



**CERRAHİ KORKU ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE
GEÇERLİLİK GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI VE
SOSYAL DESTEK ALGISI İLE İLİŞKİSİNİN
BELİRLENMESİ**

Merve BAĞDİGEN

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Zeynep KARAMAN ÖZLÜ

Yüksek Lisans Tezi – 2016

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**CERRAHİ KORKU ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE
GEÇERLİLİK GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI VE SOSYAL
DESTEK ALGISI İLE İLİŞKİSİNİN BELİRLENMESİ**

Merve BAĞDİGEN

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Zeynep KARAMAN ÖZLÜ


ERZURUM
2016


T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

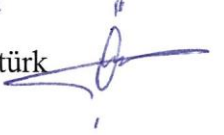
CERRAHİ KORKU ÖLÇEĞİ'NİN GEÇERLİLİK
GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI VE SOSYAL DESTEK ALGISI
İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Merve BAĞDİGEN

Tez Savunma Tarihi : 08.09.2016

Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Zeynep KARAMAN ÖZLÜ (Atatürk Üniversitesi) 

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Sevban ARSLAN (Çukurova Üniversitesi) 

Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN (Atatürk Üniversitesi) 

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Mehtap TAN
Enstitü Müdürü

Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM - 2016

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ	IX
TABLolar DİZİNİ	X
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Cerrahinin Tanımı.....	4
2.1.1. Nedene Göre Cerrahi Girişimler	4
2.1.1.1. Tedavi Amaçlı (Küratif) Cerrahi Girişim	4
2.1.1.2. Tanısal Amaçlı (Diagnostik) Cerrahi Girişim	4
2.1.1.3. Kozmetik Amaçlı Cerrahi Girişim.....	4
2.1.1.4. Palyatif Amaçlı Cerrahi Girişim	4
2.1.1.5. İnceleme Amaçlı Cerrahi Girişim (Eksploratif)	5
2.1.1.6. Engelleme Amaçlı Cerrahi Girişim	5
2.1.2. Kapsamına Göre Cerrahi Girişimler	5
2.1.2.1. Sadece Etkilenen Alanı İçeren Cerrahi Girişim.....	5
2.1.2.2. Etkilenen Alanın Ötesinde Geniş Alan İçeren Cerrahi Girişim.....	5
2.1.3. Zamanın Önemine Göre Cerrahi Girişimler	5
2.1.3.1. Acil Cerrahi.....	5
2.1.3.2. Elektif (Planlı) Cerrahi.....	5
2.2. Anksiyete	6
2.2.1. Anksiyete Düzeyleri	7

2.3. Stres	8
2.3.1. Stresörler	9
2.3.2. Cerrahi Stres	9
2.4. Cerrahi Korku	11
2.4.1. Cerrahi Korkunun Organizma Üzerindeki Etkileri.....	13
2.4.2. Cerrahi Korkuya Yönelik Hemşirelik Girişimleri	14
2.5. Sosyal Destek.....	16
2.5.1. Cerrahi Korku ve Sosyal Destek.....	18
3. MATERYAL METOD	20
3.1. Araştırmanın Türü.....	20
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	20
3.4. Verilerin Toplanması	22
3.5. Veri Toplama Araçları	22
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu.....	22
3.5.2. Cerrahi Korku Ölçeği (CKÖ/Surgical Fear Questionnaire SFQ)	23
3.5.3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)	23
3.5.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ).....	25
3.6. CKÖ'nün Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması.....	26
3.6.1. Dil Geçerliliği	26
3.6.2. İçerik Geçerliliği	26
3.6.3. İç Tutarlılık	28
3.6.4. Yapı Geçerliliği.....	29
3.6.5. Eşdeğer (Paralel) Formlar Güvenilirliği	30
3.6.6. Faktör Analizi	30

3.6.6.1. Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA).....	31
3.6.6.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)	32
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	34
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	35
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri	36
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	36
4. BULGULAR.....	37
5. TARTIŞMA.....	46
6. SONUÇ ÖNERİLER	52
KAYNAKLAR	54
EKLER	63
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	63
EK-2. KİŞİSEL BİLGİ FORMU.....	64
EK-3. CERRAHİ KORKU ÖLÇEĞİ	66
EK-4. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ.....	68
EK-5. HASTANE ANKSİYETE DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HAD)	69
EK-6. GÖRÜŞÜ ALINAN UZMANLAR.....	71
EK-7. ETİK KURUL ONAY FORMU	72
EK-8. UYGULAMA İZİNİ.....	73
EK-9. YAZAR İZİN YAZISI.....	74

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve tezimin tüm aşamalarında desteğini ve emeğini esirgemeyen, bu çalışmamı değerli bilgi ve katkılarıyla yöneten kıymetli danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Zeynep KARAMAN ÖZLÜ'ye, tez savunma sınavıma katılarak beni onurlandıran ve değerli önerileri ile tezime katkıda bulunan saygıdeğer hocalarım Doç. Dr. Sevban ARSLAN ve Yrd. Doç. Dr. Özlem Şahin ALTUN'a

Yüksek lisans eğitimim boyunca beni destekleyen, çalışmalarına katkıda bulunan TÜBİTAK'a, tez çalışma sürecimde desteklerini esirgemeyen ve her zaman yanımda olan kıymetli arkadaşlarım Arş. Gör. Semra KÖSE, Arş. Gör. Arzu ÇELEBİ, Arş. Gör. Meryeme AKSOY, Arş. Gör. Gülcan BAHÇECİOĞLU TURAN'a ve hayatımda olmasından büyük mutluluk duyduğum Arş. Gör. Zeynep OLÇUN'a, yaşamımın her döneminde yanımda olan sabır ve sevgiyle beni destekleyen aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Arş. Gör. Merve BAĞDİGEN

ÖZET

Cerrahi Korku Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması ve Sosyal Destek Algısı ile İlişkisinin Belirlenmesi

Amaç: Araştırma CKÖ'nün geçerlilik ve güvenilirliğini değerlendirmek ve ameliyat öncesi korku düzeyinin sosyal destek algısı ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metod: Metodolojik ve tanımlayıcı olarak yapılan araştırma, Erzurum ilinde bulunan Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi'ndeki cerrahi kliniklerde Ocak 2016-Eylül 2016 tarihleri arasında elektif cerrahi geçirecek hastalarla yürütüldü. Araştırmanın evrenini, belirtilen tarihler arasında ilgili hastanedeki cerrahi kliniklerinde yatan elektif cerrahi operasyon geçirecek hastalar, örneklemini ise belirtilen evrende araştırmaya alınma kriterlerine uyan 405 hasta oluşturdu. Verilerin toplanmasında "Kişisel Bilgi Formu", "CKÖ", "HAD" ve "ÇBASDÖ" kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, ortalama, yüzdelik dağılımlar, varyans analizi, Kruskal Wallis Testi, Mann Whitney U Testi, ANOVA Testi, ki-kare testi, bağımsız gruplarda t testi, faktör analizi, madde toplam korelasyonu için Pearson Korelasyon tekniği ve Cronbach alpha analizi kullanılmıştır.

Bulgular: CKÖ'nün toplam puan ortalaması 37.55 ± 21.11 olarak belirlendi. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı CKÖ toplam puanı için 0.93, CKÖ-K alt boyutu için 0.96, CKÖ-U alt boyutu için 0.90 olarak bulundu. Yaş ortalaması yüksek grubun, kadınların, ev hanımı ve öğretmenlerin, çekirdek ailede yaşayanların, daha önce cerrahi operasyon geçirmemiş ve daha önce hastaneye yatmamış olan hastaların CKÖ'nün toplam puan ortalaması ve farklı alt boyutlarındaki puan ortalamalarının yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p < 0.05$). Ayrıca CKÖ ve ÇBASDÖ ölçeklerinin alt boyut puan ortalamaları ve ölçek toplam puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($p < 0.05$).

Sonuç: Araştırma bulguları CKÖ'nün orijinal ölçekle benzer yapıda olduğunu, geçerlilik güvenilirliğinin oldukça yüksek olduğunu ve Türkiye'de kullanılabileceğini gösterdi. Araştırmada cerrahi operasyon bekleyen hastaların orta düzeyde korku yaşadıkları, bazı değişkenlerin ve algılanan sosyal destek düzeyinin, cerrahi korku düzeyini etkilediği saptandı.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi korku, geçerlilik, güvenilirlik, sosyal destek.

ABSTRACT

The Turkish Reliability and Validity Study of the Surgical Fear Questionnaire, and Determination of its Relationship with the Perception of Social Support

Aim: The study was conducted to evaluate the reliability and validity of the Turkish version of the Surgical Fear Questionnaire (SFQ) as well as determining its relationship with the perception of social support before the surgery.

Material and Method: This methodological and descriptive research was carried out with patients undergoing elective surgery in surgical clinics of the Atatürk University Research Hospital, located in the Province of Erzurum, Turkey, between January 2016 and September 2016. The study population consisted of all hospitalized patients undergoing elective surgery in that hospital at the given dates. And the sample of the study consisted of 405 patients who met the inclusion criteria for the study. "Personal Information Form", "SFQ", "Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)", and "Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)" was used for data collection. For the evaluation of the data, numbers, averages, percentage distributions, analysis of variance, Kruskal Wallis test, Mann-Whitney U-test, ANOVA test, Chi-square test, independent samples t-test, factor analysis, Pearson's correlation technique for item-total correlations and Cronbach's Alpha analysis were used.

Results: The total SFQ score of patients was found as 37.55 ± 21.11 . Internal was Cronbach 's alpha coefficient was SFQ-total 0.93, SFQ-S 0.96 and SFQ-I 0.90. The mean SFQ scores of females, housewives, teachers, those living in nuclear families, patients with higher average age, and those who haven't hospitalized and undergone any surgery were found to be significantly higher ($p < 0.05$). In addition, a negative and significant relationship was found between the mean total and sub-scale scores of the SFQ and MSPSS scales ($p < 0.05$).

Conclusion: The research findings indicated that Turkish version of SFQ has similar structure with the original scale, and have a higher reliability and validity to be used in Turkey. In the study, it was determined that patients undergoing surgery experienced a moderate level of fear, and it was also found that certain variables and perceived social support affect the level of fear of surgery.

Keywords: Fear of surgery, reliability, social support, validity.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACTH	: Adrenokortikotropik hormon
ADH	: Antidiüretik hormon
AFA	: Açımlayıcı faktör analizi
AGFI	: Adjusted goodness of fit index
ASA-FD	: Amerikan anestezi birliği fiziksel durum sınıflandırması
CFI	: Compatarive fit index
CKÖ	: Cerrahi korku ölçeği
CKÖ-K	: Cerrahi korku ölçeği kısa dönem
CKÖ-U	: Cerrahi korku ölçeği uzun dönem
CVI	: Content validity index
ÇBASDÖ	: Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği
DFA	: Doğrulayıcı faktör analizi
GAS	: Genel adaptasyon sendromu
GFI	: Goodness of fit index
HAD	: Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği
HAD-A	: Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği anksiyete
HAD-D	: Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği depresyon
IFI	: Incremental fit index
KGİ	: Kapsam geçerlilik indeksi
KGÖ	: Kapsam geçerlilik ölçütü
KMO	: Kaiser-meyer-olkin
LAS	: Lokal adaptasyon sendromu
NFI	: Normed fit index
RFI	: Relative fit index

RMSEA : Root mean square error of approximation

SPSS : Statistical package for social science



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1. CKÖ Türkçe Versiyonu Path Diyagramı	34
--	----



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 3.1. Amerikan Anestezi Birliği Fiziksel Durum Sınıflandırması (ASA-FD)	21
Tablo 3.2. KGÖ/KGİ Sonuçları	27
Tablo 3.3. Ölçeğe Ait Madde Toplam Korelasyonları ve Cronbach α Kat Sayıları	28
Tablo 3.4. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett's Testi Sonuçları.....	29
Tablo 3.5. Paralel Form Eşdeğerlik Sonuçları	30
Tablo 3.6. Faktör Analizi Bulguları	32
Tablo 3.7. Ölçeğe Yönelik Saptanan Uyum İndeksi Değerleri, Normal ve Kabul Edilebilir Değerler	33
Tablo 3.8. Araştırma Verilerinin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	35
Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	37
Tablo 4.2. Hastaların Ameliyatla İlgili Özelliklerinin Dağılımı	38
Tablo 4.3. CKÖ'nden Alınan Puan Ortalamalarının Dağılımı	39
Tablo 4.4. ÇBASDÖ'den Alınan Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	39
Tablo 4.5. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin CKÖ Puan Ortalamalarıyla Karşılaştırılması	40
Tablo 4.6. Hastaların Ameliyatla İlgili Özelliklerinin CKÖ Puan Ortalaması ile Karşılaştırılması	42
Tablo 4.7. CKÖ Puan Ortalaması ve Hasta ile İlgili Bazı Değişkenler Arasındaki İlişki	44
Tablo 4.8. CKÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	45

1. GİRİŞ

Cerrahi girişim; deformite, yaralanma, ve hastalık durumlarında el ve araç/gereçlerle yapılan tanı, tedavi ve semptomların azaltılması amacıyla acil yada planlı olarak uygulanan tedavi yöntemi olarak tanımlanır.^{1(s.17)} Günümüzde cerrahi girişimler, ameliyat sonrası bakım ve anestezi tekniklerinin gelişmesiyle en son başvuru olan tedavi yöntemi olmaktan çıkmış ve rutin olarak uygulanan bir tedavi yöntemi olmuştur.^{1(s.17),2(s.261)} Bu girişimler yaşamı korumaya yönelik uygulamalar olmasına karşın büyük ya da küçük, acil ya da planlanmış olsun hasta için hem fizyolojik hem de psikolojik bir travmadır.^{1(s.30)} Psikolojik olarak hastada; korku, anksiyete, irritabilite, duygusal dengesizlik ve yetersizlik hissi oluşmasına sebep olabilmektedir.^{2(s.64)} Bu tepkiler içerisinde en yaygın görülen duygusal tepki, hastanın ameliyat süreci ve sonrası dönemlere ilişkin yaşadığı korkudur.³

