of Psychiatry. 6.St Ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1995, p.1680-1693.

March A, McCormock D. Nursing theory-directed healthcare: modifying Kolcaba's Comfort Theory as an institution-wide approach. Holistic Nursing Practice. 2009; 23(2): 75–80.

Matthias AT. Preoperative anxiety in surgical patients- experience of a single unit. *Acta Anaesthesiologica Taiwanica*. 2012; 50:3-6.

McCleane G J, Cooper R. The nature of pre-operative anxiety. *Anaesthesia*. 1990; 45:153-155.

Mıgır T, Ervatan Z, Turgut N. Spinal anestezi ve perioperatif anksiyete. *Turk J Anaesth Reanim*. 2014; 42: 190-195

Mitchell M. Conscious surgery: influence of the environment on patient anxiety. *J Adv Nurs*. 2008; 64: 261-271.

Moerman N, Dam F S A M, Muller M J, Oosting H. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS). *Anesth Analg*. 1996; 82:455-51.

Nigussie S, Belechew T, Wolancho W. Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia. *BMC Surgery*. 2014; 14 (67): 1-10.

Öncül R. Eğitim ve Eğitim Bilimleri Sözlüğü. 2. Cilt. İstanbul: Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları; 2000, s:101.

Öner N, Compte A. Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri El Kitabı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Matbaası; 1983.

Önsüz M F, Topuzoğlu A, Cöbek U C, Ertürk S, Yılmaz F, Birol S. İstanbul'da bir tıp fakültesi hastanesinde yatan hastaların memnuniyet düzeyi. *Marmara Medical Journal*. 2008;21(1): 33-49.

Özbayır T, Demir F, Candan Y, Coşkun İ, Dramalı A. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2003; 6 (1).

Özberksoy A. Meme Kanseri Olan Hastalarda Ameliyat Öncesi Dönemde Bilgilendirici Ve Eğitici Hemşirelik Yaklaşımının Ameliyat Sonrası Ağrı Ve Kaygı Düzeyleri Üzerine Etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2006, İzmir, (Danışman: Yrd.Doç.Dr. T Özbayır).

Özdemir İ. Aile Yanında Yaşayan Ve Ailesinden Ayrı Yaşayan Üniversite Öğrencilerinin Algılanan Sosyal Destek, Stresle Başa Çıkma Tarzları, Kaygı

Düzeyleleri Ve Psikolojik Belirtiler Açısından Karşılaştırılması. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Gonca Soygüt Pekak).

Özkan F. 1991-2000 Yılları Arasında OMÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinin Ve Yoğun Bakımda Yatan Hastaların Retrospektif Analizi. O.M.Ü. tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2002, Samsun (Danışman: Prof. Dr. A. Haydar Şahinoğlu).

Pasnau R O, Fawzy F İ, Skotzko C E. Surgery And Surgical Subspecialties. In: Rundell J R, Wise M G Eds. The american psychiatric press textbook of consultation-liaison psychiatry. Washington: American Psychiatric Press Inc; 1996, p.608-639.

Rodgers B H. Perioperative nursing. In: Nettina S M, ed. Lippincott Manual of Nursing Practice. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010, p: 105-133.

Saldamlı A. Cerrahi Girişim Süresinde Yer Alan Sağlık Ekibi Üyelerinin Kişilerarası İletişim Tarzları Ve Ekip Çalışmasına Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi. Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Karabük (Danışman: Yard. Doç. Dr. Işıl Işık Andsoy).

Schweitzer M, Gilpin L, Frampton S. Healing spaces: elements of environmental design that make an impact on health. The Journal of Alternative and Complementary Medicine. 2004; 10 (71-83).

Selye H. Forty years of stress research: principal remaining problems and misconceptions. CMA Journal 1976; 115:53-56.

Shevde K, Panagopoulos G. A survey of 800 patients' knowledge, attitudes, and concerns regarding anesthesia. Anesth Analg. 1991; 73: 190-198.

