



T.C.  
YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**BEYİN TÜMÖRÜ AMELİYATI ÖNCESİ  
HASTALARIN KAYGI DÜZEYLERİ VE  
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**NURAY KOÇ**

**İSTANBUL-2016**



T.C.  
YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**BEYİN TÜMÖRÜ AMELİYATI ÖNCESİ  
HASTALARIN KAYGI DÜZEYLERİ VE  
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**TEZ YÜRÜTÜCÜSÜ**

NURAY KOÇ

**TEZ DANIŞMANI**

DOÇ. DR. ŞENAY UZUN

**İSTANBUL-2016**

# ONAY

## TEZ ONAYI FORMU


Kurum : Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Program : Hemşirelik Yüksek Lisans  
Tez Başlığı : Beyin Tümörü Ameliyatı Öncesi Hastaların Kaygı Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler  
Tez Sahibi : Nuray KOÇ  
Sınav Tarihi : 28 Temmuz 2016

Bu çalışma jürimiz tarafından kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı, Adı-Soyadı (Kurumu)	İmza
Jüri Başkanı:	Doç.Dr.Aysel GÜRKAN Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	
Tez danışmanı:	Doç.Dr.Şenay UZUN Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	
Üye:	Doç.Dr.Filiz ARSLAN Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	

## ONAY

Bu tez Yeditepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun 10./08./2016... tarih ve 2016./17.-01..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

  
Prof. Dr. Bayram YILMAZ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

## BEYAN

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

Tarih

İmza

Adı Soyadı

## TEŐEKKÜR

Çalışmam süresince bilgi, rehberlik ve desteğini benden esirgemeden, pozitif enerjisi, bilgi ve donanımı ile bana yardımcı olan, her zaman örnek alacağım değerli danışman hocam Doç.Dr. şenay UZUN'a,

Bu süreçte her daim yanımda olan arkadaőım Sečil Semiz AYDIN'a,

Her zaman yanımda olan ve desteğini esirgemeyen aileme,

Tez dönemimde küçücük yüreğinde büyük bir sabır biriktiren biricik kızım Melis'e, sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

**Nuray KOÇ**

## İÇİNDEKİLER

<b>ONAY</b> .....	<b>i</b>
<b>BEYAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>TEŞEKKÜRLER</b> .....	<b>iii</b>
<b>TABLO LİSTESİ</b> .....	<b>vi</b>
<b>KISALTMALAR LİSTESİ</b> .....	<b>vii</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>viii</b>
<b>TÜRKÇE ÖZET</b> .....	<b>x</b>
<b>1.GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	<b>1</b>
<b>2.GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>6</b>
<b>2.1. Beyin Tümörleri</b> .....	<b>6</b>
2.1.1. Beyin Tümörlerinin Tanımı ve Sınıflandırması.....	<b>6</b>
2.1.2. Beyin Tümörlerinin Cerrahi Tedavisi ve Komplikasyonları.....	<b>13</b>
2.1.2.1.Beyin Tümörlerinin Cerrahi Tedavisi.....	<b>13</b>
2.1.2.2. Beyin Tümörü Cerrahisi Sonrası Komplikasyonlar.....	<b>14</b>
2.1.3. Beyin Tümörü Cerrahisinde Perioperatif Hemşirelik Bakımı.....	<b>15</b>
<b>2.2. Kaygı</b> .....	<b>17</b>
2.2.1. Kaygının Tanımı.....	<b>17</b>
2.2.2. Kaygı Çeşitleri.....	<b>19</b>
2.2.3. Kaygı Düzeyleri.....	<b>21</b>
2.2.4. Kaygının Belirtileri.....	<b>22</b>
2.2.5. Kaygının Nedenleri ve Etkileyen Faktörler.....	<b>24</b>
<b>2.3. Ameliyat Öncesi Kaygı</b> .....	<b>26</b>
2.3.1. Ameliyat Öncesi Kaygı Nedenleri.....	<b>26</b>
2.3.2. Ameliyat Öncesi Kaygının Yönetilmesinde Hemşirelik Girişimleri.....	<b>30</b>
2.3.3. Beyin Tümörü Cerrahisi Öncesi Kaygı ve Hemşirelik.....	<b>33</b>
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	<b>35</b>
3.1. Araştırmanın Tipi ve Deseni.....	<b>35</b>
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	<b>35</b>
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	<b>35</b>
3.4 Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	<b>36</b>
3.5. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri.....	<b>36</b>

3.6. Veri Toplama Araçları.....	36
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	38
3.7.1. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	38
3.7.2. Araştırmada Kullanılacak İstatistiksel Analizleri.....	38
3.8. Araştırmanın Ön Uygulaması.....	40
3.9. Araştırmanın Uygulaması.....	40
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	41
3.11. Araştırmanın Etik Boyutu.....	41
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>42</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>59</b>
5.1. Hastaların Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Tartışılması .....	59
5.2. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışması.....	61
5.3. Hastaların Sağlık Durumu Özelliklere Göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışması.....	66
5.4. Hastaların Önceki Ameliyat Özelliklerine Göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışması.....	71
5.5. Hastaların Mevcut Ameliyat Özelliklerine Göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışması.....	74
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>81</b>
<b>7. KAYNAKLAR.....</b>	<b>85</b>
<b>8. EKLER.....</b>	<b>94</b>
8.1. Ek-1: Etik Kurul Kararı.....	94
8.2. Ek-2: Hastane İzin Yazısı.....	95
8.3. Ek-3: Gönüllü Olur Formu.....	96
8.4. Ek-4: Veri Toplama Formu.....	97
8.5. Ek-5: Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği.....	103
<b>11. ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>105</b>

## V. TABLO LİSTESİ

<b>Tablo 2.1.</b> Primer Beyin Tümörleri.....	8
<b>Tablo 2.2.</b> Beyin Tümörlerinin Bulunduğu Yere Göre Gelişebilecek Komplikasyonlar	10
<b>Tablo 2.3.</b> Gliomaların Sınıflandırılması ve Tedavisi.....	12
<b>Tablo 2.4.</b> Beyin Tümörü Tanı ve Tedavisinde Cerrahi İşlemler.....	14
<b>Tablo 3.1.</b> Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Analizler.....	39
<b>Tablo 4.1.</b> Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	42
<b>Tablo 4.2.</b> Hastaların Sağlık Durumu Özelliklerinin Dağılımı.....	44
<b>Tablo 4.3</b> Hastaların Önceki Ameliyatlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	45
<b>Tablo 4.4.</b> Hastaların Şimdiki Ameliyatlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	47
<b>Tablo 4.5.</b> Hastaların Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	48
<b>Tablo 4.6.</b> Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	50
<b>Tablo 4.7.</b> Hastaların Sağlık Durumu Özelliklerine Göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	53
<b>Tablo 4.8.</b> Hastaların Önceki Ameliyatlarına İlişkin Özelliklerine Göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	55
<b>Tablo 4.9.</b> Hastaların Şimdiki Ameliyatlarına İlişkin Özelliklerine Göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	57



## VI. KISALTMALAR

<b>ABTA</b>	Amerikan Beyin Tümörü Derneği- American Brain Tumor Association
<b>ABD</b>	Amerika Birleşik Devletleri
<b>DKÖ</b>	Durumluk Kaygı Ölçeği
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>NCI</b>	Ulusal Kanser Enstitüsü- National Cancer Institute
<b>NBCS</b>	Ulusal Beyin Kanseri Birliği -National Brain Tumor Society
<b>SKÖ</b>	Sürekli Kaygı Ölçeği



## SUMMARY

**Koç N. (2016). Anxiety levels of the patients prior to brain tumor surgery and the precipitating factors. Yeditepe University Health Sciences Institute, Department of Nursery, İstanbul**

**Introduction:** Tumor resection with surgical approach is used in the treatment of brain tumors which consists a big part of the neurosurgical problems. Diagnosis of brain tumors, preop and postoperative experiences and problems would cause anxiety in the patients.

**Aim:** This research was made to determine the anxiety levels and precipitating factors preoperatively.

**Materials and Method:** 60 samples for the research were chosen from patients that were admitted for brain tumor surgery to a private university hospital in İstanbul between dates 02.04.2016-17.06.2016. Data gathering form and Situation and Permanent Anxiety measure that was prepared by the researcher was used for gathering the data. Data were evaluated in SPSS 21.0 program, determining statistical analyses (number, percent, average, standard deviation, minimum-maximum value), Pearson Correlation Analysis, Kruskal Wallis Variance Analysis and Mann-Whitney U test and with %95 trust interval,  $p < 0.05$  meaning level.

**Results:** In the research, the average age was  $40.75 \pm 13.54$ , female (%55), married (%66.7) and high school graduates (%46.7) were predominant; permanent anxiety were low ( $36.46 \pm 10.52$ ), situation anxiety were average level ( $45.25 \pm 10.88$ ). The point averages according to brain tumor types, epileptic seizure history and sleeping patterns; and point averages according to prior brain surgery history, getting information anxiety in prior surgery and permanent and situation related anxiety measures; and point averages according to the time of education about the surgery were found to be significantly different ( $p < 0.05$ ). %50 of the patients desired to take information from the doctor or the nurse and also asked for an informative brochure, %95 were having anxiety about the upcoming operation and these anxiety were related to be about

postoperative dysfunction, pain, nausea, vomiting, not waking up, long time ICU stay and death.

**Conclusion and Recommendations:** Malignant brain tumor diagnosis, epileptic seizure history, irregular sleeping pattern, having a brain tumor surgery history and having anxiety may effect the anxiety level for getting education about the upcoming surgery and determining the anxiety levels of patients having these problems preoperatively, may be suggested to be educated about the causes of their anxiety and giving psychological support.

**Keywords:** Brain tumor, Surgery, Situation anxiety, Permanent anxiety, Nursery

## ÖZET

**Koç N. (2016). Beyin tümörü ameliyatı öncesi hastaların kaygı düzeyleri ve etkileyen faktörler. Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.**

**Giriş:** Nöroşirurjik sorunların önemli bir bölümünü oluşturan beyin tümörlerinin tedavisinde, cerrahi yöntem ile tümörün rezeksiyonu yapılmaktadır. Beyin tümörünün tanı aşamasında, ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında yaşanabilecek sorunlar, hastalarda kaygıya neden olmaktadır.

**Amaç:** Bu araştırma, beyin tümörü ameliyatı öncesi hastaların kaygı düzeyleri ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanarak, uygulanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırmanın örneklemini İstanbul'da özel bir vakıf üniversite hastanesinde beyin tümörü ameliyatı olmak için yatan hastalardan 02.04.2016-17.06.2016 tarihleri arasında yatan 60 hasta oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında, araştırmacı tarafından hazırlanan veri toplama formu ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği kullanılmıştır. Veriler; SPSS 21.0 programında, tanımlayıcı istatistiksel analizler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum-maksimum değer), Pearson Korelasyon Analizi, Kruskal Wallis Varyans Analizi ve Mann-Whitney U testi kullanılarak, %95'lik güven aralığında ve  $p<0,05$  anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Araştırmada hastaların yaş ortalamasının  $40.75\pm 13.54$  olduğu; kadınların (%55), evli olanların (%66.7) ve lise mezunu olanların (%46.7) daha fazla orana sahip olduğu; sürekli kaygılarının düşük düzeyde ( $36.46\pm 10.52$ ), durumluk kaygılarının ise ( $45.25\pm 10.88$ ) orta düzeyde olduğu, aralarında olumlu yönde anlamlı, ancak zayıf ilişki olduğu saptanmıştır ( $r=0.388$ ;  $p=0.002$ ). Hastaların çalışmama nedenlerine göre sürekli kaygı; beyin tümörü tipi, epileptik nöbet geçirme durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı; uyku durumuna göre sürekli kaygı; daha önce beyin ameliyatı olma durumu ve önceki ameliyatında kaygı yaşama durumu ile durumluk ve sürekli kaygı; şimdiki ameliyata ilişkin eğitim alma zamanı ile durumluk kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ) ( $p<0.05$ ). Hastaların

%50'si ameliyata ilişkin eğitimi hekimden ve hemşireden almakla birlikte broşür de verilmesini istediğini; %95'i şimdiki ameliyata dair kaygı yaşadığını ve bu kaygıların nedenlerini sırasıyla; ameliyat sonrası fonksiyon kaybı (%92.9), ağrı (%73.6), ölüm (%43.8), uyanamama (%40.3) ve uzun süre yoğun bakım ünitesinde kalma (%36.8) olarak bildirmiştir.

**Sonuç ve Öneriler:** Malign beyin tümörü tanısı, epileptik nöbet geçirme, düzensiz uyku durumu, beyin tümörü ameliyatı geçirmiş ve kaygı yaşamış olma, şimdiki ameliyata ilişkin eğitim alma zamanının kaygı düzeyini etkilediği saptandığından, bu özelliklere sahip hastaların ameliyat öncesi kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi, kaygı nedenlerini de içeren eğitim verilmesi ve psikolojik destek sağlanması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Beyin Tümörü, Ameliyat, Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı, Hemşirelik

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Beyin tümörü, beyinde bulunan normal hücre yapısının zaman içinde anormal özellikler alarak kontrol dışı büyümesidir. Meydana gelen tümörün beyine baskı yapması, beyin bazı işlevlerini kaybetmesine neden olmaktadır (Kılıç ve Özdoğan, 2005).

Beyin tümörleri, nöroşirurji sorunlarının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Amerikan Beyin Tümörü Derneği (American Brain Tumor Association-ABTA), beyin tümörlerinin 0-19 yaş grubu bireylerde en yaygın kanser tipi olduğunu, çocuklarda ve 20 yaş altı bireylerde kansere bağlı ölüm nedenlerinin ikincisini oluşturduğunu bildirmiştir. Beyin tümörleri, 50 yaş üzerindeki bireylerde diğer organlardan yayılımlarla karşılaştırıldığında, üçüncü en sık yayılım gösteren tümörler olduğu da belirtilmektedir (<http://www.abta.org>, Erişim Tarihi: 18.05.2016; Sencer, 2006).

ABD Ulusal Beyin Kanseri Birliği (National Brain Tumor Society-NBCS)'nin bildirdiğine göre, 688.096 beyin tümörlü Amerika'lı nüfusun 550.042'si iyi huylu, 138.054'ü kötü huylu tümör tanısı almıştır. Bunların %31.7'si erkek, % 34.4'ü kadın olarak belirlenmiştir (<http://www.brainumor.org>, Erişim Tarihi: 15.02.2016). Ulusal Kanser Enstitüsü (National Cancer Institute-NCI)'ne göre her yıl 35.000'den fazla hastada birincil (primer) beyin tümörü saptanmaktadır. ABTA, 2015 yılında primer beyin tümörleri olarak yaklaşık 78.000 yeni vaka tesbit edildiğini bildirmiştir. Bu oran yaklaşık 25.000 malign ve 53.000 benign beyin tümörünü içermektedir. ABTA ayrıca, 2016 yılında 0-19 yaş arası 4.600 çocuğun primer beyin tümörü tanısı alacağını tahmin edildiğini de belirtmektedir (<http://www.abta.org>, Erişim Tarihi: 18.05.2016; Sencer, 2006).

ABD'de yaklaşık 700.000 insanın primer beyin ve santral sinir sistemi tümörü ile yaşadığı da bildirilmiştir. Histolojik olarak 100'den fazla farklı türü bulunan primer beyin ve santral sinir sistemi tümörlerinin, primer beyin tümörü tipinde yaş, histoloji, moleküler göstergelere ve tümörün davranışına göre hayatta kalım süresi önemli ölçüde değişebilmektedir. ABD'de primer malign ve santral sinir sistemi tümörü nedeni ile

2015 yılında yaklaşık 17.000 kişinin hayatını kaybettiği bildirilmiştir (<http://www.abta.org>, Erişim Tarihi: 18.05.2016).

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı Kanser İstatistikleri 2012 verilerine göre; 2008-2012 yılları arasında 5706 hastanın, beyin, ve sinir sistemi kanseri tanısı aldığı bildirilmiştir. Beyin kanserleri, klinik görüntüleme ile tanı konulan kanserlerde birinci sırada yer almaktadır. Türkiye Birleşik Veri Tabanı 2013 verilerine göre, erkeklerde onuncu, kadınlarda dokuzuncu en sık görülen kanser türünü, beyin ve sinir sistemi tümörleri oluşturmaktadır. Erkeklerde 65-69 yaş aralığında, kadınlarda ise, 60-64 yaş aralığında daha sık görülmektedir. Bunun yanı sıra, 15-24 yaş aralığındaki erkeklerde beyin ve sinir sistemi tümörleri altıncı sıradayken, aynı yaş grubu kadınlarda, üçüncü sırada yer almaktadır (Şencan ve Keskinlik, 2015).

Beyin tümörü tedavisinde cerrahi yöntem ile tümör rezeksiyonu yapılmaktadır. Tümörün yeri ve evresine göre, cerrahi tedavi öncesi ya da sonrasında kemoterapi veya radyoterapi uygulanabilmektedir. Hastalarda, cerrahi tedavi öncesi ve sonrası dönemde bilinç değişiklikleri ve motor işlevlerde kayıplar oluşabilmektedir (Malak, 2007; Yaltırık, 2012).

Beyin tümörünün tanı konulması aşamasında, ameliyat öncesi ve sonrası dönemde yaşanacaklar, hastalarda kaygıya neden olabilmektedir. Evrensel bir deneyim olan kaygı, ‘bedensel düzeyde dengeyi bozacak tehlikelere karşı tepki ya da bozulan dengeyi yeniden düzenleme çabalarının başarısızlığa uğraması sonucu ortaya çıkabilecek bir durum’ olarak tanımlanmaktadır (Akkaş Gürsoy, 2001). Kaygı, bireyin kendisini tehdit altında olduğunu düşündüğü anda ortaya çıkar ve bireyin çevreden gelebilecek sorunlara hazır olmasını sağlar. Kaygının düzeyi; bireyin cinsiyeti, yaşı, geçmiş deneyimleri ve olaylarla başa çıkma durumu gibi özelliklerinden etkilendiğinden, kaygının vücut üzerindeki etkileri de bireyden bireye farklılık gösterebilmektedir (Ala, 2007).

Hastalık, önemli bir kaygı nedenidir. Hastalık süreci, fizyolojik, psikolojik ve sosyal problemlerin gelişmesine neden olmaktadır. Bu süreç içerisinde yaşanabilecek herhangi bir belirsizlik ve karışıklık; maddi durum ve aile içi rollerdeki değişikliklere, iş

ve sosyal hayattaki düzenin değişmesine, umudun yitirilmesine ve ölüm korkusuna neden olabilmekte ve kaygı düzeyini yükseltmektedir (Özbayır ve ark. 2003). Ameliyat olmak amacıyla hastaneye yatan kişilerde kaygının ve ümitsizliğin daha fazla yaşandığı belirtilmektedir (Erdil, 2001; Özbayır ve ark. 2003; Yıldız, 2011; Gedik, 2015).

Genel olarak ameliyat işlemi ve buna bağlı etkilerin; bireyler için ağrı, iş gücü kaybı, fonksiyon kaybı, aile ya da iş ortamında rollerin değişmesi gibi anlamları olabilmektedir (Akkaş Gürsoy, 2001). Bireyler, anesteye bağlı bilinç kaybı gelişeceği, ağrı hissedeceği, sosyal ve iş yaşamına geri dönemeyeceği, alt ya da üst ekstremitelerinde fonksiyon kaybı gelişeceği ve başkalarına bağımlı kalacağı gibi nedenlerle kaygı ve ölüm korkusu yaşayabilmektedir (Cimilli, 2001; Kayhan, 2003; Turhan ve ark. 2012; Gedik, 2015; Sidar, 2013; Yıldız 2011; Altun 2010). Literatürde, ameliyata bağlı kaygıyı arttıran nedenlerin; ameliyatın ne zaman olacağı ve süresi, ameliyat sonrası başarı oranı, gelişebilecek komplikasyonlar vücuda yerleştirilebilecek diren ya da kateter gibi araçlar, yapılacak olan her türlü işlem ile sosyal ya da iş yaşamına geri dönüş ile ilgili konuların olduğu bildirilmektedir. Ayrıca daha önce yaşanan ameliyat deneyimlerinin, ameliyatın türünün ve ameliyatın büyük ya da küçük bir işlem olmasının da kaygıyı etkilediği belirtilmektedir (Ala, 2007; Özberksoy, 2006; Kayahan ve Sertbaş, 2007; Akman 2015; Çetin, 2014; Güz, 2003; Perks, 2009; Duman, 2003; Akkaş Gürsoy, 2001, 2001; Şıvgın, 2013; Fındık ve Topçu, 2012). Genel olarak ameliyat öncesi kaygı düzeyinin yüksek olmasının; ameliyat sonrası dönemde komplikasyonların gelişmesini ve ciddiyetini, bireyin baş etme yeteneğini olumsuz olarak etkileyeceği ve hastanede kalış süresini ve bakımın maliyetini arttıracığı vurgulanmaktadır (Karayağız ve ark. 2011; Sidar, 2013).

Beyin tümörü ve cerrahisi hasta ve aileleri için önemli bir kaygı kaynağı olabilmektedir. Çünkü beyin tümörü ameliyatlarından önce veya sonra; epileptik nöbet, şiddetli baş ağrısı, bulantı ve kusma, kanama, nörolojik durumun kötüleşmesi, görme, konuşma ve algılamada bozulma, hidrosefali, ekstremitelerde şişlik, kızarıklık, yara yerinin geç iyileşmesi, enfeksiyon, tromboemboli ve bazı psikiyatrik sorunlar görülebilmektedir (<http://www.turknorosirurji.org>, Erişim Tarihi:10.02.2016; Gedik, 2005; Altun, 2010; Yaltırık, 2012).



Hastalarda ameliyat öncesi kaygı düzeyi ve etkileyen faktörler nöroşirurji hastalarında, kalp-damar cerrahisi, plastik cerrahi, elektif cerrahi, troid cerrahisi, günübirlik cerrahi gibi ameliyatların öncesinde araştırılmıştır. Beyin tümörü nedeni ile ameliyat olacak hastalarda ise, ameliyat öncesi kaygı ve etkileyen faktörleri inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışmada, beyin tümörü ameliyatı öncesi hastaların kaygı düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla hastaların sosyo-demografik ve hastalıkla ilgili özellikleri ile önceki ve şimdiki ameliyat özelliklerinin durumluk ve sürekli kaygı düzeyine etkisi araştırılacaktır. Beyin tümörü gibi ciddi komplikasyonları bulunan cerrahi işlem öncesi kaygı düzeyinin ve etkileyen faktörlerin bilinmesi; bu faktörlere bağlı kaygının incelenmesine ve kontrol edilmesine ilişkin önlemlerin araştırılmasına, önlemlerin alınmasına, kaygı düzeyinin komplikasyon gelişme durumuna, komplikasyon ciddiyetine, bireylerin hastanede kalış süresine ve bakımın maliyetine etkisinin araştırılmasına ve beyin tümörü cerrahisi planlanan bireylerin bakımını sağlayacak sağlık profesyonellerin eğitimine katkı sağlayacaktır.

Bu araştırmanın hipotezleri aşağıdaki gibi oluşturulmuştur. Araştırmada, hipotezlerde belirtilen değişkenler arası ilişkilerin bulunma durumu incelenenecektir.

**H<sub>1</sub>:** Beyin tümörü ameliyatı olacak hastaların, kaygı düzeyleri yüksektir.

**H<sub>2</sub>:** Beyin tümörü ameliyatı olacak hastaların sosyo-demografik özelliklerinden (yaş, cinsiyet, medeni durumu, çocuğu bulunma durumu, çalışma durumu, eğitim durumu, gelir durumu, yaşadığı yer, evde beraber yaşadığı kişi bulunma durumu, evde bakımından sorumlu olduğu kişi bulunma durumu, sağlık giderlerini karşılamada güçlük yaşama durumu) bazıları, kaygı düzeylerini etkiler.

**H<sub>3</sub>:** Beyin tümörü ameliyatı olacak hastaların sağlık durumu özelliklerinden (beyin tümörü tipi, kronik hastalık bulunma durumu, sürekli ilaç kullanma durumu, epileptik nöbet geçirme durumu, sigara ve içki kullanma durumu, ameliyat önesi gece uyku durumu) bazıları, kaygı düzeylerini etkiler.

**H<sub>4</sub>:** Beyin tümörü ameliyatı olacak hastaların önceki ameliyatına ilişkin özelliklerinden (daha önce hastaneye yatma durumu, ameliyat olma durumu, beyin ameliyatı olma durumu, eğitim alma zamanı, kaygı yaşama durumu) bazıları, kaygı düzeyini etkiler.

**H5:** Beyin tümörü ameliyatı olacak hastaların şimdiki ameliyatına ilişkin özelliklerinden (ameliyata ilişkin eğitim alma zamanı, eğitimi kimden aldığı, eğitimi kimden almak istediği, ameliyat işlemine ilişkin açıklamayı yeterli bulma durumu, ameliyat sonrası bakım eğitimini yeterli bulma durumu, ameliyata ilişkin kaygı yaşama durumu) bazıları, kaygı düzeyini etkiler.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Beyin tümörleri

#### 2.1.1. Beyin Tümörlerinin Tanımı ve Sınıflandırılması

Vücudun duyu ve bilinç merkezi olan ve kafatası kemikleri, meninksler ve beyin omurilik sıvısı tarafından korununan beyinde, normal hücre yapısının çeşitli nedenlerle zaman içinde anormal özellikler alarak kontrol dışı büyümesi ile beyin tümörleri oluşmaktadır. (Kılıç ve Özdoğan, 2005; <http://www.abta.org>, Erişim Tarihi: 18.05.2016; Yaltırık, 2012 ). Beyin tümörlerinde en sık kromozom değişimlerinin kromozom 1, 10, 13, 17, 19 ve 22. kromozomlarda olduğu bildirilmiştir. Bunlardan 1. ve 19. kromozomlardaki değişiklikler en çok oligodendrogliomlarda, 22. kromozomdaki değişiklikler ise en sık meningiomalarda ortaya çıkmaktadır. Genel olarak beyin tümörlerinde risk faktörlerini; kalıtsal olarak ailesel hastalıklara bağlı (kanserli aile sendromu olarak bilinen Li-Fraumeni, sendromu, Von-Hippel-Lindau hastalığı, tüberoskleroz, nörofibromatozis tip 1 hastalıkları) aileden geçen mutasyona uğramış genler, iyonize radyasyona maruz kalma (radyoterapi, anne karnında radyasyon alma gibi), immün sistemi baskılayan tedavi ya da immün sistemi baskılayan hastalıklar (Wiskott-Aldrich sendromu, Ataksi-telenjiektazi) ve çevresel faktörler, sigara ve alkol kullanma, etken maddesinde nitrit bulunan gıdalarla beslenme, hava kirliliği, tarım ve endüstri formaldehit gibi etkenlere maruz kalmak, sentetik kauçuk veya petrol üretim rafinelerinde çalışmak, oral kontraseptif tedavi ve antihistaminikler, virüsler oluşturmaktadır (<http://www.abta.org>, Erişim Tarihi: 18.05.2016; Brownstain ve Stevenson, 2003). Primer beyin tümörleri için; yaş, cinsiyet, gelişim dönemi ve ırk açısından risk faktörleri, Tablo 2.1.'de görülmektedir (<http://www.abta.org>, Erişim Tarihi: 18.05.2016; Brownstain ve Stevenson, 2003; Barnholz Sloan ve Kruchko, 2007; Shintani ve ark.1999).

Santral sinir sisteminde oluşan nöronal, glial, mezenkimal hücrelerin ve bunların sitoplazmik uzantılarının oluşturduğu yapı, beyin tümörlerinin sınıflandırılmasında, bunun yanı sıra tanı konulması aşaması ve tedavilerinin geliştirilmesinde güçlüklerle neden olmaktadır. Tanı konulması aşaması radyolojik tetkiklerle desteklenmektedir (Louis ve ark. 2007).

Beyin tümörlerinin sınıflandırılması; tümörün yerleşim yerine, davranışına ve histolojik kriterlere göre yapılmaktadır.

Tümörün yerleşim yerine göre sınıflandırmasında; tümör, beyin kendi dokusundan kaynaklanıyor ise primer veya birincil beyin tümörü, vücudun herhangi bir bölgesindeki kanser hücresinin beyine metastaz yapmasından kaynaklanıyor ise, sekonder veya ikincil beyin tümörü olarak adlandırılmaktadır (Abacıgil, 2005)

**Primer beyin tümörleri**, nöroglial hücrelerden, beyinde bulunan damarlardan, meninks ya da hipofiz bölgesindeki hücrelerden oluşmaktadır. Çoğunluğu glioma olarak adlandırılan ve beyin nöronlara destek olan dokularından kaynaklanan gliomaların, dört tipi bulunmaktadır. Bunlar: Astriositoma (Glioblastoma Multiforme), Ependimoma, Oligodendroglioma, Medulloblastoma glioma tipleridir. Tablo 2.1’de primer beyin tümörleri sıralanarak, tanım ve kısa açıklamaları verilmiştir (Kılıç ve Özduman, 2005; Malak, 2007; <http://www.abta.org>, Erişim Tarihi: 18.05.2016).

**Tablo 2.1. Primer Beyin Tümörleri**

<b>Ependimoma</b>	Ependimol hücrelerinden kaynaklanan ve damarların çevresinde monoton hücrelerin yaptığı rozeterlin bulunduğu, çoğunlukla genç erişkinlerde görülen tümörlerdir.
<b>Oligodendroglioma</b>	Sinirlerin çevresinde bulunan ve onları korumakla görevli olan oligodenrositlerden kaynaklanan ve yavaş büyüyen tümörlerdir. Oligodendrogliositler, sıklıkla erişkinlerde orta yaşta görülmekle birlikte çocukluk çağında da görülebilmektedir.
<b>Medulloblastoma</b>	Embriyonal tümörlerin içinde en sık görülen tipidir. Genelde serebelluma yerleşirler ve prognozu kötüdür. Çocukluk çağı tümörlerinin %25'ini oluşturur ve yetişkinlerde de görülür.
<b>Beyin Sapı Glioma</b>	Yerleşim yeri, beyin sapı olan ve solunum merkezine yakın olması nedeni ile büyük risk taşıyan bu tümörler, her yaşta görülebilmektedir.
<b>Intraventriküler Subependimal Tümörler</b>	Kökene subependimal glial matrikstir. Ventrikülün lateraline yerleşen bu tümörler, sıklıkla çocukluk çağında görülmektedir.
<b>Meningioma</b>	Meninkslerin tümörüdür ve genellikle iyi huylu özellikler gösterir. Beynin dışında kapsül içinde bulunurlar ve beyin dokusuna basınç yapabilirler. Yavaş büyür ve çoğunlukla iyi huyludurlar ancak atipik özellikleri olabilmekte ve tümör hızlı büyüebilmekte, cerrahi tedavi sonrası kemoterapi ya da radyoterapi gibi ek tedaviler uygulanabilmektedir. Primer beyin tümörlerinin % 15-20'sini, spinal kord tümörlerinin %25'i menengiomalardan oluşmaktadır. Ekstra aksiyel yerleşimler nedeniyle, komşu dokularda bası yaparlar ve nörolojik sorunlara yol açabilirler.
<b>Hemanjioma</b>	Kapiller ya da daha büyük çaplı damarlardan zengin bir tümördür ve stromal hücreler içerir. Serebellum, medulla spinalis ve medullada büyük damar çevrelerinde yerleşir ve konjenitaldir. Kraniofarenjioma, skumöz papiller, mikst, adamantinomatöz tipleri vardır.
<b>Germ Hücre Tümörleri</b>	Embriyonel germ hücrelerinden kaynaklanır ve yetişkinlerde görülmektedir.
<b>Akustik Schwannoma</b>	Tümör, beyinde periferik sinir kılıflarından meydana gelen Schwann hücrelerinden kaynaklanır. Kapsül içinde yer alırlar. İşitme ile ilgili sinirlere yakın olarak yerleştiği için duyma sorunları ortaya çıkarmaktadır ve yetişkinlerde görülmektedir.