Korku, kişinin iyilik haline zarar verebilecek gerçekçi fiziksel bir tehdit veya tehlike düşüncesinin yarattığı endişe duygusuyla birlikte ortaya çıkan kuvvetli bir duygusal tepki olarak tanımlanmaktadır. Böyle gerçek bir tehdit veya tehlikeyle karşılaşan her birey bu korku duygusuyla beraber bedensel tepkilerde gösterir.^{4(s.143),5,6(s.12)} Gösterilen bu tepkiler organizmanın strese karşı psikolojik ve fizyolojik dengesini tehdit edici ruhsal ve bedensel sınırların zorlanmasıyla ortaya çıkmış bir durumdur.^{2(s.63),7(s.146),8(s.84)} Ameliyat öncesi dönemde hastalar farklı düzeylerde korku ve anksiyete yaşasada hastaların %60-80'ninin anksiyöz olduğu belirlenmiştir.^{5,6(s.14),7(s.147),8(s.84)} Yaşanan bu korkunun düzeyi kaybedilecek organa, kişi için bu durumun anlam ve önemine, altta yatan hastalığın özelliğine, daha önce yaşadığı cerrahi ve anestezi deneyimine, yapılacak operasyonun tipine, hastanın kişilik özelliklerine, preoperatif dönemde hastanede kalış süresine göre farklılık göstermektedir.⁹⁻¹²

Ameliyat öncesi hastalarda korku ve anksiyeteye yol açan sebepler arasında; organ ve doku kaybı endişesi, cerrahi operasyonu bekleme, ameliyatın olası fiziksel veya mental zararları, beden imajında değişim, aile üyelerinden ayrılma, başkalarına bağımlı olmaktan ve cerrahi girişimden korkma, işlevselliğini kaybetme endişesi ve ağrıdan korkma gibi durumlar yer almaktadır.^{13,14}

Cerrahi girişimin hastaya söylenmesiyle başlayıp hastaneye yatma ile birlikte artan korku ve anksiyete; hastada yara iyileşmesinde gecikme, hastanede kalış ve tedavi süresinde uzama, cerrahi sonrası analjezik kullanımında artma, hastalığa ve tedaviye uyumda zorlanma, yaşam kalitesinde azalma gibi sorunlara neden olabilmektedir.^{9,15-19} Bu yüzden preoperatif korkuyu azaltmaya yönelik müzik dinletme, hastaya bilgi verme, manevi ve sosyal destek sağlama gibi birçok yöntem kullanılmaktadır.²⁰⁻²² Bu yöntemler içerisinde sosyal destek algısı, hastalık sürecini yönetmede en önemli bileşenlerden biridir. Yapılan çalışmalarda iyi işleyen bir sosyal destek sisteminin sağlık ve iyilik halinin sürdürülmesinde, baş etme mekanizmalarının gelişmesinde ve stresörlerin patolojik etkilerinden korunmada pozitif bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir.^{23,24} Ayrıca yapılan çalışmalar sosyal desteğin preoperatif korku üzerinde de pozitif bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir.^{25,26} Ameliyat öncesi dönemde iyi bir sosyal destek ağına sahip bireylerin, olmayanlara kıyasla; preoperatif anksiyete seviyelerinin daha düşük, hastanede kalış sürelerinin daha kısa olduğu, hastaların daha az narkotik analjezik kullandığı ve daha az korku yaşadığı belirtilmiştir.^{27,28} Yılmaz ve ark.'nın²⁹ elektif cerrahi bekleyen hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, iyi bir sosyal destek ağına sahip hastaların, olmayanlara kıyasla daha az anksiyete yaşadığı bildirilmiştir. Yardakcı ve Akyolcu'nun³⁰ yaptığı çalışmada ise ameliyat öncesi hasta ziyaretinin preoperatif anksiyete düzeyinin azaltılmasında olumlu bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir.

Literatüre bakıldığı zaman Türkiye’de cerrahi hastalarına yönelik hastaların ameliyat ve sonrası dönemlere ilişkin korkularını değerlendiren bir ölçeğe rastlanmamıştır. Aynı şekilde cerrahi bekleyen hastaların korku düzeyleri ile sosyal destek algılarının beraber ele alındığı araştırmaların da oldukça sınırlı olduğu görülmektedir. Bu araştırma hastaların ameliyat öncesinde yaşadıkları korkunun giderilmesine yönelik hemşirelik girişimleri uygulamalarına katkıda bulunacağı düşüncesiyle, Cerrahi Korku Ölçeği’nin (CKÖ) Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapmak aynı zamanda ameliyat öncesi korku düzeyini ve sosyal destek algısı ile ilişkisini belirlemek amacıyla planlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Cerrahinin Tanımı

İnsan organizmasında bir çok patolojik olay meydana gelmektedir. Cerrahi girişimlerde bu patolojik olayları engellemek, azaltmak ya da bazı yapıları çıkartarak problemi ortadan kaldırmak amacıyla uygulanan, planlı anatomik değişikliklerdir.^{31(s.1-36)} Arapçada yara anlamında kullanılan “cerh” sözcüğünden türeyen “cerrahi” terimi yara ile uğraşan bilim dalı olarak tanımlanmaktadır. Başka bir tanıtmda cerrahi; bireyin normal fizyolojik fonksiyonlarını değişikliğe uğratabak “kontrollü travma” olarak nitelendirilmektedir.¹ Latince de “chirurgia” el ile yapılan manasında kullanılmış daha sonra Latin tıp kitaplarının tercümesi esnasında “amel niyed” olarak tercüme edilmiş, zamanla ameliyat sözcüğü bu kelimenin yerini almıştır.^{1(s.1-3),31(s.1-36)}

Cerrahi girişimler nedene, zamana ve kapsamına göre sınıflandırılabilir.

2.1.1. Nedene Göre Cerrahi Girişimler

2.1.1.1. Tedavi Amaçlı (Küratif) Cerrahi Girişim

Nedeni ortadan kaldırmak amacıyla uygulanan cerrahi girişimlerdir. Hastalıklı doku/organ onarılır veya çıkarılır.

2.1.1.2. Tanısal Amaçlı (Diagnostik) Cerrahi Girişim

Hastalığın nedenini belirlemek için yapılan girişimlerdir. Endoskopi, biyopsi ve artroskopi örnek verilebilir.

2.1.1.3. Kozmetik Amaçlı Cerrahi Girişim

Kişisel görünümü değiştirmek ya da düzeltmek için uygulanan isteğe bağlı girişimlerdir.

2.1.1.4. Palyatif Amaçlı Cerrahi Girişim

Semptomların hafifletildiği ancak gerçek problemin tedavi edilemediği girişimlerdir.

2.1.1.5. İnceleme Amaçlı Cerrahi Girişim (Eksploratif)

Hastalığın gidişatını belirlemek için yapılan girişimlerdir.

2.1.1.6. Engelleme Amaçlı Cerrahi Girişim

Kalıtsal risk taşıyan kanserleri önlemek için malign duruma dönüşmeden kitlenin veya kolonun çıkarılması amacıyla uygulanan girişimlerdir.

2.1.2. Kapsamına Göre Cerrahi Girişimler

2.1.2.1. Sadece Etkilenen Alanı İçeren Cerrahi Girişim

Parsiyel mastektomi gibi kapsam açısından geniş olmayan girişimlerdir.

2.1.2.2. Etkilenen Alanın Ötesinde Geniş Alan İçeren Cerrahi Girişim

Radikal mastektomi gibi kapsam açısından geniş alan ameliyatlarıdır.

2.1.3. Zamanın Önemine Göre Cerrahi Girişimler

2.1.3.1. Acil Cerrahi

24-48 saatten daha fazla geciktirilmesinin hayatı tehdit edici olduğu cerrahi girişimlerdir. Akut kolesistit, intestinal obstrüksiyon gibi durumlar örnek verilebilir.¹

2.1.3.2. Elektif (Planlı) Cerrahi

Önceden randevu verilmiş, planlanmış, hazırlık süreci olan cerrahi girişimler elektif cerrahi grubuna girer. Hasta cerrahi girişimden birkaç saat önce ya da 1 gün öncesi cerrahi servise kabul edilir, yatışını yaptırır ve ameliyat hazırlığı başlar.^{1(s.30),32}

Elektif cerrahi; ameliyat öncesi dönemde hastaları psikolojik olarak etkileyen bir durumdur. Hastanın cerrahi operasyonu bekleme sürecinde korku, anksiyete, stres, umutsuzluk ve depresyon gibi emosyonel tepkiler ortaya çıkabilir. Gösterilen bu tepkiler ameliyat sürecini olumsuz yönde etkiler.³³⁻³⁶

Bu tepkiler içerisinde en yoğun yaşanan emosyonel duygulardan birisi cerrahi korkudur.³ Cerrahi korku yoğun bir şekilde yaşanır baş edilemez ve daha şiddetli olarak hissedilirse anksiyete bozukluklarına ve paniğe neden olur. Kişinin fiziksel bir tehditle

karşılaşmadan önce ki anksiyetesi ise, korkuya bağlı ortaya çıkmış bir tepki olabilir. Bir başka deyişle organizma üzerinde benzer etkilere yol açan korku ve anksiyete birbirinin nedeni yada sonucu olabilmektedir.^{4(s.143),38,39(s.3)} Bu nedenle korku kavramının daha iyi anlaşılması için öncelikle anksiyete kavramının bilinmesi önemlidir.⁴

2.2. Anksiyete

Anksiyete evrenin bütününe yayılan bir önsezi olup, kişinin kendini güvende hissetmediği durumlarda ortaya çıkan ve beklenen bir tepkidir. Genellikle duygu ve düşüncelerin kişinin benlik bütünlüğünü tehdit ettiği durumlarda kendini gösteren, duygusal ve ruhsal ikilemlere bağlı olarak meydana gelir.^{4(s.130-145)}

Anksiyete, kronik, nedeni bilinmeyen, bir tehdit olarak algılanan, gergin bir bekleyiş ve rahatsız edici bir endişe hissi olarak tanımlanmıştır.^{4(s.130-145),39(s.3)} Başka bir tanımda ise anksiyete, genellikle nesnesi belli olmayan, bilinçdışı çatışmaya bağlı ve kişinin tanımlayamadığı içten gelen tehlike veya tehdite karşı ortaya çıkan iç sıkıntı olarak tanımlanmıştır.³⁸ Freud'a göre anksiyete, bireyin kendi içinde başlayan ve duygularını bastırması sonucu ortaya çıkan memnuniyetsizlik durumu olarak nitelendirilmiştir.^{4(s.130-145)}

Freud anksiyeteyi üç başlık altında toplamıştır.

Objektif ve Gerçekçi Anksiyete; tüm insanların zaman zaman deneyimleyebileceği, tehlikenin insan dışı bir uyarıcıdan kaynaklandığı ve normal olarak algılanan gerçekçi bir anksiyete türüdür. Bu anksiyeteyi meydana getiren tehdit veya tehlike ortadan kalktığı anda anksiyetede ortadan kalkar.^{4,40}

Nevrotik Anksiyete; kişinin saldırganlık duygusunun ve cinsel isteğinin baskılanması neticesinde ortaya çıkan bir iç tehlikeden köken almaktadır. Kişiden kaynaklı bu endişe ve genel uyarılmışlık hali patolojik olabilir.^{4(s.130-145),40(s.80-83)}

Moral Anksiyete; kişinin yaşadığı vicdan azabı, utanma ve suçluluk gibi duyguların neden olduğu sıkıntı durumudur. Bireyin düşünce, duygu ve zihninde yaşadığı çatışma ve ikilemler sonucu ortaya çıkar.^{4(s.130-145),40(s.80-83)}

2.2.1. Anksiyete Düzeyleri

Anksiyete düzeyleri, birey için faydasına ve anksiyete yaşama seviyesine bağlı olarak; hafif, orta, şiddetli ve panik düzeyde olmak üzere dört gruba ayrılmaktadır.^{4(s.130-145),41(s.33)}

Hafif Düzeyde Anksiyete; birey çevresine karşı uyanıktır ve çevresinde yaşanan önemsiz olaylar dahi ilgisini çeker. Kişinin konsantre olma, yaratıcılık seviyesi, kavrama yeteneği ve mantık yürütme becerisi artmıştır.^{41(s.33)}

Orta Düzeyde Anksiyete; bu düzeyde kişi daha huzursuz ve dikkatlidir. Kavrama alanında ve iletişim yeteneğinde hafif düzey anksiyeteye göre azalma mevcuttur. Kalp çarpıntısı, terleme, kas gerginliği, solunum ve nabız sayısında artma, baş ağrısı ve mide şikayetleri ile kendini gösterir.^{4(s.130-145),41(s.33)} Kısa süreli de olsa olaylara karşı problem çözme ve mantık yürütme yeteneği vardır.^{4(s.130-145)}

Yüksek Düzeyde Anksiyete; kişinin bu seviyede kavrama alanı ve algılama yeteneği yok denecek kadar azalmıştır. Çevresinde olup biteni ayımsayamaz. Yüksek düzeyde anksiyete yaşayan bireyin problem çözme yeteneğinde azalma görülür ve mantık yürütemez. Bu sorunların çözümü için profesyonel bir destek alması gerekir. Baş dönmesi, baş ağrısı, titreme, korku, isteksizlik ve bulantı şikayetleri bu düzeyde olasıdır.^{4(s.130-145),41(s.33)}

Panik Düzeyde Anksiyete; bu düzeyde birey kavrama yeteneğini tamamen kaybetmiştir. Sadece en küçük detayları kavrar ancak olaylar arasında bir ilişki kuramaz. Algılama, iletişim, öğrenme ve sorun çözme yeteneği yok denecek kadar azdır.^{4(s.130-145),42(s.180)} Baş dönmesi, boğulma hissi, titreme, dispne ve bayılma hissi gibi

semptomlar ortaya çıkar.⁴¹

Ameliyat öncesi dönemde ameliyatı beklemek hastalarda korku ve anksiyetenin artmasına neden olup, nöro-endokrin tepkinin oluşumuna zemin hazırlayabilir. Uygulanan cerrahi girişim hastada stres tepkisinin oluşmasında etkili bir faktördür. Bu yüzden ameliyat öncesi dönemde bedenin strese karşı verdiği biyopsikososyal yanıt önemlidir.^{1(s.30)}

2.3. Stres

Stres organizmanın psikolojik ve fizyolojik dengesini tehdit edici, ruhsal ve bedensel sınırların zorlanması ile ortaya çıkmış bir durum olarak tanımlanır. Claude Bernard stresi “organizmanın dengesini bozan uyarılar” olarak tanımlamıştır.^{2(s.63-77),7(s.141-147),8(s.80-88)}

Modern stres tepkisini ortaya koymuş, strese yönelik bir çok çalışmasıyla ünlenmiş olan Hans Selye stresi “vücudun stresörlere verdiği nonspesifik bir tepki” olarak nitelendirmiştir.^{43(s.97-101)} Hans Selye bedenin stresörlere özellikle sinir ve endokrin sistem üzerinde etkili kontrol sistemleri ile birlikte bir bütün olarak verdiği tepki (GAS= Genel Adaptasyon Sendromu) veya doku ve hücre düzeyinde lokal olarak verdiği tepki (LAS= Lokal Adaptasyon Sendromu) olarak açıklar.^{43(s.97-101)} Ortaya çıkan bu yanıtlar uyarının şiddetine göre derecesi dışında birbirine benzerdir.⁴⁴

Selye GAS'ın ve LAS'ın üç evrede gerçekleştiğini belirtir. Bunlar ;

- 1) Alarm (Reaksiyon) Evresi
- 2) Direnç Evresi
- 3) Tükenme Evresi

Alarm evresinde; dış uyarının stres olarak algılandığı durumlarda, beden stresörle ilk karşılaştığı anda ortaya çıkar ve organizma üzerinde bir takım değişikliklerle kendini gösterir. Bu evrede savunma sistemleri harekete geçer ve anti-

inflatuar semptomlar görülür. Alarm evresinin kısa bir süre devam etmesi gerekir, uzun süre devam etmesi ölümlü sonuçlanabilir.