Sidar A, Dedeli Ö, Ahmet İ İ. Açık kalp cerrahisi ameliyatı öncesi ve sonrası hastaların kaygı ve ağrı distressi: ağrı düzeyi ile ilişkinin incelenmesi. Yoğun Bakım Dergisi. 2013; 4: 1-8.

Sönmez A. Koroner arter bypass greft ameliyatı uygulanan hastaların konfor ve kaygı deneyimlerinin değerlendirilmesi. Trakya üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü, yüksek lisans tezi, 2013, Edirne (Danışman: Doç. Dr. Ü Y Fındık).

Spielberger C D. Theory and research on anxiety. In: Spielberger C D, ed. Anxiety and Behavior. New York: Academic Press 1966, p:3-20.

Strain J J. The surgical patient, psychiatry. Michels R, Cazenar J O, eds. 2. St ed. Philadelphia: JB lippincott,; 1985, p:1-11.

T.C. Sağlık Bakanlığı Genelgesi. Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları. 3 Nisan 2008. Sayı: 11395 (2008/25), Başbakanlık Basımevi, Ankara.

Tektaş N. Üniversite mezunlarının kaygı düzeylerinin incelenmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2014; Dr. Mehmet Yıldız özel sayısı: 243-253.

Terzi B. Yoğun Bakım Ünitesinde Planlı Kabul Protokolü Uygulamasının Hastanın Konfor Düzeyi Ve Fizyolojik Parametrelerine Etkisi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2014, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. N Kaya).

Turhan Y, Avcı R, Özcengiz D. Elektif cerrahi hazırlığında preoperatif ve postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisi. Anestezi Dergisi. 2012; 20 (1): 27-33.

Türgay A S. Ameliyat öncesi, sırası ve sonrası bakım. İçinde: Ay F A, Ed. Sağlık uygulamalarında temel kavramlar ve beceriler. İstanbul: Nobel tıp kitapevleri; 2013, s:646-665.

Üstündağ H, Aslan E F. Koroner arter bypass greft cerrahisi uygulanan hastanın bakımı ve konforu. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2011;15(1):22-8.

Üstündağ H, Aslan E F. Perianestezi konfor ölçeğinin Türkçeye uyarlanması. Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences. 2010; 2 (2): 94-99.

Üstündağ H. Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Uygulanan Hastalarda Konfor Düzeyi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2009, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. F E Aslan).

Weis O F, Sriwatanakul K, Weintraub M. Reduction of anxiety and postoperative analgesic requirements by audiovisual instruction. Lancet. 1983; 1: 43.

Wong E M, Chan S W, Chair S. Effectiveness of an educational intervention on levels of pain, anxiety and self-efficacy for patients with musculoskeletal trauma. J Adv Nurs. 2010; 66(5): 1120–1131.

Yavuz Z. Afyon İlindeki Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Hastanın Preoperatif Dönemdeki Bakımı Ve Ameliyata Hazırlığı Hakkında Bilgi Düzeylerinin Saptanması. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2004, afyon (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi. Sezgin Yılmaz).

Yıldız D. Ameliyat Öncesi Ve Sonrası Dönemde Hastaların Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi. Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, K.K.T.C. (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi. Gülcem Sala Razı).

Yücel Ç Ş. Kolcaba'nın konfor kuramı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2011; 27 (2) : 79-88.

Zengin N. İdrar Kaçıran Kadınlarda Hemşirelik Eğitimi ve Davranışsal Tedavinin Konfor, Pelvik Taban Kas Egzersizi Uygulaması Öz-Etkililik Algısı ve Yaşam Kalitesine Etkisi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2008, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Rukiye Pınar).

9. EKLER

Ek-1 Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları

DEĞİŞİKLİKLERLE BERABER YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNİN STANDARTLARI

YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİ

Yoğun Bakım

Bir ya da daha fazla organ veya organ sistemlerinde oluşan, ciddi işlev bozuklukları veya yetmezliklerinin ve altta yatan nedenlerin izlem, tanı ve tedavisi ile bu işlevlerin sürdürülmesi için uygulanan yöntemlerin tümüdür.