**Tablo 2.1. Primer Beyin Tümörleri (Devamı)**

<b>Hipofiz Adenomları</b>	<p>Vücudun işlevleri sinir sistemi ve hormonal/endokrin sistem ile kontrol edilmektedir. Beyinde endokrin sisteme ait hipofiz ve epifiz bezi bulunmaktadır. Hipofiz bezi tümörleri, beyin tümörlerinin %5-10'nunu oluşturur. Hipofiz bezi; ön hipofiz ve arka hipofiz olarak iki kısımdan oluşmaktadır. Hipofiz bezi tümörleri ön hipofize ait tümörlerdir. Hipofiz bezi tümörlerinin iki türlü vücuda zararı vardır. İlk zararlı etkisini normalden fazla büyüyerek çevre yapıları sıkıştırarak yapmaktadır. Bu durum sonucunda hipofiz bezinin yakınında bulunan görme siniri etkilenmekte ve görmeye azalma ve kayıplar meydana gelmektedir. Hipofiz bezi büyük boyutlara ulaştığında bu bezden salgılanan hormonlarda eksiklikler görülmektedir. Birinci etkiyi oluşturan tümörlere makroadenom denilmektedir. Tümörün ikinci zararlı etkisi ise, bazı hormonların aşırı miktarda salgılanması ile görülmektedir. Büyüme hormonu, anti diüretik hormon gibi hormonların salınımında artış ya da azalma olabilmekte ve denge bozulabilmektedir.</p>
<b>Astriositoma</b>	<p>Astroasit denilen glial hücrelerden kaynaklanır. Çoğunlukla yetişkin bireylerde serebrumda görülmektedirler. Grade I ve II astrositom düşük grade olarak isimlendirilir. Grade III Astrositoma Anaplastik Astrositom olarak, Grade IV ise Glioblastoma Multiforme olarak isimlendirilmektedir. Glioblastom erişkinde rastlanan en sık primer beyin tümörüdür. Glioblastom malign astrositomların %80'ini oluşturur. 45 yaşından önce glioblastom tanısı almış olan hastalarda 2 yıllık sağkalım oranı yaklaşık %30 iken, 75 yaşından sonra bu oranın %2 olduğu rapor edilmiştir.</p>

(<http://www.turknorosiruji.org>, Erişim Tarihi:10.02.2016; Yaltrık, 2012; Brownstain ve Stevenson, 2003; Kılıç ve Özduman, 2005)

**Sekonder veya metastatik beyin tümörleri ise;** vücudun herhangi bir yerinde oluştuktan sonra beyin dokusuna yayılım yaparak meydana gelirler. Sıklıkla meme, akciğer, cilt, prostat ve kalın bağırsaktan yayılım olmaktadır. Bazı durumlarda hangi organdan kaynaklandığı bulunamayabilir. Onkoloji bölümünde tanı ve tedavi amaçlı yatan hastalar incelendiğinde, beyin metastazı olan hastaların, tüm hastaların %20-40'ını oluşturduğu görülmüştür. Bu oran beyin tümörlerinin %10'unu oluşturmaktadır. Tanı ve tedavinin yönlendirilmesinde, yapılabilecek stereotaksik biyopsinin önemli bir rolü olmaktadır. Metastatik beyin tümörleri, her yaşta görülmekle birlikte, çocuklara oranla yetişkinlerde daha sık görülmektedir. Prognoz, tümörün histolojik evresine, bulunduğu yere, bireyin hastalık sürecinde direnç durumuna ve cerrahi işlemin

başarısına bağlı olmaktadır (<http://www.turknorosirurji.org>, Erişim Tarihi:10.02.2016; <http://www.abta.org>, Erişim Tarihi: 18.05.2016,; Yaltırık, 2012; Kılıç ve Özdoğan, 2005; Malak, 2007). Beyin metastazı çoğunlukla akciğerden olmaktadır ve metastatik beyin tümörü tanısı alan hastalarda ortalama sağkalım süresi 6.9 ay olarak bildirilmiştir (Yılmaz, 2014). Tablo 2.2.'de beyin tümörlerinin yerlerine göre gelişebilecek komplikasyonlar görülmektedir (Malak 2007).

**Tablo 2.2. Beyin Tümörlerinin Yerine Göre Gelişebilecek Komplikeasyonlar**

<b>Frontal Lop (Bilateral)</b>	Tek taraflı frontal lop tümörleri ile aynı bulgulara ek olarak yürümede ataksi
<b>Parietal Lop</b>	Konuşma problemleri, hemisfere göre yazmada güçlük, algısal problemler
<b>Occipital Lop</b>	Görme kaybı ve epileptik nöbet
<b>Temporal Lop</b>	Disfaji, epileptik nöbet
<b>Subkortikal</b>	Ekstremitelerde hemipleji
<b>Meningeal Tümörler</b>	Tümör yerine göre beyindeki dokuların kompresyonu ile oluşan semptomlar
<b>Metastatik Tümörler</b>	Kafa içi basınç artışına bağlı olarak gelişen baş ağrısı, bulantı veya kusma
<b>Talamus ve Sella Tümörleri</b>	Diabetes insipidus, bulantı, papil ödemi, kafa içi basıncı artışı ile nistagmus, baş ağrısı, görme problemleri,
<b>4. Ventrikül ve Serebellar Tümörler</b>	Baş ağrısı, kafa içi basıncı artışına bağlı olarak pupil ödem, yürümede ataksik hal, bulantı, koordinasyonun bozulması
<b>Serebella-Pontin Tümörleri</b>	Kulak çınlaması, baş dönmesi, duyma kaybı
<b>Beyin Sapı Tümörleri</b>	Baş ağrısı, bulantı ve kusma, ataksik yürüme, fasiyal güçsüzlük, duyma kaybı, yutma güçlüğü, göz hareketlerinin kısıtlı olması, görme alanı değişiklikleri
<b>Frontal Lop (Tek Taraflı)</b>	Tek taraflı hemipleji, epilepsi, hafıza ve kişilik özelliklerinde farklılıklar, karar aşamasında zorluk

(Malak, 2007)

Beyin tümörleri, tümörün davranışına göre sınıflandırılmasında; malign (kötü huylu) ve benign (iyi huylu) olarak iki gruba ayrılır.

**Benign tümörler**, beyin dokusunun dışında, kafatasının içindedir. Hipofiz adenomu, meningiomalar, kraniyofaringioma, dermoid tümörler, epidermoid tümörler, hemanjioblastom, kolloid kist, subependimal dev hücreli astrositom, nörinomlar, benign

tümörlerin sıklıkla karşılaşılan tipleridir. Vücudun diğer kısımlarında görülen benign tümörler çoğunlukla iyi huylu olarak seyrederken, iyi huylu olarak belirlenen beyin tümörleri, zaman içinde bazen kötü huylu tümörlere dönüşebilmektedir. Menengiomas bu grupta örnek gösterilebilmektedir. Benign tümörlerin, çevre beyin dokusuna genellikle yayılmamaları nedeniyle, cerrahi olarak tamamen çıkartılma durumları vardır. Ancak menengiomasların ameliyat ile tamamen çıkartılmalarına rağmen 10 yıl içinde %20 oranında nüks edebilecekleri, riskli bölgelerde olanların ise, ciddi komplikasyonlara neden olabileceği belirtilmektedir. Buldukları yere göre de hayatı tehdit edici olabilirler. Radyolojik görüntülerde bu tümörlerin sınırları nettir ve diğer organlara metastaz yapmazlar. İyi huylu olmalarına rağmen buldukları yer nedeni ile kalıcı kusurlara neden olabilmektedirler (<http://www.abta.org>, Erişim Tarihi: 18.05.2016; Yaltırık, 2012; <http://www.turknorosirurji.org>, Erişim Tarihi:10.02.2016).

**Malign Tümörler** veya glial tümörler, beynin en sık görülen tümörleridir. Çoğalmaları kontrolsüz olduğundan, bu hücreler hızla büyüyerek etraflarında bulunan sağlıklı dokulara kadar uzanırlar. Sık olmamakla birlikte omuriliğe ve diğer organlara metastaz yapabilirler. Malign tümörler çoğunlukla yaşamı tehdit etmektedir. Çok hızlı büyüyerek sağlıklı olan hücrelerin de yapılarını bozarlar. Metastazları az ve sağ kalım süresi 5/ 6 ay ile 5 yıl arasında değişmektedir (<http://www.abta.org>, Erişim Tarihi: 18.05.2016; Yaltırık, 2012; <http://www.turknorosirurji.org>, Erişim Tarihi:10.02.2016,).

Santral sinir sistemine dair patolojik çalışmalar 20.yüzyılın ilk çeyreğinde başlamıştır. İlk olarak Cajal ve Hortega, sonrasında Bielschowsky ve Bordian'ın keşfedip geliştirdiği nörohistokimya yöntemleri ile başlamıştır. Bailey ve Cushing (1926)'in sınıflandırma sistemi ilk kabul gören olmuştur. Sonrasında Cox (1933), Kernohan (1949), Ringertz (1950) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından, 1979, 1993 ve 2000 yıllarında histolojik kriterlere göre sınıflandırmalar yapılmış ve günümüze kadar gelmiştir (Kılıç ve Özdoğan, 2005; Yaltırık, 2012).

Histolojik kriterlere göre, DSÖ tarafından 2000 yılında yapılan sınıflandırmada, beyin tümörleri cerrahi sonrasında alınan biyopsi örneği mikroskop altında incelenir ve evresi I ile IV arasında derecelendirilir (Kılıç ve Özdoğan, 2005; Yaltırık, 2012; Malak, 2007). I ve II. evre olarak belirlenen tümörler 'düşük', III ve IV. evre olarak belirlenen



tümörler ise ‘yüksek’ olarak adlandırılır. Grade IV evreli tümörler, Grade I evreli olanlara göre daha hızla büyürler. Düşük evreli tümörler zamanla değişime uğrayarak yüksek evreli tümörlere dönüşebilmektedir. Hayatta kalma süresi, kişinin yaşı, ek tedavi olarak kemoterapi ve radyoterapi alma durumları ile ilişkilidir. Hayatta kalma durum ve süresi düşük evreli tümörlerde uzun iken, yüksek evreli tümörlü bireylerde bu süre kısalmaktadır (<http://www.abta.org>, Erişim Tarihi: 18.05.2016; Yaltırık, 2012; <http://www.turknorosirurji.org>, Erişim Tarihi:10.02.2016).

Bu evrelendirmeye doğrultusunda Abacıgilin (2005)’in glial tümörlerde prognoz ve sağkalımı etkileyen faktörleri incelediği çalışmasında Grade IV evre tümör saptanmış hastalarda sağ kalım süresi ortalama 14.32 ay, Grade I olarak saptanan hastalarda sağ kalım süresi ortalama olarak 86.10 ay olarak bildirilmiştir. Yüksek evreli tümörlü bireylerde tedavinin düzenlenmesi zordur. Sağkalım süreleri ameliyatın başarısına, kemoterapi ya da radyoterapi almalarına rağmen tanı belirlendikten sonra bir yıl olarak bildirilmiştir. Sağkalımın uzun olması nadir olmaktadır ve %2-5 olarak bildirilmiştir. Radyoterapi, kemoterapi, gamma kufe ya da cyberknife tedavileri 65 yaş üzeri hastalarda sağkalım süresini uzatmaktadır (Yaltırık, 2012). Tablo 2.3.de Gliomaların sınıflandırılması ve tedavisi verilmiştir (<http://www.abta.org>, Erişim Tarihi: 18.05.2016; Yaltırık, 2012).

**Tablo 2.3: Gliomaların Sınıflandırması ve Tedavisi**

<b>Evre/ Grade</b>	<b>Durum</b>
Grade I-II İyi Astrojitoma	Yavaş büyür, tek başına cerrahi ile sonuç alınabilmektedir. Tedavi sonrası sağkalım süresi 7-10 yıldır.
Grade III Anaplastik Astrojitoma	KontROLSÜZ büyürler. Cerrahi sonrası ek tedaviler (radyoterapi, kemoterapi gibi) gerekebilir. Tedavi sonrası sağkalım süresi ortalama 3 yıldır.
Grade IV GBM	Yüksek derecede kanser hücresi içerirler. Komplikasyon derecesi yüksek, sağkalım oranı düşüktür. Cerrahi tedavi sonrasında kemoterapi ve radyoterapinin gerektiği tümörlerdir. Tedavi sonrası sağkalım süresi 1 yıldan azdır.

(<http://www.abta.org>, Erişim Tarihi: 18.05.2016; Yaltırık, 2012)

## 2.1.2. Beyin Tümörlerinin Cerrahi Tedavisi ve Komplikasyonları

### 2.1.2.1. Beyin Tümörlerinin Cerrahi Tedavisi

Bireyler, beyin tümörlerinde hastalığın çeşitli belirti ve bulguları nedeniyle hastaneye başvurumaktadırlar. Beyin tümörleri; yerleştikleri yer ve kafa içindeki basınç artışına bağlı olarak belirtiler vermektedir. Beyin tümörlerinin en sık rastlanan belirti ve bulguları baş ağrısı ve epileptik nöbetlerdir. Baş ağrısı genellikle sabah saatlerinde ve şiddetli olmaktadır. Yüksek evreli tümörlerde belirti bulgular daha şiddetli olabilmektedir. En sık görülen nonspesifik semptom baş ağrısıdır (%77) ve malign tümörlerin %40'ının başlangıç semptomudur. Beyin tümörlerinde belirti ve bulgular genel olarak iki grupta sınıflandırılmaktadır: Lokal belirti ve bulguları; tümörün yer aldığı alanda bası oluşturarak kan akımını engellemesi, epileptik nöbet, görme kusurları, yürümede güçlük, kranial sinirlerde fonksiyon kayıpları oluştururken, genel belirti ve bulguları ise; ventriküler kan akımında tıkanıklık, tümörün çevre dokularında hemoraji, basıya bağlı olarak ödem ve buna bağlı gelişen kafa içi basıncı artışı oluşturmaktadır (Yalıtırık, 2012; <http://www.abta.org>, Erişim Tarihi: 18.05.2016; <http://www.turknorosirurji.org>, Erişim Tarihi:10.02.2016; Kılıç ve Özdoğan, 2005; Malak, 2007).

Beyin tümörlerinin tedavi aşamasında tanı için kullanılan yöntemler önemlidir ve tedaviye ön verir. Bireyin mevcut şikayetleri değerlendirilerek manyetik rezonans görüntüleme (MR- MRG) ya da bilgisayarlı beyin tomografisi (BT) ile tanı konulmaktadır. İşlem esnasında verilebilecek olan kontrast madde tümörün daha iyi görüntülenmesini sağlamaktadır. Tümörün yerine ve semptomlarına göre serebral angiografi yapılması gerekebilmektedir. Kesin tanı ise, tümörün patolojik incelenmesi sonucunda konulmaktadır. Tanı konulması aşamasında klinik durum göz önünde bulundurularak bazı ek tetkiklerin yapılması gerekebilmektedir. Kafa grafileri, EEG, EMG, PET-CT, hormon tetkikleri, görme alanı testi, işitme testi, nöropsikolojik test gibi tetkikler ek olarak yapılabilmektedir (<http://www.turknorosirurji.org>, Erişim Tarihi:10.02.2016; Sencer, 2006; Yalıtırık, 2012).

Beyin tümörü tanısının alınmasının ardından tedavi planlanmaktadır. Tümörün cerrahi olarak çıkartılması neredeyse beyin tümörlerinin tümü için ilk seçenektir. Küçük

bir kısmında ise komplikasyon gelişme riskinin yüksek olması nedeni ile, kısmi cerrahi ya da radyoterapi ile takip önerilebilmektedir. Yüksek evreli glial tümörler için tanı stereotaksik biyopsi sonucuna göre cerrahi yerine radyoterapi, kemoterapi seçenekleri kullanılabilir. Beyin sapı yerleşimli benign lezyonların bir kısmı cerrahi olarak çıkarılabilir, bir kısmında ise radyo-cerrahi (gamma knife, linear accelerator=linac) uygulanabilir. Böylece; tümörün malignite derecesi ve yerleşim yeri, hastanın yaşı, genel durumu ve ek sistemik problemlerin varlığı, cerrahi karar vermeyi ve cerrahi olarak tümör çıkarılmasının sınırlarını belirlemektedir (<http://www.abta.org>, Erişim Tarihi: 18.05.2016; Kılıç ve Özdoğan, 2005; Durmaz, 2014; <http://www.turknorosirurji.org>, Erişim Tarihi:10.02.2016; Yaltrık, 2012). Tablo 2.4.'de beyin tümöründe cerrahi işlemler açıklanmıştır.

**Tablo 2.4: Beyin Tümörü Tanı ve Tedavisinde Cerrahi İşlemler**

Cerrahi İşlem	Açıklama
Biyopsi	Tümörden doku örneği alınması işlemidir.
Kraniyotomi	Kafatasının bir bölümünün cerrahi olarak çıkartılması işlemidir. Tümöre ulaşmak için gerekli alan kaldırılarak yapılır.
Kraniyektomi	Cerrahi sırasında beyine ulaşılması için kafatasının kesilen kısmının uzaklaştırılmasıdır. Klinik tabloya göre tekrar yerine konulmayabilir.
Kitle Tümör Giderme	Tümörün yeri, gelişebilecek komplikasyonların ciddiyeti, hastanın genel durumu, nörolojik hasar oluşabilmesi riski nedeniyle hekim değerlendirmesi ile tümörün belli bir kısmının çıkartılması işlemidir.
Komple Kaldırma	Tümörün tümünün cerrahi olarak çıkartılması işlemidir.
Şant	Beyin omurilik sıvısının bir drenaj sistemi ile vücudun başka bir yerine taşınması için tasarlanmış drenaj sistemidir.
Transfenoidal Cerrahi	Tümörün lokalizasyonuna bağlı olarak burundan girilerek yapılan cerrahi yöntemdir.

(<http://www.abta.org>, Erişim Tarihi: 18.05.2016; Kılıç ve Özdoğan, 2005; Durmaz, 2014; <http://www.turknorosirurji.org>, Erişim Tarihi:10.02.2016)

### 2.1.2.2. Beyin Tümörü Cerrahisi Sonrası Komplikasyonlar

Beyin tümörünün yol açacağı komplikasyonlarda tümörün evresi ve tipi, bulunduğu alan, yaş ve genel klinik durum önemli rol oynar. Ameliyat öncesinde baş

ağrısı, kafa içi basıncında artış, sıvı volüm eksikliği, hormon sisteminde bozulma, hafıza kaybı, epileptik nöbet, ekstremitelerde his ya da güç kaybı, görme bozuklukları, bulantı ve kusma, yürüme ve denge kaybı, yutma güçlüğü ya da kaybı, rinore ya da otore, işitme kaybı gibi komplikasyonlar görülürken, ameliyat sonrasında bunlara ek olarak; ödeme bağlı kafa içi basıncında artış, hidrosefali, konstipasyon, vazospazm, anizokori, depresyon ve deliryum, üriner sistem bozukluğu, hipertermi, koma, kanama, mevcut nörolojik durumun kötüleşmesi, disfazi ya da afazi, ekstremitelerde ödem, fasiyal paralizisi, yara yerinde kızarıklık ya da ödem, yara yerinin iyileşmesinde gecikme, enfeksiyon, tromboemboli, psikiyatrik problemler ve ölüm olası komplikasyonlar arasındadır. Ameliyat sonrası baş ağrısı ve vücutta rahatsızlık hissi, sık görülen şikayetlerdir. Hastalar halsizlik ve yprgunluk hissini sık yaşayabilmektedir. İyileşme süreci kişiden kişiye değişmektedir. Bazı durumlarda nadir olarak beyin ödemi gelişebilmekte ve tedavisi planlanmaktadır. Beyin omurilik sıvı akışının bozulması, olası komplikasyonlardandır. Bu durumda hasta değerlendirilerek akışın sürdürülmesi için şant takılabilmektedir. Enfeksiyon, görülebilecek diğer bir komplikasyondur. Antibiyotik tedavileri ile durum kontrol altına alınmaktadır. Kafa içi basıncı tümörün yerine, büyüklüğüne, cerrahi sonrası duruma bağlı olarak gelişebilmektedir. Bu durumda kafa içi basınç artışı belirti ve bulguları açısından hasta değerlendirilmelidir. Epileptik nöbetler ameliyat sonrası gelişebilmektedir. Antiepileptik ilaçlar kullanılarak durum kontrol altına alınmaktadır (Malak, 2008; Sencer, 2006; Brownstain ve Stevenson, 2003; <http://www.abta.org>, Erişim Tarihi: 18.05.2016).

### **2.1.3. Beyin Tümörü Cerrahisinde Perioperatif Hemşirelik Bakımı**

Ameliyat olması planlanan birey, tıbbi tanısı ve genel durumuna göre, ameliyattan bir kaç gün öncesinde ya da ameliyat sabahı servise kabul edilebilmektedir. Beyin tümörü ameliyatları öncesinde hemşirelik bakımı hasta ile ilk karşılaşıldığında planlanmaya başlamaktadır. Hemşirenin rolü, hasta bireyin genel durumunu değerlendirerek elde ettiği bulgular doğrultusunda bakımını planlamak ve uygulamaktır (Erdil ve Erbaş, 2001; Büyükyılmaz ve Aştı, 2009). Ameliyat öncesi bireyin fizyolojik ve psikososyal olarak hemşirelik tanılmasının yapılması, ameliyat sonrasında görülebilecek komplikasyonların yönetilmesinde kolaylık sağlamaktadır (Erdil, 2001).

Beyin tümörü ve cerrahi tedavinin oluşturduğu riskler nedeniyle, ameliyat öncesi ve sonrası hemşirelik bakımı oldukça önemlidir. Huang (2001)'ın beyin tümörlü hastalarda yaptığı araştırmasında, bireylerin ihtiyaçlarını karşılamada güçsüzlük ve yetememe, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme ve devam ettirme durumları incelenmiş ve cerrahiden bir ay sonra ve üç ay sonra yapılan değerlendirmede, günlük ihtiyaçlarını karşılama ve yaşam aktivitelerini yerine getirilmesinde ilk ay kontrolünde daha iyi olan hastalar, üçüncü ayın sonunda ihtiyaçlarını karşılama ve yaşam aktivitelerini yerine getirmede daha başarısız olarak belirlenmişlerdir.

Beyin tümörü tanısı bulunan bireylerde kanser tanısı ve fonksiyon kaybı nedeniyle başka bireylere bağımlı olma kaygısı, psikolojik sorunlar yaratmaktadır. Bireyler bu süreçte durumu inkar edebilmekte, öfkelenebilmekte, sonrasında pazarlık aşaması ile birlikte kaygı ve depresyon yaşayabilmektedirler. Ayrıca bireyler; vücudunu kullanamama, beden imajında değişiklik olması, sürece ve çevreye uyumda sorunlar, yalnız kalma korkusu ve ölüm korkusu yaşayabilmektedirler. Bu durum bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedirler (Brownstain, Stevenson 2003; Özkan, 2006).

Beyin tümörü ameliyatı öncesinde hastaların genel değerlendirmeleri yapılmalıdır. Hasta ve yakınları bilgilendirilmeli ve soru sormaları konusunda desteklenmelidir. Ameliyat sonrasında yoğun bakımda kalış süreleri ve genel komplikasyonlar hakkında bilgi verilmelidir. Ameliyat öncesinde baş ağrısı, epileptik nöbet, idrar çıkışında artış, görme yada duymada azalma, konuşmada farklılıklar, ekstremitelerde güç ya da his kaybına yönelik hasta takip edilmeli ve bilgilendirilmelidir. Ameliyat sırası ve sonrasında gelişebilecek komplikasyonlar hakkında hasta hekim ve hemşire tarafından bilgilendirilmelidir. Ameliyat sonrasında da hastanın genel değerlendirilmesi yapılmalıdır. Ameliyat sonrasında oral alımı için komplikasyon yok ise oral alımı sağlanmalı ve hasta mobilize edilmelidir. Mobilizasyon derin ven trombozu, akciğer sorunlarının gelişmemesi için önemli bir yer tutmakta ve mümkün olduğunca erken dönemde hastanın mobilizasyonun yapılması gerekmektedir. Nitekim Malak (2008)'ın beyin tümörlü hastalarda yapmış olduğu bir çalışmada hastaların mobilizasyonlarının yapılmasının, birebir eğitimlerin verilmesi ve sürdürülmesinin, derin ven trombozu ve basınç yarası gelişme riski açısından anlamlı

bir etkisinin olduğu bildirilmiştir. Komplikasyon gelişmiş ise hekim ile işbirliği yapılarak gerekli konsültasyonlar istenmelidir (İlçe, 2010; Malak, 2007).

Hasta ve yakınları her ne sebeple olursa olsun ameliyat planlandığında kaygı yaşarmaktadırlar. Beyin tümörleri de etkileri ve ameliyat sonrası oluşabilecek komplikasyonlar ağısından hasta ve yakınlarında kaygı yaratmaktadır. Oluşabilecek komplikasyonların sonucunda bireyin fiziksel veya psikososyal sağlığının bozulma riski söz konusu olduğundan, kaygısı daha da artmaktadır. Hastaların kaygı yaşadıkları gözönünde bulundurularak hemşirelik sürecinin bu doğrultuda yönetilmesi, ameliyat öncesinde kaygı ve nedenlerine yönelik etkin yaklaşımı sağlayacaktır (İlçe, 2010).

## **2.2. Kaygı**

### **2.2.1. Kaygının Tanımı**

Latince “anxietas” kelimesinden gelen kaygı; derin skıntı, iç sıkıntısı anlamlarını taşımaktadır (<http://www.tipterimlerisozlugu.com.>, Erişim Tarihi:16.08.2016). Türk Dil Kurumu’nun Güncel Türkçe Sözlüğünde kaygı kelimesinin üzüntü, endişe duyulan düşünce, tasa anlamı taşıdığı, tıbbi anlamının ise, “genellikle kötü bir şey olacakmış düşüncesiyle ortaya çıkan ve sebebi bilinmeyen gerginlik duygusu” olduğu açıklanmaktadır (<http://www.tdk.gov.tr.>, Erişim Tarihi:16.08.2016). Kaygı bir tehlikeye bağlı olarak ya da bir nesne eksikliğinden kaynaklanan ve nedeni belirli olmayan huzursuz ve gergin hal olup, içgüdüsel bir tepkidir (Öztürk, 2015; Gedik, 2015; Yıldız, 2011).

Kaygı felsefi ve psikolojik ağıdan farklı tanımlanmıştır. Kaygı kavramını ilk olarak, psikanalitik kuramın öncüsü Freud “anksiyete nörozu” tanımı altında 1885 yılında açıklamıştır. Freud kaygıyı, bireyin yaşadığı bir ruhsal durum ve egonun işlevi olarak belirlemiş ve bu tanım, psikoloji literatüründe yer almıştır. Freud, kaygıyı korkudan farklı olduğunu, kaygının nesnesinin bulunmadığını ve çatışmalara karşı kişinin verdiği tepki olduğunu belirtmiştir. Freud’a göre kaygının nedeni, içgüdüsel oluşun korkunun sonucu olarak toplumun onaylamadığı cinsel dürtülerin yarattığı durumdur.

Psikanalitik kuramcılardan Otto Rank, yaşamın ilk anında yaşanan kaygının bireyin tüm hayatı boyunca devam ettiğini ve bunun davranışları etkilediğini belirtmektedir. Karen Horney, kaygının tamamen çocukluk çağına ait olamayacağını, kaygıyı korkunun doğurduğunu savunmaktadır. Kaygı psikolojik alanda daha çok duygusal bir durum olarak tanımlanmıştır (Wittchen, 1998).

Davranışçı kuramın temsilcilerinden Pavlov, kaygıyı, bireyin daha önce karşılaştığı ve tarafsız duygular hissettiği bir durumun, daha sonrasında hoşlanmadığı bir etken ile karşılaştığında, tarafsız duygu hissedilen durum ile etkenin birleşmesi sonucunda verdiği tepki olarak tanımlamıştır (Manav, 2011; Cüceloğlu, 2006; Öz, 2004).

Bilişsel kuramcılar Beck, Emery ve Mathews, kaygının nedenini durumların değil, kişinin bu durumları algılama durumu ve yüklemiş olduğu anlam olarak tanımlamışlardır (Manav, 2011; Cüceloğlu, 2006; Öz, 2004).

Felsefi alanda kaygı, varoluşçuluk ile önem kazanmıştır. Varoluşçu akım kaygıyı, kişilerin varolmalarının gerektiği durumlarla yüzleşmeleri sonucunda ortaya çıkan tepki olarak tanımlamaktadır. Kaygı, bireyin gelecekle ilgili kararlarına yön veren, benlik gelişimine yardım eden, ruhunu uyanık tutan, nesnesi belli olmayan bir kavramdır. Kaygının nesnesi hiçliktir ve bireyin varoluşunu yönlendiren en iyi kavramdır. Var olan belirsizlik bireyi tedirgin eder, bunun sonrasında birey tetikte olur, kendisinin farkına varır ve bu doğrultuda yönelir (Manav, 2011; Cüceloğlu, 2006; Öz, 2004).

Freud korkunun kaynağının belli olduğunu belirtmektedir. Bu sebeple bireyler korku ile karşılaştıklarında nasıl bir mücadele vereceklerini bilirler. Ancak kaygı oluştuğunda bunu bilemezler. Gelişen durum bireylerin durumdan mutsuz olmalarına neden olmaktadır. Kaygı bir motivasyon sağlayıcıdır. Geleceğe dair bireyin planlama yapmasını sağlar. Kararlar, mevcut durumun terk edilmesi ile olacağı için, bu süreç bireyde kaygı yaratır (Manav, 2011; Cüceloğlu, 2006; Öz, 2004). Kaygı ve korkunun birbiri ile karıştırıldığı ancak üç temel fark ile birbirinden ayrı olduğu bildirilmektedir.

Bunlar;

1. Kaynak: Kaygının kaynağı belirsizdir ancak korkunun kaynağı bilinir.
2. Şiddet: Korkunun şiddeti kaygının şiddetinden daha fazladır.
3. Süre: Kaygının süresi uzundur. Korku ise kısa sürmektedir (Manav, 2011; Yıldız, 2011; Gedik, 2015).

Kaygı, kişilerin vücut dengelerini bozma riskine karşı tepkidir. Bir tehlike ile karşı karşıya kalındığında ise, tüm uğraşların uğraşların başarısızlık ile sonuçlanması sonucunda ortaya çıkan durumdur (Akkaş Gürsoy, 2001). Kaygı evrensel bir deneyimdir. Birey bedenen ve ruhen risk altında olduğunu düşündüğü zamanda oluşmaktadır (Marakoğlu ve ark, 2003).

Cüceloğlu kaygıyı, sanki kötü bir durum olacaktı gibi bir his, hoş gitmeyen endişeli hal ya da nedeni belli olmayan bir korku olarak tanımlamaktadır (Cüceloğlu, 2006). Bireyin kişilik gelişimi sırasında ve hayatına yön verdiği aşamada kaygı yaşayabilmektedir. Zaman içinde karşılaşılan durumlarda kaygı tehlikeli boyutlara ulaşabilmekte ve hayatı olumsuz yönden etkileyebilmektedir (Kaplan ve ark, 2007; Manav, 2011).

### 2.2.2. Kaygı Çeşitleri

Kaygıyı açıklayan psikoloji kuramlarından psikanalitik kuramın öncüsü Freud'a göre kaygı üç gruba ayrılmaktadır. Bunlar;

1. **Objektif/Gerçek Kaygı:** Korku ile eş anlamlı olan ve bireylerin zaman zaman yaşadıkları bir duygudur. Kaygı, alt benliğin ihtiyaçlarına doyum sağlamaya çalışan benliğin, dış dünyadan gelen tehlikeleri algılaması ve bunlar karşısında zorlanarak, sıkıntı yaşaması durumudur.
2. **Nörotik Kaygı (Bağlantısız, panik):** Patolojik kaygıdır. Alt benliğin, üst benlik ile çatışması durumunda bireyin çaresiz hisstmesidir. Kaygıya, bireyin bastırılmış cinsel ve saldırgan duyguları neden olduğundan, kaygının kaynağı iç tehdittir.
3. **Ahlak/Moral Kaygı:** Bireyin duygu, düşünce ve belleğindeki çatışmaların denen olduğu suçluluk, utanma ve vicdan azabı duygularına bağlı oluşan sıkıntı



durumudur (Çetin, 2014; Yıldız, 2011; Gedik, 2015; Kayhan, 2003; Savaş, 2011; Turhan ve ark. 2012).

İnsanların kaygı yaşantısında birbirinden farklı özellikleri bulunan durumluk ve sürekli kaygı türleri, Cattel ve Scheier (1958) tarafından ilk kez faktör analizi yapıldıktan sonra, Spielberger ve arkadaşları (1966) çalışılmıştır. Spielberger ve arkadaşları (1966)'nın bu çalışmalarını içeren "iki faktörlü kaygı kuramı", iki kaygı türünü açıklamayı ve ayırt etmeyi sağlamıştır. Spielberger ve arkadaşları bu kaygı türlerinin şöyle açıklamıştır :

1) **Durumluk Kaygı (A State Anxiety):** Durumluk kaygı bireyin içinde bulunduğu durumla ilişkili olan sübjektif korkudur. Tehlikeli koşullarla karşılaşmak durumluk kaygının gelişmesine neden olmaktadır. Durumluk kaygı endişeli düşünceler, hoş olmayan duygular ve gerginlikle gelişen duygusal tepki olarak açıklanabilir. Bu tip kaygı genellikle geçici ve normal olarak kabul edilmektedir. Durumluk kaygı, tehlikeyle baş etmek için uyum sağlayıcı bir mekanizmadır. Durumluk kaygıda bilişsel endişe ve otonom sinir sisteminde uyarılma ile bireyde terleme, solgunluk ve kızarma gibi belirtiler gözlenebilir. Durumluk kaygı, stresli olan durum ortadan kalkınca azalma gösterir. Durumluluk kaygının uzun sürmesi ise, sürekli kaygının yükselmesine neden olabilmektedir.