Direnç evresinde; endokrin ve sinir sistemi salgıladıkları hormonlarla, bedenın stresörlere karşı koymasına ve uyuma elverişli ortam hazırlamasına yardımcı olur. Bu evrede alarm evresinde görülen belirtiler ve bulgular ortadan kalkar. Vücut direnci artmıştır. Organizma durumdan kurtulmak ve ona uyum sağlamak zorunda olduğu için diğer stresörlere karşı direnci azalır.^{43(s.97-101),45(s.53)}

Tükenme evresinde; vücut yaşanan strese uyum sağlayamaz ve stresle baş edemezse, savunma mekanizmaları zayıflar. Yaşanan bu yoğun ve sürekli stres tükenme aşamasının oluşmasına neden olabilir. Bu aşamada bedenın uyum enerjisi tükenir ve stresöre yenik düşer. Organizma için tükenme aşaması başlar ve hastalıklar bu dönemde ortaya çıkar.^{43(s.97-101),45(s.53)}

2.3.1. Stresörler

İçten veya dıştan gelen, birey üzerinde psikolojik, fizyolojik, bilişsel ve davranışsal değişikliklere neden olan ve onu tehdit eden uyarılara stresör denir. Stresörler, kişi ya da organizmanın değişen çevre şartlarına uyumunu zorlaştıran ajanlardır. Stresörlerin tipi ve büyüklüğü stres tepkisinin organizma üzerinde gösterdiği tepki ile doğrudan ilişkilidir.^{2(s.64),7(s.145)} Cerrahi girişimlerde, hastada vasküler sistemin bozulması, enfeksiyona karşı direncin azalması ve stres tepkisinin oluşması gibi durumlar görülebilir. Bedenın cerrahi travmaya karşı oluşturacağı stres tepkisinin büyüklüğü cerrahi travmanın büyüklüğü ile doğrudan ilişkilidir.^{1(s.30-34)}

2.3.2. Cerrahi Stres

Cerrahi girişimler yaşamı korumaya yönelik uygulamalar olmasına rağmen acil ya da planlanmış olsun, büyük ya da küçük olsun hasta için hem fizyolojik hem de psikolojik bir travmadır. Cerrahi uygulamaların hasta üzerinde etkileri vasküler sistemin

bozulması, beden imajı ve yaşam tarzının değişmesi, stres tepkisinin oluşması, enfeksiyona karşı direncin azalması gibi tepkiler olarak değerlendirilebilir.^{1(s.33)}

Cerrahi travma hipotalamus aracılığıyla hem hipofizi hem de sempatik sinir sistemini uyarır. Hipotalamusun hipofiz bezi üzerinde ki etkisi ile hipofiz arka bezini uyararak Antidiüretik Hormon (ADH), hipofiz ön bezini uyararak Adrenokortikotropik Hormon (ACTH) salgılanır. ADH böbrek tubuluslarından suyun geri emilimini sağlayarak idrar miktarını azaltıp kan hacmini artırır. ACTH adrenal bezlerin korteksini uyararak buradan aldosteron ve glikokortikoidlerin özellikle kortizolun salınımını uyarır. Aldosteron böbreklerden sodyumun buna bağlı olarak suyun geri emilimini sağlayarak idrar miktarını azaltıp (oligüri), kan hacmini artırır. Glikokortikoidler yağ ve proteinlerin katabolizmasını uyarır, kandaki serbest aminoasit miktarını artırır. Serbest aminoasitler karaciğerde glikoza çevrilerek kan glikoz düzeyinin artmasına neden olurlar (glikoneogenezis).^{2(s.63-66),8(s.80-88),43(s.97-101)}

Stres karşısında, sempatik sinir sisteminin uyarılmasıyla sempatik sinir hücrelerinin terminal uçlarından norepinefrin, böbrek üstü bezlerinin medulla bölümünden ise epinefrin ve norepinefrin salınımını uyarır. Epinefrinin etkisiyle kalp kontraktilitesi ve atım hızı artar. Aynı zamanda karaciğerdeki glikojeni glikoza dönüştürerek kan glikoz düzeyini artırır. Norepinefrin güçlü bir periferik vazokontrüksiyon etki göstererek kalp, beyin ve iskelet kası gibi yaşamsal önemi olan organlara perfüzyon sağlayarak kan basıncını yükseltir. Cilt soluk, soğuk ve nemlidir. Vazokontrüksiyon nedeniyle kan karın organlarından da çekilir ve buna bağlı olarak böbreklere giden kan akımının azalmasıyla böbreklerden renin salgılanır. Renin plazmada anjiotensinojen mekanizması üzerinde etki göstererek anjiotensin I' i anjiotensin II' ye dönüştürür. Anjiotensin II bir yandan ADH ve aldosteron salınımını uyarırken diğer taraftan güçlü bir vazokonstrüksiyon etki yaratır.^{2(s.63-66),8(s.80-88),43(s.97-101)}

Stres tepkisi homeostatik devamlılığın sağlanmasında ve bedenin ameliyat travmasından korunmasında önemli bir reaksiyon olmasının yanında nöroendokrin tepki ile organizmada katabolik sürecin başlamasına da neden olur. Lipit ve protein katabolizmasını artırarak kan glikoz düzeyini artırır, karbonhidrat deposunu azaltır. Sodyum ve su retansiyonuna yol açar.^{1(s.33),2(s.63-66),8(s.80-88),43(s.97-101)}

Stres tepkisi ile beraber ortaya çıkan fizyolojik yanıtı psikolojik ve fizyolojik stresörler etkilemektedir. Stres tepkisini etkileyen fizyolojik stresörler; hareketsizlik, kan kaybı, anestezi, cerrahi girişimler, akut ya da kronik ağrı olarak sayılabilir. Psikolojik stresörlere ise; anksiyete, depresyon, umutsuzluk, hastanede yatma, yakınların ölümü, aile ilişkilerinde bozulma ve cerrahi korku sayılabilir.^{1(s.30-33),2(s.63-66)}

2.4. Cerrahi Korku

Korku, Latince kelime anlamı olarak “phobos” kelimesinden köken almıştır. Türk Dil Kurumu korkuyu “bir tehlike veya tehlike düşüncesi karşısında duyulan kaygı, üzüntü, kötülük gelme ihtimali” şeklinde tanımlamıştır.⁴⁶ Başka bir tanımda korku, kişinin iyilik haline zarar verebilecek gerçekçi fiziksel bir tehdit veya bir tehlike düşüncesinin yarattığı endişe ile birlikte ortaya çıkan kuvvetli bir duygusal reaksiyon şeklinde tanımlanmıştır.^{4,5} Korku, algılanan bu tehlikeye karşı hoş olmayan bir huzursuzluk hissi, kaslarda gerginlik, hızlı kalp atışları, gerginlik gibi semptomlarla kendini göstermektedir.⁴⁷ Organizmanın tüm işlevlerini etkileyerek, beynin kendisini korumaya yönelik gösterdiği bu tepkinin bir sonucu olarak organizmanın tüm sistemleri zarar görebilir.⁴⁸

Hastane de yatma ve hastalık durumu, insan hayatını olumsuz yönde etkileyen önemli olaylar arasında yer almaktadır. Ameliyat öncesi yaşanan korku ve anksiyete; herhangi bir hastalık, anestezi, cerrahi veya ne ile karşılaşacağının bilinmemesinden kaynaklı hastaların tedirginlik, gerginlik ve memnuniyetsizlik yaşaması olarak kabul

edilir.^{49,50}

Preoperatif veya cerrahi korku cerrahi operasyon bekleyen bir çok hastada farkedilebilen duygusal bir tepkidir.³ Ameliyat bekleyen hastaların birçoğu korkuyu tanımlar ve hastaların yaşadığı bu korku normal kabul edilir ancak hastaların artan düzeyde korku ve anksiyete yaşaması; morbidite ve mortalite oranında artış, yara iyileşmesinde gecikme hastane de kalış süresinin uzaması, cerrahi sonrası daha fazla analjezik kullanımı ve daha fazla anestezi alma gibi ameliyata ilişkin risk faktörlerinin artmasına sebep olmaktadır.^{15-19,50,51} Cerrahi operasyonlar da hastalar bir yandan hastalıktan kurtulma ümit ve beklentisi içindeyken diğer yandan kendi bedenini ve yaşamını denetleme, organ ve doku kaybı korkusu yaşayabilir.^{1(s.33),11}

Preoperatif dönemde hastalar da korku düzeyi farklı olmasına karşın hastaların % 60-% 80'inde orta düzeyde anksiyete yaşadığı belirlenmiştir.^{14,36,52} Yaşanan korkuların düzeyini daha önce yaşadığı cerrahi ve anestezi deneyimi, yapılacak operasyonun tipi, hastanın kişilik özellikleri, preoperatif dönemde hastanede kalış süresi ve cerrahinin türü etkilemektedir.⁹⁻¹² Preoperatif anksiyete ve korkunun sık görüldüğü cerrahi türleri; beyin cerrahi, kalp damar cerrahi, endokrinolojik cerrahi, gastrointestinal cerrahi, baş boyun cerrahi, kanser cerrahisi, ortopedi, yanık ve transplantasyon şeklinde sıralanabilir.^{49,53}

Ameliyat öncesi korkunun düzeyini belirlemek amacıyla Perk ve ark.¹⁴ 'nın nöroşirurji planlanan hastalar da yaptığı çalışmasın da hastaların % 89 'unda bu dönemde anksiyete görüldüğü, Kalkhoran ve Karimollahi'nin²¹ bütün cerrahi klinikleri kapsayan çalışmasında araştırmaya katılan hastaların % 66.7' sinin orta düzeyde anksiyete yaşadığı belirlenmiştir. Türkiye de yapılan çalışmalar da ise ameliyat öncesi dönemde hastaların orta düzeyden panik derecesine varabilen kaygı yaşadıkları belirlenmiştir.^{9,25,30}

Ameliyatı takiben hastalar da korku ve anksiyeteye yol açan sebepler; cerrahi operasyonu bekleme, ameliyatın sonuçları, ameliyatın fiziksel veya mental zararlar verebileceği endişesi, beden imajın da değişim, aile üyelerinden ayrılma, işlevselliğini kaybetme endişesi, ameliyat sonrası ağrı, başkalarına bağımlı olmaktan ve cerrahi girişimden korkma şeklinde sıralanabilir.^{13,14} Seifu ve ark.'nın⁵⁴ 239 hasta üzerinde yaptığı, ameliyat öncesi anksiyete ve korkuyu araştırdıkları çalışmada, hastaların % 82'sinin ölüm korkusu, % 52'sinin bilinmeyen korkusu, % 42'sinin hastaneye yatıştan kaynaklı maddi yetersizlik, % 41'inin ameliyatın sonuçları ve komplikasyonlarından kaynaklı korku yaşadığı; Jawaid ve ark.'nın⁵⁵ yaptığı çalışma da ise hastaların % 89'unun ailesi hakkında duyduğu endişe, % 78'inin ameliyat sonrası ağrı, % 75'inin fiziksel yetersizlik korkusu, % 38'inin operasyon sırasında bilincini kaybetme korkusu yaşadığı belirtilmiştir.

Cerrahi girişimin yapılacağına hastaya söylenmesiyle birlikte başlayıp, hastaneye yatma ile birlikte artan bu korku; hastalığa uyumu, tedavi süresini, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.^{1(s.33),9,31(s.1-36)}

2.4.1. Cerrahi Korkunun Organizma Üzerindeki Etkileri

Cerrahi korkunun organizma üzerinde fiziksel, bilişsel, emosyonel ve davranışsal belirtileri bulunmaktadır. Bu belirtiler şöyle sıralanabilir;

Fiziksel Belirtiler: Dolgun ve hızlı nabız, kan basıncında yükselme, el ve ayakların soğuması, avuç içlerinin terlemesi, dispne, uyku bozuklukları, dişlerini sıkma, kolay yorulma, ağız kuruluğu, bulantı-kusma, kilo kaybı, terlemede artma, soğuk ve nemli cilt, immun sistemin zayıflaması.

Bilişsel (Kognitif) Belirtiler: Öğrenme güçlüğü, cevap zamanında gecikme, zihinsel karışıklık, bellek zayıflığı, konsantrasyon güçlüğü, algılama kusurları.