Yoğun Bakım Üniteleri

Bir ya da daha fazla organ veya organ sistemlerinde ciddi işlev bozukluğu nedeniyle yoğun bakım gereksinimi olan hastaların iyileştirilmesini amaçlayan, yerleşim biçimi ve hasta bakımı açısından ayrıcalık taşıyan, ileri teknolojiye sahip cihazlarla donatılmış, 24 saat yaşamsal göstergelerin gözlemi ve hasta tedavisinin yapıldığı kliniklerdir.

Yoğun Bakım Ünitelerinin Nitelikleri

- a) Yoğun bakım ünitelerindeki her yatak yoğun bakım yatağı özelliklerini taşımalıdır.
- b) Yoğun bakım üniteleri, hasta, ziyaretçi ve hastane personelinin genel kullanım alanları ile doğrudan bağlantılı olmamalıdır.
- c) Yoğun bakımlar kabul edebileceği hastaların klinik durumuna, sağlık personeli, donanım ve mekânsal özelliklerine göre basamaklandırılır.
- d) Kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitesi, ameliyathane steril alanında olmamak kaydıyla, ameliyathane ile irtibatlı olmalıdır.
- e) Koroner yoğun bakım ve birinci basamak yoğun bakım üniteleri diğer yoğun bakım ünitelerinden ayrı mekânlarda düzenlenebilir.
- f) Yenidoğan yoğun bakım ünitesi ile diğer yoğun bakım ünitelerinin birbiriyle irtibatlı olmaması gerekir. Fakat yenidoğan yoğun bakım ünitesi ile diğer yoğun bakım servislerinin ön geçiş alanları ortak olabilir.
- g) Hasta alanı dışında ve yoğun bakım ünitesinin bulunduğu katta, sürgü ve idrar kapları temizleme ve muhafaza alanı veya tek kullanımlık malzeme kullanılıyor

ise, kullanım öncesi muhafaza ve imha alanı ayrılır. Yoğun bakım ünitelerinin hasta alanları içerisinde tuvalet bulunmaz (Tuvalet kapısı dışında en az bir servis giriş kapısı ile hasta alanlarından ayrılmış olmalıdır.)

h) Bağışıklık sistemi baskılanmış hastaların (hematolojik malignansi, transplantasyon hastaları gibi) izlendiği yoğun bakım ünitelerinde ameliyathanelerde olduğu gibi sterilizasyon şartlarını sağlayacak şekilde hepafiltre veya benzeri mikroorganizmaları süzebilen ve tutabilen havalandırma sistemi tercih edilmelidir. Bu tür hastaların izlenmediği 3. basamak yoğun bakımlarda izolasyon odalarının bulunması yeterlidir.

i) Yoğun bakım ünitelerinde zemin ile duvar kaplamalarının kolay temizlenebilir nitelikte olması şarttır.

j) Yoğun bakım ünitelerinde, görevli sağlık personeli tarafından hastaların sürekli gözetim ve izlenmesine uygun nitelikte bir mekân, , kolay ulaşılabilir mesafede yerleştirilmiş el yıkama amaçlı lavabo (her 4 yatak için en az bir), her yatak için el dezenfektanı, yatak aralarında gerektiğinde kullanılmak üzere uygun biçimde ayırma düzeneği, her yatak için ayrı elektrik ve merkezi tıbbî gaz sistemi bulunur.

k) Yoğun bakımlarda, “yataklı tedavi kurumları enfeksiyon kontrol yönetmeliği”nde tanımlanan işler özenle yürütülür. Enfeksiyon kontrol komitesinin aktif çalışması ve bildirimlerin düzenli yapılması sağlanır.