2) **Sürekli Kaygı (A Trait Anxiety):** Öner ve Le Compte (1985)'e göre sürekli kaygı "bireyin kaygı yaşantısına olan yatkınlığıdır. Bireyin içinde bulunduğu durumları genel olarak stresli olarak algılama ya da yorumlama eğilimi denilebilmektedir". İçten kaynaklanan nedenlerle birey öz değerlerinin tehdit edildiğini düşünmesi nedeniyle kaygı yaşar. Sürekli kaygı ise psikolojik olarak sürekli endişe haline olan eğilimdir. Sürekli kaygı bireyin o anda içinde bulunduğu durumla doğrudan ilişkili olmadığından ve bireylerin sürekli huzurluk şikayeti bulunduğundan, bu tip kaygı, bireyleri birbirinden ayıran bir kişilik özelliğidir. Sürekli kaygı, bireyin sahip olduğu kaygı yaşama potansiyeli anlamına da geldiğinden, bu tip kaygısı yüksek olan bireylerin, durumluk kaygın derecesinin de daha yüksek ve daha sık yaşanması beklenmektedir (Biçersoy 2015; Byron ve Khazanchi, 2011; Yıldız, 2011; Gedik, 2015; Caci ve ark, 2003; Endler ve Kocovski, 2001; Öner ve Le Compte, 1985).

### 2.2.3. Kaygı Düzeyleri

Kaygıya neden olan durum yada durumlardan bireyin etkilenme düzeyi yani kaygı düzeyi, bireyin duruma yada durumlara vereceği tepkiyi ve yaklaşımı etkilemektedir. Kaygının; düzeyi, süresi ve bireyin kaygı ile başetme özellikleri ile ilişkili olarak, birey için yararlı veya zararlı etkileri olabilmektedir. Kaygının dört düzeyi bulunmaktadır (Videbeck, 2011; Öz, 2004).

- 1. Hafif Kaygı:** Birey, bu kaygı düzeyinde çevresinde olanların farkındadır ve çevresindeki olaylar arasında sağlıklı bağlantılar kurar. Uyanıların etkisi, bireyin dikkatini hissetmeye, düşünmeye, öğrenmeye, problem çözmeye ve davranışlarına yoğunlaştırmasına yardım eder. Böylece birey kendisini koruyabilir. Bireylerin bu düzeyde kaygı ile başetmek için yemek yeme, yürüme, ağlama, tırnak yeme, uyuma, gülme, sigara içme gibi farklı davranışları gözlenebilir.
- 2. Orta Kaygı:** Birey, yaşadığı olaylar arasında bağlantıyı kurması daha yavaştır ve dikkatini yoğunlaştırmakta güçlük yaşar. Kendisi için önemli olan ayrıntılara, çevresel ayrıntılardan daha fazla yoğunlaşır. Birey, birşeylerin yanlış olduğuna ilişkin hisleri nedeniyle rahatsızlık yaşar, sinirli ve gergindir. Bireyin olayları kavrama ve iletişime geçmesinde azalmalar görülür. Bireye destek sağlanması, öğrenmesine ve problem çözmeye yardım eder. Fizyolojik olarak bireyin terleme, taşikardi, baş ağrısı, ağızda kuruluk, gastrointestinal sistem rahatsızlıkları, sık idrara çıkma, hızlı konuşma görülebilir. Ayrıca bireyin hassas, çekingen, sabırsız ve heyecanlı olduğunu gösteren davranışları gözlenebilir.
- 3. Yüksek yada Ciddi Kaygı:** Bireyin algılaması daralmıştır. Düşünme, akıl yürütme ve öğrenmede güçlük yaşar. Kaygıyı gidermek için etkin davranışları seçemez. Korku hisseder. Fizyolojik olarak bireyin bulantı, kusma, diyare, şiddetli baş ağrısı, titreme, vertigo, taşikardi ve göğüs ağrısı şikayetleri bulunabilir, sert ifadeli olarak ve solgun görünür.
- 4. Panik:** Çevresel uyanıların yerine tamamen kendisine odaklanmıştır. Duygusal psikomotor alan baskındır. Bu nedenle mücadele, kaçma veya cevaplarda donukluk görülebilir. Sözel iletişim kuramaz. Olası tehlikeleri algılayamaz. Birey yalnızca kendini savunmaya odaklanmıştır. Halusinasyonlar görebilir ve intihar girişiminde bulunabilir. Fizyolojik olarak adrenal salgısındaki artış, yaşamsal bulguların artmasına neden olur. Soluk alıp vermede güçlük ve boğulma hissi gözlenebilir.

(Gedik, 2015; Öz, 2004; Baş, 2012; Kocabaşoğlu, 2008; Çetin, 2014; Yıldız, 2011; Kayhan, 2003; Savaş, 2011; Videbeck 2011; Turhan ve ark. 2012; Derryberry ve Reed, 1998).

Farklı kaygı düzeylerinde bireylerin etkilenmesi de farklı olabileceğinden, kaygı düzeyinin değerlendirilerek, bireylere yaklaşımın belirlenmesi önerilmektedir. Hafif düzeyde kaygı, bireyin motivasyonunu arttırdığından, bireyin eğitimi oldukça etkili olabilmektedir. Orta düzey kaygılı birey, söylenenleri takip edebilir ancak dikkati çabuk dağılır ve dalgın olabilir. Bu bireylerle kısa süreli ve kolay anlaşılır bir şekilde konuşulması önerilmektedir. Birey konudan uzaklaştığında, tekrar konuya dönmesi konusunda yönlendirilmelidir. Yüksek ya da ciddi düzeyde kaygı, bireyin dikkatini toplamasını ve öğrenmesini engeller. Bu durumda öncelikle bireyin kaygısının azaltılması amaçlanmalıdır. Birey yalnız kaldığında kaygısı daha da artacağından, mümkün olduğunca bireyin yalnız kalması önlenmelidir. Bireyle sakin ve düşük ses tonunda konuşulması, birey oturarak veya hareketsiz kalarak konuşmadığından, konuşmasını sağlamak için bireyle birlikte yürümek ve kaygısını azalmak için de derin nefes almasını sağlamak önerilmektedir. Panik düzeyde kaygıda, bireyler mantıklı düşünemediğinden ve olası tehlikeleri algılamadığından, bu bireylerin güvenliğinin sağlanması önceliklidir. Uyarıların az olduğu bir ortam oluşturmanın ve birey dikkatini veremese de onunla konuşmayı sürdürmenin kaygısının azalmasına yardımcı olacağı, kaygının artmaması ve güvenliği açısından da bireyin yalnız bırakılmaması önerilmektedir (Videbeck,2011).

#### **2.2.4. Kaygının Belirtileri**

Organizma bir stres ile karşılaştığında, strese karşı cevap olarak bu olayla mücadele eder ya da olaydan uzaklaşarak, vücudun homeostatik dengesini sağlamaya çalışır. Kanadalı bir fizyolog olan Hans Selye (1957, 1974), vücudun strese yanıtını “genel adaptasyon sendromu (GAS)” yada “biyolojik stres sendromu” olarak açıklamıştır. Buna göre vücut, stersle karşılaştığında üç evreden geçmektedir: Alarm dönemi, direnç dönemi ve tükenme dönemi. Alarm döneminde, stresle karşılaşan vücudun hipotalamus, hipofiz ve otonom sempatik sistemin uyarılmasıdır. Bu döneme vücudun uyum göstermesi ile direnç dönemi başlamaktadır. Stersörün gücü, vücudun

adaptasyon yeteneği ve enerjisine bağlı olarak direnç dönemi değişebilir. Adaptasyon sağlanamazsa, tükenme dönemi başlar. Bu dönemde adaptasyon enerjisine bağlı olarak stres hastalıkları ya da enerji tükenirse ölüm gerçekteşir (Videbeck 2011).

Bu evrelerde meydana gelen fizyolojik değişiklikler, hipotalamusun, stres ile karşılaşıldığında uyarılması ile başlamaktadır. Hipotalamus bu durumda adenohipofizi etkiler ve glikokortikoidlerin ve mineralokortikoidlerin salgılanmasına neden olur. Otonom sempatik sinir sistemi etkilenir ve adrenal medulla uyarılarak adrenal ve noradrenalin salgılanmasına neden olur. Bu hormonlar vücudu acil durumlara hazırlar. Böylece vücut stresörle savaşır ya da kaçar. Kortizon hormonunun salgılanması, vücudun strese olan direncini yükseltir. Strese neden olan etkenler kaybolduğunda, stresin etkileri de hızlıca ortadan kalkar. Stres ile karşı karşıya kalındığında, birey dengeyi sağlayamazsa stres kaygıya dönüşür. Bu dönüşüme stresin süresi ve şiddeti, biyolojik duyarlılık olan strese karşı otonom sistemi değişikliklerinin eski haline dönüşünün uzun sürmesi ve psikolojik duyarlılık denilen strese eğilimli olma, stres yaşama durumu ve aile içi davranış şekilleri gibi özellikler etkilemektedir (Kayhan, 2003, Videbeck 2011).

Kaygının fizyolojik, bilişsel, duygusal ve davranışsal belirtileri olabilmektedir.

**Kaygının fizyolojik belirtileri;** sistemlere göre farklıdır. Bunlar:

**Kardiyovasküler sistem:** Taşikardi, kan basıncında değişiklikler, yanaklarda kızarıklık.

**Solunum sistemi:** Hızlı soluk alıp verme, sürekli derin nefes alma isteği, zor nefes alma.

**Gastrointestinal sistem:** Karın ağrısı, ishal, bulantı-kusma, yutkunmada güçlük.

**Dermatolojik sistem:** Vücutta ve avuç içlerinde terleme.

**Genitoüriner sistem:** Sık idrara çıkma, ejakülasyon bozuklukları.

**Nörolojik sistem:** Baş Dönmesi, titreme, huzursuzluk, baygınlık hissi, bayılma (Kocabaşoğlu, 2008; Çetin, 2014; Yıldız, 2011; Gedik, 2015; Kayhan, 2003; Bayraktar, 2005).

**Kaygının duygusal belirtileri;** endişe ve tedirginlik, sürekli hazır ve tetikte olma hali, sinirlilik ve gerginlik şeklinde görülebilmektedir. Çaresizlik hissi görülebilmektedir Kişinin farklı duygular hissederek, ‘sanki birşeyley değişiyor gibi’ şeklinde algılayıp açıkladığı belirtilerdir. Zihin bulanıklığı, bulanık görme, hipervijitasyon, çevrenin

olduğundan daha farklı ve gerçek olmayan şekilde görülmesi gibi belirtilerle birlikte gerçekte olmayan hisler nedeniyle düşünmede güçlükler yaşanabilmektedir. Önemli durumları hatırlamada güçlük, düşünceleri kontrol etmekte zorluk, konsantre olamama, dikkatin dağınık olması, düşüncelerde duraksamaların olması, objektif düşünmeyi kaybetme, nedenselleştirmede güçlükler yaşanabilmektedir. Bireyin yaşadığı kaygı sonrasında beklenen tehlike ne kadar gerçekçi ise bireyin korku oranı o kadar yüksek olur. Birey olaylara karşı kontrolünü kaybetme korkusu, durumla başa çıkamama, karar verme mekanizmasını kaybetme, çevre tarafından olumsuz gözle görüleceği gibi endişeler yaşar. Korku yaratan görsel simgeler görebilir (Baş, 2012; Kocabaşoğlu, 2008; Çetin, 2014; Yıldız, 2011; Gedik, 2015; Kayhan, 2003).

**Kaygının davranışsal belirtileri;** hiperaktivite ile eşlik eden davranışlardır. Kaygı düzeyini azaltmak için yapılmış olsada zamanla kaygının şiddetini arttıran bir durum haline gelir. Göz temasından kaçınma, huzursuzluk, tonik immobilizasyon (donakalma), koordinasyonda bozulma oluşur (Biçersoy, 2015; Baş, 2012; Kocabaşoğlu, 2008; Çetin, 2014; Yıldız, 2011; Gedik, 2015; Kayhan, 2003).

**Bilişsel belirtiler;** duyuşsal olarak birey çevresini bulanık, sisli ve olduğundan farklı görebilir, aşırı uyanıklık hali ve kendini aşırı gözleme görülebilir. Düşünmede sorunlar, konulara dikkati yoğunlaştırmada zorluk, kesik kesik düşünme, konularda objektif davranamama gibi durumlar görülebilmektedir. Kavramsal güçlükler; başa çıkamama, kontrolünü yitirme, fiziksel ve zihinsel olarak zarar görme ve ölüm korkusu şeklinde olabilmekte, ayrıca korkulu düşünceler ve görüntüler yineleyici şekilde de yaşanabilir (Gedik 2015).

### 2.2.5. Kaygı Nedenleri ve Kaygıyı Etkileyen Faktörler

Bireyler günlük hayatları içinde birçok nedenden ötürü kaygı yaşayabilmektedir. İlk kaygı nedeninin doğumdan sonra çocukluk döneminde yaşanan ayrılık kaygısı olduğu belirtilmektedir. Anne ya da babadan ayrılık, aileye yeni kardeşin katılması, ebeveynlerden birinin kaybı gibi durumlarında ilk kaygı nedenleri arasında olduğu belirtilmektedir (Cüceloğlu, 2006, Yıldız, 2011 ).

Yetişkin dönemde kişilerin sosyal ve özel yaşantılarındaki başarılar, alınan terfiler, cinsel anlamdaki değişiklikler, anne ya da baba rolü alma, sosyal anlamda ya da iş ortamında kabullenilme, başarı ya da başarısızlık, maddi kayıplar, iş kaybı, cinsel saldırı, mevcut kariyerin kaybı riski gibi nedenler kaygı oluşturmaktadır (Öz, 2004).

Çevresel etkenlere bakıldığında; güvenin sarsılmasına neden olan durumlar, beslenme, kültürel anlamda toplum baskısı, günlük yaşam ihtiyaçları (giyim, beslenme, ısınma v.s.) şehir değişikliği yapma gibi nedenlerde kaygıya yol açabilmektedir. Yetişkin dönemde ölüm, kendi ihtiyaçlarını karşılayamama, kayıp duygularında kaygıya neden olabilmektedir. Ek olarak hastalık durumu bireylerde kaygı yaratmaktadır. Hastalık nedeni ile hastanede yatmak, yaşanan belirsizlikler öfke ve gerginliğe neden olmakta kaygı yaratmaktadır (Bayraktar, 2005).

Kaygının patofizyolojisini ve etyolojisi, psikanalitik, davranışçı, psikodinamik, biyolojik, sosyal ve bilişsel kuramlar ile açıklanmıştır. Kalıtımsal ilişkisi, birtakım hastalıklar, yaşam boyu kullanılan ilaçlar ve beslenme düzeni gibi etkenler biyolojik kuramların; özgüven yetersizliği, uyumsuzluklar, olumsuz duygular, kişiler arası çatışma veya kişinin kendisiyle çatışması, çok fazla ağlama, kişinin kendi çevresi dışında meydana gelen durumlara karşı algısı ve kişilik özellikleri psikolojik kuramların; kötü yaşam tecrübeleri, sosyal destek eksikliği, iş stresi, sosyal beceri eksikliği, değerlerin değişmesi, terör ve toplumsal çatışma gibi faktörler ise sosyal kuramların kaygı nedenleri olarak belirtilmektedir (Shri, 2010). Bilişsel yaklaşımın için; kaygının nedeni olaylar değil, bireylerin bazı durumlar sonucundaki beklentileri ve bu durumu nasıl algılayarak hangi tip sonuçları çıkardıklarıdır. Bireyler bazı durumlar karşısında, sonucu tahmin ederler. Olaylardan zarar görme ihtimalinin tahmini ile doğru orantılı olarak kaygı oluşur. Birey, herhangi bir durum oluştuğunda, tehlike gelişebileceğini tahmin ediliyorsa ve sonuçta zarar oluşabilmesi durumu varsa, bireyin daha önceki deneyimleri, başarı ve başarısızlıkları durumun sonunda ortaya çıkacak olan anksiyete düzeyini etkilemektedir. Bu nedenle gerçeğin dışında olan öğrenilmiş durumlar, korkuya neden olan benlik yol göstericileri, kaygının meydana gelmesinde olumsuz rol oynamaktadır (Cimilli, 2001; Taşdemir, 2013).

### **2.3. Ameliyat Öncesi Kaygı**

Hasta olmak, hastanede yatma, bilinmedik ortam, hastane kurallarına uyma tanı testleri, cerrahi hazırlık ve cerrahi deneyim, kaygıyı etkileyen olumsuz faktörlerdir (Dirik ve Karanci, 2003).

Cerrahi veya ameliyat, bireyler için duygusal yükü bilinmeyen, depresyona doğru ilerleyen ve korkutucu bir olaydır. Normalden fazla olan bu duygu durumu, bireylerin fiziksel ve psikolojik durumlarını, verimliliklerini etkileyebilir ve bu etki yavaş yavaş patolojik durumlara kadar ulaşabilir (Cimilli, 2001; Çetin, 2014; Santos ve ark. 2014).

Ameliyat olacak olan hastaların %60-80'inde kaygı görülmektedir (Karayağız ve ark. 2011). Hastaların bazıları durumu kabullenirken, bazı hastalar ise, uyumsuzluk yaşayabilirler. Bu durumlar bireyin duruma bakış açısı, deneyimleri ve psikolojik kontrolüne göre değişmektedir (Bayraktar, 2005).

Ameliyat öncesi kaygı baş ağrısı, baş dönmesi ve mide bulantısı gibi sorunlara yol açabilir. Ameliyat sonrası kaygı düzeyi yüksek hastalarda hastanede kalış süresinde uzama ve post operatif ağrı görülebilir (Dirik ve Karanci, 2003).

#### **2.3.1. Ameliyat Öncesi Kaygı Nedenleri**

Kaygı; sempatik, parasempatik ve endokrin uyarılara bağlı anormal hemodinamik durumların oluşması ile ilişkili tedirginlik veya gerginlik olarak tanımlanır. Bu durum hastaneye girişten itibaren, cerrahi girişimin planlanmasına kadar yoğunluk kazanır ve ameliyat günü hastanın emosyonel durumu açısından büyük tehlike oluşturabilir (Jawaid, 2007).

Ameliyat öncesi kaygının; yaş, cinsiyet, beslenme durumu, hastalığı, kronik hastalık, fiziksel engeller, deneyimleri, anestezi ve ölüm korkusu gibi etkenler ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Turhan ve ark. 2012; Santos ve ark. 2014).

Şahin (2015)'in kanser hastaları üzerinde yaptığı çalışmasında, hastanede yatan kanser hastalarının yaş, öğrenim durumu, medeni hali ve hastanın birlikte yaşadığı bireylerin, kaygıyı etkilediği bildirilmiştir. Yaşın artmasının ve eğitim seviyesinin düşük olmasının kaygıyı arttırıcı etken olduğu görülmüş ve evli olanların depresyona daha az yatkın olduğu saptanmıştır.

Yapılan çalışmalarda, kadınların erkek hastalara göre daha fazla kaygı yaşadığı belirtilmektedir. Aynı zamanda ameliyata ailesi ya da arkadaşı ile gelenlerin yalnız gelenlere oranla daha az kaygı yaşadıkları görülmüştür. Yaşlıların gençlere göre daha az kaygı yaşadığı ve önceki anestezi deneyimi kötü olan bireylerin daha kaygılı oldukları da bildirilmiştir (Çetin, 2014; Kayhan, 2003; Savaş,2011; Aykent, 2007; Turhan ve ark. 2012, Gedik, 2015).

Gedik (2015)'in çalışmasında, aylık geliri düşük olanların yüksek olanlara göre daha kaygılı oldukları ve ameliyat öncesi sağlık durumu nedeni ile çalışamayanların daha kaygılı olduğu bildirilmiştir.

Ameliyat öncesi kaygının belirlenmesi ve kaygının yönetiminde etkili faktörlere ilişkin değerlendirmenin yapılması oldukça önemlidir (Cimilli, 2001; Güneş, 2001; Biçersoy, 2015; Gedik, 2015).

Narsistik bütünlüğün tehdit altında olması özellikle beklenmeyen zamanlarda ani meydana gelen hastalıklarla ilişkili doktorun aniden ameliyata karar vermesi durumunda oluşur. Birçok insanda kendi kendine yetebileceği ve hiç ölmeyeceği gibi bir savunma mekanizması vardır. Narsistik bütünlüğü tehdit eden kaygı bu olgularda duyguların yanlışlığının farkına varılmasıyla ilişkilidir (Boratav, 1999).

Yabancı kaygısı; ameliyat öncesinde bireyler kendilerine yapılan girişimlerin kendi kontrollerinde olmaması durumuna karşı güven problemi yaşayabilmektedir. Bu güvensizlik durumu bireylerin, sağlık profesyonellerinin yapacağı girişimsel işlemleri, bilmemeleri nedeniyle oluşmaktadır. Hastalardaki bu yabancı korkusu, güvensizlik duygusuyla ilişkilidir ve kendilerini tamamen tanımadıkları insanlara emanet etme durumuna bağlı oluşturmaktadır. Ameliyat öncesinde hasta hastaneye kabul edildikten



sonra sağlık profesyonelleri kendilerini tanıtmalı ve güven ortamı oluşturmalıdır (Taşdemir, 2013; Dirik ve Karanci, 2003; Cimilli, 2001).

Beden imajının değişmesi kaygısı; ameliyat öncesi hastaların büyük çoğunluğu beden imajının değişebilmesi ihtimali ile ilişkili kaygı yaşarlar. Hastalarda vücut biçimine etkisi olmayan ameliyatlarda bile bu kaygı görülebilmektedir. Özellikle mastektomi operasyonlarında kadınlığu kaybetme duygusu ve eşinin kendisini beğenmeyeceğu düşüncesi şeklinde kadınlarda beden imajı değişikliğu kaygısı meydana gelebilmektedir. Bu durumda psikiyatrik konsültasyon sağlanmadığuında bu kaygı olgularda yıllarca depresyon olarak kalabilir (Boratav, 1999; Dirik ve Karanci, 2003; Cimilli, 2001).

Bireylerin herhangi bir nedenle ameliyat olmak için hastaneye yatması aile bireylerinden ayrı kalmalarına neden olacağuından ayrılık durumunda ameliyat öncesi kaygıya neden olabilmektedir. Bu anksiyete tipi hastaların sosyal destek sisteminin aniden kesilmesiyle ilişkilidir. Sosyal destek ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönemde prognoz aşıından en önemli etkenlerden biridir. Geriatrik hastalarda bu kaygı tipine daha fazla rastlanır çünkü bu tip hastalar sosyal destek eksikliğuine genç hastalardan daha fazla duyarlıdırlar. Günlük yaşamda ve ameliyat öncesi dönemde hastalarda sosyal desteğuin az olması bu kişilerde prognozu olumsuz etkilenir (Boratav, 1999; Akman, 2015).

Bireylerde kendi vücutunu kontrol edemeyeceğu korkusu bireylerde ameliyat sonrasında geçici bazende kalıcı olabilen fiziksel değişiklikler, afazi, disfazi, bağırsak kontrolünde kayıp, mide ya da mesane kontrolünü kaybetme gibi kayıplar oluşabilmektedir. Buna bağlı olarak hastalarda bu durumlarla karşılaşabileceklerini düşünerek kendi vücutlarını kontrol edemeyecekleri korkusu meydana gelir. Bu durumlarda kişilerin korkularını ifade etmeleri için fırsat verilmeli ve soruları yanıtlanmalıdır (Kayhan, 2003; Altun, 2010). Ameliyat öncesinde hastaya verilecek olan eğitim ve bilgilendirme hastanın bu korkuyu yenmesi için yardımcı olacaktır (Akkaş Gürsoy, 2001; Demir ve ark. 2010). Ameliyat öncesi yapılan hasta eğitiminin, ameliyatın başarisına ve iyileşmeye katkısı olduğu bildirilmiştir (Uzun, 2000; Demir ve ark. 2010).

Ağrı, mevcut veya oluşabilecek doku hasarıyla ilişkili duyusal ve emosyonel bir olaydır. Ameliyat öncesi dönemde tanı testleri, tedaviler ve hastalıktan dolayı hastalarda ağrı oluşabilir (Akman, 2015; Biçersoy, 2015; Gedik, 2015). Biçersoy (2015)'un yapmış olduğu çalışmada hastaların ameliyat sonrası ağrı duyma, taburculuk sonrası yaşanabilecek sorunlar ve ve dış görünümünde değişiklik olması konusunda kaygılı oldukları bildirilmiştir. Ameliyat öncesi kaygı nedenleri arasında hemodinamik değişiklikler ve nöroendokrinolojik tepkiler düşünülse de ağrı hassasiyeti de buna eklenmelidir. Özellikle daha önce ameliyat öyküsü olan hastalarda ameliyat sonrası dönemde meydana gelecek ağrının endişesi meydana gelir. Bununla birlikte olgular ameliyat sırasında ağrı hissedecekleri endişesi de yaşarlar. Bu durum ameliyat öncesi kaygıyı artırır ve ameliyat sırasında anestezi gereksinimi artar (Kil, 2012). Sidar (2013)'ın yapmış olduğu çalışmada ağrı distressi yaşayan bireylerin daha kaygılı oldukları görülmüştür. Ağrı ameliyat öncesinde hastaların kaygı nedenleri arasındadır (Gedik, 2015; Altun, 2010; Akkaş Gürsoy, 2001; Yıldız, 2011; Duman, 2003; Turhan ve ark. 2012).

Ölüm kaygısı, hasta operasyon sırasında bir şeylerin ters gideceği ve bilinci yerinde olmadığı için kendi için birşey yapamayacağı duygusu nedeniyle görülür. Bu kaygı temelde ölüm endişesinin dışı vurumudur. Özellikle genel anestezi indüksiyonundan önce hastalar kendilerinde meydana gelebilecek olumsuz şeylerin farkında olma gibi duygu durum halinde olurlar (Akman, 2015; Biçersoy, 2015; Gedik, 2015; Altun, 2010; Yıldız, 2011; Duman, 2003; Turhan ve ark. 2012).

Plastik cerrahisi ve baş boyun ameliyatı olacak hastalarda beden görünümü problemleri, ameliyat sonrasında beklenen sonucun elde edilememesi durumu kaygıya neden olabilmektedir. Gastrointestinal cerrahi ameliyatı öncesinde vücut işlevlerini yerine getirememeye kaygısı, vücut imajında değişiklik korkusu ve vücutlarına takılacak materyaller ile yaşam alanındaki belirsizlikler ameliyat öncesinde kaygıya neden olmaktadır. Amputasyon cerrahisinde kaygının nedeni ameliyat sonrası olabilecek olan ağrı kaygısıdır. Kanser cerrahisinde ölüm, çaresizlik, ağrı, başka birine bağlı olma riski düşüncesinin ameliyat öncesi kaygıya neden olduğu bildirilmektedir (Altun, 2010).

### 2.3.2. Ameliyat Öncesi Kaygının Yönetilmesinde Hemşirelik Girişimleri

Ameliyat öncesi dönem ameliyata karar verilmesi ile başlar ve hastanın ameliyathaneye teslimine kadar devam eder. Bu süreçte hemşire fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan hastayı değerlendirmeli ve sürece yön vermelidir. Gerekli tetkikler yapılarak, mevcut ve olası sorunların çözümü için multidisipliner iş birliği ile hareket edilmelidir. Hastanın geçmiş anestezi deneyimleri gözönünde bulundurulmalıdır. Hastalar cerrahi müdahaleler öncesinde duygusal tepkiler verebilmektedirler. Bu tepkiler açık veya gizli, normal veya normal olmayan tepkiler olabilir. Hastalar ameliyatı; yaşamlarındaki rolü, vücut bütünlükleri ve beden imajları açısından günlük yaşamlarında tehdit olarak görürler. Kaygı, doğrudan vücudu etkileyebilmektedir, bu nedenle ameliyat öncesi dönemde hastalara hemşirelik süreci planlanırken kaygıyı değerlendirmek ve tesbit etmek, oluşacak sorunların çözümünde önemli bir yere sahiptir (Erdil, 2001).

Ameliyat öncesi dönem, hastanın ameliyat kararının verilmesiyle başlamakta ve ameliyathaneye teslimine kadar sürmektedir. Bu dönemde hemşirelik fonksiyonu; hastayı fiziksel, psikolojik ve sosyokültürel açıdan değerlendirme, anestezi anamnezi ve ameliyatı etkileyecek herhangi bir durumu veya genetik problemin olup olmadığını değerlendirme, gerekli testleri ve konsültasyonları belirleme ve takip etme, ameliyat sonrası bakım ve anestezi hakkında bilgilendirmeyi içermektedir. Hastalar cerrahi öncesinde duygusal tepkiler verebilmektedirler. Bu tepkiler açık veya gizli, normal veya normal olmayan tepkiler olabilir. Hastalar ameliyatı; yaşamlarındaki rolü, vücut bütünlükleri ve beden imajları açısından günlük yaşamlarında tehdit olarak görürler. Kaygı, doğrudan vücudu etkileyebilmektedir, bu nedenle ameliyat öncesi dönemde hastalara hemşirelik süreci planlanırken kaygıyı değerlendirmek ve tesbit etmek, oluşacak sorunların çözümünde önemli bir yere sahiptir (Erdil, 2001; Köşgeroğlu, 2006).

Ameliyat öncesi dönemde, hastada fiziksel olarak; çarpıntı, nefes darlığı, ağız kuruluğu, bulantı, kusma ve terleme gibi durumlara, duygusal olarak; aşırı üzüntü, suçluluk ve değersizlik duygusu, hastalığı reddetme veya izolasyon ihtiyacı, kontrol kaybı ve başa çıkma yeteneğinde yetersizlik durumları olup olmadığı

değerlendirilmelidir. Bu durumlar gözlemlendiğinde uygulanacak hemşirelik girişimi ise; hastaya duygularını tam olarak anlatabilmesi için zaman verip yanında durup dinlemektir. Hastanın yüz ifadesi iyi incelenip (üzgün, düşmanca veya ifadesiz olup olmadığı), duygusunun öfke, hayal kırıklığı, kayıp veya reddetme olup olmadığı etkin bir şekilde değerlendirilmelidir. Geçmiş deneyimleri mutlaka sorgulanmalı ve başa çıkma yöntemleri öğrenilmelidir. Etkin başa çıkma yöntemleri konusunda desteklenmelidir. Bu bağlamda ;

- Hastanın kaygı düzeyi etkin ve doğru bir şekilde değerlendirilmelidir.
- Kaygıya neden olan uyaranlar mutlaka uzaklaştırılmalıdır.
- Ortam ışık, ısı gibi dış etkenler açısından uygun duruma getirilmelidir.
- Hastanın duygularını ifade etmesine olanak tanınmalı, bu konuda cesaretlendirilmeli, yapılan tüm işlemler hakkında bilgilendirme yapılmalıdır.
- Geçmiş kaygı deneyimlerini ifade etmesi sağlanmalıdır.
- Kaygının azaltılması için birey ile işbirliği yapılmalıdır.
- Bireyin kaygı ile başetme yöntemlerini kullanmasına izin verilmelidir.
- Gerekirse kaygının azaltılması için hekim istemi doğrultusunda tedavi planı yapılmalıdır (Köşgeroğlu, 2006; Gedik, 2015).

Hastalara ameliyat öncesinde hastaneye yatışından, serviste takibine kadar olan alanlarda psikolojik olarak destek sağlanması yaşanan ya da yaşanması muhtemel kaygının azaltılmasında önemli rol oynamaktadır. Hastanın ameliyat öncesinde ameliyathaneye transferine kadar olan sürede perioperatif bakımda sağlık profesyonellerin hastaya emosyonel desteği sağlaması gerekmektedir (Çelik, 2011; Erdil ve Erbaş, 2001).

Bireyler ameliyattan önce ameliyat sonrasında neler yaşanacağını bilemedikleri için korkmaktadır. Belirsizlikler hastada kaygı yaratmaktadır. Ameliyat öncesi dönemde kaygıyı yoğun bir şekilde yaşayan hastalar ameliyattaki strese uyum göstermekte zorlanırlar ve komplikasyonların gelişmesine zemin hazırlamış olurlar. Ameliyat planlanan hastalarda yapılacak olan ameliyatın bireyde neden olduğu duygusal etkilerin ameliyat öncesinde giderilmesi, cerrahi hastalarının hemşirelik bakımında ameliyatın hasta üzerine duygusal etkilerinin giderilmesi, hemşirelik bakımında önemli yer tutmaktadır (Özbayır ve ark. 2003; Mıngır ve ark. 2014).

Ameliyat kararının alınmasının ardından takip eden süreçte hasta ve hasta yakınlarıyla birlikte bu dönemi sorunsuz şekilde geçirmelerini sağlayacak en etkili kişi hemşiredir. Hem hastanın hem yakının kendisini rahat ifade etmesi sağlanmalıdır. Soru sorabilmeleri için cesaretlendirilmeli, ihtiyaçları doğrultusunda kiminle iletişim kuracaklarını bilmeleri sağlanmalıdır. Bu süreçte hastalar hemşirelerden, her konuda ilgi ve alakalı davranışlar, samimiyet, hoşgörü, tebessüm, yapılan işlemlere duyarlılık, yapılan her tedavi ve işlemin bireylere açıklaması beklenmektedir (Toksall, 2005).

Durmuş (2015)'un yapmış olduğu çalışmada ameliyat öncesinde hemşire tarafından verilecek eğitimin, hemşire ve hekimlerin yapacağı hasta vizitlerinde hastaların kaygı düzeylerinin belirlenerek yüksek kaygıya sahip olanlar için psikolojik destek alınmasının, başa çıkma yollarının hasta ile paylaşılmasının, gerekli hallerde farmakolojik destek alınmasının kaygıyı azaltacağı bildirilmiştir.