Duyusal (Emosyonel) Belirtiler: İrritabilite ve anksiyete, kolay ürkme ve

korkma, depresyon, duygusal dengesizlik, değersizlik, yetersizlik hissi, antidepresan ve anksiyolitik ilaç kullanımında artma.

Davranışsal Belirtiler: Hızlı konuşma ve kekeleme, sinirli gülme, aşırı hareketlilik, yazı ve konuşmada kopukluklar, endişe ya da umursamazlık, iş veriminin azalması, tiklerde artma gibi belirtiler görülebilir.^{2(s.63-75),6(s.12-15)}

Cerrahi hastalarında korkunun azaltılması tedavinin en temel amaçlarından birisi olmalıdır.^{31(s.30)} Sağlık ekibinin ve özellikle hasta bakımında önemli bir rol üstlenen cerrahi hemşirelerinin korkuyu tanımlamaları ve korkunun belirtilerini anlayıp uygun girişimlerde bulunmaları en önemli sorumluluklarından biridir.^{4(s.143)}

2.4.2. Cerrahi Korkuya Yönelik Hemşirelik Girişimleri

Cerrahi korkunun azaltılmasın da en önemli rol hemşirelere düşmektedir. Hemşireler tedavi ve bakımın yanı sıra profesyonel hemşirelik bakımının önemli bir parçası olan psikolojik destek ve danışmanlık hizmetlerini de en iyi şekilde hastaya vermelidirler.⁵⁶ Sadece hemşirelerin değil hastanın ailesinin ve arkadaşlarının sağladığı destekte korkunun azaltılmasında önemli bir faktördür. Verilen bu destek hastalarda güven duygusunun oluşmasını sağlayarak daha az korku yaşamalarına yardımcı olur.^{27,28}

Anksiyete ve korku hastalar da iyileşmenin yavaşlamasına, anestezi türü ve miktarının değişmesine aynı zamanda öğrenme, ameliyat öncesi dönemde yapılacak olan girişimlere katılma ve iş birliği yeteneğinde azalmaya neden olabilir. Aynı zamanda ameliyat ve hastalığa, hastaların verdiği tepki kişiden kişiye değişse de bu dönemde hastaların yaşadığı korku ve endişenin artması baş etme yeteneğinin azalmasına da sebep olabilir. Bu yüzden ameliyat öncesi dönemde hasta değerlendirilirken anksiyete ve korkuları açıkca sorgulanmalı ve korkunun nedeni araştırılmalıdır. Sıklıkla korkuya kaynak oluşturan nedenler; hastalık tanısıyla ilişkili

bilinmezlik, geçmiş deneyimler, sevdiği kişi ve aktivitelerden uzak kalma şeklinde sıralanabilir.^{1(s.30-33),31(s.1-36),43(s.97-101)}

Bütün cerrahi girişimler hasta ve ailesi için korkutucu, hayatı tehlikeye sokan, olumsuz bir yaşam tecrübesi olarak düşünülebilir. Ameliyat öncesi evrede hastaların fizyolojik hazırlıkları ile birlikte psikolojik hazırlıklarının da yapılması ameliyat sırasında daha az anestezi, ameliyat sonrası hızlı iyileşme ve erken taburcu olmaya, yaşam bulgularının kısa zamanda düzene girmesine ve daha az analjezik kullanılmasına yardımcı olmaktadır.^{2,57} Kayhan ve ark.'ın⁵⁸ yaptığı çalışma da ameliyat öncesi dönemde anksiyete düzeyi az olan hastaların ameliyat sonrası dönemde daha kısa sürede iyileştiği, komplikasyonların daha az geliştiği belirtilmiştir.⁵⁸

Hastanın cerrahi kliniğe kabulü ile başlayan, ameliyat öncesi hasta hazırlama süreci dört evreden oluşmaktadır. Bunlar; fizyolojik hazırlık, psikolojik hazırlık, ameliyat öncesi hasta eğitimi ve yasal hazırlığı kapsamaktadır. Ameliyat hasta ve ailesi için hem fizyolojik hem de psikolojik bir stres kaynağıdır. Bu yüzden ameliyat öncesi iyi bir fizyolojik hazırlığın yanında hastayı psikolojik olarak hazırlamak da önemlidir. Hastalar cerrahi girişimin kendileri için faydalı olduğunu bilseler de ameliyatın risklerinden endişe duyarlar. Ameliyat öncesi hastalarda en çok gelişen korku bilinmeyen korkusudur. Bunun yanında bu dönem de hastalar da ailesinden uzak kalma, organ kaybı, ölüm ve anestezi tehlikesi, kanser olma olasılığı, işini kaybetme korkusu ortaya çıkabilir. Ameliyatın büyüklüğü ile ilişkili olmayan bu korkular, hasta için önemli bir sorundur ve hasta ameliyata alınmadan önce giderilmesi gerekir. Hemşireler hastaların bu korkularını ifade etmelerine olanak sağlamalı ve ameliyata yönelik gerekli açıklamaları yaparak ihtiyaç duydukları manevi desteği sağlamalıdır.^{1(s.30-33),2(s.63-70),31(s.20-36),44}

Ameliyat öncesi korku yaşayan hasta bireye hemşirelik yaklaşımı;

- Hasta dikkatlice dinlenir ve korkularını ifade etmesine izin verilir.
- Korku, öğrenmeyi engellemeyecek düzeye geldiği zaman eğitim verilir.
- Hastaya duygusal destek sağlanır ve güven veren bir yaklaşım da bulunur.
- Cerrahi prosedür açıklanır.
- Hastanın korku ve anksiyetesini ortaya çıkarmak için sözlü veya sözel olmayan davranışları gözlemlenir.
- Ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönem de hasta mahremiyetine saygı gösterilir. Hastaya ait gizlilik korunur ve sürdürülür.
- Hasta ve ailesi eğitilerek bakım da aktif rol alabileceği açıklanır.
- Hastanın dini ve kültürel inançları göz önünde bulundurularak, bu yönde ki istekleri yerine getirilir.
- Ameliyat öncesi dönem de uzun süre hastanede kalan hastalara uğraş seansları düzenlenebilir.
- Ameliyat öncesi anksiyete ve korkuyu azaltmada müzik, masaj ve progresif gevşeme egzersizleri gibi tamamlayıcı terapilerden de yararlanılabilir.^{1(s.30-33),41(s.33)}

Hemşirelik bakım süreci hastanın cerrahi kliniğe kabulü ile başlayıp, taburcu olana kadar devam eden süreçtir. Elektif cerrahi olan hastalar her ne kadar ameliyat olacağına farkında olsalar da ameliyat öncesi dönem de farklı düzeyler de anksiyete ve korku yaşamaktadırlar.^{1(s.30)} Algılanan sosyal destek düzeyi hastaların ameliyat öncesi yaşadığı korku ve anksiyete düzeyi ile de ilişkili önemli bir bileşendir.^{14,30,55} Yapılan çalışmalar sosyal desteğin cerrahi operasyona bağlı korku üzerinde pozitif bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir.^{25,26}

2.5. Sosyal Destek

Sosyal destek; strese maruz kalan, fiziksel veya ruhsal sorunu olan bireyler için

aile, eş, arkadaş gibi yakın çevresinden sağlanan maddi ve manevi yardım olarak kabul edilir.^{59(s.244),60} İnsan hayatında doğumdan ölüme kadar yaşanan tüm durumsal değişikliklerde bireye yardım eden ve iletişim kurduğu tüm kişiler sosyal destek sistemleri olarak adlandırılır.⁶¹

Sosyal desteği duygusal, zihinsel ve maddi destek olarak incelemek mümkündür.

Duygusal destek; bireyin sevgi, güven, ilgi, empati, şefkat gibi temel sosyal gereksinimlerinin karşılanma durumu olarak tanımlanır. Duygusal destek, bireye toplum içinde değer verildiğini ve kabul edildiğini gösterir.

Zihinsel (bilişsel) destek; bireyin problem çözmesine ve karar vermesine yardım edecek bilgi olarak tanımlanır. Kişinin benlik saygısını ortaya çıkaran ve kendini tanımasını sağlayan geri bildirimlerde zihinsel destek olarak kabul edilir.

Maddi destek; bireyin ihtiyacı olduğunda ve gereksinim anında başkaları tarafından sağlanan ekonomik yardım olarak tanımlanır.^{42(s.179-183)}

Bireyin sosyal destek sistemlerinin kendisi için yeteri kadar destekleyici olup olmadığına olan inancı “algılanan sosyal destek” olarak nitelendirilir. Başka bir deyişle algılanan sosyal destek, fiziksel veya ruhsal problemi olan bireye destek vermeye hazır, ona değer veren birilerinin olduğunu hissetmesi ve bu kişilerin kendisine yarar sağlayacağını bilincinde olmasıdır.^{59(s.244),60}

Sosyal destek ölüm de dahil olmak üzere çeşitli sağlık ve hastalık durumlarıyla ilişkili bulunmuştur. Hastalıklara karşı korunma da ve baş etme mekanizmalarının geliştirilmesinde sosyal destek önemli bir faktördür.²⁴ İyi işleyen bir sosyal destek sistemi, iyileşme aktivitesinin daha hızlı gerçekleşmesiyle sonuçlanan bireyin öz yeterlilik ve kontrolünü artırabilir. Aynı zamanda sosyal destek düzeyi yüksek olan bireylerin hastalıkla baş etme güçlerinin arttığı ve yaşam kalitelerinin yükseldiği bilinmektedir.²³

Sosyal desteğin stresin oluşumunu önlediği, stres durumlarında ise olayın algılanış biçimini değiştirdiği ve stresle başa çıkma yollarını etkilediği bilinmektedir. Sosyal destek konusunda yapılan çalışmalarda iki önemli yaklaşım üzerinde durulmuştur. Bunlardan birincisi, sağlık ile sosyal destek arasında doğrudan bir ilişki olduğunu savunur. İkinci yaklaşım ise sosyal desteğin stres yaratan yaşam olaylarının zararlı etkilerini azaltarak ya da dengeleyerek ruh sağlığını koruduğunu savunur.^{56,62}

Yapılan çalışmalar sosyal desteğin cerrahi operasyona bağlı korkunun azaltılmasında önemli bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir.^{25,26} Ameliyat öncesi dönemde iyi bir sosyal destek ağına sahip bireylerin, olmayanlara kıyasla; preoperatif anksiyete seviyelerinin daha düşük, hastanede kalış süresinin daha kısa olduğu, hastaların daha az narkotik analjezik kullandığı ve daha az korku yaşadığı belirtilmiştir.^{27,28} Yukarıdaki bilgilere bakılarak cerrahi korkunun azaltılmasında algılanan sosyal destek düzeyinin önemli bir bileşen olduğu söylenebilir.

2.5.1. Cerrahi Korku ve Sosyal Destek

Hasta için cerrahi girişim kişilik kavramını ve kendisine olan saygısını tehlikeye sokan, beden bütünlüğünün bozulduğu bir durum olarak algılanabilir. Cerrahi operasyon geçirecek hastaların, ölüm korkusu, bilinmeyen korkusu, ameliyatın sonuçları ve komplikasyonlarından kaynaklı korku yaşadıkları yapılan çalışmalarda bildirilmiştir.^{13,14} Yaşanan bu belirsizlik ve korku duygusu bireyin sosyal destek gereksiniminde artışa neden olmaktadır. Bu tür duygusal gerginlik durumlarında bireyler, doğal yardımcı olarak görülen aile üyeleri, komşu, akraba ve arkadaşlarına dayanma gereksinimi hisseder. Algıladıkları bu destek ağı bireyin ameliyata uyum sürecini olumlu yönde etkiler.^{27,28}

Kaivula ve ark.'nın⁶³ koroner arter by pass grefti bekleyen hastalarla yaptığı çalışmada, sosyal desteğin bir parçası olan emosyonel destek düzeyi düşük olan

hastaların daha fazla anksiyete yaşadığı belirlenmiştir. Chan ve ark'nın⁶⁴ kanserli hastalarla yaptığı farklı bir çalışmada ise, hastaların sosyal destek kaynakları artıkça, hastalıkla baş etme düzeylerinin geliştiği belirtilmiştir.

Yardakcı ve Akyolcu'nun³⁰ çalışmasında hastaların hastalıklarına ve ameliyata fiziksel ve psikolojik yönden uyum sağlamada güçlük çektikleri ve hastaneye yattıkları zaman aile üyelerinden en az birinin desteğine ihtiyaç duydukları belirlenmiştir. Ayrıca bu sosyal desteği algılayan hastaların kendilerini daha rahat ve mutlu hissettikleri ortaya konulmuştur.



3. MATERYAL METOD

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma iki aşamada gerçekleştirildi.

Birinci aşamada “Cerrahi Korku Ölçeği (CKÖ)”(Surgical Fear Questionnaire SFQ) Türkçe’ye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirliği değerlendirildi. Literatüre bakıldığı zaman Türkiye’de hastaların yaşadığı anksiyeteye yönelik geçerlilik güvenilirliği yapılmış ölçeklerle yürütülen çalışmalar olmasına karşın,^{65,66} cerrahi kliniklerde cerrahi hastalarının ameliyat öncesi korkularını değerlendiren geçerlilik-güvenilirlik çalışması yapılmış bir ölçeğe rastlanmadı. Bu nedenle CKÖ’nün geçerlilik-güvenilirliği değerlendirildi.

İkinci aşamada ise; cerrahi hastalarının ameliyat öncesi korku düzeylerini ve sosyal destek algısı ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapıldı. Bu yönüyle araştırmanın birinci aşaması metodolojik araştırma modeli, ikinci aşamasında tanımlayıcı araştırma modeli kullanıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Erzurum ilinde bulunan Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi’ndeki cerrahi kliniklerde Ocak 2016- Eylül 2016 tarihleri arasında elektif cerrahi geçirecek hastalarla yürütüldü.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ocak 2016- Eylül 2016 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi’ndeki cerrahi kliniklere başvuran elektif cerrahi geçirecek hastalar, örneklemini ise belirtilen evrende araştırmaya alınma kriterlerini taşıyan hastalar (n=405) oluşturdu.