l) Yoğun bakım gerektiren çocuk hastaların bakımı ve tedavisi tercihen çocuk yoğun bakım ünitelerinde veya genel yoğun bakım ünitelerinin erişkinlerden uygun şekilde ayrılmış bölümlerinde yapılabilir.

m) Dal hastanelerinde ilgili uzmanlık dalının gerektirdiği yoğun bakım üniteleri kurulur. Diş hastaneleri ile Göz, Ruh Sağlığı, FTR, Deri ve Zührevi hastalıkları hastanelerinde yoğun bakım ünitesi kurulmayabilir. Ancak yoğun bakım ihtiyacı gereken durumlarda hastanın nakli süresince yaşam desteği (transport ventilatörü, monitör, oksijen kaynağı, entübasyon seti, balon-valf-maske sistemi (ambu), defibrilatör v.b.) sağlamak için gerekli donanım bulundurulmalıdır.

n) İkinci basamak yoğun bakım ünitesi bulunan hastanelerde birinci basamak yoğun bakım hastasının, üçüncü basamak yoğun bakım ünitesi olan hastanelerde ise ikinci ve birinci basamak yoğun bakım hastasının bakımı da yapılır.

o) Yatak sayısı 10'a kadar olan yoğun bakımlar tek ünite olarak düzenlenir. 10'dan fazla olanlar ise her biri 6–10 yataktan oluşan birden fazla üniteye ayrılabilir.

p) Yoğun bakım ünitelerinde yeterli destek alanları düzenlenmelidir.

r) Yoğun bakım hastalarının refakatçileri için uygun bekleme alanı düzenlenmelidir.

s) Yoğun Bakım Sorumlusu Anesteziyoloji ve Reanimasyon, İç hastalıkları, Göğüs Hastalıkları, Genel Cerrahi uzmanları, dal yoğun bakımlarda ilgili dal uzmanı (Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı, kardiyoloji uzmanı, kalp ve damar cerrahisi uzmanı, nöroloji uzmanı gibi) veya yoğun bakım deneyimi olan diğer uzmanlardan birisi olabilir. Yoğun Bakım hizmetinde devamlılık esas olduğundan, asıl görevi nedeniyle çok yoğun olan, ilgili dalda aynı işi yapacak başka hekimin olmadığı uzmanların sorumlu atanması doğru değildir. Zorunluluk halinde sorumluluk dönüşümlü olabilir. Nöbetlerde ise, eğer hastane imkânları uygunsa yoğun bakım sorumlusu olan uzman hekim ile aynı uzmanlık alanından, değilse aynı görevi yapabilecek yukarıda sayılan diğer uzmanlık dallarından bir uzmanın bulunması sağlanmalıdır.

t) Uzman nöbetinin olmadığı hastanelerde, uzmanların icap nöbeti tutması ve yoğun bakım ünitesinde eğitimli hemşirenin istihdam edilmesi halinde birinci basamak yoğun bakım hizmeti verilebilir.

u) Yoğun bakım ünitesi olan hastanelerde, bu ünitelerde hizmet verecek sorumlu doktorların 3. basamak yoğun bakım ünitesi olan bir hastanede temel bilgileri alması başhekimler tarafından sağlanır.