Ameliyathane hakkında bilgi, ameliyata nasıl gidileceği, ameliyat sonrasında hastaların uyandıklarında nerede olacakları, yakınları ile ne zaman iletişim kurabilecekleri, ameliyatın yaklaşık süresinin ne kadar olacağı, yoğun bakım ünitesi ihtiyacının hangi koşullarda ve ne kadar süre olacağı, vücudunda diren gibi kateterlerin varlığı hakkında hemşire tarafından bilgi verilmelidir (Özbayır ve ark. 2003). Hastaların sosyal destek sağlandığında daha az kaygı yaşadığı da belirtilmektedir (Fındık ve Topçu, 2012).

Hastanın ameliyat öncesi dönemde müzik dinlemesinin sağlanması kaygıyı azaltan yöntemlerdendir. Kültürel girişimler planlanmalıdır. Dini inanışlar öğrenilmeli ve gerekiyorsa destek sağlanmalıdır (Arslan ve ark. 2007).

Ameliyat öncesi kaygının azaltılması için yapılan hemşirelik uygulamaları ile ameliyat sonrası komplikasyon görülme durumu azalmaktadır. Kaygı azaldığında analjezik kullanımı azalmakta, vital bulguların normal sınırlara ulaşma süresi daha hızlı olmaktadır (Sidar, 2013).

Ameliyatın türü her ne olursa olsun birey ve yakınları için olumsuz bir deneyimdir. Hastalığın türüne göre her bireyde farklı tepkiler görülse de ameliyat, genel

anlamda kaygı oluşmasına, mevcut kaygının artmasına ve mevcut durumla baş etmenin zorlaşmasına neden olmaktadır. Ameliyat öncesinde bedensel hazırlıkların yanında bireyin psikolojik anlamdaki hazırlığının tam olarak yapılması, kaygının varlığı ve düzeyini belirleyerek bu sürecin en iyi şekilde atlatılmasına yardımcı olacaktır (Kayhan, 2003).

### **2.3.3. Beyin Tümörü Cerrahisi Öncesi Kaygı ve Hemşirelik**

Beyin tümörü ameliyatları majör ameliyatlardır. Kafatası içindeki alanın küçük olması, solunum ve hayati önem taşıyan bölgelerin merkezlerinin bu alanlarda bulunması nedeni ile, beyin tümörü ameliyatları diğer cerrahi müdahalelere göre daha risklidir. Bu risklerin bilinmesi hastada ameliyat öncesinde kaygıya neden olabilmektedir. Ayrıca, beyin tümörü ameliyatları, komplikasyonları açısından da hastalarda kaygı yaratmaktadır. Daha önceki ameliyat deneyimleri, klinik durumu, tümörün tipi gibi durumlar hastanın ameliyat öncesinde kaygı durumunu etkilemektedir. Ameliyat öncesi kaygı, ameliyat sonrasında komplikasyonların gelişebilmesine neden olabilmektedir. Bu nedenle beyin tümörü tanısı ile hastanede yatan hastaların ameliyat öncesinde hem psikolojik hemde fizyolojik açıdan değerlendirme ve hazırlanma önemlidir (Karayurt, 1998; İlçe, 2010; Gedik, 2005).

Kaya ve arkadaşları (2007) nöroşirurji hastalarında yapmış oldukları çalışmalarında ameliyat öncesinde hastaların iyimserlik bakış açılarındaki kaygı ve ameliyat sonrası genel durumu etkilediğini, iyimser bakış açısına sahip nöroşirurji hastalarının kaygılarının daha az olduğunu ve iyileşme süreçlerinin daha çabuk olduğunu bildirmişlerdir.

Beyin tümörü ameliyatları öncesinde, tümörün tipi ve yerleşim yeri ile alakalı olarak hastaların ekstremitelerinde güçsüzlük, his ya da duyu kaygı görülebilmektedir. Bu durumlar geçici ya da kalıcı olabilmekte ve tedavi ile kontrol altına alınabilmektedir. Hemşirelik değerlendirmesi sırasında tanılananın iyi bir şekilde yapılması önemlidir. Gerekli durumlarda fizik tedavi ve egzersiz programları alması için koordinasyon sağlanmalı ve hasta desteklenmelidir. Hastaların günlük yaşamlarında hareketlilikleri

sağlanmalı ve aileye bu konuda eğitim verilmesi gerekmektedir (Malak, 2007; Malak, 2008; Yaltrık, 2012).

Beyin tümörlerinin ilk semptomlarından biri baş ağrısıdır. Ağrı hastalarda kaygıya neden olmaktadır. Beyin tümörü ameliyatlarından sonra hastalar yaklaşık 12 saat yoğun ağrı yaşamaktadırlar. Sonrasında 48. saate kadar olan dönemde ağrı düzeyleri, orta düzeye inmektedir. Bu sebeple ameliyat öncesinde ve sonrasında ağrı değerlendirilmesinin ve takibin yapılması, hastanın genel durumu ve tedavinin devamlılığı açısından çok önemlidir. Ameliyat öncesi ağrı değerlendirmesinin hemşire tarafından eksiksiz yapılması hastanın kaygı düzeyini azaltacaktır (Malak, 2007; Yaltrık, 2012).

Bulantı kusma, basınç yarası, derin ven trombozu, konstipasyon, enfeksiyon gibi durumlar, beyin tümörü ameliyatı öncesi ya da sonrasında görülebilecek komplikasyonlardır. Bu durumların oluşma riski, hastalarda kaygıya neden olabilmektedir. Etkin bir hemşirelik değerlendirmesine dayalı bakımın planlanması, ameliyat öncesi bakımı sağlayacak, kaygı düzeyini ve ameliyat sonrasında komplikasyon riskini azaltacaktır. Ayrıca hastalara verilen eğitimlerin bireysel olması, sürekli olmasını destekleyecek ve etkinliğini arttıracaktır (Malak, 2007; Malak, 2008; Gedik, 2005).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi ve Deseni**

Bu çalışma, beyin tümörlü hastaların ameliyat öncesi dönemde kaygı düzeyleri ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla, tanımlayıcı tipde ve kesitsel desende yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Bu araştırma, İstanbul'da özel bir vakıf üniversitesi hastanesinin yataklı nöroşirurji kliniği'nde 02.04.2016-17.06.2016 tarihleri arasında yapılmıştır. Klinikte tek kişilik 10 hasta odası bulunmaktadır. Hemşire sayısı 7-9 olup, bu hemşirelere vardiyalı olarak çalışmaktadır. Hastalar poliklinik muayenesinden hemen sonra servise yatırılabilirdiği gibi, belirlenen tarihte de servise yatışları yapılabilir. Yatış yapıldıktan sonra bir veya iki gün içerisinde, ameliyat planları yapılmaktadır. Hastaların yanında bir refakatçisi bulunmaktadır. Ameliyata karar verilen hastalara, poliklinikte ameliyat hakkında bilgi verilmekte, servise yatış yaptıktan sonra, hastanın ameliyat öncesi hazırlıkları (kan tetkiki, radyolojik tetkikler gibi) yapılmaktadır. Ameliyata dair eğitimler, hastanın primer hemşiresi tarafından verilmektedir. Ameliyat sırası ve sonrası eğitimler hekim ve hemşire tarafından verilmektedir. Ameliyat öncesi açlık süresi ve banyo gibi eğitimler, ameliyat öncesi akşam verilmektedir. Hastalar, ameliyat sonrası yoğun bakım ünitesine alınmaktadır. Ameliyat sonrası birinci günde kontrolleri yapılarak, servise nakilleri sağlanmaktadır. Ameliyat sonrası en erken beşinci gün, en geç yedi günde taburculukları planlanmaktadır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini, İstanbul'da özel bir vakıf üniversitesi hastanesinin yataklı nöroşirurji kliniği'nde beyin tümörü tanısı ile ameliyatı planlanan hastalar oluşturmuştur. Örneklem seçimi yapılmamış olup, araştırmanın uygulanma tarihleri olan 02.04.2016-17.06.2016 tarihleri arasında, beyin tümörü ameliyatı planlanan ve araştırmaya dahil olma kriterlerine uyan tüm hastalar, araştırmanın örnekleminine alınmıştır (n=60).



### 3.4 Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Türkçe bilmek ve iletişim engeli olmamak
- Beyin tümörü tanısı olmak
- 18 yaş ve üzerinde olmak
- Glaskow koma skalası puanının 15 olması
- Ekstremitelerde güç kaybı olmaması
- Madde kullanımı olmaması

### 3.5. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Ekstremitelerde güç kaybı olması (Güç kaybı, kaygıyı arttıran bir etken olabilmektedir)
- Madde kullanımı olması (Kaygının algılanmasını ve ifade edilmesini değiştirebilmektedir)

### 3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, beyin tümörlü hastaların ameliyat öncesi kaygı düzeyleri ve etkileyen faktörlere ilişkin veri toplama formu ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

**Beyin tümörlü hastaların ameliyat öncesi kaygı düzeyleri ve etkileyen faktörlere ilişkin veri toplama formu:** Form, beyin tümörü ameliyatı öncesinde hastaların kişisel özellikleri ve sağlık durumu özellikleri ile ilgili soruları içermektedir ve araştırmacı tarafından, ilgili literatür incelenerek geliştirilmiştir (Özberksoy, 2006; Yıldız, 2011; Gedik, 2015; Çetin, 2014; Altun, 2010). Toplam 37 sorudan oluşan formun ilk bölümünü, kişisel özelliklerle ilgili 12 soru oluşturmaktadır. Bunlar: doğum tarihi, cinsiyeti, medeni durumu, çocuğu bulunma durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, yaşadığı yer, kiminle yaşadığı, evde bakımından sorumlu kişi bulunma durumu, sağlık giderlerini karşılamada güçlük yaşama durumu. Formun ikinci bölümünü ise, 25 sorudan oluşan sağlık durumu özellikleri oluşturmuştur. Bunlar: Tümör tipi, yapılacak cerrahi işlem yöntemi, kronik hastalık bulunma durumu ve tipi, sürekli kullandığı ilaç bulunma durumu, epileptik nöbet geçirme durumu, ekstremitelerde defisit bulunma durumu, sigara ve alkol kullanma durumları, uyku

durumu, daha önce hastaneye yatma durumu, daha önce ameliyat ve beyin ameliyatı olma durumları, önceki ve şimdiki ameliyatlara ilişkin olarak; eğitim alma durumu ve eğitimi kimden, ne zaman aldığı, eğitimde ameliyata ilişkin kaygı yaşama durumu, ameliyata ilişkin kaygı nedenleri, şimdiki ameliyatına ilişkin eğitim içeriği ve eğitimin yeterli olmasına ilişkin düşüncesi.

**Durumluk- Sürekli Kaygı Ölçeği:** Ölçeği, 1970 yılında ABD’de Spielberg ve arkadaşları geliştirmiştir. Türkçe geçerlilik (1976) ve güvenilirliği (1977) Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır. Ölçeğin 1-20. soruları, kişinin durumluk kaygı düzeyini, 21-40. soruları ise sürekli kaygı düzeyini saptamaktadır. Bireyler, Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ)’ni yanıtlarken belirli bir zamanda ve durumda kendisini nasıl hissettiklerini, duruma ilişkin duygularını ön planda tutarak yanıtlamaları gerekmektedir. Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ)’ni ise, bireylerin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, genellikle kendilerini nasıl hissettiğini belirlemektedir. Bu durum gözönünde bulundurularak sorular yanıtlanmalıdır. Hastalara durumluk kaygı ölçeğinin maddeleri okunmuş ve hastalar o andaki duygularının şiddetine göre, ölçek maddelerinin her birini, (1) Hiç, (2) Biraz, (3) Çok, (4) Tamamıyla ifadelerden biriyle yanıtlamışlardır. Sürekli kaygı ölçeğini okurken ölçek maddelerinin her birini (1) Nadiren, (2) Bazen, (3) Çoğu Zaman, (4) Hemen Her Zaman ifadelerinden biriyle yanıtlamışlardır. Ölçeklerde iki tür ifade bulunmaktadır. Bunlar doğrudan ya da düz ifadeler ve tersine dönmüş ifadelerdir. Duruma bağlı kaygı ölçeğinde doğrudan ifadeler; 3,4,6,7,9,12,13,14,17,18’inci maddelerde ve tersine dönmüş ifadeler ise; 1,2,5,8,10,11,15,16,19,20’inci maddelerde yer almaktadır. Sürekli kaygı ölçeğinde de doğrudan ifadeler; 22,23,24,25,28,29,31,32,34,37,38 ve 40’ıncı maddelerde ve tersine dönmüş ifadeler ise; 21,26,27,30,33,36,39’uncu maddelerde bulunmaktadır. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise, olumlu duyguları yansıtmaktadır. Hesaplama yapılırken tersine dönmüş ifadeler de bir puan değerinde olanlar dörde, dört puan değerinde olanlar ise bir puana dönüştürülerek hesaplama yapılır. Doğrudan ifadelerde, dört değerindeki yanıtlar kaygının yüksek olduğunu gösterirken, tersine dönmüş ifadelerde, bir puan değerindeki yanıtlar yüksek kaygıyı gösterir. Ölçeğin hesaplaması yapılırken doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadelerin toplam ağırlıklarının saptanması için iki ayrı anahtar hazırlanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan, tersine ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır ve bu

sayıya değişmeyen bir değer eklenir. Bu değer DKÖ için 50, SKÖ için ise 35' dir. Öner (1985)'in belirttiğine göre, Spielberger'in durumluk ve sürekli kaygı ölçeğinde;

- 0-19 puan; kaygının olmadığını gösterir,
- 20-39 puan; hafif düzeyde kaygı,
- 40-59 puan; orta düzeyde kaygı,
- 60-79 puan; yüksek düzeyde kaygı,
- 80- ve üzeri puan ise; panik düzeyinde kaygı olarak değerlendirilmektedir.

### 3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

#### 3.7.1. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

**Bağımsız Değişkenler:** Araştırmanın bağımsız değişkenlerini; hastaların kişisel ve hastalık durumu özellikleri oluşturmaktadır. Bunlar; yaş, cinsiyet, boy, kilo, beden kitle indeksi, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sahibi olma durumu, çalışma durumu, gelir durumu, yaşadığı yer, evde birlikte yaşadığı kişi, bakımından sorumlu olduğu kişi bulunma durumu, sağlık giderlerini karşılamada günlük yaşama durumu, beyin tümörü tipi, ameliyat tipi, kronik hastalık bulunma durumu, sürekli ilaç kullanma durumu, epileptik nöbet geçirme durumu, sigara ve alkol kullanma durumu, uyku durumu, dün geceki uyku durumu, daha önce hastaneye yatma, ameliyat olma, beyin ameliyatı olma durumu, daha önceki ameliyatın eğitim alma durumu ve zamanı, daha önceki ameliyatında kaygı yaşama durumu ve nedenleri, şimdiki ameliyatla ilgili eğitim alma durumu, eğitimi alma zamanı, eğitim konusu ve eğitimi yeterli bulma durumu, eğitimi kimden aldığı, eğitimi kimden almak istediği, şimdiki ameliyatı ile ilgili kaygı yaşama durumu ve nedenleri.

**Bağımlı Değişkenler:** Araştırmanın bağımlı değişkenlerini ise; hastaların ameliyat öncesi DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları oluşturmaktadır.

#### 3.7.2. Araştırmada Kullanılacak İstatistiksel Analizleri

Araştırmada verileri bilgisayar ortamında SPSS 21.0 programında Tablo 3.1'de verilen istatistiksel analizler kullanılarak incelenmiştir.

**Tablo 3.1. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Analizler**

<b>Araştırmanın Değişkenleri</b>	<b>İstatistiksel Analizler</b>
Sosyo demografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sayısı, çalışma durumu, gelir durumu, BKİ, vb)	Tanımlayıcı istatistiksel analizler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, min-max).
Sağlık ile ilgili özellikler (beyin tümörü tipi, ameliyat tipi, kronik hastalık durumu, ilaç kullanma durumu, epileptik nöbet geçirme durumu, vb)	Tanımlayıcı istatistiksel analizler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, min-max).
Daha önce ameliyat olma deneyimleri (hastaneye yatma durumu, ameliyat olma durumu, beyin ameliyatı olma durumu, ameliyat hakkında bilgi alma durumu, zamanı, kaygı yaşama nedenleri, vb)	Tanımlayıcı istatistiksel analizler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, min-max).
Şimdiki ameliyat olma durumları (bilgi alma durumu, zamanı, bilgi alınan kişi, bilgi alınan konular, vb)	Tanımlayıcı istatistiksel analizler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, min-max).
DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları	Tanımlayıcı istatistiksel analizler (ortalama, standart sapma, min-max).
DKÖ ve SKÖ'nin iç tutarlılık incelemesi ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi	Cronbach's $\alpha$ katsayısı Pearson korelasyon analizi
Hastaların sosyo demografik özellikleri ile DKÖ ve SKÖ Puan Ortalamalarının karşılaştırması	Yaş, cinsiyet, nedeni durum, bki, vb. değişkenlere göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırması tekrarlayan ölçümlerde Kruskal Wallis Varyans Analizi ve Mann-Whitney U testi
Hastaların sağlık durumları ile DKÖ ve SKÖ Puan Ortalamalarının karşılaştırılması	Beyin tümörü tipi, ameliyat tipi, kronik hastalık durumu, ilaç kullanma durumu, epileptik nöbet geçirme durumu, vb değişkenlere göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırması tekrarlayan ölçümlerde Kruskal Wallis Varyans Analizi ve Mann-Whitney U testi
Hastaların daha önceki ameliyat olma durum ve deneyimlerine ile DKÖ ve SKÖ ortalamalarının karşılaştırılması	Hastaneye yatma durumu, ameliyat olma durumu, beyin ameliyatı olma durumu, ameliyat hakkında bilgi alma durumu, zamanı, kaygı yaşama nedenleri, vb değişkenlere göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırması tekrarlayan ölçümlerde Mann-Whitney U testi
Hastaların şimdiki ameliyat olma durumları ve deneyimleri ile DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması	Ameliyat hakkında bilgi alma durumu, zamanı, bilgi alınan kişi, bilgi alınan konular, vb değişkenlere göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırması tekrarlayan ölçümlerde Kruskal Wallis testi ve Mann-Whitney U testi
Sosyo demografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sayısı, çalışma durumu, gelir durumu, BKİ, vb)	Tanımlayıcı istatistiksel analizler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, min-max).
Sağlık ile ilgili özellikler (beyin tümörü tipi, ameliyat tipi, kronik hastalık durumu, ilaç kullanma durumu, epileptik nöbet geçirme durumu, vb)	Tanımlayıcı istatistiksel analizler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, min-max).
Daha önce ameliyat olma deneyimleri (hastaneye yatma durumu, ameliyat olma durumu, beyin ameliyatı olma durumu, ameliyat hakkında bilgi alma durumu, zamanı, kaygı yaşama nedenleri, vb)	Tanımlayıcı istatistiksel analizler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, min, maks).

**Tablo 3.1. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Analizler (Devam)**

<b>Araştırmanın Değişkenleri</b>	<b>İstatistiksel Analizler</b>
Şimdiki ameliyat olma durumları (bilgi alma durumu, zamanı, bilgi alınan kişi, bilgi alınan konular, vb)	Tanımlayıcı istatistiksel analizler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, min, maks).
DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları	Tanımlayıcı istatistiksel analizler (ortalama, standart sapma, min, maks).
DKÖ ve SKÖ'inin iç tutarlılık incelemesi ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi	Cronbach's $\alpha$ katsayısı Pearson korelasyon analizi
Hastaların sosyo demografik özellikleri ile DKÖ ve SKÖ Puan Ortalamalarının karşılaştırması	Yaş, cinsiyet, nedeni durum, bki, vb. değişkenler ile ölçek puan ortalamaları tekrarlayan ölçümlerde Kruskal Wallis Varyans Analizi ve Mann-Whitney U testi
Hastaların sağlık durumları ile DKÖ ve SKÖ Puan Ortalamalarının karşılaştırılması	Beyin tümörü tipi, ameliyat tipi, kronik hastalık durumu, ilaç kullanma durumu, epileptik nöbet geçirme durumu, vb değişkenler ile ölçek puan ortalamaları tekrarlayan ölçümlerde Kruskal Wallis Varyans Analizi ve Mann-Whitney U testi
Hastaların daha önceki ameliyat olma durum ve deneyimlerine ile DKÖ ve SKÖ ortalamalarının karşılaştırılması	Hastaneye yatma durumu, ameliyat olma durumu, beyin ameliyatı olma durumu, ameliyat hakkında bilgi alma durumu, zamanı, kaygı yaşama nedenleri, vb değişkenler ile ölçek puan ortalamaları tekrarlayan ölçümlerde Mann-Whitney U testi
Hastaların şimdiki ameliyat olma durumları ve deneyimleri ile DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması	Ameliyat hakkında bilgi alma durumu, zamanı, bilgi alınan kişi, bilgi alınan konular, vb değişkenler ile ölçek puan ortalamaları tekrarlayan ölçümlerde Kruskal Wallis testi ve Mann-Whitney U testi

### 3.8. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın ön uygulaması İstanbul'da özel bir vakıf üniversitesi hastanesinin yataklı nöroşirurji kliniği'nde beyin tümörü tanısı ile ameliyatı planlanan beş hastanın katılımı ile yapılmıştır. Literatürde ön uygulamayı 5-10 katılımcı ile yapılabileceği bildirilmektedir (Altunışık, 2008). Ön uygulama sonucunda formda, aşağıdaki değişiklikler yapılmıştır.

**Formun 1.Bölümü (Kişisel Özellikler):** Yaşınız sorusu çıkartılarak, doğum tarihi, beden kitle indeksi (BKİ) ve evde kiminle yaşıyorsunuz soruları eklenmiştir.

**Formun 2.Bölümü (Sağlık Durumu Özellikleri):** Dün gece nerede uyudunuz sorusu, hastaların klinikte yatması nedeniyle çıkartılmıştır. Daha önceki beyin ameliyatı deneyiminizi nasıl tanımlarsınız sorusu, önceki ameliyatına ilişkin kaygı yaşama durumu ve kaygı nedenleri sorgulandığı için çıkartılmıştır.

### **3.9. Araştırmanın Uygulanması**

Araştırmanın veri toplama formu 02.04.2016-17.06.2016 tarihleri arasında uygulanmıştır. Form, hastalara soru-cevap tekniği kullanılarak ve hastaların sorulara hemşireden etkilenmeden yanıt verebilmelerini sağlamak amacıyla, nöroşirurji kliniğinde görevli olmayan, hastaların daha önce görmediği (karma cerrahi kliniğinde görevli olan) bir hemşire tarafından uygulanmıştır. Araştırmacı tarafından, formun nasıl uygulanacağı konusunda, hemşireye eğitim verilmiş ve her hastaya aynı hemşirenin formu uygulaması sağlanmıştır. Formun doldurma süresi, ortalama 25-30 dakika olarak saptanmıştır.

### **3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmadan elde edilen sonuçlar; araştırmanın uygulanması için belirlenen hastanede yatan ve beyin tümörü ameliyatı planlanan, araştırmaya katılmaya istekli olan bireyleri kapsamaktadır. Beyin tümörü ameliyatı olacak olan tüm hastalara genellenemeyeceği dikkate alınmalıdır.

### **3.11. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmanın etik açıdan uygunluğunu sağlamak için, aşağıdaki adımlar izlenmiştir:

- Araştırma için, kurum klinik araştırmalar etik kurulundan onay alınmıştır (Ek-1).
- Araştırmanın yapılacağı hastaneden yazılı izin alınmıştır (Ek-2).
- Araştırmaya katılan bireylerin gönüllü katılımları esas kabul edilmiş ve gönüllü olur formu açıklanarak yazılı izinleri alınmıştır. Hastalara, istedikleri zaman neden belirtmeksizin araştırmadan çekilebilecekleri de açıklanmıştır (Ek-3).
- Araştırma sonuçlarının ve önerilerinin değerlendirilebilmesi amacıyla, araştırmanın yapıldığı hastane yönetimine geri bildirimde bulunulacaktır.

#### 4. BULGULAR

Tablo 4.1: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=60)

Özellikler	n	%
<b>Yaş</b>	<b><math>\bar{X} \pm SS</math></b>	<b>Min-Max</b>
	40.75±13.54	18-65
18-30 yaş	14	23.3
31-40 yaş	<b>19</b>	<b>31.7</b>
41-50 yaş	11	18.3
51 yaş ve üzeri	16	26.7
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	27	45.0
Kadın	<b>33</b>	<b>55.0</b>
<b>Beden Kitle Endeksi</b>	<b><math>\bar{X} \pm SS</math></b>	<b>Min-Max</b>
	23.67±3.80	17.51- 33.41
Zayıf (0-18.4)	10	16.6
Normal (18.5-24.9)	<b>39</b>	<b>65.0</b>
Fazla kilolu (25-29.9)	4	6.7
Şişman (30-34.9)	7	11.7
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	<b>40</b>	<b>66.7</b>
Bekar	20	33.3
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okur yazar değil	1	1.7
İlkokul	3	5.0
Ortaokul	3	5.0
Lise	<b>28</b>	<b>46.7</b>
Yüksek Okul / Fakülte	21	35.0
Lisansüstü	4	6.7
<b>Çocuğu Olma Durumu</b>		
Var	30	50.0
Yok	30	50.0
<b>Çocuk Sayısı (n=30)</b>		
1 Çocuk	10	33.3
2 Çocuk ve üzeri	<b>20</b>	<b>66.7</b>
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışıyor	28	46.7
Çalışmıyor	<b>32</b>	<b>53.3</b>
<b>Çalışmama Nedeni (n=32)</b>		
Ev hanımı	2	6.3
Emekli	<b>21</b>	<b>65.6</b>
Öğrenci	9	28.1
<b>Gelir Durumu</b>		
Gelir gidere denk	<b>35</b>	<b>58.3</b>
Gelir giderden fazla	25	41.7

\*3 çocuk sahibi olan 2 hasta sayısı 2 çocuk sahibi olan hastalar ile birleştirilmiştir.

**Tablo 4.1: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=60) (Devamı)**

Özellikler	n	%
<b>Yaşadığı Yer</b>		
İstanbul içi	38	63.3
İstanbul dışı	22	36.7
<b>Evde Beraber Yaşadığı Kişi</b>		
Eş	14	23.3
Eş ve çocuk	26	43.3
Yalnız	4	6.7
Aile (Anne ve baba)	16	26.7
<b>Evde Bakımından Sorumlu Olduğu Kişi Bulunma Durumu</b>		
Var	31	51.7
Yok	29	48.3
<b>Sağlık Giderlerini Karşılama Güçlük Yaşama Durumu</b>		
Güçlük yaşıyor	34	56.7
Güçlük yaşamıyor	26	43.3

Tablo 4.1’de hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %31.7’sinin 31-40 yaş arasında ve yaş ortalamalarının  $40.75 \pm 13.54$  (min:18, max:65) olduğu, %55’inin kadın, %65’inin BKİ değerine göre vücut ağırlığının normal ve ortalama BKİ değerinin  $23.67 \pm 3.80$  olduğu (min: 17.51, max: 33.41), %66.7’sinin evli, %46.7’sinin lise mezunu olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların yarısı çocuğunun bulunduğunu, bu hastaların %66.7’si iki ve üzeri çocuk sahibi olduğunu bildirmişlerdir (hastaların %6.7, n=2’sinin 3 çocuğu bulunduğundan, tabloda çocuk sayısı 2 ve üzeri olarak gösterilmiştir).

Hastaların %53.3’ünün çalışmadığı ve bu hastaların %65.6’sının emekli olduğu saptanmıştır. Hastaların %58.3’ü, gelirinin giderine denk olduğunu bildirmiştir.

Hastaların %63.3’ü İstanbul’da yaşadığını, %43.3’ü eşi ve çocuğu ile birlikte yaşadığını, %51.7’si evde bakımından sorumlu olduğu kişinin bulunduğunu ve %56.7’si sağlık giderlerini karşılamada sorun yaşadığını bildirmiştir.



**Tablo 4.2: Hastaların Sağlık Durumu Özelliklerinin Dağılımı (n=60)**

Özellikler	n	%
<b>Beyin Tümörü Tipi</b>		
Benign	33	55.0
Maling	27	45.0
<b>Ameliyat Tipi</b>		
Kraniotomi	60	100.0
<b>Kronik Hastalık Bulunma Durumu</b>		
Var	18	30.0
Yok	42	70.0
<b>Kronik Hastalık Tipi (n=18)</b>		
Diyabet	7	38.9
Hipertansiyon	7	38.9
Diyabet ve hipertansiyon	4	22.2
<b>Sürekli İlaç Kullanma Durumu</b>		
Kullanıyor	18	30.0
Kullanmıyor	42	70.0
<b>Sürekli Kullanılan İlaç Grubu (n=18)</b>		
Diyabet ilacı	6	33.3
Hipertansiyon ilacı	9	50.0
Hipertansiyon ve diyabet ilacı	3	16.7
<b>Epileptik Nöbet Geçirme Durumu</b>		
Nöbet geçirmiş	17	28.3
Nöbet geçirmemiş	43	71.7
<b>Sigara Kullanma Durumu</b>		
Kullanmıyor	37	61.7
Bırakmış	2	3.3
Sosyal içici	5	8.3
Kullanıyor	16	26.7
<b>Kullanılan Sigara Miktarı (n=16)</b>		
10 adet/gün	6	37.5
20 adet/gün	10	62.5
<b>Alkol Kullanma Durumu</b>		
Kullanmıyor	55	91.7
Sosyal içici	5	8.3
<b>Uyku Durumu</b>		
Düzenli	47	78.3
Düzensiz	13	21.7
<b>Ameliyattan Önceki Gece Uyku Durumu</b>		
Düzenli	42	70.0
Düzensiz	18	30.0

Tablo 4.2’de araştırmaya katılan hastaların sağlık durumu özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Hastaların %55’inin tümör tipinin benign olduğu ve tüm hastaların ameliyat türünün kraniotomi olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların %70'inin kronik hastalığının olmadığı, kronik hastalığı olanların ise %38.9'unun diyabet ve %38.9'unun ise, hipertansiyon hastalığı bulunduğu, tüm hastaların %30'unu oluşturan kronik hastalığı olan bu hastaların sürekli ilaç kullandığı, sürekli ilaç kullanan hastaların %50'sinin ise, hipertansiyon ilacı kullandığı belirlenmiştir. Hastaların %71.7'si, epileptik nöbet geçirmediğini bildirmiştir.

Hastaların %61.7'si sigara kullanmadığını, sigara kullananların ise %62.5'i günde 10 adet sigara kullandığını, %90'u alkol kullanmadığını bildirmiştir. Hastaların %78.3'ünün uyku durumunun düzenli olduğu ve %70'inin ameliyattan önceki gece düzenli uyuduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.3: Hastaların Önceki Ameliyatlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=60)**

Özellikler	n	%
<b>Daha Önce Hastaneye Yatma Durumu</b>		
Hastaneye yatmış	26	43.3
Hastaneye yatmamış	<b>34</b>	<b>56.7</b>
<b>Daha Önce Ameliyat Olma Durumu</b>		
Ameliyat olmuş	18	30.0
Ameliyat olmamış	<b>42</b>	<b>70.0</b>
<b>Daha Önce Beyin Ameliyatı Olma Durumu (n=18)</b>		
Ameliyat olmuş	9	50.0
Ameliyat olmamış	9	50.0
<b>Önceki Ameliyatında Eğitim Alma Durumu (n=18)</b>		
Eğitim almış	18	100.0
Eğitim almamış	0	0.0
<b>Önceki Ameliyatında Eğitim Alma Zamanı (n=18)</b>		
Ameliyattan 1 hafta önce	<b>16</b>	<b>88.9</b>
Ameliyattan 1 gece önce	2	11.1
<b>Önceki Ameliyata İlişkin Kaygı Yaşama Durumu (n=18)</b>		
Evet	<b>13</b>	<b>72.2</b>
Hayır	5	27.8

\*Hastalar birden fazla neden bildirmiştir, satır yüzdesi alınmıştır.

**Tablo 4.3: Hastaların Önceki Ameliyatlara İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=60) (Devamı)**

Özellikler	n	%
<b>Önceki Ameliyata İlişkin Kaygı Yaşama Nedenleri (n=18)*</b>		
Anestezi uzmanının yaklaşımı	1	5.6
Ameliyat sonrası uyanamama	3	16.6
Ameliyat sonrası ağrı	<b>9</b>	<b>50.0</b>
Ameliyat sonrası bulantı kusma	1	5.6
Ameliyat sonrası uzun süre yoğun bakım ünitesinde kalma	1	5.6
Ameliyat sonrası fonksiyon kaybı	<b>9</b>	<b>50.0</b>
Ameliyat sonrası ölüm	2	11.1

\*Hastalar birden fazla neden bildirmiştir, satır yüzdesi alınmıştır.