Bir ölçeğin başka bir kültüre uyarlanmasında, ölçek madde sayısının en az 5-10 katı büyüklüğünde bir gruba ulaşılması gerekmektedir. Araştırmanın örneklem sayısı 405 olup bu koşulu sağlamaktadır.

Araştırmaya Katılma Ölçütleri

- 18 yaşından büyük olan,
- İletişime ve iş birliğine açık olan,
- Bilinci açık,
- Bilişsel ve mental problemi olmayan,
- Genel anestezi altında elektif cerrahi operasyon geçirecek olan,
- ASA-FD (American Society of Anesthesiologists) sınıflandırmasında 1 ve 2 grubunda olan hastalar

ASA-FD (American Society of Anesthesiologists) Fiziksel Durum Sınıflandırması

Amerikan Anestezi Birliği (1941) yılında Amerikalı anesteziyolojistler tarafından geliştirilmiş, 1961 yılında revize edilmiş fiziksel durum sınıflama/dereceleme sistemidir. ASA fiziksel durum (ASA-FD) sınıflandırması ameliyat öncesi hastaların sağlık durumunu subjektif olarak değerlendirmek için kullanılmaktadır. ASA 4 ve 5. derecelendirme sınıfı acil cerrahi riskini önemli ölçüde artırmaktadır. ASA riski sınıflama derecelendirme günümüzün güncel standardı olmaya devam etmektedir (Tablo 3.1).^{1(s.280),67}

Tablo 3.1. Amerikan Anestezi Birliği Fiziksel Durum Sınıflandırması (ASA-FD)

ASA-FD Derece	Ameliyat Öncesi Sağlık Durumu	Yorum	Ölüm Riski
ASA-FD 1	Sağlıklı kişi	Hasta ameliyat gerektiren hastalığı dışında tamamen sağlıklıdır.	0.1
ASA-FD 2	Hafif sistemik bir hastalık	Fonksiyonel sınırlılığı olmayan; iyi kontrol edilmiş, sistemik etkileri olmayan hipertansiyon ya da diyabetüs mellitus, orta düzey obeziteye sahip birey.	0.2

Tablo 3.1. (Devamı)

ASA-FD 3	Ciddi sistemik bir hastalık	Bazı fonksiyonel sınırlılıkları olan birden fazla kontrol edilmiş ya da major bir sistemik hastalığı olan; ani ölüm tehlikesi olmayan birey.	1.8
ASA-FD 4	Yaşamı sürekli tehdit eden şiddetli sistemik bir hastalık	Kötü kontrol edilmiş veya son aşamada olan en az şiddetli bir hastalık; mümkün olabilen ölüm riski var; unstabil anjina, böbrek ve karaciğer yetmezliği gibi hastalıklara sahip birey.	7.8
ASA-FD 5	Ameliyat olmadan yaşamayı beklenmeyen can çekişen kişi	24 saat içinde ameliyat yapılmaz ise yaşamayı beklenmiyor; ölüm riski kaçınılmaz; multi organ yetmezliği, hemodinamik dengesizlikle birlikte sepsis sendromu, hipotermi gibi hastalıkları olan birey.	9.4
ASA-FD 6	Beyin ölümü gerçekleştiği ilan edilen organları donör amaçlı alınan kişi		

3.4. Verilerin Toplanması

Veriler operasyondan bir gün önce Kişisel Bilgi Formu, CKÖ ve ÇBASDÖ uygulanarak toplandı. CKÖ'nün güvenilirliğini belirlemek için verileri toplama aşamasında eşdeğer (paralel) formlar güvenilirliği yöntemi kullanılarak, hastaların yaşadığı korku ve anksiyete düzeyini ölçmeyi amaçlayan ikinci bir ölçek Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) uygulandı.³ Veriler, araştırma ile ilgili bilgi verilip sözel izinler alındıktan sonra, hasta odasında, refakat saatleri dışında, yüz yüze görüşülerek toplandı. Kişisel Bilgi Formu ve anketlerin uygulanması yaklaşık 15-20 dakika sürdü.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Bu form literatürden yararlanılarak araştırmacı tarafından oluşturuldu. Hastaların tanıtıcı özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, aile yapısı, yaşadığı yer, meslek, gelir durumu, refakatçi, daha önce hastaneye yatma ve ameliyat geçirme durumu, preoperatif ağrı, ASA skoru, kronik hastalık) sorgulayan 13 sorudan oluşmaktadır (EK-2).

3.5.2. Cerrahi Korku Ölçeği (CKÖ/Surgical Fear Questionnaire SFQ)

Elektif cerrahi geçirecek hastaların cerrahi operasyonun getirdiği kısa ve uzun dönem sonuçlarının oluşturduğu korku düzeyini belirlemek amacıyla 2014 yılında Theunissen ve ark.³⁷ tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 8 maddeden oluşan, 0-10 arası puanlanan, 11 likertli bir ölçektir. Her bir madde 0 “hiç korkuyorum”, 10 “çok korkuyorum” şeklinde puanlanmaktadır. Ölçek her biri dört maddeden oluşan, korkunun kaynağına ilişkin iki alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar cerrahinin kısa dönem ve uzun dönem sonuçlarının korkusunu gösteren ölçekteki 1-4 maddeler cerrahinin kısa dönem sonuçlarının korkusunu ölçerken, 5-8 maddeler cerrahinin uzun dönem sonuçlarının korkusunu ölçmektedir.

Ölçeğin alt boyutlarındaki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı elde edilmekte ve iki alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı oluşmaktadır. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 0 en yüksek puan 40 dır. Ölçek toplam puanı en düşük 0 en yüksek 80’dir. Puanın yüksek olması cerrahi korkunun yüksek olduğunu ifade etmektedir.

Ölçeğin iç tutarlılık Cronbach alpha katsayısı 0.89 kısa dönem sonuçları (CKÖ-K) alt boyutu için 0.86, uzun dönem sonuçları (CKÖ-U) alt boyutu için 0.87 olarak bulunmuştur (EK-3).³⁷

3.5.3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)

Aydemir⁶⁵ (1997) tarafından Türkçe geçerlilik güvenilirliği yapılmış, ölçeğin bedensel hastalığı olanlarda depresyon ve anksiyete belirtilerini tarama açısından güvenli olduğu belirlenmiş, dörtlü likert tipi bir ölçektir.

Ölçek, 7’si depresyon, 7’si anksiyete belirtilerini araştıran toplam 14 soru içermekte ve tek sayılar anksiyeteyi, çift sayılar depresyonu ölçmektedir. Ölçeğin kesim noktası anksiyete ve depresyon için 7 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin puanlandırılması ise

0-7 arası normal, 8-10 arası şüpheli, 11 ve üzeri depresif olarak ifade edilmiştir. HAD ölçeğinin anksiyete (HAD-A) ve depresyon (HAD-D) alt ölçekleri vardır. Ölçekte her maddenin puanlaması farklıdır. 1., 3., 5., 6., 8., 10., 11. ve 13. maddeler giderek azalan şiddet gösterir ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Öte yandan 2., 4., 7., 9., 12. ve 14. maddeler ise 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlanmaktadır. HAD-A alt ölçeği için 1., 3., 5., 7., 9., 11. ve 13. maddeler toplanırken; HAD-D alt ölçeği için 2., 4., 6., 8., 10., 12. ve 14. maddelerin puanları toplanmaktadır. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0, en yüksek puan 21'dir. Ölçeğin kesim noktası anksiyete için 10, depresyon için 7 olarak belirlenmiştir. Anksiyete için 11 ve üzerinde, depresyon için 8 ve üzerinde puan alınması durumunda anksiyete ve depresyondan söz edilmektedir. Ölçeğin amacı; tanı koymak değil, bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu kısa sürede tarayarak risk grubunu belirlemektedir. Ayrıca ölçek, hastanın emosyonel durum değişikliğinin değerlendirilmesinde de kullanılmaktadır. Bu nedenle ölçek hiçbir bedensel belirti içermemektedir. Anksiyete değerlendirilmesinde, hasta 0-10 puan aldığı anda anksiyetesi yok, 11 ve üzerinde puan aldığı anda anksiyetesi var; depresyon değerlendirilmesinde 0-7 puan aldığı anda hastanın depresyonu yok, 8 ve üzerinde puan aldığı anda ise depresyonu var olarak tanımlanmıştır. Bu ölçek başka ölçeklerle karşılaştırılmalı olarak kullanılmış olup bedensel hastalığı olanlarda, anksiyete ve depresyonu değerlendirme yönünden yeterli olduğu bulunmuştur. HAD ölçeği bedensel belirtilere ilişkin madde içermemesi nedeniyle tercih edilmiştir⁶⁵ (EK-5).

Ölçeğin iç tutarlılık Cronbach Alpha katsayısı HAD-A alt boyutu için 0.85, HAD-D alt boyutu için 0.77 olarak bulunmuştur.⁶⁵ Bu çalışmada ölçeğin iç tutarlılık Cronbach Alpha katsayısı HAD-A altboyutu için 0.93, HAD-D alt boyutu için 0.83 olarak bulundu.

3.5.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Ölçeğin orjinal formu Zimet ve ark. (1988)⁶⁸ tarafından geliştirilmiş ve bireyin algıladığı sosyal desteğin unsurlarını belirlemeye yönelik olup, Eker ve Arkar⁶⁹ tarafından 1995 yılında Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren, kullanımını kolay, kısa bir ölçektir. Ölçek 12 maddeden oluşur ve her biri 4 maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; aile, arkadaş ve özel insan alt boyutlarıdır. Aile alt boyutu; bireyin ailesinden ne kadar destek aldığı ile ilgili kendi algısını ölçmektedir ve 4 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler; 3,4,8,11'dir. Aile ile ebeveynler, kardeşler, eş ve çocuklardan sağlanan sosyal desteği ifade eder. Arkadaş alt boyutu; bireyin arkadaş olarak nitelendirdiği kişilerden aldığı sosyal desteği ifade eder ve 4 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler; 6,7,9,12'dir. Özel insan alt boyutu; aile ve arkadaş dışında örneğin nişanlı, akraba, komşu, doktor, hemşire tarafından sağlanan sosyal desteği ölçmektedir ve 4 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler; 1,2,5,10'dur.

Ölçek 1-7 arası puanlanan 7 likertli bir ölçektir. Her bir madde için 7 cevap seçeneği bulunmaktadır. '1' 'kesinlikle evet', '7' 'kesinlikle hayır' cevabını temsil etmektedir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4 en yüksek puan 28'dir. Ölçeğin toplam puanı en düşük 12, en yüksek puan 84'tür. Ölçek toplam puanı, alt boyut puanları toplanarak elde edilir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu gösterir.^{68,69} (EK-4)

Ölçeğin iç tutarlılık Cronbach Alpha katsayısı 0.89, aile alt boyutu için 0.85, arkadaş alt boyutu için 0.88, özel insan alt boyutu için 0.92 olarak bulunmuştur.⁶⁸ Bu çalışmada ölçeğin iç tutarlılık Cronbach Alpha katsayısı 0.97, aile alt boyutu için 0.95, arkadaş alt boyutu için 0.96, özel insan alt boyutu için 0.95 olarak bulundu.

3.6. CKÖ'nün Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması

Türkiye'de hastaların yaşadığı anksiyeteyi değerlendiren birçok ölçek olmasına rağmen^{65,66} cerrahi hastalarının ameliyat öncesi yaşadıkları korkuyu sorgulayan spesifik bir ölçeğe rastlanmadı. Bu amaçla CKÖ'nün Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması yapıldı.

Bilimsel çalışmalarda kullanılan ölçme araçlarının geçerli ve güvenilir olması gerekir. Eğer bir ölçme aracının geçerlilik ve güvenilirliği istenilen düzeyde değilse ölçmeye çalışılan özellikler veya bilimsel araştırmalardan elde edilen sonuçlarında güvenilir ve geçerli olmayacağı söylenebilir. Bu nedenle ölçme araçlarının geçerlilik ve güvenilirlik düzeylerinin kabul edilebilir sınırlar içerisinde olması gerekir.^{70(s.211)}

3.6.1. Dil Geçerliliği

CKÖ'nün Türk toplumuna uyarlanması için ilk olarak geçerliliği ile ilgili çalışmalar yapıldı. CKÖ önce araştırmacı, daha sonra iki öğretim üyesi tarafından İngilizceden Türkçeye çevrildi. Türkçe'ye çevrilen ölçek araştırmacı tarafından tekrar gözden geçirilerek tek form haline getirildi. Daha sonra Türkçe'ye çevrilen bu formlar her iki kültürü yakından tanıyan, iki dilde iyi bilen bir İngilizce dil bilimci tarafından geri çevirisi yapıldı. Orjinal ölçek ile Türkçe'ye çevrilen ölçek karşılaştırılıp ölçeğin ifadelerinde bir anlam değişikliği olmadığı belirlendi. Her iki ölçekte bulunan ve her maddeyi en iyi ifade eden çeviriler seçilip, öneriler doğrultusunda uzman görüşüne sunuldu.

3.6.2. İçerik Geçerliliği

Geçerlilik, testin bireyin ölçmek istenen özelliğini ne derece doğru ölçtüğüyle ilgili bir kavramdır. Geçerlilik teknikleri için değişik sınıflandırmalardan bahsedilebilir. Bu sınıflandırma içinde kapsam/içerik geçerliliği ve yapı geçerliği bir ölçeğin geçerliğini değerlendirmek için en çok tercih edilen yöntemdir.^{70(s.222)} Kapsam

geçerliğini test etmek için yapılan işlemlerin ilk aşamasında, ölçeklerin Türkçe formu alanında uzman kişilerin görüşüne sunuldu (EK-3). Form mektubunda uzmandan beklentiler açıkça belirtildi. Uzmanlardan ölçekteki maddelerden hem Türkçe hem İngilizce açısından anlaşılır olup olmadığı, kültürel yapı uygunluğu ve maddelerin ölçmesi planlanan kavramla ilgili karşılama durumu değerlendirilerek önerilerde bulunmaları istendi.