Ek-2. Hasta Bilgi Formu

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz:
1- Kadın 2- Erkek
3. Medeni Durumunuz:
1- Bekâr 2- Evli 3- Dul/ Boşanmış
4. Var ise, çocuk sayınız:
5. Eğitim Durumunuz:
1-Okur/yazar değil 2-Okur-yazar 3-İlköğretim 4-Lise 5- Yükseköğretim
6. İş/Mesleki Durumunuz:
1-Ev Hanımı 2-İşçi 3-Memur 4-Serbest Meslek 5-İşsiz 6-Emekli 7- Diğer
7. Ekonomik Durumunuz:
1-Gelir giderden az 2-Gelir giderden fazla 3-Gelir gider ile dengeli
8. Sosyal güvenceniz:
1-emekli sandığı 2- ssk 3- bağkur 4-yeşil kart 5- Diğer.....
9. Evde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?
1-Eşimle 2-Eşim ve çocuklarımla 3-Çocuklarımla 4-Yalnız 5- Diğer(Yazınız).....
10. Kronik Hastalıklarınız:
1-DM 2-HT 3-Kalp Yetmezliği 4-KOAH 5-Böbrek Yetmezliği 6- Diğer.....
11. Tıbbi tanınız:
12. Daha önce hastaneye yattınız mı? (Cevabınız hayır ise 15. soruya geçiniz.)
1-Evet 2) Hayır
13. Kaç kez hastaneye yattınız?
1) 1-2 kez 2) 3-4 kez 3) 5 kez ve üzeri
14. Hangi nedenlerden dolayı hastaneye yattınız?
.....
15. Daha önce ameliyat oldunuz mu?
1) Evet 2) Hayır

16. Ameliyatınızla ilgili bilgi aldınız mı? (Cevabınız hayır ise 18. soruya geçiniz.)
1) Evet 2) Hayır
17. Ameliyatınızla ilgili bilgiyi kimden aldınız?
1) Hekim 2) Hemşire 3) Diğer hasta ve yakınları 4) Broşür, el kitapçığı
5) Diğer (Yazınız).....
18. Ameliyatınızla ilgili bilgiyi kimden almak istersiniz?
1) Hekim 2) Hemşire 3) Diğer hasta ve yakınları 4) Broşür, el kitapçığı
5) Diğer (Yazınız).....
19. Ameliyatınızla ilgili endişe duyuyor musunuz? (Cevabınız hayır ise 20. soruyu boş bırakınız.)
1) Evet 2) Hayır
20. Ameliyatınızla ilgili ne tür endişeleriniz var? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
a. Ameliyat yapacak olan hekimi tanımama
b. Ameliyat yapacak hekimle iletişim kuramama
c. Anestezistin bilgi yetersizliği
d. Anestezistin deneyim eksikliği
e. Anestezistin ameliyat odasında bulunmaması
f. Anestezistin tavırları
g. Personelin problem çıkarması
h. Ameliyat sonrası uyanmama
i. Ameliyat sonrası ağrı
j. Ameliyat sonrası bulantı- kusma
k. Ameliyat sonrası uzun süre uyuma
l. Yoğun bakımda kalma
m. İğne yapılma
n. Ameliyat sırasında uyanmak
Diğer(Yazınız).....

Kaygının Fizyolojik ve Psikolojik Belirtilerinin Tanımlanması

Belirtiler	hiç	hafif	orta	şiddetli	dayanılmaz
1. Nefes almada güçlük					
2. Yorgunluk					
3. Uykuya dalmada güçlük					
4. Uykuyu sürdürmede güçlük					
5. Öğürme					
6. Bulantı					
7. Kusma					
8. Boğazda düğümlenme					
9. Titreme, seğirme					
10. Ürperme hissi					
11. Üşüme hissi					
12. Baş dönmesi					
13. Kötü rüya görme					
14. Bilinç bulanıklığı					

Ek-3. Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuduktan, sonra da **şu anda** nasıl hissettiğinizi, ifadelerin sağ tarafındaki alternatiflerden en uygun olanını işaretleyiniz. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

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

Aşağıdaki kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da **genel olarak** nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki alternatiflerden en uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Katkılarımızdan dolayı teşekkür ederiz.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
29	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31	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 kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

Ek-4. Genel Konfor Ölçeği

Aşağıda şu andaki rahatlık durumunuzu tanımlayan bazı ifadeler yer almaktadır. Her bir ifade için “tamamen katılıyorum”dan “kesinlikle katılmıyorum”a kadar giden dört seçenek vardır. Lütfen su andaki rahatlık durumunuzu en iyi ifade eden numarayı daire içine alarak belirtiniz.