Tablo 4.3’de hastaların önceki ameliyatlara ilişkin özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Çalışmaya katılan hastaların % 43.3’ü daha önce hastaneye yattığını, %30’u daha önce ameliyat olduğunu, aynı hastaların yarısı (n=9, %50) daha önce beyin ameliyatı olduğunu, ameliyat olduğunu bildiren bu hastaların tümü (n=18, %100) önceki ameliyatında eğitim aldığını ve %88.9’u ameliyattan bir hafta önce eğitim aldıklarını bildirmiştir. Hastaların %72.2’si önceki ameliyatına ilişkin kaygı yaşadığını ifade etmiştir. Hastaların önceki ameliyatlarında kaygı yaşama nedenlerine bakıldığında, en fazla oranla ameliyat sonrası ağrı (%50) ve fonksiyon kaybının (%50) kaygı nedeni olarak gösterildiği saptanmıştır.

**Tablo 4.4: Hastaların Şimdiki Ameliyatlara İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=60)**

Özellikler	n	%
<b>Ameliyata İlişkin Eğitim Alma Durumu</b>		
Eğitim almış	60	100.0
Eğitim almamış	0	0.0
<b>Ameliyata İlişkin Eğitimi Alma Zamanı</b>		
Poliklinik muayenesi sırasında	11	18.3
Poliklinikte ve serviste	49	81.7
<b>Ameliyata İlişkin Eğitimi Kimden Aldığı</b>		
Hekim	14	23.3
Hekim ve hemşire	46	76.7
<b>Ameliyata İlişkin Eğitimi Kimden Almak İstedığı</b>		
Hekim	8	13.3
Hekim ve hemşire	22	36.7
Hekim, hemşire ve broşür	30	50.0
<b>Ameliyata İlişkin Eğitim Aldığı Konular*</b>		
Ameliyat öncesi hazırlık	60	100.0
Ameliyat işlemi	60	100.0
Ameliyat sonrası bakım	60	100.0
<b>Ameliyat Öncesi Verilen, Ameliyata İlişkin Hazırlık Eğitimini Yeterli Bulma Durumu</b>		
Yeterli	60	100.0
Yetersiz	0	0.0
<b>Ameliyat Öncesi Verilen Ameliyat İşlemine İlişkin Açıklamayı Yeterli Bulma Durumu</b>		
Yeterli	52	86.7
Yetersiz	8	13.3
<b>Ameliyat Öncesi Verilen Ameliyat Sonrası Bakıma İlişkin Eğitimi Yeterli Bulma Durumu</b>		
Yeterli	44	73.3
Yetersiz	16	26.7
<b>Ameliyata İlişkin Kaygı Yaşama Durumu</b>		
Kaygı yaşıyor	57	95.0
Kaygı yaşamıyor	3	5.0
<b>Ameliyata İlişkin Kaygı Yaşama Nedenleri (n=57) *</b>		
Ameliyat sonrası uyanamama	23	40.3
Ameliyat sonrası ağrı	42	73.6
Ameliyat sonrası bulantı kusma	7	12.2
Ameliyat sonrası uzun süre uyuma	6	10.5
Ameliyat sonrası uzun süre yoğun bakım ünitesinde kalma	21	36.8
Ameliyat sonrası fonksiyon kaybı	53	92.9
Ameliyat sonrası ölüm	25	43.8

\*Hastalar birden fazla neden bildirmiştir, satır yüzdesi alınmıştır.

Tablo 4.4'de hastaların şimdiki ameliyatlara ilişkin özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların tamamı ameliyata ilişkin eğitim aldığını,

%81,7'si eğitimi hem poliklinik hem de serviste aldığını, %76.7'si eğitimi hekim ve hemşireden aldığını bildirmişlerdir. Hastaların %50'si şimdiki ameliyatında eğitimi hekim ve hemşireden almakla birlikte broşürde verilmesini istediklerini ifade etmişlerdir.

Araştırmada hastaların tamamı ameliyat öncesi dönemde 'ameliyata ilişkin hazırlık eğitimi, ameliyata ilişkin açıklama ve ameliyat sonrası bakıma ilişkin eğitim' aldıklarını bildirmişlerdir. Hastaların verilen eğitimi yeterli bulma durumlarına bakıldığında; hastaların tamamının ameliyata ilişkin hazırlık eğitimini yeterli bulduğu saptanırken, %86.7'sinin ameliyat işlemine ilişkin açıklamayı, %73.3'ünün ise ameliyat sonrası bakıma ilişkin eğitimi yeterli buldukları saptanmıştır.

Hastaların %95'i (n=57) ameliyata ilişkin kaygı yaşadığını bildirmiştir. Hastaların en fazla oranla bildirdikleri kaygı yaşama nedenleri sırasıyla, ameliyat sonrası fonksiyon kaybı (%92.9), ağrı (%73.6), ölüm (%43.8) ve ameliyat sonrası uyanamama (%40.3)'dür.

**Tablo 4.5: Hastaların Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamaları (n=60)**

Alt Ölçekler	$\bar{X} \pm SS$	Minimum	Maksimum	Cronbach's $\alpha$	Korelasyon Analizi
Durumluk Kaygı Ölçeği Puanı	45.25±10.88	23	63	0.928	r= 0.388 p=0.002
Sürekli Kaygı Ölçeği Puanı	36.46±10.52	26	63	0.931	

Tablo 4.5'de hastaların DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları verilmiştir. Çalışmaya katılan hastaların DKÖ puan ortalamasının 45.25±10.88 (min: 23, max: 63) olduğu ve orta düzeyde durumluk kaygılarının bulunduğu, SKÖ puan ortalamasının 36.46±10.52 (min:26, max:63) olduğu ve hafif düzeyde sürekli kaygılarının bulunduğu saptanmıştır.

Hastaların DKÖ ve SKÖ iç tutarlılık güvenirlik analizi için güvenirlik kat sayısı (Cronbach's  $\alpha$ ) hesaplanmıştır. Araştırmada kullanılan STAI I-II ölçeğinin iç tutarlılık değerleri; DKÖ için 0.928 olarak; SKÖ için 0.931 olarak belirlenmiş olup, her iki ölçeğinde iç tutarlılıklarının oldukça iyi olduğu bulunmuştur.

Literatürde, korelasyon katsayısının gücü ile ilgili tanımlamalarda değerin 0.000-0.25 olmasının ilişkinin çok zayıf olduğunu, 0.26-0.49 olmasının ilişkinin zayıf olduğunu, 0.50-0.69 olmasının ilişkinin orta düzeyde olduğunu, 0.70-0.89 olmasının ilişkinin kuvvetli olduğunu ve 0.90-1.00 arasında olmasının ise, ilişkinin çok kuvvetli olduğunu gösterdiği bildirilmiştir (Ural ve Kılıç, 2005; Akgül, 2005). Hastaların DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde, aralarında olumlu yönde anlamlı ve zayıf ilişki olduğu saptanmıştır ( $r=0.388$ ;  $p=0.002$ ).



**Tablo 4.6: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Özellikler		Durumluk Kaygı Puanı			Test değeri	p değeri	Sürekli Kaygı Puanı			Test değeri	p değeri
		$\bar{X} \pm SS$	Min	Max			$\bar{X} \pm SS$	Min	Max		
Yaş	18-30 yaş	47.14±9.80	32	63	Kwx <sup>2</sup> =2.582	0.461	33.35±9.21	27	63	Kwx <sup>2</sup> =3.590	0.309
	31-40 yaş	42.31±11.87	23	61			37.42±10.52	26	63		
	41-50 yaş	48.36±10.72	35	63			37.45±7.24	29	50		
	51 yaş ve üzeri	44.93±10.75	28	61			37.37±13.50	26	63		
Cinsiyet	Erkek	47.18±10.81	29	63	z=-1.250	0.211	37.96±12.53	26	63	z=-0.060	0.952
	Kadın	43.66±10.85	23	63			35.24±8.55	26	63		
Medeni Durum	Bekar	42.75±11.52	23	63	z=-1.036	0.300	35.85±10.16	27	63	z=-0.102	0.919
	Evlü	46.50±10.48	28	63			36.77±10.81	26	63		
Çocuğu Bulunma Durumu	Çocuğu var	45.83±11.18	28	63	z=-0.266	0.790	36.03±9.94	26	63	z=-0.156	0.876
	Çocuğu yok	44.66±10.73	23	63			36.90±11.22	27	63		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	46.21±10.03	29	61	z=-0.542	0.588	38.53±12.24	26	63	z=-0.156	0.876
	Çalışmıyor	44.40±11.67	23	63			34.65±8.54	26	63		
Çalışmama Nedeni	Ev hanımı	33.50±6.36	29	38	Kwx <sup>2</sup> =1.802	0.406	26.50±0.70	26	27	Kwx <sup>2</sup> =9.081	<b>0.011</b>
	Emekli	45.09±12.40	23	63			37.07±9.42	26	63		
	Öğrenci	45.22±10.34	32	63			30.77±3.38	28	39		
Eğitim Durumu*	Ortaokul ve altı	45.71±11.70	28	61	Kwx <sup>2</sup> =0.949	0.622	36.71±12.32	26	63	Kwx <sup>2</sup> =3.691	0.158
	Lise	44.00±11.68	23	63			37.21±8.85	29	61		
	Lisans ve üzeri	46.52±10.00	29	63			35.56±12.02	26	63		
Gelir Durumu	Gelir gidere denk	44.17±10.41	28,00	63,00	z=1.389	0.239	34.00±7.66	26	63	z=2.021	0.155
	Gelir giderden fazla	46.76±11.56	23,00	63,00			39.92±12.95	27	63		
Yaşadığı Yer	İstanbul içi	45.28±11.25	23	63	z=-0.177	0.860	36.47±10.48	26	63	z=-0.269	0.788
	İstanbul dışı	45.18±10.48	29	63			36.45±10.83	26	63		

**Tablo 4.6: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devamı)**

Özellikler		Durumluk Kaygı Puanı			Test değeri	p değeri	Sürekli Kaygı Puanı			Test değeri	p değeri
		$\bar{X} \pm SS$	Min	Max			$\bar{X} \pm SS$	Min	Max		
Evde Beraber Yaşadığı Kişi	Eş	46.85±10.02	28	61	Kwx <sup>2</sup> =4.159	0.245	36.71±12.01	26	63	Kwx <sup>2</sup> =0.895	0.827
	Eş ve çocuk	46.30±10.90	29	63			36.80±10.36	26	63		
	Yalnız	50.75±10.21	38	63			31.75±5.18	28	39		
	Aile (Anne ve baba)	40.75±11.22	23	61			36.87±10.94	27	63		
Evde Bakımında n Sorumlu Olduğu Kişi Bulunma Durumu	Var	46.45±10.38	29	61	z=-0.644	0.519	37.67±11.71	26	63	z=-0.512	0.609
	Yok	43.96±11.44	23	63			35.17±9.11	26	63		
Sağlık Giderlerini Karşılama da Sorun Yaşama Durumu	Güçlük yaşıyor	45.26±10.99	28	63	z=-0.254	0.800	35.70±10.14	26	63	z=-0.516	0.606
	Güçlük yaşamıyor	45.23±10.96	23	63			37.46±11.11	27	63		

Z: Mann-Whitney U testi; Kwx<sup>2</sup>: Kruskal Wallis Veri Analizi Testi

\*Eğitim durumu, bazı eğitim düzeylerinde sayı 5'in altında olması nedeniyle okuryazar olmayan ve okuryazar seçenekleri ortaokul ve altı olarak; lisans ve lisans üstü seçenekleri lisans ve üstü olarak birleştirilmiştir.

Tablo 4.6'da hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Hastaların sürekli kaygı puan ortalamalarına bakıldığında, yalnızca çalışmama nedenine göre SKÖ puan ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Kwx<sup>2</sup>=9.081; p<0.05). Bu farkın nereden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmada, ev hanımı ile



emekli hastaların SKÖ puan ortalaması açısından anlamlı fark olduğu saptanmıştır (  $z=-2.142$ ;  $p<0.05$ ). Ev hanımları ( $26.50\pm0.70$ ) düşük düzeyde sürekli kaygıya sahip iken, emekli ( $37.07\pm9.42$ ) hastaların orta düzeyde kaygılarının olduğu saptanmıştır.

Geliri giderinden fazla olan hastaların geliri gidere denk olan hastalara göre sürekli kaygı ölçeği puan ortalamaları daha yüksek olmasına ve hafif düzeyde kaygılarının bulunmasına rağmen; hastaların yaş grupları, cinsiyet, medeni durum, çocuğu bulunma durumu, çalışma durumu, eğitim durumu, gelir durumu, yaşadığı yer, beraber yaşadığı kişi, evde bakımından sorumlu olduğu kişi bulunma durumu, sağlık giderlerini karşılamada sorun yaşama durumu değişkenlerine göre, SKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Hastaların DKÖ puan ortalamalarına bakıldığında; erkek hastaların kadın hastalara göre, evli olanların bekar olanlara göre, yalnız yaşayanların eş ve çocuk ile yaşayanlara göre, geliri giderinden fazla olan hastaların geliri gidere denk olan hastalara göre DKÖ puan ortalamalarının daha yüksek olmasına ve bu özellikler açısından orta düzeyde durumluk kaygıya sahip olmalarına rağmen; hastaların yaş grupları, cinsiyet, medeni durum, çocuğu bulunma durumu, çalışma durumu, çalışmama nedeni, eğitim durumu, gelir durumu, yaşadığı yer, beraber yaşadığı kişi, evde bakımından sorumlu olduğu kişi bulunma durumu ve sağlık giderlerini karşılamada sorun yaşama durumu özelliklerine göre, DKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.7: Hastaların Sağlık Durumu Özelliklerine Göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Özellikler		Durumluk Kaygı Puanı			Test değeri	p değeri	Sürekli Kaygı Puanı			Test değeri	p değeri
		$\bar{X} \pm SS$	Min	Max			$\bar{X} \pm SS$	Min	Max		
<b>Beyin Tümörü Tipi</b>	Benign	41.30±9.22	23	61	z=-2.983	<b>0.003</b>	34.12±8.35	26	55	z=-2,154	<b>0.031</b>
	Maling	50.07±10.97	28	63			39.33±12.24	26	63		
<b>Kronik Hastalık Bulunma Durumu</b>	Var	46.83±10.26	28	61	z=-0.775	0.438	38.22±12.81	26	63	z=-0.291	0.771
	Yok	44.57±11.19	23	63			35.71±9.45	26	63		
<b>Kronik Hastalık Bulunma Durumu</b>	Diyabet	46.71±14.68	28	61	Kwx <sup>2</sup> =0.727	0.695	39.71±16.34	26	63	Kwx <sup>2</sup> =0.488	0.783
	Hipertansiyon	48.14±6.22	38	58			37.14±8.35	27	50		
	Diyabet ve Hipertansiyon	44.75±8.84	36	57			37.50±15.75	28	61		
<b>Sürekli İlaç Kullanma Durumu</b>	Kullanıyor	46.83±10.26	28	61	z=-0.775	0.438	38.22±12.81	26	63	z=-0.291	0.771
	Kullanmıyor	44.57±11.19	23	63			35.71±9.45	26	63		
<b>Sürekli Kullanılan İlaç Grubu</b>	Diyabet ilacı	44.33±14.52	28	61	Kwx <sup>2</sup> =0.560	0.756	35.83±13.93	26	63	Kwx <sup>2</sup> =0.946	0.623
	Hipertansiyon ilacı	48.88±7.33	38	61			39.00±11.93	27	63		
	Hipertansiyon ve diyabet ilacı	45.66±10.59	36	57			40.66±17.67	29	61		
<b>Epileptik Nöbet Geçirme Durumu</b>	Nöbet geçirmiş	52.70±10.84	28	63	z=-3.253	<b>0.001</b>	42.00±12.60	26	63	z=-2.798	<b>0.005</b>
	Nöbet geçirmemiş	42.30±9.50	23	61			34.27±8.81	26	63		
<b>Sigara Kullanma Durumu</b>	Kullanmıyorum	43.78±11.06	23	63	Kwx <sup>2</sup> =4.944	0.176	36.24±10.93	26	63	Kwx <sup>2</sup> =6.603	0.086
	Bıraktım	33.50±6.36	29	38			26.50±0.70	26	27		
	Sosyal içici	47.20±10.13	35	58			40.80±14.18	30	63		
	Düzenli kullanıyorum	49.50±9.91	35	63			36.87±8.67	28	61		
<b>Alkol Kullanma Durumu</b>	Kullanmıyorum	45.27±11.07	23	63	z=-0.107	0.915	37.07±10.77	26	63	z=-1.650	0.099
	Sosyal içici	45.00±9.69	35	58			29.80±2.58	27	33		
<b>Uyku Durumu</b>	Düzenli	44.87±9.46	28	61	z=-0.728	0.467	35.04±10.25	26	63	z=-2.836	<b>0.005</b>
	Düzensiz	46.61±15.40	23	63			41.61±10.23	29	63		
<b>Ameliyat Öncesi Gece Uyku Durumu</b>	Düzenli	45.54±9.17	28	63	z=-0.226	0.821	35.78±10.60	26	63	z=-1.287	0.198
	Düzensiz	44.55±14.40	23	63			38.05±10.45	26	63		

z: Mann-Whitney U testi; Kwx<sup>2</sup>:Kruskal Wallis Veri Analizi Testi

Tablo 4.7’de hastaların sağlık durumu 6zelliklerine g6re DK6 ve SK6 puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Çalışmaya katılan hastaların SK6 puan ortalamalarına bakıldığında; malign beyin t6m6r6 tanısı olanların ( $39.33\pm 12.24$ ), epileptik n6bet geçirenlerin ( $42.00\pm 12.60$ ) ve uyku durumu d6zensiz olanların ( $41.61\pm 10.23$ ) SK6 puan ortalamalarının daha y6ksek olduğu ve orta d6zey kaygıya sahip oldukları; beyin t6m6r6 tipi, epileptik n6bet geçirme durumu ve uyku durumuna g6re s6rekli kaygı 6leği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur (sırasıyla:  $z=-2,154$   $p<0.05$ ;  $z=-2.798$   $p<0.05$ ;  $z=-2.836$   $p<0.05$ ). Çalışmaya katılan hastaların kronik hastalık bulunma durumu, kronik hastalık tipi, s6rekli ilaç kullanma durumu, s6rekli kullanılan ilaç grubu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, ameliyattan 6nceki gece uyuma durumu ile SK6 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Çalışmaya katılan hastaların DK6 puan ortalamalarına bakıldığında; hastaların malign beyin t6m6r6 tanısı olanların ( $50.07\pm 10.97$ ), epileptik n6bet geçirenlerin ( $52.70\pm 10.84$ ) ve uyku durumu d6zensiz olanların ( $41.61\pm 10.23$ ) DK6 puan ortalamalarının daha y6ksek olduğu ve orta d6zey kaygıya sahip oldukları; beyin t6m6r6 tipi ve epileptik n6bet geçirme durumuna g6re DK6 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur (sırasıyla:  $z=-2.983$   $p<0.05$ ;  $z=-3.253$   $p<0.05$ ). Sigarayı aktif kullanan hastaların bırakmış olanlara g6re DK6 puan ortalamaları daha y6ksek bulunmasına rağmen; kronik hastalık bulunma durumu, kronik hastalık tipi, s6rekli ilaç kullanma durumu, s6rekli kullanılan ilaç grubu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, uyku durumu, ameliyattan 6nceki gece uyuma durumu ile DK6 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.8. Hastaların Önceki Ameliyatlarına İlişkin Özelliklerine Göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Özellikler		Durumluk Kaygı Puanı			Test değeri	p değeri	Sürekli Kaygı Puanı			Test değeri	p değeri
		$\bar{X} \pm SS$	Min	Max			$\bar{X} \pm SS$	Min	Max		
<b>Daha Önce Hastaneye Yatma Durumu</b>	Hastaneye yatmış	47.69±11.86	28	63	z=-1.404	0.160	36.96±10.90	26	63	z=-0.689	0.491
	Hastaneye yatmamış	43.38±9.85	23	61			36.08±10.37	27	63		
<b>Daha Önce Ameliyat Olma Durumu</b>	Ameliyat olmuş	49.44±11.59	29	63	z=-1.906	0.057	36.66±11.10	26	63	z=-0.162	0.871
	Ameliyat olmamış	43.45±10.19	23	61			36.38±10.40	26	63		
<b>Daha Önce Beyin Ameliyatı Olma Durumu</b>	Ameliyat olmuş	55.66±8.87	26	63	z=-2.432	<b>0.015</b>	42.88±12.67	27	63	z=-2.571	<b>0.010</b>
	Ameliyat olmamış	43.22±10.94	29	59			30.44±3.77	26	37		
<b>Önceki ameliyatında eğitim alma zamanı</b>	Ameliyattan 1 hafta önce	50.12±10.85	29	63	z=-0.633	0.527	37.31±11.47	26	63	z=-0.776	0.438
	Ameliyattan 1 gece önce	44.00±21.21	29	59			31.50±7.77	26	37		
<b>Önceki ameliyatta kaygı yaşama durumu</b>	Kaygı yaşamış	52.69±10.65	29	63	z=-2.073	<b>0.038</b>	39.61±11.77	26	63	z=-2.178	<b>0.029</b>
	Kaygı yaşamamış	41.00±10.34	29	56			29.00±2.54	26	33		

z: Mann-Whitney U testi

Tablo 4.8’de hastaların önceki ameliyatlarına ilişkin özelliklerine göre DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Çalışmaya katılan hastaların DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarına bakıldığında; daha önce beyin ameliyatı olanların ve önceki ameliyatın da da kaygı yaşamış olanların DKÖ (55.66±8.87, 52.69±10.65) ve SKÖ (42.88±12.67, 39.61±11.77) puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve orta düzey kaygıya sahip oldukları; daha önce beyin ameliyatı olma durumu ve önceki ameliyatında kaygı yaşama durumu ile DKÖ

puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur (sırasıyla:  $z=-2.432$ ,  $z=2.571$ ,  $p<0.05$ ;  $z=-2.073$ ,  $z=2.178$ ,  $p<0.05$ ).

Daha önce hastaneye yatma deneyimi olan hastaların, bu deneyimi yaşamamış hastalara göre, önceki ameliyatında bir hafta önce eğitim alanların bir gece önce eğitim alanlara göre, DKÖ puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş ancak, daha önce hastaneye yatma deneyimi, daha önce ameliyat olma deneyimi, daha önceki ameliyatta eğitim alma durumu, daha önceki ameliyatta eğitim alma zamanı ile DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.9. Hastaların Şimdiki Ameliyatlarına İlişkin Özelliklerine Göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Özellikler		Durumluk Kaygı Puanı			Test değeri	P değeri	Sürekli Kaygı Puanı			Test değeri	P değeri
		$\bar{X} \pm SS$	Min	Max			$\bar{X} \pm SS$	Min	Max		
<b>Şimdiki Ameliyata İlişkin Eğitim Alma Zamanı</b>	Poliklinik muayenesi sırasında	38.54±7.38	29	51	z=-2.458	<b>0.014</b>	34.63±8.21	26	47	z=-0.613	0.540
	Poliklinik ve servis	46.75±11.03	23	63			36.87±11.00	26	63		
<b>Şimdiki Ameliyata İlişkin Eğitimi Kimden Aldığı</b>	Hekim	44.57±10.26	29	63	z=-0.385	0.700	35.71±7.40	26	47	z=-0.386	0.700
	Hekim ve hemşire	45.45±11.17	23	63			36.69±11.36	26	63		
<b>Şimdiki Ameliyata İlişkin Eğitimi Kimden Almak İsteddiği</b>	Hekim	47.75±11.73	29	63	Kwx <sup>2</sup> =3.192	0.203	32.12±5.46	26	41	Kwx <sup>2</sup> =1.168	0.558
	Hekim ve hemşire	42.04±12.30	23	63			35.54±7.89	26	55		
	Hekim hemşire ve broşür	46.93±9.26	28	61			38.30±12.79	26	63		
<b>Şimdiki Ameliyata İlişkin Eğitimi Yeterli Bulma Durumu</b>	Yeterli	45.17±11.03	23	63	z=-0.120	0.905	36.00±10.24	26	63	z=-0.600	0.548
	Yetersiz	45.75±10.56	36	63			39.50±12.49	27	63		
<b>Şimdiki Ameliyat Sonrası Bakım Eğitimi Yeterli Bulma Durumu</b>	Yeterli	45.50±10.67	23	63	z=-0.569	0.569	37.15±11.75	26	63	z=-0.252	0.801
	Yetersiz	44.56±11.78	29	63			34.56±5.85	26	47		
<b>Şimdiki Ameliyata İlişkin Kaygı Yaşama Durumu</b>	Kaygı yaşıyor	45.75±10.87	23	63	z=-1.579	0.114	36.87±10.62	26	63	z=-1.770	0.077
	Kaygı yaşamıyor	35.66±6.50	29	42			28.66±3.05	26	32		

z: Mann-Whitney U testi; Kwx<sup>2</sup> :Kruskal Wallis Veri Analizi Testi

Tablo 4.9’da hastaların mevcut ameliyat özelliklerine göre DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Hastaların ameliyat öncesi serviste kaldığı süre ile ilişkili olarak, eğitimi hem hem poliklinik hem de serviste eğitim alanların DKÖ puan ortalamalarının daha

yüksek olduğu ( $46.75 \pm 11.03$ ) ve orta düzey kaygıya sahip oldukları; şimdiki ameliyata ilişkin eğitim alma zamanlarına göre DKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ( $z = -2.458$   $p < 0.05$ ).

Çalışmaya katılan hastaların şimdiki ameliyatta eğitimi kimden aldığı, eğitimi kimden almak istediği, şimdiki ameliyat işlemine ilişkin açıklamayı yeterli bulma durumu, ameliyat sonrası bakım eğitimini yeterli bulma durumu, şimdiki ameliyata ilişkin kaygı yaşama durumu ile DKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

Çalışmaya katılan hastaların SKÖ puan ortalamalarına bakıldığında; hastaların şimdiki ameliyatta eğitimi hekim ve hemşireden almak ile birlikte broşürde verilmesini isteyenlerin, hekimden almak isteyenlere göre SKÖ puan ortalaması daha yüksek bulunmuş ancak aralarındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

Çalışmaya katılan hastaların şimdiki ameliyatta eğitim alma zamanları, eğitimi kimden aldığı, eğitimi kimden almak istediği, şimdiki ameliyat işlemine ilişkin açıklamayı yeterli bulma durumu, ameliyat sonrası bakım eğitimini yeterli bulma durumu, şimdiki ameliyata ilişkin kaygı yaşama durumu ile SKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Beyin tümörlü hastaların ameliyat öncesi kaygı durumları ve etkileyen faktörleri belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmada; (n=60); yaş ortalaması  $40.75 \pm 13.54$  olan, kadın (n=33,%55), evli (n=40, %66.7) ve lise mezunu (n=28, %46.7) olanların daha fazla oranı oluşturduğu hastalara ait bulgular, aşağıdaki dört başlık altında tartışılmıştır.

5.1. Hastaların durumluk ve sürekli kaygı ölçeği puan ortalamalarının tartışılması

5.2. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre durumluk ve sürekli kaygı ölçeği puan ortalamalarına ilişkin bulguların tartışılması

5.3. Hastaların sağlık durumu özelliklerine göre durumluk ve sürekli kaygı ölçeği puan ortalamalarına ilişkin bulguların tartışılması

5.4. Hastaların önceki ameliyatlarına ilişkin özelliklerine göre durumluk ve sürekli kaygı ölçeği puan ortalamalarına ilişkin bulguların tartışılması

5.5. Hastaların şimdiki ameliyat özelliklerine göre durumluk ve sürekli kaygı ölçeği puan ortalamalarına ilişkin bulguların tartışılması

### 5.1. Hastaların durumluk ve sürekli kaygı ölçeği puan ortalamalarının tartışılması

Araştırmaya katılan hastaların sürekli kaygılarının düşük düzeyde ( $36.46 \pm 10.52$ ), durumluk kaygılarının ise orta düzeyde ( $45.25 \pm 10.88$ ) olduğu; SKÖ puan ortalaması ile DKÖ puan ortalaması arasında olumlu yönde anlamlı, ancak zayıf ilişki olduğu saptanmıştır ( $r=0.388$ ;  $p=0.002$ ) (Tablo 4.5).

Çalışmanın bu sonucu, Gedik (2015)'in beyin tümörlü hastaları da içeren nöroşirurji hastalarında yaptığı çalışmanın, durumluk kaygıya ilişkin sonucu ile benzerlik göstermektedir. Gedik (2015), nöroşirurji hastalarında ameliyat öncesi ve sonrası kaygı düzeylerini incelediği çalışmasında, hastaların ameliyat öncesi durumluk kaygılarının orta düzeyde ( $51.6 \pm 8.5$ ) olduğunu saptamıştır.

Farklı nedenlerle ameliyat planlanan hastalarda yapılan diğer çalışmalara bakıldığında, durumluk kaygının daha fazla incelendiği görülmüş, durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin hafif ile orta düzey aralarında değerlerde olduğu bildirilmiştir. Çetin (2014)'in, elektif cerrahi planlanan hastaların preoperatif dönemde yalnızca durumluk



kaygı düzeylerini incelediği çalışmasında, durumluk kaygının orta düzeyde olduğu ( $52.675 \pm 11.570$ ); Savaş (2011)'in, ameliyat öncesi ve sonrası yaşanan anksiyete ile ameliyat sonrası ağrı arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında hastaların duruma bağlı kaygısının hafif düzeyde ( $37.43 \pm 4.28$ ), sürekli kaygısının ise orta düzeyde ( $44.86 \pm 5.03$ ) olduğu; Akkaş Gürsoy, (2001)'un, genel cerrahi, göz, üroloji, kulak burun boğaz servislerinde küçük ve orta büyüklükte ameliyat olmak için başvuran hastalarda yapmış olduğu çalışmasında, küçük tipte ameliyat planlanan hastalarda ameliyat öncesi sürekli kaygılarının hafif düzeyde ( $36.56 \pm 8.49$ ) olduğu, durumluk kaygılarının ise orta düzeyde ( $45.08 \pm 8.28$ ) olduğu; orta tipteki ameliyatlarda ise sürekli kaygı ve durumluk kaygılarının orta düzeyde ( $44.08 \pm 7.28$ ;  $49.79 \pm 9.34$ ) olduğu; Turhan ve ark. (2012)'in elektif cerrahi operasyonu planlanan hastalarda preoperatif ve postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisinin incelendiği çalışmasında, hastaların durumluk kaygılarının orta düzeyde ( $43.75 \pm 15.39$ ) olduğu; Sidar (2013)'in, açık kalp cerrahisi öncesi ve sonrası hastaların kaygı ve ağrı distressi: ağrı düzeyi ile ilişkisinin incelendiği çalışmasında ameliyat öncesinde hastaların durumluk kaygılarının ( $39.4 \pm 10.4$ ) hafif düzeyde, sürekli kaygılarının ise ( $45.4 \pm 8.1$ ) orta düzey kaygı olduğu; Akman (2015)'in, kadın hastalıklarında ameliyat olacak hastalara preoperatif dönemde yapılan tanıtıcı eğitimin kaygı düzeyleri üzerindeki etkisini incelediği çalışmasında kontrol grubundaki hastaların sürekli kaygı ve durumluk kaygı düzeyinin hafif düzeyde ( $32.83 \pm 3.9$ ;  $36.63 \pm 4.93$ ) olduğu saptanmıştır.

Spielberger ve arkadaşlarının iki faktörlü kaygı kuramı açıklamasının ardından, bireylerin karşılaştıkları durumdan etkilenmeleri nedeniyle (durumluk) veya bir kişilik özelliği olarak kaygı eğilimine sahip olmaları (sürekli) nedeniyle durumluk ve sürekli kaygının birbirinden ayrı, ancak birbirini etkileyen ve ilişkili kaygı tipleri olduğu anlaşılmıştır. Literatürde yaşamı tehdit eden, ciddi sonuçları olabilen durumlarda bireyin durumluk kaygı düzeyinin yükseldiği, bu durumun etkisinin uzun sürmesi halinde ise, sürekli kaygının da yükselmesine neden olduğu bildirilmektedir. Ayrıca, sürekli kaygı düzeyi düşük olanlarla karşılaştırıldığında, sürekli kaygı düzeyi yüksek olan bireylerin, karşılaştıkları ani ve ciddi bir durumda durumluk kaygılarının daha hızlı ve fazla yükseldiği belirtilmektedir (Öner ve Le Compte, 1985; Biçersoy, 2015).

Bu araştırmada, hastaların durumluk kaygılarının orta düzeyde olduğu, sürekli kaygılarının ise, hafif düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu sonucu araştırmanın yapıldığı

yer özellikleri ve hasta özellikleri ile ilgili birkaç faktörün etkilediği söylenebilir: 1) Hastalar, araştırmanın yapıldığı özel vakıf hastanesinde, ameliyat kararını öğrendikten en fazla 1-2 gün içinde ameliyatları planlanmakta ve poliklinikte kendilerine ilk açıklama yapılmaktadır. Bu uygulama, hastaların beyin ameliyatı kararı gibi, kaygıyı arttıran bir uyarandan daha kısa süre boyunca etkilenmelerini sağlamaktadır. 2) Hastalar, farklı yerlerde tedavi seçeneklerini araştırıp geldiklerinden, tedavi seçeneğine ulaşmış olmanın, hastaların kaygılarını hafifletici etken olduğu söylenebilir. 3) Bu çalışma yalnızca 60 hastanın katılımı ile yapılmış olmasıdır. Daha geniş araştırma gruplarında, sonucun farklı olabileceği, durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasındaki ilişkinin kuvvetinin de daha anlamlı olarak saptanabileceği düşünülmektedir.