Maddelerin hem dil ve kültür eş değerliğinin hem de içerik geçerliğinin sayısal değerlerle kanıtlanması ve uzman görüşlerinin sağlıklı bir şekilde değerlendirilmesi için içerik geçerlilik indeksi (Content Validity Index-CVI) kullanıldı. Uzman kişilerden ölçekteki her bir ifadeyi “4=Tümüyle uygun”, “3=Oldukça uygun”, “2=Uygun ancak ifadelerde küçük değişiklikler yapılması gerekli”, “1=Uygun değil” ifadelerinden uygun olanı seçip, her bir ölçek maddesini 1-4 arasında puanlayarak değerlendirmeleri istendi.

Gereken çeviriler ve görüşler doğrultusunda her iki ölçekte bulunan ve her maddeyi en iyi ifade eden çeviriler seçilip uzman görüşüne sunuldu. Literatürde, kapsam geçerlilik hesaplamasında, uzman sayısının 3-20 arasında ve Kapsam Geçerlilik Ölçütü (KGÖ)/Kapsam Geçerlilik İndeks (KGİ) sonucunun 0.80 ve üzerinde olması gerektiği bildirilmektedir.^{71,72}

Tablo 3.2. KGÖ/KGİ Sonuçları

Madde No	Hastane Korkusu Ölçeği (KGÖ)
1	1.00
2	1.00
3	1.00
4	1.00
5	1.00
6	1.00
7	1.00
8	1.00

Bu çalışmada 10 uzmandan görüş alındı ve KGÖ/KGİ sonucu 1.00 olduğu belirlendi (Tablo 3.2). Bu sonuçlar göz önüne alındığında CKÖ'nün dil ve kapsam geçerliliği açısından uygun bir ölçme aracı olduğu söylenebilir.

3.6.3. İç Tutarlılık

Ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarında ölçeğin her bir maddesinin iç tutarlılık ve homojenliğinin belirlenmesinde sıklıkla kullanılan bir analiz yöntemi Cronbach alpha katsayısı ve madde toplam puan korelasyon katsayılarıdır. Burada amaç ölçekte yer alan maddelerin birbiriyle uyum düzeylerini göstermektir.^{73, 74(s.561-576)}

Cronbach Alpha katsayısı 0 ile 1 arasında değer alır. Bu değer 0.80 ile 1 arasında olması ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğunu gösterir.^{73,74(s.561)} Ölçek toplam Cronbach alpha katsayısı 0.93 olup, CKÖ-K alt boyutu için 0.96, CKÖ-U alt boyutu için 0.90'dir. Ölçeğin tüm maddelerine yönelik madde toplam korelasyonları 0.30'un üzerindedir (Tablo 3.3). Theunissen ve ark.'nın³⁷ çalışmasında da Cronbach alpha katsayısı 0.89 olup, CKÖ-K alt boyutu için 0.86'dır ve CKÖ-U alt boyutu için 0.87 olarak bulunmuştur. Madde toplam puan korelasyonu yükseldikçe o maddenin etkinliğinin arttığını, korelasyon katsayısının düşük olması ise ölçek maddelerinin yeterince güvenilir olmadığını göstermektedir. Madde toplam puan korelasyonunun 0.35-0.60 arasında olması güvenilirliğin yeterli olduğunu, 0.60 ve üzeri olması ise yüksek düzeyde güvenilir olduğunu göstermektedir.^{73,74(s.576)} Bu çalışmada da bütün maddelerin toplam puan korelasyonunun 0.80-0.90 arasında olduğu görüldü. Bu bulgular CKÖ'nün ameliyat öncesi hastaların yaşadığı korkuyu ölçmede yüksek derecede güvenilir bir araç olduğunu göstermektedir.

Tablo 3.3. Ölçeğe Ait Madde Toplam Korelasyonları ve Cronbach α Kat Sayıları

	n	X	SS	Madde toplam korelasyonu	Madde silinirse Cronbach α
Madde1	405	4.45	3.20	0.769	0.926
Madde2	405	4.10	3.33	0.710	0.930
Madde3	405	4.94	3.22	0.722	0.929
Madde4	405	4.54	3.19	0.718	0.929
Madde5	405	4.96	3.06	0.818	0.922
Madde6	405	4.80	3.14	0.809	0.923
Madde7	405	4.75	3.18	0.800	0.923
Madde8	405	5.10	3.19	0.819	0.922

Tablo 3.3. (Devamı)

CKÖ-K Alt Boyut Cronbach α	0.960
CKÖ-U Alt Boyut Cronbach α	0.907
Toplam CKÖ Cronbach α	0.934

3.6.4. Yapı Geçerliliği

CKÖ'nün faktör yapısını değerlendirmeden önce örneklemin faktör analizi için yeterli olup olmadığını belirlemek amacıyla örneklem büyüklüğü ölçüm tekniği Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), örneklemin sıfırdan farklı olup olmadığını ve faktör analizine uygunluğu değerlendirmek aynı zaman da değişkenlerin birbiriyle korelasyon gösterip göstermedilerini ölçmek amacıyla Bartlett's Test of Sphericity (BTS) testleri uygulandı. KMO değeri 0 ile 1 arasında değer alır. Bu değer 1 e yakın olması iyi sonuç olarak yorumlanmaktadır. KMO değerinin 0.70'e eşit veya bu orandan büyük olması beklenir.^{70(s.223),75} CKÖ'nün Türkçe'ye uyarlama çalışmasında KMO değeri 0.89 olarak bulundu (Tablo 3.4). Bu sonuç örneklem büyüklüğünün çok iyi olduğunu göstermektedir.

Ölçek uyarlama çalışmalarında faktör analizi için örneklem büyüklüğünün yeterliliğini belirlemede kullanılan bir diğer test Barlett's testidir.^{70(s.223)} Barlett's testi sonucuna göre $X^2=3204.088$ ve $p=0.000$ olarak bulundu (Tablo 3.4). Bu testin anlamlı çıkması örneklem büyüklüğünün faktör analizi için yeterli olduğunu ve korelasyon matrisinin uygun olduğunu göstermektedir.

Tablo 3.4. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett's Testi Sonuçları

Testler (n=405)	Sonuçlar	p
KMO	0.898	p=0.000
Bartlett's Test	$X^2=3204.088$	

3.6.5. Eşdeğer (Paralel) Formlar Güvenilirliği

CKÖ'nün kararlılığını test etmek amacıyla kişilerin duygu durumlarının zamana göre değişkenlik göstermesi nedeni ile eşdeğer (paralel) formlar güvenilirliği yöntemi kullanıldı. Bunun için hastaların yaşadığı anksiyete ve depresyon durumunu ölçen HAD Ölçeği'nden yararlanıldı.

Paralel form eşdeğerlik sonuçları Tablo 3.5'de görülmektedir. HAD ölçeğinin tüm alt ölçek puan ortalamaları ile CKÖ'nün tüm alt ölçek puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p<0.05$). Theunissen ve ark.'nin³⁷ yaptığı çalışmada da eşdeğer form güvenilirliği yöntemi kullanılmış ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Bu bulgular CKÖ'nün güvenilirliğin yüksek olduğunu göstermektedir

Tablo 3.5. Paralel Form Eşdeğerlik Sonuçları

Ölçek Alt Boyutları		HAD-A	HAD-D
CKÖ-K	r	0.804	0.746
	p	0.000	0.000
CKÖ-U	r	0.802	0.754
	p	0.000	0.000
Toplam CKÖ	r	0.888	0.832
	p	0.000	0.000

3.6.6. Faktör Analizi

Faktör analizi, birbiriyle ilişkili çok sayıda değişkeni bir araya getirerek yeni değişkenler (faktör, boyutlar) bulmayı, keşfetmeyi amaçlayan çok değişkenli bir istatistiksel yöntemdir. Bu aşamada güvenilirliği test edilen ve güvenilir olduğuna karar verilen ölçeğin yapı geçerliliğinin belirlenmesi gerekmektedir.^{76(s.470-483)} CKÖ'nün yapı geçerliliğini belirlemek amacıyla açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi kullanıldı.

3.6.6.1. Açımlyıcı Faktör Analizi (AFA)

Açımlyıcı faktör analizi; bir ölçme aracında yer alan maddeleri (değişkenlerin) belirli sayıda gruplara ayırarak kaç alt başlık altında toplanabileceği ve aralarında ne tür bir ilişki olduğunu belirleme tekniğidir. Açımlyıcı faktör analizi ile ölçme aracında yer alan maddelerin belli alt faktörler veya alt boyutlarda toplanması beklenir.^{73(s.54-57)} Açımlyıcı faktör analizinde; maddelerin faktörlerle olan ilişkisini ve kaç alt boyuttan oluştuğunu belirlemek amacıyla maddelerin faktör yükleri matrisine bakıldı. Literatürde faktör yüklerinin 0.30 ve üzeri olması istenmektedir.^{76(s.470-483)} Bu çalışmada bütün maddelerin faktör yükleri 0.80 ile 0.90 arasında değiştiği belirlendi (Tablo 3.6). Faktör analizi sonucunda ölçeğin iki alt boyuttan oluştuğu görülmektedir. Ölçeğe ait bütün maddelerin faktör yükleri 0.40'ın üzerindedir. Theunissen ve ark.'nın³⁷ yaptığı çalışmada ise bütün maddelerin faktör yüklerinin 0.65 ile 0.93 arasında değiştiği bildirilmektedir. Bu sonuçlar ölçeğin maddelerinin faktör yükünün yüksek olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin faktör yapısının güçlülüğü, açıklanan varyans oranının yüksekliği ile ölçülebilir. Açıklanan varyans oranının % 40-60 arasında olmasının faktör yapısının yeterli olduğunu göstermektedir.⁷⁷ Bu çalışmada açıklanan varyans toplam CKÖ puanı için 83,836 olarak bulundu (Tablo 3.6). Theunissen ve ark.'nın³⁷ yaptığı çalışmada toplam açıklanan varyans oranı % 60.2 bulunmuştur. Bu bulgular doğrultusunda CKÖ'nün orjinal ölçekte olduğu gibi iki alt boyuttan oluştuğu ve faktör yapısının yeterli düzeyde olduğu belirlendi.

Tablo 3.6. Faktör Analizi Bulguları

	Faktör/Alt Boyut	
	CKÖ-K	CKÖ-U
Madde 1	0.344	0.833
Madde 2	0.247	0.866
Madde 3	0.324	0.800
Madde 4	0.296	0,823
Madde 5	0.871	0.347
Madde 6	0.907	0.298
Madde 7	0.891	0.305
Madde 8	0.887	0.332
Açıklanan Varyans (%)	44.163	39.673
Toplam Açıklanan Varyans (%)	83.836	

3.6.6.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)

Araştırmanın bu bölümünde açıklayıcı faktör analizi ile ortaya çıkan iki faktörlü yapının uygunluğunu test etmek amacıyla Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapıldı. DFA, özellikle yurtdışında geliştirilmiş ölçme araçlarının uyarlanmasında kullanılan bir geçerlilik belirleme yöntemidir. Sümer'e göre⁷⁸ DFA kuramsal bir temele dayanan pek çok değişkenin oluşturduğu faktörlerin gerçek verilerle ne düzeyde uyumlu olduğunu belirlemek amacıyla kullanılan bir analizdir. Başka bir deyişle DFA, önceden belirlenen veya kurgulanan bir yapının toplanan verileri ne düzeyde doğrulandığını saptamayı amaçlar. DFA'da belirli değişkenlerin bir kuram temelinde önceden belirlenmiş faktörler üzerinde ağırlıklı olarak yer alacağı şeklindeki bir öngörü test edilirken, açıklayıcı faktör analizinde belirli bir faktör ya da denence olmaksızın faktör yükleri (ağırlıkları) temeline dayanan verinin faktör yapısını sınamayı temel almaktadır.^{78,79}

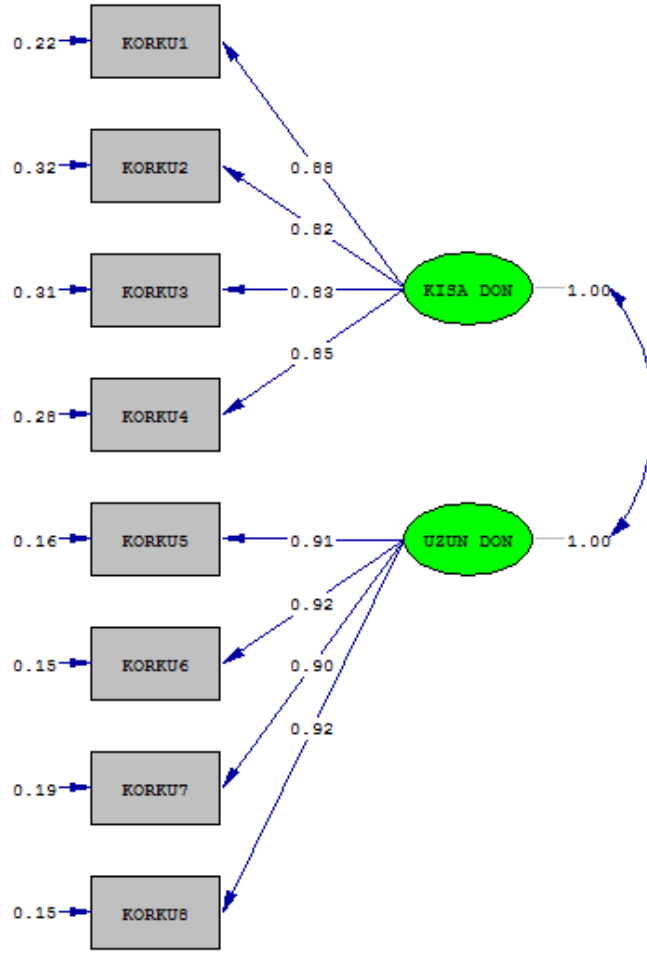
DFA'da ne derece uyumlu olduğunu test eden modelin yeterlilik düzeyini ortaya koymak için bir çok uyum indeksi kullanılmaktadır. Bu çalışmada yapılan DFA için ki kare uyum testi (Chi-Square Goodness), RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation), GFI (Goodness of Fit Index), NFI (Normed Fit Index), CFI (Comparative Fit Index), RFI (Relative Fit Index), AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index) ve IFI (Incremental Fit Index) uyum indeksleri incelenmiştir. NFI, GFI, IFI, RFI,

CFI ve NNFI indeksleri için mükemmel uyum değeri 0.95 ve kabul edilebilir uyum değeri 0.90 olarak kabul edilmektedir. AGFI indeksi için ise mükemmel uyum değeri 0.90 ve kabul edilebilir uyum değeri, 0.85 olarak kabul edilmektedir. RMSEA için ise 0.08 kabul edilebilir uyum değeri ve 0.05 mükemmel uyum değeri olarak kabul edilir.^{80,81} Yapılan DFA’da CKÖ’nün Türkçe formunun iki faktörlü ölçeğinin uyum indeksleri incelenmiştir.