	Tamamen katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
Rahatlığımıza ilişkin doldurduğum bu anketten memnunum	4	3	2	1
1.Şu anda vücudumu gevşemiş hissediyorum	4	3	2	1
2.Çok sıkı çalıştığım için kendimi yararlı hissediyorum	4	3	2	1
3.Mahremiyetimi yeterince sürdürebiliyorum	4	3	2	1
4.Yardıma gereksinim duyduğumda güvенеbileceğim kişiler var	4	3	2	1
5. Egzersiz yapmak istemiyorum	4	3	2	1
6. Durumum beni bunaltıyor	4	3	2	1
7. Kendimi güvende hissediyorum	4	3	2	1
8. Başkalarına bağımlı olduğumu hissediyorum	4	3	2	1
9. Şu anda hayatımın değerli olduğunu hissediyorum	4	3	2	1
10. Sevildiğimi bilmek beni mutlu ediyor	4	3	2	1
11. Bulduğum ortamdan memnunum	4	3	2	1
12. Gürültü dinlenmemi engelliyor	4	3	2	1

13. Kimse beni anlamıyor	4	3	2	1
14. Ağrıma katlanmakta güçlük çekiyorum	4	3	2	1
15. Elimden gelenin en iyisini yapmak isterim	4	3	2	1
16. Yalnız kaldığımda mutsuz oluyorum	4	3	2	1
17. İnancım korkusuz olmama yardım ediyor	4	3	2	1
18. Burada olmaktan hoşlanmıyorum	4	3	2	1
19. Şu anda kabızım	4	3	2	1
20. Şu anda kendimi sağlıklı hissetmiyorum	4	3	2	1
21. Bu oda beni ürkütüyor	4	3	2	1
22. Bundan sonra olacıklardan korkuyorum	4	3	2	1
23. Önemli olduğumu bana hissettiren kişi(ler) var	4	3	2	1
24. Yaşadığım değişikliklerin beni zorladığını hissediyorum	4	3	2	1
25. Açım	4	3	2	1
26. Doktorumu daha sık görmek istiyorum	4	3	2	1
27. Bu odanın ısısı iyi	4	3	2	1
28. Çok yorgunum	4	3	2	1
29. Ağrıyla başa çıkabiliyorum	4	3	2	1
30. Bulduğum ortam beni rahatlatıyor	4	3	2	1
31. Memnunum	4	3	2	1
32. Bu sandalye/yatak rahatsız	4	3	2	1
33. Bu manzara bende iyi duygular uyandırıyor	4	3	2	1
34. Özel eşyalarım burada değil	4	3	2	1
35. Kendimi buraya ait hissetmiyorum	4	3	2	1
36. Kendimi yürüyecek kadar	4	3	2	1

iyi hissediyorum				
37. Arkadaşlarım telefon ederek ya da elektronik posta/ kart atarak beni hatırlıyor	4	3	2	1
38. İnançlarım bana huzur veriyor	4	3	2	1
39. Sağlığım hakkında daha fazla bilgilendirilmek istiyorum	4	3	2	1
40. Kendimi kontrol edemiyorum	4	3	2	1
41. Çıplak olduğum için kendimi garip hissediyorum	4	3	2	1
42. Bu oda berbat kokuyor	4	3	2	1
43. Tek başınayım ama yalnızlık hissetmiyorum	4	3	2	1
44. Kendimi huzurlu hissediyorum	4	3	2	1
45. Kederliyim	4	3	2	1
46. Hayatımın anlamlı olduğunu fark ettim	4	3	2	1
47. Burada yaşamak kolay	4	3	2	1
48. Kendimi yeniden iyi hissetmek istiyorum	4	3	2	1

Ek-5. Hasta Bilgilendirme Formu

Çalışmanın Amacı ve Özeti

Bu araştırma bir anket çalışmasıdır. Araştırmanın adı “*Ameliyat Öncesi Ve Sonrası Hastaların Kaygı Düzeyleri: Preoperatif Dönemde Yoğunbakım Endikasyonu Durumunu Bilme Ve Postoperatif Dönemde Yoğun Bakım Koşulları İle İlişkisi.*”dir. Bu çalışmadaki amacımız ameliyat öncesinde ve sonrasında hastaların kaygı düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesidir.