Hastaların sürekli kaygılarına göre durumluk kaygıları arttığından, araştırmanın bu sonucu,  $H_1$  hipotezini (Beyin tümörü ameliyatı olacak hastaların kaygı düzeyleri yüksektir) durumluk kaygı düzeyi açısından kısmen desteklemektedir.

## **5.2. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu çalışmada sosyo-demografik özelliklerine göre DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları ayrı ayrı karşılaştırıldığında sadece çalışmama nedenlerine göre sürekli kaygı düzeyleri arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ) (Tablo 4.6). Bulunan bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ikili karşılaştırma analizi sonucunda, ev hanımı ile emekli olanların kaygı puanları arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir. Bu çalışmada hastaların yarısından fazlası çalışmadığını bildirmiş ve bu hastaların da %65.6'sının emekli olmaları nedeniyle çalışmadığı saptanmıştır (Tablo 4.1). Çalışmama nedenlerine göre SKÖ puan ortalamasının; ev hanımları, emekli ve öğrencilerden oluşan üç grupta da orta düzeyde olmasına rağmen, SKÖ puan ortalamasının ev hanımlarında daha düşük, emekli olanlarda ise daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ameliyat öncesi kaygı düzeyini inceleyen çalışmalara bakıldığında; Yıldız (2011)'in, ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hastaların kaygı düzeylerinin incelediği çalışmasında, çalışmayan hastaların SKÖ puan ortalamalarının ( $50.45 \pm 7.70$ ) çalışan hastalara ( $48.02 \pm 6.07$ ) göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Çetin (2014)'in çalışmasında ve Gedik (2015)'in,

nöroşirurji hastalarında ameliyat öncesi ve sonrası kaygı düzeylerini incelediği çalışmasında ise, çalışma durumunun kaygı düzeyini etkilemediği bildirilmiştir.

Literatürde kaygı açısından erkeklere göre kadınların daha riskli olduğu; çalışmayan kadınlarda, çalışanlara göre kaygı gelişme riskinin fazla olduğu bildirilmektedir (Budakoğlu ve ark. 2005). Ancak bu çalışmada çalışmayan kadınların (ev hanımlarının) oranının (% 6.1) düşük olması nedeniyle, literatürden farklı olarak ev hanımlarında sürekli kaygı düzeyi düşük çıkmış olabilir. Ayrıca, ev hanımı olmak, çalışmama nedeni olarak gösterilse de, bu grup kadınlar gün içinde ev ve aile ile ilgili bir sorunla karşılaşmaktadır. Bu nedenlerle, daha büyük bir örneklem grubunda ev hanımlarının kaygı düzeyinin araştırılması önerilmektedir.

Araştırmanın bu sonucu, H<sub>2</sub> hipotezini (hastaların sosyo-demografik özelliklerinden bazıları, ameliyat öncesi kaygı düzeyini etkiler) ‘çalışmama nedenleri’ özelliği açısından desteklemektedir.

Bu çalışmada, kadın ve erkek hastaların durumluk kaygıları orta düzey, sürekli kaygıları ise hafif düzey olarak belirlenmiş aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Ancak erkek hastaların DKÖ puan ortalamalarının ( $47,18\pm 10,81$ ), kadın hastaların DKÖ puan ortalamalarına ( $43,66\pm 10,85$ ) göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.6). Araştırmanın bu sonucu Çetin (2014)’in çalışması ile benzerlik göstermektedir. Literatürdeki diğer araştırma sonuçlarına bakıldığında, farklı sonuçlar bildirildiği görülmüştür: Kayhan (2003) ve Turhan (2012)’nin ve Gedik’in çalışmalarında, kadınların durumluk kaygı puanlarının, erkeklere göre daha yüksek olduğu; Savaş (2011) ve Altun (2010)’nun çalışmalarında ise, DKÖ açısından kadın ve erkekler arasında fark olmadığı saptanmıştır. STAI’den farklı ölçüm araçları kullanılarak yapılan çalışmalar da bulunmaktadır. Bunlardan Duman (2003)’in preoperatif korku ve endişeyi etkileyen faktörleri değerlendirdiği çalışmasında hastaların kaygıları görsel analog skala (VAS) ile değerlendirilmiş ve kadın hastalara göre erkek hastaların kaygı düzeylerinin ( $78,2\pm 12,6$ ;  $68,5\pm 17,8$ ) daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Aykent (2007)’in, preoperatif anksiyete nedenleri incelediği, APAIS ve STAI skorlarını karşılaştırdığı çalışmasında kadın hastaların durumluk kaygıları ( $44,08\pm 0,67$ ) orta düzey iken, erkek hastaların ( $38,95\pm 0,63$ ) hafif düzeyde olduğu bildirilmiştir.

Kadınlar hormonal değişiklikler, ev ve işle ilgili nedenlerle, erkeklerden daha fazla stres altındadırlar. Aynı tür stres ile karşılaştıklarında dahi, kadınların ve erkeklerin tepkilerinin farklı olduğu bildirilmektedir (Budakoğlu ve ark. 2005). Bu çalışmada kadınların kaygı puan ortalamalarının erkeklere göre daha düşük olmasının nedeninin, çalışan kadınların oranının yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada, gelir durumu açısından hastaların düşük düzeyde sürekli kaygıya sahip oldukları, geliri giderinden fazla olan hastaların, diğer gelir düzeyindeki hastalara göre daha yüksek DKÖ (46.76±11.56, 44.17±10.41) ve SKÖ olduğu (39.92±12.95, 34.00±7.66) puan ortalamasına sahip ancak gelir durumuna göre hastaların SKÖ puan ortalamalarının arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p>0.05).

Araştırmanın bu sonucu, Yıldız (2011)'in çalışmasında geliri gidere denk olan hastaların (47.83 ± 5.91) ve geliri giderinden az olan hastaların SKÖ puan ortalamaları (51.07 ± 7.92) açısından bildirdikleri sonuçlarından farklılık göstermektedir. Gelir durumu, sağlık giderlerini karşılamada güçlük yaşamaya neden olabildiği için ameliyat öncesi kaygı nedeni olarak sayılabilirken, mevcut araştırmanın bu sonucunun hastaların başvurduğu kurumun özel olmasının ve hastaların mali durumlarını dikkate alarak kuruma gelmelerinin neden olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, çalışmada geliri giderinden fazla olduğunu bildirenlerin oranının daha düşük olmasına (%41.7) ve sağlık giderlerini karşılamakta güçlük yaşamadığını bildiren hasta oranının da daha düşük olmasına (%43.3) rağmen, kaygı puanlarının daha yüksek olması, hastaların iş ve evle ilgili sorumluluklarının fazla olması gibi, hastaların diğer özelliklerinden kaynaklanıyor olabilir. Bu özelliklerin kaygı düzeyine etkisinin, daha büyük örneklem grubunda araştırılması önerilmektedir.

Medeni durumun kaygı düzeyi üzerinde etkili olduğu, bekar olan bireylerin destek faktörlerinin yetersizliği ve yalnızlık duygusu gibi faktörler nedeniyle daha fazla kaygı yaşayabilecekleri belirtilmektedir (Bahar ve Taşdemir, 2008). Bu çalışmada medeni durumun durumluk ve sürekli kaygıya etkisinin olmadığı ancak evli olan hastaların bekar olanlara göre DKÖ puan ortalamalarının (46.50±10.48; 42.75±11.52) yüksek olduğu belirlenmiş, durumluk kaygılarının orta düzey, sürekli kaygılarının ise

hafif düzeyde ( $36.77\pm 10.81$ ;  $35.85\pm 10.16$ ) olduğu saptanmıştır. Bekar hastaların çoğunluğu ailesi ile birlikte yaşadığını bildirmiştir. Hastaların birlikte yaşadığı kişiler açısından bakıldığında, yalnız ve ailesi ile birlikte yaşayanların orta düzeyde kaygılarının bulunmasına rağmen, yalnız yaşayanların DKÖ puan ortalamalarının ( $50.75\pm 10.21$ ), ailesi ile yaşayanlara göre ( $40.75\pm 11.22$ ) yüksek olduğu, SKÖ puanının ise daha düşük olduğu ( $31.75\pm 5.18$ ;  $36.87\pm 10.94$ ) saptanmıştır (Tablo 4.6).

Çalışmalar incelendiğinde, medeni durumun kaygı düzeyine etkisine ilişkin farklı sonuçların bildirildiği görülmüştür: Şıvgın (2013)'in elektif cerrahi planlanan hastalarda psikolojik ve farmakolojik premedikasyonun preoperative anksiyete düzeyine etkisini karşılaştırdığı çalışmasında, medeni durumun kaygı düzeyine etkisinin olmadığı bildirilmiştir. Gedik (2015)'in yapmış olduğu çalışmada medeni durumun kaygıyı etkilemediği bildirilmiştir. Taşdemir (2013)'in çalışmasında bekar olan bireylerin daha kaygılı olduğu bildirilmiştir. Fındık (2012), cerrahi girişime alınmış şeklinin ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisini incelediği çalışmasında, ameliyata özgü kaygı ölçeği kullanmış, evli olan hastaların kaygılarının ( $23.69\pm 7.34$ ) planlı olan ameliyatlarda bekar olan hastalara ( $25.00\pm 1.00$ ) göre daha az olduğunu ve bunun nedeninin evli olan hastaların eş ve çocuklarının desteğine bağlı olduğunu düşündüğünü bildirmiştir.

Bu çalışmada evli olanlarda bekar olanlara göre daha yüksek DKÖ puanı ortalaması saptanmasının nedeninin, yalnız yaşayan hastaların çoğunluğunun ailesi ile birlikte yaşaması ve bu hastaların DKÖ puan ortalamalarının düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada, ameliyat öncesi kaygı ile ilişkisi olduğu vurgulanan yaş ve eğitim düzeyi özellikleri açısından hastaların DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Çalışmalarda sürekli kaygının, yaş arttıkça kronik hastalıklarla karşılaşma riskinin artması, emeklilik, fiziksel olarak başkalarına bağımlılık riskinin artması, geniş aileden daha küçük aileye dönüş gibi nedenlerle, arttabileceği bildirilmektedir (Bahar ve Taşdemir, 2008; Aykent, 2007).

Hastaların yaş gruplarına göre DKÖ puan ortalarına bakıldığında, 41-50 yaş arasında olan hastaların DKÖ puan ortalamalarının ( $48.36 \pm 10.72$ ), diğer yaş gruplarındaki hastalara göre daha yüksek olduğu, ancak genel olarak tüm yaş gruplarındaki hastaların kaygılarının orta düzeyde olduğu; SKÖ puan ortalamalarına bakıldığında ise, 18-30 yaş grubu hastaların SKÖ puan ortalamalarının ( $33.35 \pm 9.21$ ), diğer yaş gruplarındaki hastalara göre daha düşük olduğu, tüm yaş gruplarındaki hastaların sürekli kaygılarının hafif düzeyde olduğu saptanmıştır.

STAI veya farklı ölçüm araçları kullanılarak yapılan araştırmalarda; kaygının olumlu yönde ve yaşla doğru orantılı olarak arttığı (Bahar ve Taşdemir, 2008; Kayhan, 2003; Altun 2010), durumluk kaygının 30 yaş altında düşük ve 60 yaş üstü olanlarda hafif düzeyde olduğu (Aykent, 2007); 50 yaş ve üzerinde düşük düzeyde kaygılı oldukları (Bahar ve Taşdemir, 2008) ve durumluk kaygı düzeyleri değişmezken, sürekli kaygı düzeylerinin yükseldiği (Yıldız, 2011) bildirilmiştir. Bu çalışmada, beyin tümörü ameliyatının tüm hasta bireylerde durumluk kaygı düzeyini etkileyebileceği, ancak orta yaş grubu hastaların mesleki ve aile sorumluluklarının daha fazla olabileceği için, bu sorumlulukların aksamasının kaygıya neden olabileceği düşünülmektedir.

Literatürde, eğitim düzeyi arttıkça bireylerin durumları daha çok sorguladığı, araştırdığı, bilgileri arttıkça her konuda daha bilinçli kararlar verebildikleri ve etkin baş etme yaklaşımları geliştirdikleri belirtilmektedir (Özdemir ve ark. 2001; Kayhan, 2003). Bu bilgi doğrultusunda eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin, daha az kaygı yaşamaları beklenmektedir. Araştırmaya katılan hastaların eğitim düzeylerine bakıldığında ortaokul ve altı ( $45.71 \pm 11.70$ ;  $36.71 \pm 12.32$ ), lise ( $44.00 \pm 11.68$ ;  $37.21 \pm 8.85$ ), lisans ve üzeri ( $46.52 \pm 10.00$ ;  $35.56 \pm 12.02$ ) eğitim düzeyi olan hastaların DKÖ puan ortalamalarına göre orta düzey, SKÖ puan ortalamalarına göre ise, hafif düzey kaygılarının olduğu saptanmıştır. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ) Hastaların SKÖ puan ortalaması sonuçlarının, literatürde belirtildiği gibi, daha yüksek eğitim düzeyinde yani lisans ve üzeri hasta grubunda düştüğü görülmüştür (Tablo 4.6).

Araştırmalarda eğitim düzeylerine göre farklı kaygı düzeylerinin saptandığı bildirilmiştir (Yıldız, 2011; Kayhan, 2003). Bu çalışmada hem durumluk hemde sürekli kaygı düzeyleri açısından eğitim düzeyleri arasında farkın olmamasında, hastaların yaşamı tehdit eden hastalık tanısına sahip olmalarının etkili olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada hastaların yaşadıkları yerlere bakıldığında, ameliyat için yattıkları kurumun bulunduğu il olan İstanbul'da yaşayan ve İstanbul dışında yaşayanların durumluk kaygılarının orta düzey ( $45.28 \pm 11.25$ ,  $45.18 \pm 10.18$ ), sürekli kaygılarının hafif düzeyde ( $36.47 \pm 10.48$ ,  $36.45 \pm 10.83$ ) olduğu, ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı saptanmıştır ( $p > 0.05$ ) (Tablo 4.6). Çetin (2014)'in çalışmasında ilçede yaşayan hastaların DKÖ puan ortalamalarının, ilde yaşayan hastaların DKÖ puan ortalamalarından ( $54.167 \pm 10.179$ ;  $50.180 \pm 13.301$ ) daha yüksek olduğu ancak, her iki grubunda orta düzey kaygıya sahip olduğu bildirilmiştir. Hastanenin bulunduğu şehirde yaşamak, acil durumlarda hizmete ulaşmayı ve hizmet almayı kolaylaştırmakta ve kaygıyı azaltmaktadır. Ancak bu çalışmada, yaşanan yere göre durumluk ve sürekli kaygılarının arasında fark bulunmamasının, tüm hastalar için tanının ve ameliyatın aynı öneme sahip olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Mevcut çalışmada evde bakımından sorumlu olduğu kişi olan ve olmayan hastaların durumluk kaygıları ( $46.45 \pm 10.38$ ;  $43.96 \pm 11.44$ ) orta düzey, sürekli kaygıları ( $37.67 \pm 11.71$ ;  $35.17 \pm 9.11$ ) ise hafif düzey olarak bulunmuş, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ) (Tablo 4.6). Ancak hastaların DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları incelendiğinde, bakımından sorumlu olduğu kişinin varlığının, durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamalarını arttırdığı belirlenmiştir (Tablo 4.6).

Ayoğlu (2003)'un ameliyat öncesi ve sırası bilgi vermenin hasta ailelerinin anksiyete düzeylerine ve kan basıncı değerlerine etkisinin araştırdığı çalışmasında da, evde bakımından sorumlu olduğu kişiler olan hastaların, kontrol ve deney grubunda aralarında anlamlı fark bulunmamıştır. Bu çalışmanın sonucu, Ayoğlu (2003)'ün çalışması ile benzerlik göstermektedir. Kaygı puan ortalamalarının yüksekliğinin, bakım sorumluluğunun aksaması kaygısı nedeniyle olabileceği düşünülmektedir.

### **5.3. Hastaların Sağlık Durumu Özelliklere Göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Araştırmaya katılan hastaların sağlık durumu özellikleri ve kaygı ölçeği puanları incelendiğinde, malign beyin tümörü olan hastaların ve epileptik nöbet geçiren hastaların DKÖ ve SKÖ puanlarının ve uyku durumu düzensiz olan hastaların SKÖ

puanlarının yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.7).

Çalışmada, malign tümör tanısı olan hastaların DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları, benign tümör tanısı olan hastalara ( $50.07\pm 10.97$ ;  $41.30\pm 9.22$  ve  $39.33\pm 12.24$ ;  $34.12\pm 8.35$ ) göre yüksek olmasına rağmen, her iki grubunda durumluk kaygılarının orta düzeyde, sürekli kaygılarının ise, hafif düzeyde olduğu saptanmıştır.

Kilbride (2007)'in cerrahi ve radyoterapi alan malign beyin tümörü olan hastalarda anksiyete ve depresyon nedeni ve sıklığını incelediği çalışmasında, malign tümörü olan hastaların kaygı düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmiştir. Lucas (2013) çalışmasında, malign tümör tanısı olan hastaların ve yakınlarının daha kaygılı olduklarını bildirmiştir. Gedik (2015)'in çalışmasında ameliyat öncesinde malign ve benign tümör tanısı olan hastalar arasında anlamlı fark bulunmadığı ancak, ameliyat sonrasında malignitesi olan hastaların kaygı düzeyinin anlamlı düzeyde yükseldiği bildirilmiştir. Turgut ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada kanser olduğunu düşünen hastaların kaygı düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmiştir. Duman (2003)' nın yapmış olduğu ve preoperatif korku ve endişeyi etkileyen faktörlerin değerlendirdiği çalışmasında, malignitesi olan hastaların diğer hastalarla aynı düzeyde kaygı yaşadıkları, bu sonucun yeterince bilgi sahibi olmama ve sosyokültürel düzeyle ilişkili olabileceği bildirilmiştir. Kapçı (2006)'nın ameliyat olan kanser hastalarının kaygı ve depresyon düzeylerini bazı değişkenler açısından incelediği çalışmasında, depresyon ve kaygının kanserli hastalarda yüksek düzeyde görüldüğü, hastalığı kontrol edebileceğine inanan hastaların, inanmayan hastalara göre daha az kaygılı olduğu bildirilmiştir. Fındık ve Topçu (2012)'nin yaptığı, cerrahi girişime alınma şeklinin ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisini araştırdığı çalışmasında, ameliyata özgü kaygı ölçeği kullanılarak kaygı düzeylerine bakılmış ve kanser olasılığı olduğunu düşünen hastaların, acil ve gününbirlik cerrahi girişimlerde kaygı düzeylerinin anlamlı bir şekilde arttığı bildirilmiştir.

Malignite belirlenen hastalar, yaşamlarını önemli bir şekilde etkileyebilecek fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimleri içine alan bir sürece girmekte ve bu süreçte de hem hastada hem de yakınlarında duygu durum bozuklukları görülebilmektedir (Gültekin, 2008). Bu çalışmanın sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir.



Çalışmanın bu sonucunun, malign beyin tümörüne sahip olan hastaların tedavi süreçlerinin, benign tümörü olan hastalara göre daha uzun ve riskli olmasının, hastalardaki durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini artırdığı düşünülmektedir.

Çalışmada, epileptik nöbet geçirmiş hasta oranı (%28.3), nöbet geçirmemiş hasta oranının (%71.7) yarısından daha az olmasına rağmen (Tablo 4.2), epileptik nöbet geçirmiş hastaların orta düzey olan DKÖ puan ortalamalarının, nöbet geçirmemiş hastaların DKÖ puan ortalamalarından ( $52.70 \pm 10.84$ ,  $42.30 \pm 9.50$ ); sürekli kaygılarının ise, epileptik nöbet geçirmiş hastaların orta düzey ( $42.00 \pm 12.60$ ) olan SKÖ puan ortalamalarının, epileptik nöbet geçirmemiş hastaların hafif düzey ( $34.27 \pm 8.81$ ) olan SKÖ puan ortalamalarından yüksek olduğu saptanmıştır.

Alkın (2003)'ın, epileptik olgularda panik bozukluğu görülme sıklığını incelediği çalışmasında, epilepsili hastalarda zaman içinde hastalıkla birlikte panik bozukluğu görülme süresi, epilepsi tanısı olmayan hastalara oranla üç kat daha fazla bulunmuş ve epilepsinin kaygı ve panige neden olduğunu bildirilmiştir. Akçalı (2009)'nın, epilepsi hastalarında yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete ve çok boyutlu algılanan desteği incelediği ve Beck Anksiyete Ölçeğini kullandığı çalışmasında, epileptik nöbet geçiren hastaların kaygı düzeylerinin ( $17.35 \pm 12.70$ ), epileptik nöbet geçirmemiş hastalara göre ( $10.81 \pm 8.20$ ) daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Koç (2011)'un, epilepsili ve sağlıklı bireylerin kaygı, depresyon ve umutsuzluk düzeylerinin karşılaştırdığı çalışmasında, epileptik nöbet geçiren hastaların DKÖ puan ortalamalarının ( $43.56 \pm 4.34$ ), epileptik nöbet geçirmemiş olan hastaların DKÖ puan ortalamalarına ( $41.96 \pm 4.97$ ) göre daha yüksek olduğu her iki grubunda orta düzey kaygıya sahip olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada epileptik nöbet geçiren hastaların SKÖ puan ortalamaları ( $48.88 \pm 6.56$ ), epileptik nöbet geçirmemiş olan hastaların SKÖ puan ortalamalarından ( $45.65 \pm 5.95$ ) daha yüksek bulunmuş ancak, her iki grubun kaygıları orta düzey olarak bildirilmiştir. Bifftu (2014) kuzey batı Etyopya'da epilepsili bireylerde depresyonu incelediği çalışmasında, epilepsili hastalarda depresyon prevalansının yüksek olduğunu bildirmiştir.

Bu çalışma Alkın (2003), Akçalı (2009), Koç (2011)'un çalışmaları ile benzerlik göstermektedir. Epileptik nöbetler geçici olarak bilinç ve duyuşsal algının bozulmasına neden olan ve beraberinde ilaç kullanımı gerektirebilen durumlardır.

Epileptik nöbeti olan hastaların diğer hastalara kıyasla daha fazla takip ve tedavilerinin olması, hastaların DKÖ puanlarının yüksek olmasına neden olduğu düşünülmektedir. Epileptik nöbet geçiren hastaların gündelik hayatlarında sürekli olarak nöbetlerin yarattığı stresi yaşamaları, SKÖ puanlarının artmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada uyku durumu düzenli olan hasta oranı, düzensiz olan hasta oranının üç katından fazla olmasına rağmen (%78.3, %21.7) (Tablo 4.2) uyku durumu düzensiz olan hastaların sürekli kaygıları ( $41.61 \pm 10.23$ ) orta düzey, uyku durumu düzenli olan hastaların sürekli kaygılarının ise ( $35.04 \pm 10.25$ ) hafif düzey olduğu ve istatistiksel olarak aralarındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). DKÖ puan ortalaması açısından uyku durumu düzenli hastara göre, düzensiz olan hastaların DKÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ( $44.87 \pm 9.46$ ;  $46.61 \pm 15.40$ ) ancak, her iki grubunda orta düzey kaygıya sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7).

Seven (2013)'nin, kanser tanısı alan hastaların yaşadığı fiziksel ve psikolojik semptomların belirlenmesine yönelik yapmış olduğu çalışmada, hastanın %67.6'sında uyku düzensizliği semptomu görülmüş, Beck Anksiyete Ölçeği uygulanan bu hastaların kaygılarının yüksek olduğu bildirilmiştir. Seven (2013)'in çalışma sonucu, mevcut çalışma ile benzerlik göstermektedir. Bu çalışmada, hastaların ameliyat öncesi dönemde olmalarının, uyku durumu düzensiz olan hastalarda kaygının daha da yükselmesinin nedeni olabilir. Ancak, durumluluk kaygı düzeyi açısından, uyku durumu düzenli ve düzensiz olan gruplar arasındaki değişimin az olması sonucunun uyku durumu düzensiz olan hastaların oranının az olmasından kaynaklanabileceği, bu nedenle, daha büyük örneklem grubunda bu özelliğin araştırılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın beyin tümörü tipi ve epileptik nöbet geçirme durumuna ilişkin DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları sonuçları ve uyku durumuna ilişkin SKÖ puan ortalamaları sonuçları; araştırmanın H<sub>3</sub> hipotezini (beyin tümörü ameliyatı olacak hastaların, hastalıkla ilgili hastalık özelliklerinden bazıları, kaygı düzeylerini etkiler) desteklemektedir.

Bu çalışmada, sigara kullanma durumu açısından; düzenli sigara kullandığını bildiren hasta oranı az olmasına rağmen (%26.7) (Tablo 4.2), bu hastaların DKÖ puan

ortalamasının daha yüksek olduğu ( $49.50 \pm 9.91$ ), DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ( $p > 0.05$ ) (Tablo 4.7).

Çetin (2014)'in çalışmasında ameliyat öncesi DKÖ puan ortalamaları sigara kullanan ve kullanmayan hastalarda ( $50.652 \pm 11.857$ ;  $53.470 \pm 11.408$ ) orta düzey olduğu, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı bildirilmiştir. Sigara kullanımı olan bireyler bağımlılıkla baş etmede sorun yaşayabilmektedir. Kaygı yaratan durumlar, daha fazla sigara içme isteğinin olmasına neden olabilmektedir (Karadağlı ve Nahcivan, 2012). Bu çalışmanın sonucu, literatür ile benzerlik göstermektedir. Mevcut çalışmada sigarayı aktif kullanan hastaların kullanmayan hastalara göre DKÖ puan ortalamalarının daha yüksek olmasının, hastaneye yatış yapıldığı andan itibaren hastaların sigara içmesinin yasaklanmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada hastaların yaklaşık olarak üçte birinde kronik hastalık (diyabet ve/veya hipertansiyon) bulunmasına (%30) (Tablo 4.2) ve kronik hastalığı olan hastaların DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarının ( $46.83 \pm 10.26$ , orta düzey;  $38.22 \pm 12.81$ , hafif düzey), kronik hastalığı olmayan hastaların puan ortalamalarından ( $44.57 \pm 11.19$ , orta düzey;  $35.71 \pm 9.45$ , hafif düzey) daha yüksek olmasına rağmen, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ) (Tablo 4.7).

Kronik hastalıklar genellikle yavaş ilerlemekte ve bireyin düzenli olarak kontrolünü gerektirmektedir (WHO, 2016). Kronik hastalığı olan hastaların ilaç kullanımı ve fiziksel değişiklikler gibi nedenlerle kaygılı oldukları belirtilmektedir (Akın ve Durna, 2006). Ayrıca, kronik hastalıklarla birlikte birçok psikolojik sorunun gelişebildiği belirtilmektedir (Akın ve Durna, 2006; Sönmez ve Kasım, 2013).

Bu çalışmada, kronik hastalığı bulunan hastalarda DKÖ puan ortalamasının artmasının; diyabet ve/veya hipertansiyon hastalığı bulunan bu hastaların, hastalıklarına ve kullandıkları ilaçlara bağlı sorunlarla sık karşılaşabilmeleri, bu hastalıkların yönetiminde hastaların doğrudan sorumluluğunun fazla olması ve hastalıkların beyin tümörü tedavisini olumsuz etkileyebileceğine ilişkin kaygılar nedenleriyle olabileceği düşünülmektedir.

#### 5.4. Hastaların Önceki Ameliyat Özelliklerine Göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu araştırmada daha önce hastaneye yatan ve ameliyat olan hastaların DKÖ puan ortalamaları, hastaneye yatmamış ve ameliyat olmamış hastaların DKÖ puan ortalamalarından yüksek bulunmasına rağmen ( $47.69 \pm 11.86$ ,  $43.38 \pm 9.85$ ) ( $49.44 \pm 11.59$ ,  $43.45 \pm 10.19$ ); hastaların önceki ameliyatlarına ilişkin iki özellik açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0.05$ ): Bunlar, daha önce beyin ameliyatı olma ve önceki ameliyatında kaygı yaşamış olmasıdır.

Çalışmada daha önce beyin ameliyatı olmuş hastaların ve önceki ameliyatlarında kaygı yaşamış hastaların DKÖ ( $55.66 \pm 8.87$ ,  $43.22 \pm 10.94$ ) ( $52.69 \pm 10.65$ ,  $41.00 \pm 10.34$ ) ve SKÖ ( $42.88 \pm 12.67$ ,  $30.44 \pm 3.77$ ) ( $39.61 \pm 11.77$ ,  $29.00 \pm 2.54$ ) puan ortalamaları, daha önce beyin ameliyatı olmamış ve önceki ameliyatlarında kaygı yaşamamış hastaların kaygı DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuş ve aralarındaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ) (Tablo 4.8). Ayrıca hastaların, durumluk kaygılarının her iki hasta grubunda orta düzeyde iken, sürekli kaygılarının daha önce beyin ameliyatı olmamış hastalarda hafif düzey, beyin ameliyatı olmuş hastalarda ise, orta düzeyde olduğu da belirlenmiştir. Çalışmada hastalar, önceki ameliyatında kaygı yaşama nedeni olarak; yarısı ağrı ve ameliyat sonrası fonksiyon kaybını, %16.6'sı ameliyat sonrası uyanamayı ve %11.1'i ölümü bildirmişlerdir (Tablo 4.3).

Literatür incelendiğinde daha önce hastaneye yatma deneyimi olan hastaların (Yıldız, 2011; Akman, 2015) ve daha önce ameliyat olma deneyimi olanların (Duman,2003; Aykent,2007) kaygı düzeylerinin yüksek olduğunu bildiren çalışmaların bulunduğu belirlenirken, daha önce ameliyat olmayanlarda kaygı düzeyinin yüksek olduğunu bildiren çalışmaların (Akkaş Gürsoy, 2001; Altun,2010; Çetin,2014), daha önce beyin ameliyatı geçiren hastaların şimdiki ameliyatlarında kaygı düzeylerinin azalmadığını bildiren çalışmanın (Perks, 2009) ve daha önce ameliyat deneyimi olan ve olmayan hastaların kaygı düzeyleri arasında fark bulunmadığını bildiren çalışmaların da bulunduğu görülmüştür (Fındık ve Topçu,2012; Sönmez,2013; Şıvgın,2013; Güz, 2003).

Yıldız (2011)'in çalışmasında daha önce ameliyat ve tıbbi tedavi olmak için hastaneye yatan hastaların DKÖ puan ortalamalarının ( $45.70 \pm 4.80$ ) sadece tıbbi tedavi için yatan hastalardan ( $42.53 \pm 5.35$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu; Akman (2015)'in yapmış olduğu çalışmada daha önce hastaneye yatma deneyimi olan hastaların SKÖ puan ortalamalarının ( $44.8 \pm 5.08$ ), DKÖ puan ortalamalarına ( $36.95 \pm 5.72$ ) göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

Akkaş Gürsoy, (2001)'un çalışmasında daha önce ameliyat deneyimi olmayan hastaların DKÖ puan ortalamaları ( $51.96 \pm 9.92$ ), ameliyat deneyimi olan hastaların DKÖ puan ortalamalarından ( $47.62 \pm 8.72$ ) daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada ameliyat deneyimi olan ve olmayan hastaların sürekli kaygıları ( $44.41 \pm 8.09$ ;  $44.00 \pm 7.05$ ) arasında anlamlı bir fark olmadığı ve orta düzey kaygılı oldukları bildirilmiştir. Altun (2010)'un çalışmasında daha önce ameliyat öyküsü olan hastaların DKÖ puan ortalamaları ( $38.12 \pm 9.47$ ) ,ameliyat öyküsü olmayan hastaların DKÖ puan ortalamalarından ( $40.01 \pm 10.09$ ) daha düşük olduğu, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı bildirilmiştir. Çetin (2014)'in çalışmasında ilk kez ameliyat olacak olan hastaların DKÖ puan ortalamalarının ( $54.748 \pm 10.622$ ), daha önce ameliyat deneyimi yaşamış olan hastaların DKÖ puan ortalamalarına ( $48.250 \pm 12.351$ ) göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirilmiştir.

Güz (2003)'ün çalışmasında, daha öncesinde ameliyat deneyimi olan hastaların DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları ( $47.1 \pm 7.16$ ;  $43.5 \pm 2.4$ ) ile ameliyat deneyimi olmayan hastaların DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları ( $43 \pm 10.1$ ;  $40.6 \pm 8.9$ ) arasında anlamlı bir fark bulunmadığını bildirmiştir. Ancak ameliyat deneyimi olan hastaların DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları, ameliyat deneyimi olmayan hastaların puan ortalamalarından yüksek olduğu görülmüştür. Duman (2003)'in çalışmasında ise, VAS anksiyete skoruna göre ameliyat deneyimi olan hastaların ( $71.0 \pm 11.2$ ), ameliyat deneyimi olmayan hastalara göre ( $57.1 \pm 16.6$ ) daha kaygılı oldukları bildirilmiştir. Aykent (2007)'in preoperatif anksiyete nedenlerini incelediği çalışmasında, APAIS ve STAI ölçüm araçlarının karşılaştırıldığı çalışmasında, daha önce ameliyat deneyimi olduğunu belirten hastaların DKÖ puan ortalamalarının ( $42.00 \pm 0.70$ ), ameliyat deneyimi olmayan hastaların DKÖ puan ortalamalarından ( $41.13 \pm 0.63$ ) daha yüksek olduğu ancak, her iki grubunda orta düzey kaygılı olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı bildirilmiştir.