CKÖ’ye yönelik bulunan uyum indeksi değerleri, normal ve kabul edilebilir değerler Tablo 3.7’de görülmektedir. Ölçeğe ait modelin uyumunu incelemek için yapılan indeks değerleri; χ^2/SD değeri 3,49, GFI 1,00, AGFI 1,00, CFI 1,00, RMSEA 0,078 ve SRMR 0,024 olarak saptandı. İlgili uyum indeks değerleri sonucunda ölçeğin bu hali ile kabul edilebilir düzeyde olduğu ve iki alt boyuttan oluştuğu belirlendi. Ölçeğin orijinalinde de açıklayıcı faktör analizini doğrulamak amacıyla yapılan DFA’da ölçeğin iki alt boyutlu olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3.7. Ölçeğe Yönelik Saptanan Uyum İndeksi Değerleri, Normal ve Kabul Edilebilir Değerler

İndex	Normal değer	Kabul edilebilir değer	Bulunan değer
χ^2/SD	<2	<5	3,49
GFI	>0,95	>0,90	1,00
AGFI	>0,95	>0,90	1,00
CFI	>0,95	>0,90	1,00
RMSEA	<0,05	<0,08	0,078
SRMR	<0,05	<0,08	0,024



Chi-Square=66.27, df=19, P-value=0.00000, RMSEA=0.078

Şekil 3.1. CKÖ Türkçe Versiyonu Path Diyagramı

Şekil 3.1’de CKÖ’ye yönelik alt boyutlar ve maddelere ait faktör yükleri PATH diyagramı şeklinde verildi. Şekil 1’de görüldüğü gibi hiçbir modifikasyon uygulanmadan ölçek orijinal yapısında olduğu şekli ile kabul edildi. Ölçeğe ait faktör yükleri 0,82 ile 0,92 arasında değişmektedir ve tüm maddelere ait t değeri 1,96’nın üzerindedir.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler:

Ameliyatla ilişkili özelliklerdir (cerrahi klinik, daha önce hastanede yatma durumu, daha önce cerrahi operasyon geçirme durumu, ameliyat öncesi ağrı hissetme durumu, ameliyat öncesi hastanede kalış süresi, ASA düzeyi).

Hastanın tanıtıcı özellikleridir (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir durumu, çalışma durumu, alışkanlıkları).

Bağımlı Değişkenler

CKÖ ve ÇBASDÖ puanları.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerin değerlendirilmesinde bilgisayar ortamında SPSS 18.0 (Statistical Package for Social Science) paket programında yapıldı.

Verilerin değerlendirilmesinde yapılan analiz ve kullanılan yöntemler Tablo 3.8'de verildi.

Tablo 3.8. Araştırma Verilerinin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

		% Dağılımı	
		Frekans Dağılımı	
Ölçeklerin Geçerlilik Analizinde Kullanılan Yöntemler	Dil geçerliliği	İngilizce'den Türkçe'ye ve Türkçe'den İngilizce'ye çeviri	
	İçerik/Kapsam geçerliliği	Uzman Görüşü (Kapsam Geçerlilik İndeksi)	
Ölçeklerin Geçerlilik Analizinde Kullanılan Yöntemler	Örneklem büyüklüğünün uygunluğu	Barlett Testleri	
	Veri setinin faktör analizine uygunluğu	Kaiser-Meyer-Olkin İndeksi (KMO)	
	Ölçeğin Yapı Geçerliği		Açıklayıcı Faktör Analizi (Exploratory Factor Analysis)
			Temel Bileşenler Analizi (Principal Component)
		Varimax Döndürme	
		Doğrulayıcı Faktör Analizi	
Ölçeklerin Güvenirlilik Analizinde Kullanılan Yöntemler	İç tutarlılık ve homojenlik	Cronbach Alfa Katsayısı Madde-Toplam Puan Korelasyonu	
	Ölçeğin zamana karşı değişmezliği (Paralel Eş Değer Form Güvenilirliği)	Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu	

Tablo 3.8. (Devamı)

	Mann Whitney U Testi
Ölçek puanlarının bazı değişkenlerden etkilenme durumunun karşılaştırılması	Kruskal Wallis Testi
	Bağımsız Gruplarda t Testi
	ANOVA Testi
İki ölçek puanlarının karşılaştırılması	Pearson Korelasyon Testi

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için Erzurum Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan onay alındı (EK-7). Araştırmanın amaç ve kapsamını içeren bilgi formu, Atatürk Üniversitesi Yakutiye Araştırma Hastanesine sunularak yazılı izin alındı (EK-8). Araştırmaya katılacak hastalara araştırmaya başlamadan önce araştırmanın yapılma amacı, yöntemi ve araştırma için ayrımları istenen zaman konusunda bilgiler verildi. Araştırmaya katılmanın herhangi bir risk taşımadığı, katılımın tamamen gönüllülük esasına dayandığı, istediği zaman araştırmadan ayrılabilceği hastalara açıklandı ve sözel olarak izinleri alındı. Elde edilen bilgilerin ve kimliğinin gizli tutulacağı hastaya açıklandı ve araştırmaya katılan her bireye eşit davranıldı.

Araştırmada kullanılan Theunissen ve ark.³⁷, tarafından 2014 yılında geliştirilen CKÖ'nün Türkçe'ye uyarlanması konusunda yazardan izin alındı (EK-9).

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Spesifik bir cerrahi kliniğin değil de tüm cerrahi kliniklerin birlikte değerlendirilmesi ve araştırmanın tek bir bölgede yapılmış olması araştırmanın sınırlılığdır. Bu araştırma sonuçları cerrahi operasyon bekleyen hastalara genellenebilir.

4. BULGULAR

Hastaların ameliyat öncesi yaşadıkları korku düzeyi ve sosyal destek algısıyla arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=405)

Özellikler	Sayı	Yüzde	
Cinsiyet			
Kadın	251	62.0	
Erkek	154	38.0	
Medeni durum			
Bekâr	57	14.1	
Evli	348	85.9	
Aile yapısı			
Çekirdek Aile	370	91.4	
Geniş Aile	35	8.6	
Yaşanılan yer			
Şehir	217	53.6	
İlçe-Kasaba	87	21.5	
Köy	101	24.9	
Meslek			
Ev Hanımı	225	55.6	
Öğretmen	16	4.0	
Memur	18	4.4	
Esnaf	14	3.5	
İşçi	11	2.7	
Serbest Meslek	22	5.4	
Emekli	34	8.4	
Çalışmıyor	10	2.5	
Diğer	55	13.5	
Gelir durumu			
Düşük	83	20.5	
Orta	245	60.5	
İyi	77	19.0	
	Min-Max	X	SS
Yaş	2-80	47.65	13.73
Çocuk sayısı	0-12	3.49	2.47
Kardeş Sayısı	0-17	5.74	2.59

Araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde (Tablo 4.1), hastaların % 62'sinin kadın, % 85.9'nun evli, % 91.4'ünün çekirdek aile yapısına

sahip, % 55.6'sının ev hanımı, % 60.5'inin orta düzeyde bir gelire sahibi olduğu saptandı. Hastaların yaş ortalamalarının 47.65 ± 13.73 , ortalama çocuk sayılarının 3.49 ± 2.47 ve ortalama kardeş sayılarının 5.74 ± 2.59 olduğu belirlendi.

Tablo 4.2. Hastanın Ameliyatla İlgili Özelliklerinin Dağılımı (n=405)

Özellikler	Sayı	Yüzde	
Cerrahi klinik			
Beyin cerrahi	60	14.7	
Jinekoloji	71	17.5	
KBB	10	2.5	
Ortopedi	27	6.7	
Üroloji	38	9.4	
Genel cerrahi	178	44.0	
Kalp damar cerrahi	21	5.2	
Refakatçi			
Yok	77	19.0	
Eşi	100	24.7	
Çocuğu	110	27.2	
Anne, babası	34	8.4	
Kardeş	37	9.1	
Diğer	47	11.6	
Daha önce hastaneye yatma durumu			
Yatmadım	97	24.0	
1 Kez	114	28.1	
2 Kez	51	12.6	
2'den fazla	143	35.3	
Daha önce cerrahi operasyon geçirme durumu			
Geçirmedim	146	36.0	
1 Kere geçirdim	123	30.4	
Birden fazla geçirdim	136	33.6	
Kronik hastalık			
Var	108	26.7	
Yok	297	73.3	
ASA skoru			
1. sınıf	318	78.5	
2. sınıf	87	21.5	
	Min-Max	X	SS
Preop kalış süresi	1-60	4.75	4.87
Ağrı puan ort.	0-10	2.45	2.76

Hastaların ameliyatla ilgili özelliklerinin dağılımı Tablo 4.2’de görülmektedir. Hastaların % 44’nün genel cerrahi kliniğinde tedavi gördüğü, % 27.2’sine çocuklarının refakat ettiği, % 35.3’ünün daha önce ikiden fazla hastanede yatmış olduğu, % 36’sının önceden cerrahi operasyon geçirmediği, %73.3’ünün herhangi bir kronik hastalığının bulunmadığı ve % 78.5’inin ASA 1 sınıfında yer aldığı belirlendi. Hastaların preoperatif dönemde hastanede kalış süresi puan ortalamalarının 4.75 ± 4.87 , ağrı ölçeği puan ortalamalarının ise 2.45 ± 2.76 olduğu saptandı.

Tablo 4.3. CKÖ’nden Alınan Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=405)

Ölçek Alt Boyutları	Ölçekten Alnabilecek En Düşük ve En Yüksek Puanlar	Ölçekten Alınan Puan Ortalamaları X±SS
CKÖ-K	0-40	18.03±11.44
CKÖ-U	0-39	19.52±11.87
Toplam Puan	0-79	37.55±21.11

CKÖ’nden hastaların aldığı puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4.3), hastaların CKÖ-K alt boyutu puan ortalamasının 18.03 ± 11.44 , CKÖ-U alt boyutu puan ortalamasının 19.52 ± 11.87 ve ölçek toplam puan ortalamasının 37.55 ± 21.11 olduğu saptandı.

Tablo 4.4. ÇBASDÖ’den Alınan Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=405)

Ölçek Alt Boyutları	Ölçekten Alnabilecek En Düşük ve En Yüksek Puanlar	Ölçekten Alınan Puan Ortalamaları X±SS
Aile	4.00-28.00	19.55±5.77
Arkadaş	4.00-28.00	16.22±6.79
Özel insan	4.00-28.00	19.10±5.53
Toplam Puan	12.00-81.00	54.87±16.69

ÇBASDÖ’den hastaların aldığı puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4.4), hastaların aile alt boyutu puan ortalamasının 19.55 ± 5.77 , arkadaş alt boyutu puan

ortalamasının 16.22±6.79, özel insan alt boyutu puan ortalamasının 19.10±5.53 ve toplam ölçek puan ortalamasının 54.87±16.69 olduğu tespit edildi.

Tablo 4.5. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin CKÖ Puan Ortalamalarıyla Karşılaştırılması

	CKÖ-K	CKÖ-U	CKÖ
	X±SS	X±SS	X±SS
Cinsiyet			
Kadın	21.14±11.23	22.12±11.66	43.26±20.64
Erkek	12.97±9.90	15.27±10.98	28.24±18.43
Test ve p değeri	U= 11364.500 p= 0.000	t= 5.867 p= 0.000	t= 7.603 p= 0.000
Medeni durum			
Bekar	18.91±11.19	18.67±11.78	37.58±20.37
Evli	17.89±11.49	19.66±11.90	37.55±21.26
Test ve p değeri	U= 9361.500 p= 0.497	t= -0.584 p= 0.560	t= 0.011 p= 0.991
Aile yapısı			
Çekirdek aile	18.36±11.44	19.85±11.77	38.22±21.00
Geniş aile	14.54±11.08	15.97±12.51	30.51±21.29
Test ve p değeri	U= 5190.000 p= 0.052	t= 1.855 p= 0.064	t= 2.071 p= 0.039
Yaşanılan yer			
Şehir	18.23±11.27	19.02±11.84	37.25±20.89
İlçe-kasaba	18.03±11.43	20.82±11.51	38.85±20.89
Köy	17.60±11.92	19.47±12.27	37.07±21.92
Test ve p değeri	χ^2_{KW} = 0.286 P= 0.867	F= 0.709 p= 0.493	F= 0.212 p= 0.809
Meslek			
Ev hanımı	20.97±11.28	22.07±11.68	43.04±20.94
Öğretmen	21.31±9.55	24.25±9.20	45.56±15.40
Memur	13.50±9.61	12.17±10.65	25.67±18.58
Esnaf	13.86±9.55	21.07±9.71	34.93±16.22
İşçi	16.00±13.65	19.36±10.42	35.36±21.18
Serbest meslek	12.77±9.83	13.68±11.29	26.45±19.93
Emekli	11.74±10.52	13.35±9.65	25.09±16.34
Çalışmıyor	16.00±13.45	14.80±13.23	30.80±23.10
Diğer	14.36±10.15	16.75±12.17	31.11±19.85
Test ve p değeri	χ^2_{KW} = 42.307 p= 0.000	F= 5.314 p= 0.000	F= 6.619 p= 0.000
Gelir durumu			
Düşük	16.77±11.74	19.72±11.80	36.49±22.00
Orta	18.01±11.49	19.43±11.96	37.44±20.97
İyi	19.47±10.94	19.58±11.79	39.05±20.78
Test ve p değeri	χ^2_{KW} = 2.401 p=0.301	F=0.020 p=0.980	F=0.301 p=0.740

Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre CKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.5’de görülmektedir. Kadınların CKÖ-K (21.14±11.23), CKÖ-U (22.12±11.66) alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalamasının (43.26±20.64) erkeklere göre daha yüksek olduğu tespit edildi. Hastaların cinsiyet durumlarına göre ölçek alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın kadınlardan kaynaklandığı belirlendi ($p<0.05$).