1. Katılma ve Çıkma

Bu araştırma ancak gönüllü olursanız sizin üzerinizde yapılacaktır. Eğer kabul etmezseniz hiçbir ceza uygulaması yoktur. Bu çalışmayı kabul etme ya da etmeme ve kabul ettikten sonra istediğiniz zaman buna son verme hakkına sahipsiniz.

Araştırma Sırasında Karşılaşabileceğiniz Rahatsızlıklar ve Riskler

Bu araştırma sizin için hiçbir rahatsızlık ve de risk içermemektedir.

2. Masraflar

Bu araştırma için sizden bir ücret talep edilmeyecektir.

Gizlilik

Bu araştırmaya katıldığınız takdirde tüm kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yapılacak vaka sunumlarında isminiz kullanılarak sunum yapılmayacaktır. Çalışmaya verdiğiniz destekten dolayı teşekkür ederiz.

Ek-6. Hasta Onam Formu

Ben, (gönüllünün adı)..... yukarıdaki metni okudum ve katılmam istenen **“Hastaların Kaygı ve Konfor Düzeyleri: Preoperatif Dönemde Yoğun bakım Endikasyonunu Bilme ve Postoperatif Dönemde Yoğun Bakım ile İlişkisi ”** adlı çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkânı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve yararları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Telefon numarası:

Tarih:

Ek-7. Etik Kurul Onayı



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Etik Kurulu

PROJENİN ADI: Hastaların Kaygı ve Konfor Düzeyleri: Preoperatif Dönemde Yoğun Bakım Endikasyonunu Bilme ve Postoperatif Dönemde Yoğun Bakım ile İlişkisi
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ: Yrd.Doç.Dr. Bilgi Gülseven KARABACAK
PROJEDEKİ ARAŞTIRICILAR: Ehf GÜZELHAN
ONAY TARİHİ VE ONAY SAYISI: 22.05.2015-7

Sayın Yrd.Doç.Dr. Bilgi Gülseven KARABACAK

74 protokol nolu "Hastaların Kaygı ve Konfor Düzeyleri: Preoperatif Dönemde Yoğun Bakım Endikasyonunu Bilme ve Postoperatif Dönemde Yoğun Bakım ile İlişkisi" isimli projeniz Enstitümüz Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve etik yönden uygunluğuna karar verilmiştir.

F. Arıcıoğlu.

Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Komisyon Başkanı

İnci Alıcan
Prof. Dr. İnci ALICAN

Hülya Aşçı
Prof. Dr. Hülya AŞCI

Dilşad Save
Prof. Dr. Dilşad SAVE

Doç. Dr. Tolga GÜVEN

Yrd. Doç.Dr. Ümit UĞURLU

Prof. Dr. Serap AKYÜZ

Ufuk Yurdalan
Prof. Dr. Ufuk YURDALAN

Nefise Bahçecik
Doç. Dr. Nefise BAHÇECİK

Doç. Dr. Hakkı ARIKAN

Bettül Okuyan
Yrd. Doç. Dr. Bettül OKUYAN



Marmara Üniversitesi Göztepe
Kampüsü Sağlık Bilimleri
Enstitüsü 34688 Kadıköy /
İSTANBUL

0 (216) 414 44 23/12 (Faks)
0 (216) 414 44 23

saglik.ogrenci@marmara.edu.tr
<http://saglik.marmara.edu.tr>

Ayrıntılı bilgi için:
M.R.ALKAN

Ek-8. Kurum Onayı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul Fatih Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

SAYI :70794255-770/21905
KONU :Araştırma İzni (Elif GÜZELHAN)