Perks (2009)'in çalışmasında daha önce beyin ameliyatı geçiren hastaların şimdiki ameliyatlarında kaygı düzeylerinin azalmadığını bildirilmiştir.

Fındık ve Topçu (2012)'nin çalışmasında, daha önce ameliyat deneyimi yaşamış hastaların planlı, acil ve günübirlik cerrahilerde, daha önce ameliyat deneyimi yaşamamış hastalara göre kaygılarında anlamlı bir fark bulunmadığı bildirilmiştir. Sönmez (2013)'in çalışmasında daha önce ameliyat deneyimi olan ve olmayan hastaların DKÖ puan ortalamaları ( $27.73 \pm 4.7$ ;  $28.07 \pm 4.5$ ) ve SKÖ puan ortalamaları ( $33.03 \pm 3.9$ ;  $33.89 \pm 3.7$ ) arasında anlamlı bir fark olmadığı ve hastaların hafif kaygıya sahip olduğu bildirilmiştir. Şıvgın (2013)'in çalışmasında daha önce ameliyat deneyimi yaşamış ve yaşamamış hastaların durumluk kaygıları ile sürekli kaygıları arasında anlamlı fark bulunmamış ve orta düzey kaygılı oldukları bildirilmiştir (Ameliyat deneyimi yaşamış: 48(23-71) (medyan min-max); ameliyat deneyimi yaşamamış: 51(32-66) (medyan min-max)).

Bu çalışmanın bulguları; Yıldız (2011), Aykent (2007), Güz (2003) ve Duman (2003)'in çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Bilişsel kuramcılar, önceki deneyimlerin hafızaya yerleşmesi nedeniyle, ameliyat öncesi kaygıyı arttırabildiğini bildirmektedir (Cimilli, 2001). Bu çalışmanın daha önce ameliyat kaygısı yaşamış olmanın durumluk ve sürekli kaygıyı arttırdığı sonucunun, başta ameliyat sonrası ağrı ve fonksiyon kaybı olmak üzere, aynı nedenlerle yaşanabilecek korkulardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca araştırmanın daha önce beyin ameliyatı olmanın durumluk ve sürekli kaygıyı arttırması sonucunun ise, beyin ameliyatlarında ameliyat sonrası sürecin diğer ameliyatlara göre daha uzun ve güç olmasından ve komplikasyonların ciddiyetinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmanın daha önce beyin ameliyatı olma durumuna ve daha önceki ameliyatında kaygı yaşama durumuna ilişkin DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları sonuçları; araştırmanın  $H_4$  hipotezini (Beyin tümörü ameliyatı olacak hastaların önceki ameliyatına ilişkin özelliklerinden bazıları kaygı düzeyini etkiler) desteklemektedir.

## 5.5. Hastaların Şimdiki Ameliyat Özelliklerine Göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada hastaların ameliyat öncesi serviste kaldığı süre ile ilişkili olarak, eğitimi hem ameliyata ilişkin eğitimi sadece poliklinikte alan hastaların oranı daha az olmasına (%18.3) (Tablo 4.4) ve bu hastaların kısa zamanda ameliyata alınmaları nedeniyle ameliyattan hemen önce tekrar eğitim alma olanakları bulunmamasına rağmen, poliklinikten kliniğe yatışı yapıldıktan sonra hem poliklinik hem de serviste eğitim verilen hastalarda durumluk kaygının hafif düzeyden orta düzeye doğru arttığı ( $38.54 \pm 7.38$ ;  $46.75 \pm 11.03$ ); hastaların ameliyata ilişkin eğitim alma zamanına göre DKÖ puan ortalaması açısından farkın da anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ) (Tablo 4.9).

Yapılan çalışmalarda genel olarak hastaneye yatış öncesi ve serviste eğitim alan hastaların, ameliyat öncesi eğitim alan hastalara oranla daha az kaygılı oldukları saptanmıştır (Altun, 2010; Çetin, 2014; Şıvgın, 2013). Mainio (2011) çalışmasında, hastanın beyin tümörü ameliyatını bekleme süresi arttıkça kaygının da arttığını belirlemiştir. Jjala (2010)'nın yapmış oldukları çalışmada, ameliyat öncesinde anestezi yöntemine dair bir video izletilmiş ve kaygı ölçeği puan ortalamaları, iki hafta önce yapılmış olan kaygı ölçeği puan ortalamaları ile karşılaştırılmıştır. Videoyu izleyen hastaların kaygı düzeylerinde belirgin azalma olduğu görülmüştür.

Ameliyat öncesi dönemde hastanın eğitimi ve bilgilendirmesi psikolojik açıdan ameliyata hazırlanmanın ilk basamağıdır. Durumluk kaygının stresin yüksek olduğu dönemlerde yükselmesi ve stres ortadan kalktığında ise, düşmesi beklenmektedir (Öner Le Comple, 1985).

Literatürün aksine, bu çalışmada, daha fazla eğitim aldıkları halde poliklinikte ve serviste eğitim alan hastalarda durumluk kaygı düzeyinin iki nedenle yükselmiş olabileceği düşünülmektedir: İlk neden; sadece poliklinikte eğitim alıp kısa süre sonra ameliyat olan hastalar, stresin asıl kaynağından yani, ameliyatın kendisinden daha az etkilenmiş olabilirler. Diğer yandan poliklinik ve serviste eğitim alan hastaların, ameliyatla ilgili düşünme ve etkilenme süresinin daha uzun olması, hastaların kaygı düzeyini arttırmış olabilir. İkinci neden ise; bu araştırmada incelenmemiş olmasına

rağmen, eğitim yönteminin niteliği kaygı düzeyi ile ilişkili olabilir. Bu özelliğin, yalnızca poliklinikte ve hem poliklinikte hem de serviste eğitim alanlarda kaygı düzeyine etkisinin incelenmesi önerilmektedir.

Araştırmanın hastaların şimdiki ameliyata ilişkin eğitim alma zamanlarına ilişkin DKÖ puan ortalamaları; araştırmanın H<sub>5</sub> hipotezini (beyin tümörü ameliyatı olacak hastaların şimdiki ameliyatına ilişkin özelliklerinden bazıları, kaygı düzeyini etkiler) desteklemektedir.

Hastaların tamamının ameliyattan önce eğitim almış, eğitimi yeterli bulduğunu ifade etmiş ve ameliyat öncesi verilen ve ameliyat işlemine ilişkin açıklamayı ise, hastaların çoğunluğu (%86.7) yeterli bulduğunu bildirmiştir (Tablo 4.4). Ameliyata işlemine ilişkin açıklamayı yeterli bulan hastaların SKÖ puan ortalamaları (36.00±10.24), yeterli bulmayan hastaların SKÖ puan ortalamalarına (39.50±12.49) göre daha düşük bulunmuş ancak, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 4.9). Bu çalışmada ayrıca ameliyat sonrası bakım eğitimini, hastaların %73.3'ü yeterli bulmasına rağmen (Tablo 4.4), eğitimi yeterli bulan hastaların DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları, eğitimi yeterli bulmayan hastaların puan ortalamalarından (45.50±10.67;37.15±11.75) (44.56±11.78; 34.56±5.85) yüksek bulunmuş ancak, arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 4.9).

Akkaş Gürsoy, (2001)'un çalışmasında, orta büyüklükteki ameliyatlarda ameliyata ilişkin eğitim alan hastaların DKÖ puan ortalamaları (47.47±8.48), eğitim almayanların DKÖ puan ortalamalarına (50.71±10.81) göre daha düşük olarak bildirilmiştir. Aynı çalışmada ameliyat öncesinde eğitim alan hastaların SKÖ puan ortalamalarını (41.82±6.60), eğitim almayan hastaların SKÖ puan ortalamalarına (45.42±8.52) göre daha düşük olduğu, her iki grubunda orta düzey kaygılı oldukları bildirilmiştir. Akkaş Gürsoy, (2001), eğitim almanın kaygı düzeyini azalttığını bildirmektedir. Karayurt (1998)'un çalışmasında, ameliyat öncesi üç hasta grubunun her birine daha kapsamlı içerikte eğitim verilmiş ve bu eğitimlerin hastaların anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisi değerlendirilmiştir. Eğitim içeriği genişledikçe ve alana hakim kişiler tarafından eğitim verildikçe, hastaların DKÖ puan ortalamalarının azaldığı bildirilmiştir (1.grup rutin ameliyat öncesi eğitim almış: 49.70±10.34; 2.gruba rutin



ameliyat öncesi eğitim ve klinik eğitim hemşiresi tarafından ameliyathaneye ilişkin eğitimi verilmiş:  $41.72 \pm 9.18$ ; 3.gruba rutin ameliyat öncesi eğitim ve ameliyathane hemşiresi tarafından ameliyathaneye ilişkin eğitim verilmiş:  $35.12 \pm 8.93$ ). Karayurt (1998)'un bu çalışmasında SKÖ puan ortalamalarına bakıldığında (1.grup:  $42.05 \pm 8.51$ ; 2.grup:  $40.45 \pm 8.86$ ; 3.grup:  $39.77 \pm 8.95$ ) grupların arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir. Farklı eğitim programlarının ameliyat öncesi durumluk kaygıyı azaltmada, değişen derecelerde etkili olduğu bildirilmiştir (Karayurt, 1998). Lin (2016)'in ameliyat öncesinde eğitimin farklı yöntemlerle verilerek hastaların kaygı düzeylerini saptadığı çalışmasında, video ile eğitim verilen hasta grubunda kaygı düzeyinin belirgin düzeyde azaldığını bildirmiştir. Yıldız (2011)'in çalışmasında ameliyat hakkında eğitim almayan hastaların SKÖ puan ortalamalarının ( $51.61 \pm 8.65$ ), eğitim alan hastalardan ( $48.17 \pm 5.88$ ) yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada eğitim alan ve almayan hastaların DKÖ puan ortalamaları ( $43.22 \pm 5.06$ ;  $43.69 \pm 5.95$ ) arasında fark bulunmadığı bildirilmiştir.

Ameliyat öncesinde verilecek eğitimin, hastaların kaygı düzeyini azaltacağı belirtilmektedir (Cimilli, 2001; Akman,2015; Durmuş,2015). Bu çalışmada, SKÖ ölçeği puan ortalaması yüksek olanların, ameliyat işlemine ilişkin açıklamayı yeterli bulmamaları, bu hastaların ameliyat öncesi dönemi daha kaygı verici bulmaları ve bu nedenle daha fazla eğitime ve desteğe gereksinim duymaları nedeniyle olabilir. Sürekli kaygının tanımında belirtildiği gibi, sürekli kaygı, kaygıya eğilimi gösteren bir kişilik özelliğidir. Birey, içinde bulunduğu durumları genel olarak stresli olarak algılama ya da yorumlama eğilimindedir (Öner ve Le Compte, 1985).

Bu çalışmada ayrıca, ameliyat sonrası bakım eğitimini yetersiz olarak değerlendirenlerin, DKÖ ve SKÖ puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, tüm hastaların üçte biri oranındaki (%26.7) (Tablo 4.4) bu hastalarla ilişkili özelliklerden kaynaklanıyor olabilir. Daha büyük örneklem grubunda bu özelliğin incelenmesi önerilmektedir.

Bu çalışmada hastaların çoğunluğu (%76.7) (Tablo 4.4) eğitimi hekim ve hemşireden aldığını bildirmiş ve eğitim alınan gruplar arasında DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları ( $44.57 \pm 10.26$ ;  $45.45 \pm 11.17$ ) ( $35.71 \pm 7.40$ ;  $36.69 \pm 11.36$ ) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ) (Tablo 4.9). Yine bu çalışmada

eğitimin alınmak istendiği kişiye bakıldığında, ameliyat öncesi eğitimi hekim ve hemşireden almak istediğini bildiren hastaların DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları (DKÖ:42.04±12.30;46.93±9.26), (SKÖ:35.54±7.89;38.30±12.79) hem hekim, hem de hemşireden almak ve aynı zamanda broşürde verilmesini isteyen hastaların DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarından daha düşük olduğu belirlenmiş ancak, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.9).

Literatür incelendiğinde, çalışmalarda hastaların eğitim kaynaklarına göre farklı kaygı düzeylerinin saptandığı (Altun,2010; Yıldız,2011; Sidar, 2013), hekim ve hemşire dışındaki kaynaklardan eğitim alanların sürekli kaygılarının yüksek olduğu (Yıldız, 2011) gibi sonuçların bildirildiği görülmüştür.

Altun (2010)'un çalışmasında, ameliyat öncesi eğitimi cerrahdan ve anesteziyistten alan hastaların DKÖ puan ortalamaları (37.62±10.44; 38.88±7.62) arasında anlamlı bir fark bulunmadığı ve hafif düzey kaygıya sahip oldukları bildirilmiştir. Yıldız (2011)'in çalışmasında, ameliyat öncesi eğitimi hekimden alan hastaların DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarının (43.72±4.98, 48.27±5.82), eğitimi hemşireden alan hastaların DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarından (DKÖ:38.16±4.44; SKÖ:46,41±5,82) daha yüksek olduğu, diğer (broşür, hasta yakınları, el kitapçığı) yöntemlerle eğitim aldığını belirten hastaların SKÖ puan ortalamalarının (49.16±6.53) daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Yıldız (2011)'in aynı çalışmasında ameliyat öncesi eğitimi alma konusunda tercih edilen bilgi kaynaklarına bakıldığında eğitimi hemşireden almak isteyen hastaların SKÖ puan ortalamalarının (53.87±6.71), eğitimi hekimden almak isteyen hastaların SKÖ puan ortalamalarına (48.88±7.02) göre daha yüksek olduğunu görülmüştür. Sidar (2013)'in yapmış olduğu ve açık kalp cerrahisi öncesi ve sonrası hastaların kaygı düzeyleri ve ağrı distressi: ağrı düzeyi ile ilişkisini incelediği çalışmasında hastaların %82.7'sinin ameliyat öncesi eğitim aldığı, %75.3'ünün eğitimi hekimden aldığı, %95.1'inin eğitimi hekimden almak istediği bildirilmiştir.

Bu çalışmada, daha fazla eğitim kaynağı kullanmak isteyen hastaların, SKÖ puan ortalamaları daha yüksek olan hastalar olduğu görülmüştür. Bu sonuç, Yıldız (2011)'in çalışmasının diğer kaynaklar olarak sıralanan (broşür, hasta yakınları, el kitapçığı) sınırlı kaynakları kullananların SKÖ puan ortalamalarının daha yüksek

olduğu sonucunu desteklemektedir. Mevcut çalışmanın bu sonucu, hastaların kapsamlı ve sürekli eğitim gereksinimleri olduğunu düşündürmektedir. Hekim ve hemşirenin verdiği eğitim hastaların kapsamlı eğitim almasını, broşür verilmesi ise, sürekli bilgi kaynağına sahip olmalarını sağlayacaktır.

Bu çalışmada, hastaların tamamına yakını (%95) şimdiki ameliyata ilişkin kaygı yaşadığını bildirmiş (Tablo 4.4) ve bu hastaların durumluk kaygıları ( $45.75\pm 10.87$ ) orta düzey, sürekli kaygıları ( $36.87\pm 10.62$ ) ise hafif düzey olarak saptanmıştır (Tablo 4.9). Hastalar şimdiki ameliyata ilişkin başlıca kaygı yaşama nedenlerini; ameliyat sonrası fonksiyon kaybı (%92.9), ameliyat sonrası ağrı (%73.6), ameliyat sonrası ölüm (%43.8), ameliyat sonrası uyanamama (%40.3) ve ameliyat sonrası uzun süre yoğun bakım ünitesinde kalma (%36.8) olarak saptanmıştır (Tablo 4.4). Gedik (2015)'in çalışmasında, hastaların %28'inin ameliyata dair kaygı duyduğu ve kaygı nedenlerinin ise, ameliyat sonrası uyanamama (%60), ameliyat sonra ağrı (%60) ve ameliyat sonrası bulantı kusma (%43) olduğu bildirilmiştir.

Literatür incelendiğinde, ameliyata ilişkin kaygı yaşayanların kaygı puan ortalamalarının yüksek olduğu ve hastaların benzer kaygı nedenleri bildirdikleri görülmüştür. Akkaş Gürsoy, (2001)'un çalışmasında orta büyüklükte ameliyat olacak hastalardan ameliyata dair kaygı duyduğunu belirten hastaların, DK ve SKÖ puan ortalamaları (DK: $45.82\pm 7.88, 44.50\pm 9.50$ ) (SK: $56.83\pm 9.80, 46.50\pm 7.55$ ) kaygı duymadığını belirten hastaların DK ve SKÖ puan ortalamalarından daha yüksek olduğu, ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bildirilmiştir ( $p>0.05$ ). Akkaş Gürsoy, (2001)'un çalışmasında kaygı yaşadığını bildiren hastaların, kaygı kaynağının, hastaların eksik bilgilendirilmeleri olduğu bildirilmiş ve kaygı nedenlerini, kaygı puan ortalamaları ile birlikte sıralanmıştır. Buna göre, başlıca kaygı nedenleri; anestezi sonrası uyanamama (DK  $50.77\pm 7.14$ ; SK  $45.88\pm 7.47$ ), ameliyattan sonra ağrı duyma (DK  $49.33\pm 8.43$ ; SK  $42.50\pm 6.25$ ), ameliyatın başarılı olmaması ve iyileşememe (DK  $48.00\pm 7.57$ ; SK  $43.56\pm 7.38$ ) olarak bildirilmiştir.

Duman (2003)'in çalışmasında hastaların %64.4'ünün ameliyata ilişkin endişe yaşamadığı saptanmıştır. Altun (2010) alışmasında, ameliyata ilişkin başlıca ilk üç kaygı nedenini, ameliyat sonrası uyanamamak (%72.7), ameliyat sonrası ağrı (%49.3), yoğun bakımda kalmak (%33) olarak bildirmiştir.

Yıldız (2011)'in çalışmasında, ameliyata ilişkin kaygı duyduğunu belirten hastaların DKÖ puan ortalamaları ( $43.07 \pm 5.59$ ), kaygı duymadığını belirten hastaların puan ortalamalarından yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada SKÖ puan ortalamalarına bakıldığında, ameliyata ilişkin kaygı duyduğunun belirten hastaların SKÖ puan ortalamalarının ( $49.82 \pm 7.18$ ), kaygı duymadığını belirten hastaların SKÖ puan ortalamalarına ( $47.51 \pm 6.41$ ) göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Yıldız (2011)'in çalışmasında kaygı nedenlerine bakıldığında hastaların %64.5 ameliyat sonrası ağrı, %26.8 ameliyat sonrası uyanmama, %18 ameliyat sonrası bulantı kusma olduğu bildirilmiştir.

Aykent (2007)'in çalışmasında, ameliyat öncesinde en çok kaygı duyulan nedenin, ameliyat sonrası uyanamamak olduğu bildirilmiştir. Turhan ve ark. (2012)'in çalışmasında hastaların endişe nedenleri, ameliyat sonrası uyanamamak (%42.5), ameliyat sonrası ağrı (%26.7), yoğun bakımda uzun süre kalmak (%26.7) olarak bildirilmiştir.

Bu çalışmanın ameliyata ilişkin kaygı nedenleri, diğer araştırmaların kaygı kaygı nedenleri ile benzerlik göstermesine rağmen, bu çalışmada hastaların tamamına yakınının kaygı yaşamakta olduğunun ve en fazla kaygı nedeninin ameliyat sonrası fonksiyon kaybı, ağrı ve ölüm olduğunun saptanması, beyin tümörü tanısı ve ameliyatın ciddiyeti ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu sonuçlar, ameliyata ilişkin eğitimin önemini göstermektedir.

Sonuç olarak; beyin tümörü bireylerin ameliyat öncesi fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlar yaşamasına neden olabilmektedir. Bu çalışmada bireylerin ameliyat öncesi sürekli kaygılarının düşük düzeyde ve durumluk kaygılarının ise orta düzeyde olduğu, aralarında olumlu yönde anlamlı, ancak zayıf ilişki olduğu saptanmıştır. Hastaların istatistiksel olarak anlamlı sonuçlarına bakıldığında ( $p < 0.05$ ); emeklilik nedeni ile çalışmayan, (sürekli kaygı); malign beyin tümörü tanısı olan, epileptik nöbet geçiren ( durumluk ve sürekli kaygı); düzensiz uyku durumu bulunan (sürekli kaygı); daha önce beyin ameliyatı olan, önceki ameliyatında kaygı yaşayan (durumluk ve sürekli kaygı); şimdiki ameliyata ilişkin eğitimi poliklinik ve serviste alan (durumluk kaygı) hastaların kaygı puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların tamamına yakını şimdiki ameliyata ilişkin kaygı yaşadığını ve bu kaygının başlıca nedenlerini;

ameliyat sonrası fonksiyon kaybı, ağrı, ölüm, uyanamama ve uzun süre yoğun bakım ünitesinde kalma olduğunu bildirmiştir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Beyin tümörü ameliyatı öncesinde hastaların kaygı düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan, tanımlayıcı tip ve kesitsel desendeki bu çalışmada en fazla oranla; 31-40 yaş grubunda (%31.7), kadın (%55), evli (%66.7) ve lise mezunu (% 46.7) olan ve çalışmayan hastaların; kaygı düzeyini veya kaygı puan ortalamalarını etkileyen özellikleri ile ilgili aşağıdaki sonuçlar bulunmuştur:

Araştırmaya katılan hastaların sağlık durumu özellikleri incelendiğinde, benign tümör tipine sahip oldukları (%55), epileptik nöbet geçirmediikleri (71.7), sigara kullanmadıkları (%61.7) ve uyku durumlarının düzenli olduğu (%78.3) belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Hastaların önceki ameliyatlarına ilişkin özellikleri incelendiğinde; daha önce ameliyat olan hastaların (n=18, %30) yarısının daha önce beyin ameliyatı olduğu (n=9, %50) ve daha önce ameliyat olmuş hastaların tamamının da (n=18, %100) ameliyat öncesi eğitim aldığı ancak çoğunluğunun önceki ameliyatına ilişkin kaygı yaşadığı (72.2), kaygı yaşama nedenlerinin; ameliyat sonrası ağrı (%50) ve fonksiyon kaybı (%50) olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3).

Hastaların şimdiki ameliyatlarına ilişkin özellikleri incelendiğinde; tüm hastaların ameliyat öncesi eğitim aldığı, hastaların poliklinikten sonra servise yatışları yapılması ve ameliyatlarının daha sonra planlanması nedenleriyle, çoğunluğunun eğitimi hem poliklinik hem de serviste aldığı (%81,7), hekim ve hemşireden eğitim aldığı (%76.7), yarısının şimdiki ameliyatında eğitimi hekim ve hemşireden almakla birlikte broşür verilmesini de istediği (%50), tamamına yakınının ameliyata ilişkin kaygı yaşadığı (%95), ve kaygı yaşama nedenlerinin sırasıyla, ameliyat sonrası fonksiyon kaybı (%92.9), ağrı (%73.6), ölüm (%43.8) ve ameliyat sonrası uyanamama (%40.3) olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4).

Çalışmaya katılan hastaların orta düzeyde durumluk kaygılarının ( $45.25 \pm 10.88$ ) hafif düzeyde sürekli kaygılarının bulunduğu ( $36.46 \pm 10.52$ ), DKÖ ve SKÖ puan

ortalamları arasında olumlu yönde anlamlı ve zayıf ilişki olduğu saptanmıştır ( $r=0.388$ ;  $p=0.002$ ) ( Tablo 4.5).

Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları karşılaştırıldığında; çalışmayan emekli hastaların sürekli kaygı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve diğer gruplarla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farka neden oldukları saptanmıştır ( $Kwx^2=9.081$ ;  $z=-2.142$ ,  $p<0.05$ ). (Tablo 4.6).

Araştırmaya katılan hastaların sağlık durumu özelliklerine göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları karşılaştırıldığında; malign beyin tümörü olan hastaların ve epileptik nöbet geçiren hastaların durumluk ve sürekli kaygı; uyku durumu düzensiz olan hastaların ise, sürekli kaygı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve diğer gruplarla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farka neden oldukları saptanmıştır (sırasıyla:  $z=-2.983$   $p<0.05$ ;  $z=-3.253$   $p<0.05$ ;  $z=-2.154$ ,  $p<0.05$ ) ( $p<0.05$ ) ( $z=2.836$ ,  $p<0.05$ ). (Tablo 4.7).

Hastaların önceki beyin ameliyatı özelliklerine göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları karşılaştırıldığında; daha önce beyin ameliyatı olanların ve önceki ameliyatında kaygı yaşadığını bildirenlerin durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, diğer gruplarla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farka neden oldukları saptanmıştır (sırasıyla:  $z=-2.432$ ,  $p<0.05$ ;  $z=-2.073$ ,  $p<0.05$ ) (sırasıyla:  $z=-2.571$ ,  $p<0.05$ ;  $z=-2.178$ ,  $p<0.05$ ). (Tablo 4.8).

Hastaların şimdiki ameliyat özelliklerine göre kaygı puan ortalamaları karşılaştırıldığında; poliklinikten sonra servise yatışlarının yapılması ve ameliyatlarının da daha sonra planlanması nedenleriyle, ameliyat öncesi eğitimi hem poliklinikte hem de serviste alan hastaların durumluk kaygı düzeylerinin, sadece poliklinikte eğitim alan hastalardan daha yüksek olduğu bulunmuş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $z=-2.458$   $p<0.05$ ). (Tablo 4.9).

Ameliyat öncesi eğitimi daha fazla kaynaktan (hekim ve hemşireden eğitim almakla birlikte broşür verilmesini de isteyen hastalar da) almak isteyen hastaların

durumluk kaygı düzeylerinin, sürekli kaygı düzeylerinden yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.9).

Bu sonuçların, araştırmanın;

H<sub>1</sub> hipotezini (Beyin tümörü ameliyatı olacak hastaların kaygı düzeyleri yüksektir), durumluluk kaygı düzeyi açısından kısmen desteklediği,

H<sub>2</sub> hipotezini (hastaların sosyo-demografik özelliklerinden bazıları, ameliyat öncesi kaygı düzeyini etkiler), çalışmama nedenleri açısından desteklediği,

H<sub>3</sub> hipotezini (beyin tümörü ameliyatı olacak hastaların, hastalıkla ilgili hastalık özelliklerinden bazıları, kaygı düzeylerini etkiler), beyin tümörü tipi ve epileptik nöbet geçirme durumuna ilişkin DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları ve uyku durumuna ilişkin SKÖ puan ortalamaları sonuçları açısından desteklediği,

H<sub>4</sub> hipotezini (Beyin tümörü ameliyatı olacak hastaların önceki ameliyatına ilişkin özelliklerinden bazıları kaygı düzeyini etkiler), daha önce beyin ameliyatı olma durumuna ve daha önceki ameliyatında kaygı yaşama durumuna ilişkin DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları sonuçları açısından desteklediği,

H<sub>5</sub> hipotezini (beyin tümörü ameliyatı olacak hastaların şimdiki ameliyatına ilişkin özelliklerinden bazıları, kaygı düzeyini etkiler), hastaların şimdiki ameliyata ilişkin eğitim alma zamanlarına ilişkin DKÖ puan ortalamaları açısından desteklediği bulunmuştur.

## 6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

1. Araştırmada emekli olanların ve yalnız yaşayanların, kaygı düzeylerinin yüksek olması nedeniyle; bu bireysel özelliklere sahip hastaların belirlenmesi; kaygı düzeylerinin rutin olarak değerlendirilmesi, eğitim ve psikolojik destek ihtiyacının sağlanması önerilmiştir.
2. Hastaların, malign beyin tümörü tipi ve epileptik nöbet geçirme durumu, durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini; düzensiz uyku durumu, sürekli kaygı düzeyini, daha önce beyin ameliyatı olması ve önceki ameliyatında kaygı yaşaması, durumluk kaygı düzeyini etkilediğinden, bu hastalık özelliklerine sahip hastaların, kaygı



düzeylelerinin rutin olarak değerdendirilmesi, kapsamlı eğitim verilmesi ve danışmanlık sağlanması önerilmiştir.

3. Ameliyat işlemine kadar serviste kaldığı süre nedeniyle ameliyat öncesi eğitimi sadece poliklinikte alan ve hem poliklinikte hem de serviste alan hastaların durumluk kaygı düzeyleri farklı olduğundan, bu hastaların ve serviste uzun süre kalan hastaların, ameliyat öncesi kaygı düzeylerinin ve nedenlerinin değerdendirilmesi, bu değerdendirme doğrudusunda eğitim zamanı ve içeriğinin düzenlenmesi önerilmiştir.
4. Hastaların ameliyat öncesi eğitimi hekim ve hemşireden almakla birlikte broşür verilmesini de istemeleri ve bu hastaların durumluk ve sürekli kaygı puanlarının yüksek olması nedeniyle, hastalara hem kapsamlı hem de sürekli eğitim olanağı sağlayacak şekilde; eğitimin ekip tarafından verilmesi ve sürekli bilgi kaynağı sağlayacak broşür gibi kaynakların kullanılması önerilmiştir.
5. Hastaların tamamına yakını şimdiki ameliyata ilişkin kaygı yaşadığını bildirmiş ve başlıca kaygı nedenlerini başta ameliyat sonrası fonksiyon kaybı olmak üzere sıralamışlardır. Bu nedenle ameliyat öncesi tüm hastalara verilecek eğitimin içeriğinin kaygı nedenlerini de içermesi önerilmiştir.
6. Kurumların, ameliyat öncesinde kaygı düzeyini değerdendirmeyi, ameliyat öncesi hazırlık prosedürüne yerleştirmesi ve ameliyat kararı verilen hastaların kaygı düzeyinin ve nedenlerinin değerdendirilmesi, bu değerdendirme doğrudusunda eğitim ve danışmanlık ihtiyacının belirlenmesi önerilmiştir.
7. Bu araştırmanın sonucunda; hastaların sosyo-demografik, hastalık ve ameliyata ilişkin özelliklerinden bazılarının kaygı düzeyine etkisi saptandığından, bu özelliklerin daha geniş örneklem grubunda çalışılması önerilmiştir.

## 8. KAYNAKLAR

1. Ala S. Tiroidektomi ameliyatı öncesi hemşirenin bilgilendirici rolünün hastaların ameliyat sonrası anksiyete düzeyine etkisi (Yüksek Lisans Tezi). Afyonkarahisar. Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2007. Danışman: Yrd. Doç. Dr. Dursun Ali SAHİN.
2. Abacıgil F. Glial tümörlerde prognoz ve sağ kalımı etkileyen faktörler (Uzmanlık Tezi). İstanbul. İstanbul Sağlık Bakanlığı Bezm-İ Alem Valide Sultan Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyasyon Onkolojisi, 2005. Danışman: Dr. Nurettin Onur.
3. Akkaş Gürsoy A. Ameliyat öncesi hastaların kaygı düzeyleri ve kaygıya neden olabilecek etmenlerin belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2001; 1(1):23-29.
4. Akçalı A. Epilepsi hastalarında yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete ve çok boyutlu algılanan sosyal destek. *Nöropsikiyatri arşivi, Archives of Neuropsychiatry*. 2009; 46:91-97.
5. Akın S. Durna Z. Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumu. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2006; 10 (2):1- 8.
6. Akdeniz YS. Tıp fakültesi son sınıf öğrencilerine verilen kardiyopulmoner resüsitasyon eğitiminin değerlendirilmesi ve kaygı düzeyi üzerine etkisinin araştırılması (Uzmanlık Tezi). İstanbul. İstanbul Üniversitesi, 2013. Danışman: Doç.Dr. Güniz Köksal.
7. Akgül A. 13.Bölüm. Korelasyon Analizi. *Tıbbi araştırmalarda istatistiksel analiz teknikleri: spss uygulamaları*. Ankara. Emek Ofset Ltd.Şti. 2005; 382-402.
8. Akkaş Gürsoy A. Ameliyat öncesi hastaların kaygı düzeyleri ve kaygıya neden olabilecek etmenlerin belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2001; 1(1):23-29.
9. Akman EK. Kadın hastalıklarından ameliyat olacak hastalara preoperatif dönemde yapılan tanıtıcı eğitimin kaygı üzerindeki etkisinin incelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul. Haliç Üniversitesi. 2015. Danışman: Doç. Dr. Leman Şenturan.
10. Altunışık R. Anketlerde veri kalitesinin artırılması için ön test (pilot test) yöntemleri. *Pazarlama ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi*. 2008, 2;1-17.
11. Altun T. Ameliyat sürecinde hasta kaygısı üzerine etki eden faktörler (Uzmanlık Tezi). Mersin. Mersin Üniversitesi. 2010. Danışman: Doç. Dr. Tuğsan Egemen Bilgin.