09.10.2015

HASEKİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİNE

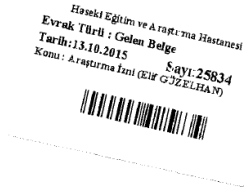
İlgi : 14.09.2015 tarih ve 16696 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınıza istinaden;Elif GÜZELHAN'ın "Hastaların Kaygı ve Konfor Düzeyleri: Preoperatif Dönemde Yoğun Bakım Endikasyonunu Bilme ve Postoperatif Dönemde Yoğun Bakım İle İlişkisi" konulu çalışmasını hastaneniz emrinde gerçekleştirmesi Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini rica ederim.

Ph. Dr. Hanifi AKTAŞ
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkan V.

Eklr :
Anket Formu (8 sayfa)



12 10 15
F 17

Adres: Seyitnizam Mh. Mevlana Cd.No:85 Zeytinburnu/İstanbul
Tel No: 0 212 5308311- 5229810-12-14-37 Faks No: 0 212 522 98 11
<http://www.fatihbhk.com.tr>

Ayrıntılı Bilgi için İrtibat: Semanur YEROĞLU
İrtibat Tel/dahili:

Ek-9. Genel Konfor Ölçeği Kullanım İzni

Sayın Elif Gzelhan,

Genel Konfor lçeği'ni çalışmanızda kullanmanız uygundur.

Başarılar dilerim.

01.05.2015

Doç. Dr.  KARABACAK

Acıbadem Mehmet Aydınlar Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dekan Yardımcısı

Hemşirelik Bölüm Başkanı

10. ÖZGEÇMİŞ

Adı	Elif	Soyadı	Sardoğan
Doğum Yeri	Ordu	Doğum Tarihi	09.11.1991
Uyruğu	T.C.	Tel	05469305682
E-mail	elif_guzelhan@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans		
Lisans	Marmara Üniversitesi	2013
Lise	Ordu Başöğretmen Anadolu Lisesi	2009

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Hemşire	Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2013-2017
Hemşire	Marmara Üniversitesi Pendik E. A. H.	2017-2018
Hemşire	Fatih Sultan Mehmet E. A. H.	2018-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	orta	orta	orta

Yabancı Dil Sınav Notu

YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	!	!	!
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office	iyi

Uluslararası ve Ulusal Yayınları/Bildirileri/Sertifikaları/Ödülleri/Diğer:

- 22 Nisan 2011 tarihinde İstanbul Sağlık Müdürlüğü ve Süleymaniye Doğum ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi işbirliği ile düzenlenen 'Doğuma Rehberlik (Lamaze) Paneli' sertifikası.
- 09 Aralık 2011 tarihinde Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü tarafından yapılan 'Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavilere Bakış Sempozyumu' sertifikası.
- 12-13 Ocak 2012 tarihinde Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü ve Evde Bakım ve Eğitim Derneği işbirliği ile düzenlenen 'Sağlığın Geliştirilmesi ve Hemşirelik Sempozyumu' sertifikası.
- 11 Şubat 2015 tarihinde Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul Beyoğlu Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği ve Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi işbirliği ile düzenlenen 'Yoğun Bakım Hemşireliği Sempozyumu'na katılım belgesi.
- 31 Ekim- 09 Aralık 2016 tarihleri arasında Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi tarafından Sağlık Bakanlığı onaylı ve Sertifikalı Eğitim Programı Standartlarına uygun olarak düzenlenen 'Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitimi'n başarı ile tamamlandığına dair 'Yoğun Bakım Hemşireliği' sertifikası.
- 2-5 Kasım 2017 tarihleri arasında düzenlenen '2. Uluslararası ve 10. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi'ne katılım belgesi.
- 2 Kasım 2017 tarihinde 2. Uluslararası ve 10. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi kapsamında düzenlenen 'Uygulamalı Yara ve Stoma Bakımında Güncel Yaklaşımlar' kursuna katılım belgesi.