12. Alkın T. Epileptik olgularda panik bozukluğu görülme sıklığı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2013;1:13.
13. Arslan S. Özer N. Özyurt F. Effect of music on preoperative anxiety in men undergoing urogenital surgery. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2007; 26:2.
14. Ayan GG. Anestezi polikliniğine başvuran hastaların anestezi ve anestezi uzmanı ile ilgili bilgi ve görüşleri (Uzmanlık Tezi). Edirne. Trakya Üniversitesi. 2012. Danışman: Yard.Doç. Dr. Alkın Çolak.
15. Ayoğlu T. Ameliyat öncesi ve sırası bilgi vermenin hasta ailelerinin anksiyete düzeylerine ve kan basıncı değerlerine etkisi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul. İstanbul Üniversitesi. 2003. Danışman: Prof. Dr. Nevin Kanan.
16. Aykent R. Preoperatif anksiyete nedenleri ve değerlendirilmesi apais ve stai skorlarının karşılaştırılması. *Türkiye Klinikleri J.Anest Reanim*. 2007; 5(1);7-13.
17. Baş M. Bir eğitim araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerde mobbing ve anksiyete (Yüksek Lisans Tezi). Konya. Selçuk Üniversitesi. 2012. Danışman: Prof. Dr.Said Bodur.
18. Barnholdz Sloan JS. Kruchko C. Meningioma: causes and risk factors. *Neurosurg Focus*. 2007; 23(4):E2.
19. Bayraktar DD. Ameliyat öncesi hastaların duygulanım ve duygu durumları (Yüksek Lisans Tezi). Afyon. Afyon Kocatepe Üniversitesi. 2005. Danışman: Doç.Dr. Yüksel Arıkan.
20. Bahar A. Taşdemir HS. Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2008; 11: 2.
21. Biçersoy G. Günübirlilik cerrahi hastalarının ameliyat öncesi kaygı düzeyleri (Yüksek Lisans Tezi). Malatya. İnönü Üniversitesi. 2015. Danışman: Yard.Doç.Dr. Meral Ucuzal.
22. Biffu BB. Depression among people with epilepsy in nortwest ethiopia: a cross-sectional institution based study. *BMC Res Notes*. 2015; 8:585.
23. Boratav C. Özmen E. Sağduyu A. ve ark. Psikiyatri ve bendensel hastalıklar. İç Hastalıkları ve Ruhsal Bozukluklar. İstanbul. Roche Basım. 1999.
24. Budakoğlu I. Maral I. Coşar B. ve ark.15 yaş üzeri kadınlarda anksiyete sıklığı ve gelişimini etkileyen faktörler. *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2005;2(2): 92-97.

25. Büyükyılmaz F. Aştı T. Ameliyat sonrası ağrıda hemşirelik bakımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2009; 12:2.
26. Brownstain KO. Stevenson E. Diagnosing a brain tumor. *The essential guide to brain tumors*. Sanfrancisco. 2003; 8-25.
27. Byron K. Khazanchi S. A- meta-analytic investigation of the relationship of state and trait anxiety to performance on figural and verbal creative tasks. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2010; 37(2);269-283.
28. Caci H. Bayle E. Dossios C. et al. The Spielberger trait anxiety inventory measures more than anxiety. *European Psychiatry*.2003;18; 394–400.
29. Cimilli C. Cerrahide Anksiyete. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2001; 4 (3):182-186.
30. Cüceloğlu D. Heyecan. *İnsan ve Davranışı*. İstanbul. Remzi Kitabevi. 15. Basım.2006; 276-278.
31. Çelik S. Cerrahi Bakımda Bilgi Güncelleme. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2011; 2;2.
32. Çetin A. Elektif cerrahi planlanan hastaların preoperatif dönemdeki kaygı düzeylerinin belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul. İstanbul Bilim Üniversitesi. 2014. Danışman: Yard. Doç.Dr. Feride Yiğit.
33. Demir A. Akyurt D. Ergün B. ve ark. Kalp cerrahisi geçirecek olgularda anksiyete sağaltımı. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 2010; 18(3):177-182.
34. Dirik G. Karanci A.N. Predictors of pre- and postoperational anxiety in emergency surgery patients. *Journal Of Psychosomatic Research*. 2003; 55;363–369.
35. Derryberry D. Reed AM. Anxiety and attentional focusing: trait, state and hemispheric influences. *Personality and Individual Differences*.1998;25; 745-761.
36. Duman A. Preoperatif korku ve endişeyi etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *S.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 2003;19;21-26.
37. Durmaz MO. Hipofiz adenomlarının retrospektif analizi (Uzmanlık Tezi). İzmir. Dokuz Eylül Üniversitesi. 2014. Danışman: Prof. Dr. M. Nuri Arda.
38. Durmuş A. Batın ameliyatı olacak hastalara preoperatif dönemde verilen eğitimin kaygı düzeylerine etkisinin belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul. Haliç Üniversitesi. 2015. Danışman: Prof. Dr. Necmiye Sabuncu.
39. Endler SN. Kocovski NL. Stait and traite anxiety revisited. *Anxiety Dicorders*. 2001;15;231-245.

40. Erdil F. Ameliyatta Hasta Bakımı. *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği* (Ed: Erdil F. Elbaş N.) Ankara. Aydoğdu Ofset. 2001;115-122.
41. Fındık Ü. Topçu S. Cerrahi girişime alınış şeklinin ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*.2012; 22-33.
42. Gedik A. Nöroşirurji hastalarında ameliyat öncesi ve sonrası kaygı düzeyinin belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul. Haliç Üniversitesi. 2015. Danışman: Prof. Dr. Nevin Kanan.
43. Gültekin Z. Pınar G. Pınar T. ve ark. Akciger kanserli hastaların yaşam kaliteleri ve sağlık bakım hizmet beklentileri. *Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi*. 2008 (2);18; 99-106.
44. Güneş P. Açık kalp ameliyatı öncesi hastaları taburculuk öncesi bilgilendirmenin anksiyete düzeyine etkisi (Yüksek Lisans Tezi). Sivas. Cumhuriyet Üniversitesi. 2001. Danışman: Yard.Doç.Dr. Hatice Tel.
45. Güz H. Doğanay Z. Güz T. Lomber disk hernisi nedeniyle ameliyat olan hastalarda ameliyat öncesi anksiyete. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2003; 40(1), 36-39.
46. Huang ME. Wartellaj E. Kreutzer JS. Functional outcomes and quality of life in patients with brain tumors: a preliminary report. *Arch Phys Med Rehabil*. 2001;82;106-109.
47. İlçe A. Beyin tümörlü hastaların uluslararası nanda hemşirelik tanılarına göre değerlendirilmesi: bakım önerileri. *Journal of Neurological Sciences [Turkish]*. 2010; 27(2),23;178-184.
48. Jlala MA. Efficct of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*. 2010; 104 (3): 369–374.
49. Jawaid M. Mustagh A. Mukhtra S. et al. Preoperative anxiety before elective surgery. *Neurosciences*. 2007;12 (2); 145-148.
50. Karayurt Ö. Ameliyat öncesi uygulanan farklı eğitim programlarının hastaların anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisinin incelenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 1998; 2(1); 20-26.
51. Karadağlı F. Nahçıvan N. Sigara içen bireylerde sigarayı bırakmaya yönelik hazır oluşluk durumu ve ilişkili faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*. 2012; 5(1), 8-15.

52. Kayahan M. Sertbaş 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.
53. Kayhan C. Cerrahi hastalarda preoperatif anksiyetenin postoperatif komplikasyonlarla ilişkisinin incelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Afyon. Afyon Kocatepe Üniversitesi. 2003. Danışman: Prof. Dr. Osman Nuri Dilek.
54. Kaya H. Acaroğlu M. Şendir M. ve ark. Nöroşirurji hastaların iyimser yaşam eğiliminin ameliyat öncesi anksiyete ile başetme durumuna etkisi. *İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2007;15(59):75-81.
55. Kılıç T. Özdoğan K. Kranial Tümörler, Moleküler Nöroşirurjinin Temel Kavramları. *Temel Nöroşirurji*. (Ed: Aksoy ve ark.).Buluş Matbaacılık. Ankara. 2005, Cilt I; 596-609.
56. Kocabaşoğlu N. Anksiyete bozukluklarına genel bir bakış. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Türkiye’de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar sempozyum dizisi. 2008; 62:175-184.
57. Koç RE. Epilepsili ve sağlıklı bireylerin kaygı, depresyon ve umutsuzluk düzeylerinin karşılaştırılması. *Türk Nöroloji Dergisi*. 2011;17:189-194.
58. Kapçı EG. Ameliyat olan hastaların kaygı ve depresyon düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2006, (3):21; 7-13.
59. Kaplan S. Bahar A. Sertbaş G. Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007; 10 (1): 113-121.
60. Kil HK. Preoperative anxiety and pain sensitivity are independent predictors of propofol and sevoflurane requirements in general anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*. 2012; 108 (1): 119–125.
61. Kilbride L. The frequency and cause of anxiety and depression among patients with malignant brain tumours between surgery and radiotherapy. *Journal Neurooncol*. 2007; 84:297-304.
62. Karayağız F. Altuntaş M. Güçlü YA. ve ark. Cerrahi servisinde yatan hastalarda görülen anksiyete dağılımı. *Smyrna Tıp Dergisi*. 2011; 22-26.
63. Köşgeroğlu N. Beyin Tümörleri. *Nörolojik Bilimler Hemşireliği* (Ed: Egemen N. Arslantaş A.). Alter Yayıncılık. Ankara.2006; 263-288.

64. Lin YS. The effect of an anaesthetic patient information video on perioperative anxiety. *Eur J Anaesthesiol.* 2016; 33:134–139.
65. Louis DN, Ohgaki H, Wiestler OD, et al. The 2007 WHO classification of tumours of the central nervous system. *Acta Neuropathol.* 2007; 114(2): 97-109.
66. Mainio A. Depression in relation to anxiety, obsessionality and phobia among neurosurgical patients with a primary brain tumor: a 1-year follow-up study. *Clinical Neurology and Neurosurgery.* 2011; 113: 649-653.
67. Malak AT. Beyin tümörlü hastalarda danışmanlığın günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeylerine ve bakım sonuçlarına etkisi (Doktora Tezi). İzmir. Ege Üniversitesi. 2007. Danışman: Prof. Dr. Alev Dıramalı.
68. Malak AT, Dramalı A. Beyin tümörlü hastalarda günlük yaşam aktiviteleri derin ven trombozu ve bası yarası sonuçları. *Türk Nöroşirürji Dergisi.* 2008;18(2): 122-127.
69. Mıngır T, Ervatan Z, Turgut N. Spinal anestezi ve preopetatif anksiyete. *Turk J Anaesth Reanim.* 2014; 42: 190-195.
70. Manav F. Kaygı Kavramı. *Toplum Bilimleri Dergisi.* 2011; 5(9): 201-211.
71. Marakoğlu İ, Demirel S, Özdemir D, ve Sezer H. Periodontal tedavi öncesi durumluk ve sürekli kaygı düzeyi. *Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi.* 2003; 6(2): 73-79.
72. Öner N, Le Compte A. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterinin Betimlenmesi, Uygulanması ve Puanlanması. Süreksiz Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İkinci Baskı, Yayın No:333, İstanbul.
73. Öz F. *Sağlık Alanında Temel Kavramlar.* Ankara. İmaj İç ve Dış Ticaret A.S. 2004; 229-268.
74. Öztürk C.O. Bağlantıda kalmak ya da kalmamak işte tüm korku bu: internetsiz kalma korkusu ve örgütsel yansımalar. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi The Journal of International Social Research.* 2015; 8(37):629-638.
75. Özbayır T, Demir F, Candan Y, ve ark. Hastaların perioperatif döneme ilişkin izlenimlerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 2003; 6(1):14-23.
76. Özkan S. Kanserde psikososyal destek ve psiko-onkoloji. *Türkiye Klinikleri.* 2006;2(10):20-25.
77. Özberksoy A. Meme kanseri olan hastalarda ameliyat öncesi dönemde bilgilendirici ve eğitici hemşirelik yaklaşımının ameliyat sonrası ağrı ve kaygı

- düzeyleri üzerine etkisi (Yüksek Lisans Tezi). İzmir. Ege Üniversitesi. 2006. Danışman: Yard. Dç.Dr. Türkan Özbayır.
78. Özdemir AK. Özdemir H.D. Coşkun A. Taşveren S. Diş hekimliği fakültesi'nde protez kliniği ile diğer kliniklerde hasta anksiyetesinin araştırılması. *Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*. 2001;4(2):71-76.
79. Perks A. Chakravarti S. Mnninen P. Preoperative anxiety in neurosurgical patients. *Journal Neurosurg Anesthesiol*.2009; 21(2): 127-130.
80. Savaş E. Ameliyat öncesi ve sonrası yaşanan anksiyete ile ameliyat sonrası ağrı arasındaki ilişkinin belirlenmesi (Uzmanlık Tezi). Sivas. Cumhuriyet Üniversitesi. 2011. Danışman: Prof. Dr.Yeşim Erbil.
81. Santos MMB. Martins JCA. Oliveira LMN. Anxiety, Depression And Stress in The Preoperative Surgical Patient. *Revista de Enfermagem Referencia* 2014; 7-15.
82. Sencer A. Merkezi Sinir Sistemi Tümörleri. XX. Türk Nöroşirürji Derneği Bilimsel Kongresi Kitabı. Antalya. 2006; 11-14.
83. Seven M. Kanser tanısı alan hastaların yaşadığı fiziksel ve psikolojik semptomların belirlenmesi. *AF Preventive Medicine Bulletin*. 2013;12(3);219-224.
84. Sidar A. Dedeli Ö. İşkesen Aİ. Açık kalp cerrahisinde kaygı ve ağrı distressi. *Yoğun Bakım Dergisi*. 2013; 4; 1-8.
85. Shri R. Anxiety: causes and management. *The Journal of Behavioral Science*. 2010; 5 (1), 100-118.
86. Shintani TT. Hayakawa NN. Hoshi MM. et al. High incidence of meningioma among Hiroshima atomic bomb survivors. *J Radiat Res*.1999; 40(1):49-57.
87. Sönmez A. Koroner arter bypass greft ameliyatı uygulanan hastaların konfor ve kaygı deneyimlerinin değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi). Edirne. Trakya Üniversitesi. 2013. Danışman: Doç.Dr.Ümmü Yıldız Fındık.
88. Sönmez B. Kasım İ. Diabetes mellitus'lu hastaların anksiyete, depresyon durumları ve yaşam kalite düzeyleri. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*. 2013;17(3):119-124.
89. Şahin L. Kanser hastalarında anksiyete ve depresyon belirtilerinin değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi). İzmir. Katip Çelebi Üniversitesi. 2015. Danışman: Yard. Doç.Dr. Hüseyin Can.
90. Şıvgın S. Elektif ameliyat planlanan hastalarda psikolojik ve farmakolojik premedikasyonun preoperatif anksiyete düzeyi ölçülerek karşılaştırılması



- (Uzmanlık Tezi). İzmir. Dokuz Eylül Üniversitesi. 2013. Danışman: Prof. Dr. Erol Gökel.
91. Şencan İ. Keskinılıç B. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. *Türkiye Kanseri İstatistikleri*. Ankara. 2015;12-52.
  92. Taşdemir A. Stai testi ile preopretatif ve postoperatif anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. *Turk J Anaesth Reanim*. 2013; 41: 44-49.
  93. Tıp Terimleri Sözlüğü, <http://www.tipterimlerisozlugu.com.>, Erişim Tarihi:16.08.2016.
  94. Turgut EG. Yüksel BC. Polat E. ve ark. Meme yakınması ile başvuran kadınlardaki kaygıyı (anksiyeteyi) etkileyen faktörler. *The Journal of Breast Healt. Meme Sağlığı Dergisi*. 2009;5:2;92-97.
  95. Turhan Y. Ancı R. Özcengiz D. Elektif cerrahi operasyonu planlanan hastalarda preoperatif ve postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisi. *Anestezi Dergisi* 2012; 20 (1): 27-33.
  96. Türk Dil Kurumu Genel Türkçe Sözlük, <http://www.tdk.gov.tr.>, Erişim Tarihi:16.08.2016.
  97. Toksal M. Preoperatif dönemde hastaların hemşirelerden beklentilerinin araştırılması (Yüksek Lisans Tezi). Afyon. Afyon Kocatepe Üniversitesi.2005. Danışman: Doç.Dr. Yüksel Arıkan.
  98. Uzun Ö. Ameliyat öncesi hasta eğitimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2000; 3(2):36-45.
  99. Ural A. Kılıç İ. 12.Bölüm,Korelasyon ve regresyon analizi. *Bilimsel araştırma süreci ve SPSS ile veri analizi*. Ankara. Detay Yayıncılık. 2005;245-253.
  100. Wittchen H. Recognition and management of anxiety syndromes.The British Journal of Psychiatry 1998; 174(1):708-714.
  101. Videbeck S.L. Nursing Practice for Psychiatric Disorders. Psychiatric-Mental Health Nursing. Fifth Edition. (Ed: Sheila L. Videbeck). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams and Wilkins, Phidelphia.2011; 226-229.
  102. Yaltırık CK. Yeni tanı almış glioblastomlu hastalarda cerrahi rezeksiyon miktarının sağkalım süresi üzerine etkisi (Uzmanlık Tezi). İstanbul. Yeditepe Üniversitesi. 2012. Danışman: Prof. Dr. Uğur Türe.
  103. Yıldız D. Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hastaların kaygı düzeylerinin belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi). K.K.T.C. Yakın Doğu Üniversitesi. 2011. Danışman: Yard. Doç.Dr. Gülcem Sala Razi.

104. Yilmazer G. Nart M. İzmirli M. ve ark. Beyin metastazlı hastaların tüm beyin radyoterapi sonuçları ve prognostik faktörlerinin incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*. 2014;29(2):39-45
105. Türk Nöroşirurji Derneği <http://www.turknorosirurji.org.tr/menu/68/beyin-tumorleri>. Erişim tarihi 10.02.2016).
106. National Brain Tumor Society <http://braintumor.org> . Erişim tarihi 15.02.2016.
107. American Brain Tumor Association <http://www.abta.org/about-us/news/brain-tumor-statistics/> Erişim tarihi:18.05.2016.



## 10. EKLER

### Ek- 1. Yeditepe Üniversitesi Etik Kurul Kararı



SAYI : 75078252-9000-437-1919  
KONU : Etik Kurul Onayı

16/03/2016

#### İLGİLİ MAKAMA

Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans öğrencisi Nuray KOÇ'un "**Beyin Tümörü Ameliyatı Öncesinde Hastaların Kaygı Düzeyleri ve Etkileyen Faktörleri**" başlıklı araştırmalarının Beşeri Bilimler etik standartlarına uygunluğu, Yeditepe Üniversitesi Beşeri ve Sosyal Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirilmiş ve onaylanmıştır.

Prof. Dr. Canan AYKUT BİNGÖL  
Rektör

#### Beşeri ve Sosyal Araştırmalar Etik Kurulu Üyeler

Yrd. Doç. Dr. Alev YALÇINKAYA  
Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü Başkanı

Yrd. Doç. Dr. Oğuzhan ZAHMACIOĞLU  
Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.B.D. Öğretim Üyesi

Ö.K.A./

## Ek-2. Araştırma İzin Formu

### Yeditepe Üniversitesi Hastanesi Çalışma İzni



02.04.2016

SAYI : 68774383 – 001/ 739  
KONU: Nuray KOÇ Tez İzni Hk.

T.C. Yeditepe Üniversitesi Rektörlüğü'ne

24.03.2016 tarih ve 5514 Kayıt No'lu yazınıza istinaden; Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı öğrencisi Nuray Koç'un "Beyin Tümörü Ameliyatı Öncesinde Hastaların Kaygı Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler" konulu tez çalışmasını Hastanemizde yapması uygun görülmüştür. Gereğini arz ederim.

Saygılarımla,

Prof. Dr. Faruk Yencilek  
Yeditepe Üniversitesi Hastanesi  
Başhekim

KLİG.F.09-F.02 Rev.6, 23.12.2014



YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ  
İçerenköy Mahallesi, Hastane Yolu Sokak  
No: 102-104 Ataşehir-İstanbul  
Tel: (0216) 578 40 00 Faks: (0216) 469 37 96  
www.yeditepehastanesi.com.tr

YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ GÖZ HASTALIKLARI  
ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ  
Şakir Kesebir Cad. Gazi Umur Paşa Sk. No: 28  
34349 Balmumcu, Beşiktaş-İstanbul  
Tel: (0212) 211 40 00 Faks: (0212) 211 25 00  
www.yeditepegoz.com.tr

YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ  
BAĞDAT CADDESİ POLİKLİNİĞİ  
Bağdat Cad. No: 238 34728 Göztepe - İstan  
Tel: (0216) 467 88 60 - 65 Faks: (0216) 385  
www.yeditepehastanesi.com.tr

## Ek-3. Gönüllü Olur Formu



T.C.  
YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

### GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

**Çalışmanın Adı:** Beyin Tümörü Ameliyatı Öncesinde Hastaların Kaygı Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler

**Uygulayıcı Araştırmacılar:** Nuray KOÇ (Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi)

**Proje Danışmanı:** Doç. Dr. Şenay UZUN (Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi)

Bu çalışmada, beyin tümörlü hastaların ameliyat öncesi dönemde kaygı düzeyleri ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmayı kabul ettiğiniz takdirde; öncelikle sizden bireysel özellikleriniz, kaygı düzeyiniz ve bunu etkileyen faktörlerle ilişkili sorular içeren anket formunu yanıtlamanız istenecektir.

Bu araştırmaya katılarak; ameliyat öncesi dönemde beyin tümörü ameliyatı geçirecek hastaların kaygı düzeyleri ve etkileyen faktörlerin öğrenilmesinde katkı sağlayacağınız düşünülmektedir. Araştırmaya katılmama ve katıldığınız takdirde yazılı izin vermiş olmanıza rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Çalışma sırasında araştırma amacıyla sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Araştırmada yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Yukarıda isimleri yer alan uygulayıcı araştırmacılar tarafından bir araştırma yapılacağı belirtilerek, bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacılar ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine, bu araştırma sırasında da bana büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının hasta bakımını iyileştirme, eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜNÜN;

Tarih: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Adı – Soyadı \_\_\_\_\_

İmzası \_\_\_\_\_

AÇIKLAMALARI YAPAN ARAŞTIRMACININ

Tarih: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Adı – Soyadı \_\_\_\_\_

İmzası \_\_\_\_\_

\* Form, iki nüsha imzalanarak bir nüshası katılımcıya verilecektir.

**Ek-4. Beyin tümörlü hastaların ameliyat öncesi kaygı düzeyleri ve etkileyen faktörlere ilişkin veri toplama formu**

**1.BÖLÜM KİŞİSEL ÖZELLİKLER**

1. Doğum tarihiniz:
2. Cinsiyetiniz:
  - a) Erkek
  - b) Kadın
3. Boy:.....  
Kilo: .....  
BKİ: .....
4. Medeni durumunuz:
  - a) Bekar
  - b) Evli
  - c) Boşanmış/ Ayrı
5. Çocuğunuz var mı?
  - a) Evet
  - b) Hayır
6. Eğitim durumunuz nedir?
  - a) Okuryazar değil
  - b) Okur-yazar
  - c) İlkokul
  - d) Ortaokul
  - e) Lise
  - f) Yüksekokul/ Fakülte
  - g) Lisansüstü
7. Çalışma durumunuz?
  - a) Çalışıyor
  - b) Çalışmıyor ise, Ev hanımı, emekli, öğrenci, diğer)
8. Gelir durumunuz nedir?
  - a) Gelir gidere denk
  - b) Gelir giderden az
  - c) Gelir giderden fazla

9. Yaşadığınız yer?

- a) İstanbul içi
- b) İstanbul dışı
  - I. Şehir merkezi
  - II. İlçe
  - III. Diğer.....

10. Evde kiminle yaşıyorsunuz?

- a)Eş
- b)Eş ve çocuk
- c)Çocuk
- d)Yalnız
- e)Aile
- f)Diğer.....

11. Evde bakımından sorumlu olduğunuz kişi/kişiler var mı?

- a)Evet
- b)Hayır

12. Hastanızın sağlık giderlerini karşılamada herhangi bir güçlüğüünüz var mı?

- a)Evet
- b)Hayır

## II.BÖLÜM SAĞLIK DURUMU ÖZELLİKLERİ

13. Beyin tümörü tipi?

- a) Benign
- b) Malign

14. Yapılacak cerrahi işlemin yöntemi?

- a) Kraniotomi
- b) Transfenoidal
- c) Sublabial

15. Kronik hastalığınız var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

16. Var ise nedir?

- a) DM
- b) Hipertansiyon
- c) Kalp hastalıkları
- d) Diğer:.....

17. Sürekli kullandığınız ilaç var mı?

- a) Evet (kullandığınız ilaçlar.....)
- b) Hayır

18. Epileptik nöbet geçirdiniz mi?

- a) Evet (ise en son nöbetinizin tarih:.....)
- b) Hayır

19. Sigara kullanıyor musunuz?

- a) Kullanmıyorum
- b) Bıraktım (..... zaman önce bıraktım)
- c) Sosyal içiciyim
- d) Düzenli kullanıyorum( ise tüketme sıklığınız belirtiniz:...)

20. Alkol kullanıyor musunuz?

- a) Kullanmıyorum
- b) Bıraktım (kadar zaman önce.....)
- c) Sosyal içiciyi
- d) Düzenli kullanıyorum (ise tüketme sıklığınız belirtiniz:.....)

21. Uyku durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- a) Düzenli
- b) Düzensiz

22. Dün geceki uyku durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- a) Düzenli
- b) Düzensiz

23. Daha önce hastaneye yattınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır



24. Daha önce ameliyat oldunuz mu? (Cevabınız hayır ise 32.soruyu geçiniz)
- Evet
  - Hayır
25. Daha önce beyin ameliyatı oldunuz mu?
- Evet
  - Hayır
26. Önceki ameliyatınız/ameliyatlarınızda bilgilendirildiniz mi?(Cevabınız hayır ise 31.soruyu geçiniz)
- Evet
  - Hayır
27. Önceki ameliyatınız/ameliyatlarınızda eğitimi ne zaman aldınız?
- Ameliyattan 1 hafta önce
  - Ameliyat 1 gece önce
  - Ameliyat sabahı
  - Diğer ( ise açıklayınız.....)
28. Önceki ameliyatınız/ameliyatlarınızda ameliyat ile ilgili kimden eğitim aldınız?
- Hekim
  - Hemşire
  - Hekim ve Hemşire
  - Diğer hasta ve yakınları
  - Broşür, el kitapçığı
  - Diğer(ise belirtiniz:.....)
29. Önceki ameliyatınız/ameliyatlarınızda bilgilendirmeye dair ameliyatınızla ilgili kaygı duydunuz mu?
- Evet
  - Hayır
30. Önceki ameliyatınız/ameliyatlarınızda ameliyatınızla ilgili kaygınızın nedeni/nedenleri nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- Ameliyatı yapacak olan hekimi tanımama
  - Ameliyatı yapacak hekimle iletişim kuramama
  - Ameliyatı yapacak hekimden yeterli bilgi alamama
  - Anestezistin bilgi yetersizliği
  - Anestezistin deneyim eksikliği
  - Anestezistten yeterli bilgi alamama

- g) Anestezi ekibinin yaklaşımı
- h) Ameliyat sonrası uyanmama
- i) Ameliyat sonrası ağrı
- j) Ameliyat sonrası bulantı- kusma
- k) Ameliyat sonrası uzun süre uyuma
- l) Ameliyat sonrası uzun süre yoğun bakımda kalma
- m) Ameliyat sonrası fonksiyon kaybı
- n) Ölüm
- o) Diğer (ise belirtiniz...)

31. Şu anki ameliyatınızla ilgili eğitim aldınız mı?

- a) Evet (ise ne zaman bilgi aldınız:.....)
- b) Hayır

32. Şu anki ameliyatınız ile ilgili kimden eğitim aldınız?

- a) Hekim
- b) Hemşire
- c) Hekim ve hemşire
- d) Diğer hasta ve yakınları
- e) Broşür, el kitapçığı
- f) Diğer(yazınız) .....

33. Şu anki ameliyatınız ameliyat ile ilgili eğitimi kimden almak istersiniz?

- a) Hekim
- b) Hemşire
- c) Hekim ve hemşire
- d) Diğer hasta ve yakınları
- e) Broşür, el kitapçığı
- f) Hekim, hemşire, ve broşür el kitapçığı
- g) Diğer(ise açıklayınız:.....)

34. Şu anki ameliyatınız ile ilgili eğitim neleri içeriyordu?

- a) Ameliyat öncesi hazırlık
- b) Ameliyat
- c) Ameliyat sonrası bakım
- d) Diğer (ise açıklayınız:.....)

35. Şu anki ameliyatınızla ilgili aldığınız eğitimin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz? Aşağıdaki tablo üzerinden belirtiniz.

<b>Eğitimin İçeriği</b>	<b>Yeterli</b>	<b>Yetersiz</b>
Ameliyat öncesi hazırlık		
Ameliyat		
Ameliyat sonrası bakım		

36. Şu anki ameliyatınız ile ilgili kaygı duyuyor musunuz? (cevabınız hayır ise 38. soruyu cevaplamayınız)

- a) Evet
- b) Hayır

37. Ameliyatınızla ilgili ne tür kaygılarınız var? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- a) Ameliyatı yapacak olan hekimi tanımama
- b) Ameliyatı yapacak hekimle iletişim kuramama
- c) Ameliyatı yapacak hekimden yeterli bilgi alamama
- d) Anesteziistin bilgi yetersizliği
- e) Anesteziistin deneyim eksikliği
- f) Anesteziisten yeterli bilgi alamama
- g) Anestezi ekibinin yaklaşımı
- h) Ameliyat sonrası uyanmama
- i) Ameliyat sonrası ağrı
- j) Ameliyat sonrası bulantı- kusma
- k) Ameliyat sonrası uzun süre uyuma
- l) Ameliyat sonrası uzun süre yoğun bakımda kalma
- m) Ameliyat sonrası fonksiyon kaybı
- n) Ölüm
- o) Diğer (ise belirtiniz...)

## Ek-5. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği

### STAI FORM TX – I

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

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

## Ek-5. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (Devam)

### STAI FORM TX – 2

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		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.	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

## 11.ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Nuray	<b>Soyadı</b>	KOÇ
<b>Doğum Yeri</b>	Sivas/Divriği	<b>Doğum Tarihi</b>	09.09.1981
<b>Uyruğu</b>	T.C	<b>T.C.Kimlik No</b>	55213509550
<b>E-mail</b>	nuraykoc_01@hotmail.com	<b>Tel</b>	0 536 820 48 44

### Öğrenim Durumu

<b>Derece</b>	<b>Alan</b>	<b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
<b>Lisans</b>	Hemşirelik	Gazi Üniversitesi Kastamonu Sağlık Yüksekokulu	2004
<b>Lise</b>	Sayısal	Ankara Dikmen Lisesi	1998

<b>Bildiği Yabancı Diller</b>	<b>Seviyesi</b>
İngilizce	Orta

### İş Deneyimi

<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre</b>
Sorumlu Hemşire	Yeditepe Üniversitesi Hastanesi	12.2005- halen devam etmekte
Staff Hemşire	Başkent Üniversitesi Hastanesi	09.2004-10.2005
Hemşire	Özel Tatlıdil Huzurevi	09.2003-09.2004 (intern hemşire)

## Hakemli Konferans/Sempozyumların Bildiri Kitaplarında Yer Alan Yayınlar

Yayın Adı	Bildirim Yeri
Kraniotomi Geçiren Hastalarda Perioperatif Uyku Düzeni ve Etkileyen Faktörler (Sözel Sunum)  Kraniotomi Operasyonu Sonrası Serviste Bakım Uygulamalarımız (Poster Sunum)  Spinal Cerrahide Klinik Bakım Haritası (Poster Bildirimi)	28. Türk Nöroşirurji Kongresi, 10. Nöroşirurji Hemşireliği Kongres, 4-8 Nisan 2014, Antalya, Türkiye
Total Fraktür Sonrası Total Omurilik Felci Geçiren Olguda Adaptasyon Modeline Göre Hemşirelik Bakımı (Sözel Sunum)	27. Türk Nöroşirurji Kongresi, 9. Nöroşirurji Hemşireliği Kongres, 12-16 Nisan 2013, Antalya, Türkiye
Spinal Cerrahi Hastaları İçin Taburculuk Yönergesi Geliştirme ve Etkinliğinin Değerlendirilmesi (Sözel Sunum)  Kraniotomi Olmuş Hastalar ve Bakım Veren Yakınlarının Yaşam Kalitelerinin ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi (Sözel Sunum)	26. Türk Nöroşirurji Kongresi, 8. Nöroşirurji Hemşireliği Kongres, 20-24 Nisan 2012, Antalya, Türkiye
Vaka Sunumu: Moya Moya Hastalığında Preoperatif Hasta Hazırlığı ve Post Operatif Hasta Bakımı (Sözel Sunum)  Nöroşirurjide Diabetes İnsipitus ve Hemşirelik Bakımının Önemi 2 Yıllık Sonuçlarımız (Sözel Sunum)	22. Türk Nöroşirurji Kongresi, 4. Nöroşirurji Hemşireliği Kongresi, 10-14 Nisan 2012, Antalya, Türkiye