Bekar hastaların CKÖ-K (18.91±11.19) alt boyut puan ortalaması, evli hastaların CKÖ-U (19.66±11.90) alt boyut puan ortalaması ve toplam ölçek puan ortalamasının (37.55±21.26) daha yüksek olduğu belirlendi. Hastaların medeni duruma göre ölçek alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Çekirdek ailede yaşayan bireylerin CKÖ-K (18.36±11.44), CKÖ-U (19.85±11.77) ve toplam puan ortalamasının (38.22±21.00) daha yüksek olduğu tespit edildi. Hastaların aile yapısına göre ölçek alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$) ve bu farkın çekirdek aileden kaynaklandığı belirlendi.

Şehirde yaşayan hastaların CKÖ-K (18.23±11.27) alt boyut puan ortalamasının, ilçe-kasabada yaşayan hastaların CKÖ-U (20.82±11.51) alt boyut puan ortalamasının ve toplam puan ortalamasının (38.85±20.89) diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlendi. Hastaların yaşadıkları yere göre ölçek alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Öğretmenlerin CKÖ-K (21.31±9.55), CKÖ-U (24.25±9.20) alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalamasının (45.56±15.40) diğer meslek gruplarına göre daha yüksek olduğu tespit edildi. Hastaların mesleklerine göre ölçek alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı

olduğu ($p<0.05$) ileri analiz sonucunda bu anlamlılığın öğretmen ve ev hanımlarından kaynaklandığı belirlendi.

Gelir düzeyi iyi olan hastaların CKÖ-K (19.47 ± 10.94) alt boyut puan ortalaması ve toplam puan ortalamasının (39.05 ± 20.78), gelir düzeyi düşük olan bireylerin ise CKÖ-U (19.72 ± 11.80) alt boyut puan ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek bulundu. Gelir düzeyine göre ölçek alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Tablo 4.6. Hastaların Ameliyatla İlgili Özelliklerinin CKÖ Puan Ortalaması ile Karşılaştırılması

	CKÖ-K	CKÖ-U	CKÖ
	X\pmSS	X\pmSS	X\pmSS
Cerrahi klinik			
Beyin cerrahi	16.60 \pm 10.67	20.82 \pm 11.84	37.42 \pm 20.12
Jinekoloji	22.86 \pm 11.55	22.49 \pm 11.53	45.35 \pm 20.40
KBB	13.00 \pm 10.11	9.50 \pm 6.74	22.50 \pm 11.44
Ortopedi	18.70 \pm 12.26	21.04 \pm 11.59	39.74 \pm 22.45
Üroloji	14.37 \pm 10.50	15.61 \pm 10.07	29.97 \pm 16.92
Genel cerrahi	17.43 \pm 11.45	19.12 \pm 12.31	36.55 \pm 21.90
Kalp damar cerrahi	19.10 \pm 10.21	19.00 \pm 11.12	38.10 \pm 20.20
Test ve p değeri	$\chi^2_{KW}= 19.433$ p=0.003	F=2.933 p=0.008	F=3.524 p=0.002
Refakatçi			
Yok	15.00 \pm 12.00	19.40 \pm 12.46	34.40 \pm 21.83
Eşi	18.87 \pm 10.71	20.14 \pm 12,23	39.01 \pm 20.74
Çocuğu	18.20 \pm 11.01	18.65 \pm 11.40	36.85 \pm 20.56
Anne, babası	18.32 \pm 12.44	17.62 \pm 11.76	35.94 \pm 19.98
Kardeş	19.54 \pm 12.29	20.70 \pm 11.68	40.24 \pm 22.59
Diğer	19.43 \pm 11.31	20.85 \pm 11.69	40.28 \pm 21.82
Test ve p değeri	$\chi^2_{KW}= 0.648$ p=0.958	F=0.536 p=0.749	F=0.776 p=0.567
Hastaneye daha önce yatma durumu			
Yatmadım	20.54 \pm 11.83	20.24 \pm 12.07	40.77 \pm 22.07
1 Kez	19.14 \pm 10.12	19.77 \pm 11.56	38.91 \pm 19.97
2 Kez	16.14 \pm 11.72	19.75 \pm 13.06	35.88 \pm 22.65
2'den fazla	16.13 \pm 11.74	18.75 \pm 11.62	34.87 \pm 20.59
Test ve p değeri	$\chi^2_{KW}= 11.708$ p=0.008	F=0.341 p=0.796	F=1.794 p=0.148

Tablo 4.6. (Devamı)

Daha önce cerrahi operasyon geçirme durumu			
Geçirmedim	20.35±11.24	20.34±11.68	40.68±21.12
1 Kere geçirdim	18.20±10.61	19.08±11.99	37.28±20.31
Birden fazla geçirdim	15.40±11.90	19.04±12.00	34.43±21.47
Test ve p değeri	$\chi^2_{KW}= 14.238$ p=0.001	F=0.540 p=0.583	F=3.135 p=0.045
Kronik hastalık durumu			
Var	19.05±11.51	19.65±12.27	38.69±22.36
Yok	17.66±11.42	19.47±11.74	37.13±20.66
Test ve p değeri	U=14928.500 p=0.287	t=0.132 p= 0.895	t=0.657 p=0.512

Hastaların ameliyatla ilgili özelliklerine göre CKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.6’da görülmektedir. Jinekoloji kliniğinde yatan hastaların CKÖ-K (22.86±11.55), CKÖ-U (22.49±11.53) alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalamasının (45.35±20.40) diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptandı. Cerrahi kliniklere göre ölçek alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$) yapılan ileri analiz sonucunda bu anlamlılığın jinekoloji kliniğinden kaynaklandığı belirlendi.

Kardeşi refakat eden hastaların CKÖ-K (19.54±12.29) alt boyut puan ortalamasının, başka bir kişinin refakat ettiği hastaların CKÖ-U (20.85±11.69) alt boyut puan ortalaması ve toplam puan ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulundu. Hastaların refakatçi durumuna göre ölçek alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Daha önce hastaneye yatmamış olan hastaların CKÖ-K (20.54±11.83), CKÖ-U (20.24±12.07) ölçek alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalamasının (40.77±22.07) diğer gruplara göre daha yüksek olduğu tespit edildi. Daha önce hastanede yatma durumuna göre kısa dönem korku alt boyutu puan ortalaması

arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$) yapılan ileri analiz sonucunda bu farkın daha önce hastaneye yatmamış olan hastalardan kaynaklandığı, CKÖ-U alt boyutu ve toplam puan ortalaması arasındaki farkın ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı. ($p>0.05$)

Daha önce cerrahi operasyon geçirmemiş hastaların CKÖ-K (20.35 ± 11.24), CKÖ-U (20.34 ± 11.68) alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalamasının (46.68 ± 21.12) diğer gruplara göre daha yüksek olduğu tespit edildi. Daha önce cerrahi operasyon geçirme durumuna göre ölçek alt boyut puan ortalamalarının ve toplam puan ortalamasının diğer gruplara göre yüksek olduğu saptandı. Daha önce cerrahi operasyon geçirme durumuna göre CKÖ-K alt boyutu ve toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$) ileri analiz sonucunda bu anlamlılığın daha önce cerrahi operasyon geçirmemiş hastalardan kaynaklandığı, CKÖ-U alt boyutu puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Herhangi bir kronik hastalığı bulunan hastaların CKÖ-K (19.05 ± 11.51), CKÖ-U (19.65 ± 12.27) alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalamasının (38.69 ± 22.36) daha yüksek olduğu saptandı. Hastaların herhangi bir kronik hastalık bulundurma durumuna göre ölçek alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Tablo 4.7. CKÖ Puan Ortalaması ve Hasta ile İlgili Bazı Değişkenler Arasındaki İlişki (n=405)

		Preop kalış	Yaş	Çocuk sayısı	Kardeş sayı	ASA	Ağrı
CKÖ-K	r	0.062	-0.116	-0.082	0.056	0.012	0.009
	p	0.213	0.019	0.099	0.264	0.804	0.855
CKÖ-U	r	0.114	-0.109	-0.017	0.091	-0.00 ³	0.151
	p	0.022	0.028	0.734	0.068	0.951	0.002
Toplam CKÖ	r	0.095	-0.127	-0.060	0.083	0.002	0.091
	p	0.057	0.011	0.230	0.095	0.972	0.068

CKÖ ile hasta ile ilgili bazı değişkenler arasındaki ilişki Tablo 4.7’de görölmektedir. Preoperatif kalış süresi ile CKÖ-U alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ($p<0.05$), CKÖ-K alt boyutu ve toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Yaş ile ölçek alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi ($p<0.05$).

Çocuk sayısı, kardeş sayısı, ASA düzeyi ile CKÖ alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Ağrı skoru ile CKÖ-U alt boyut puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ($p<0.05$), CKÖ-K alt boyutu ve toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Tablo 4.8. CKÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Ölçek Alt Boyutları		Aile	Arkadaş	Özel	Toplam
CKÖ-K	r	-0.367	-0.356	-0.369	-0.389
	p	0.000	0.000	0.000	0.000
CKÖ-U	r	-0.419	-0.354	-0.432	-0.426
	p	0.000	0.000	0.000	0.000
Toplam CKÖ	r	-0.441	-0.396	-0.451	-0.457
	p	0.000	0.000	0.000	0.000

CKÖ ve ÇBASDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki Tablo 4.8’de görölmektedir. CKÖ’nin CKÖ-K, CKÖ-U alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması ile ÇKASDÖ’nin “aile”, “arkadaş” ve “özel insan” alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p<0.05$).

5. TARTIŞMA

Cerrahi girişimlerin hasta üzerinde farklı düzeylerde psikolojik tepkilere neden olduğu bilinmektedir. Bu tepkiler içerisinde en yaygın görülen duygusal tepki hastanın ameliyat süreci ve sonrası dönemlere ilişkin yaşadığı korkudur. Yaşanan bu korkunun seviyesi bireyin biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel özellikleri gibi pek çok faktöre bağlı olarak farklılık göstermektedir.

Araştırmanın bu bölümünde; hastaların yaşadıkları cerrahi korkunun düzeyini, bu korkunun hastaların tanıtıcı özellikleri ve sosyal destek algıları ile ilişkisini belirlemek amacıyla elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışıldı.

Araştırmada hastaların CKÖ puan ortalaması 37.55 ± 21.11 olarak bulundu. Ölçeğin toplam puan ortalaması dikkate alındığında cerrahi operasyon bekleyen hastaların ameliyat ve sonrası dönemlere ilişkin orta düzeyde korku yaşadıkları belirlendi. Shahmansouri ve ark.'nın⁸² İran'da koroner arter by-pass grefti bekleyen hastaların yaşadığı korku ve anksiyeteyi incelediği çalışmasında hastaların % 38'inin orta düzeyde korku yaşadığı bulunmuştur. Gürsoy'un⁸³ ülkemizde preoperatif anksiyete seviyesini ve etkileyen faktörleri incelediği çalışmada da hastaların orta düzeyde anksiyete deneyimledikleri belirlenmiştir. Bu sonuçlar araştırmadan elde edilen bulgularla paralellik göstermektedir.

Araştırmada cinsiyete göre hastaların CKÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu ($p < 0.05$) ve kadınların erkeklere oranla korku düzeyinin daha yüksek olduğu belirlendi. Jawaid ve ark.'nın⁵⁵ yaptığı çalışmada kadınların preoperatif anksiyete seviyesinin erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yılmaz ve ark.'nın²⁹ ülkemizde cerrahi operasyon bekleyen 500 hasta ile yaptıkları çalışmada kadınların anksiyete düzeyinin erkeklerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durumun kadınların duygularını daha yoğun yaşamalarından, doğu kültüründe

erkeklerin korku yaşadıklarını ifade etmekten çekinmelerinden ve ameliyat öncesi dönemde hastanede yatmanın, çocuklarından ve evinden ayrılmanın duygusal olarak kadınları daha olumsuz etkilemesinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Araştırmada medeni durum ve gelir düzeyi ile CKÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunamadı. Çetin'nin⁸⁶ elektif cerrahi operasyon geçirecek hastalarla yaptığı çalışmada ameliyat öncesi kaygının medeni durum ve gelir düzeyi gibi değişkenlerle ilişkisi olmadığı belirlenmiştir. Demir ve ark.'nın⁸⁴ kalp cerrahisi geçirecek hastalarda anksiyete sağaltımını araştırdığı çalışmada da medeni durum ve gelir düzeyinin ameliyat öncesi anksiyete düzeyinin belirleyicilerinden birisi olmadığı bildirilmiştir. Bu sonuçlar bu araştırmadan elde edilen bulgularla örtüşmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların sahip oldukları meslek ile CKÖ'nün toplam puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı olduğu saptandı. Ev hanımlarının ve öğretmenlerin CKÖ puan ortalamasının diğer meslek gruplarına göre daha yüksek olduğu belirlendi. Caumo ve ark.'nın¹³ yaptıkları çalışmada 12 yıldan uzun eğitim almış kişilerde preoperatif anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Bu sonuç dikkate alındığında eğitim düzeyi arttıkça hastaların ameliyat risklerini daha iyi değerlendireceği ve bu durumda korku düzeyini arttırabileceği söylenebilir. Öğretmen/akademisyen meslek grubuna sahip hastaların korku düzeyinin yüksek olması bu durumla ilişkilendirilebilir. Taşdemir ve ark.'nın⁸⁵ yaptıkları çalışmada preoperatif anksiyete düzeyinin ev hanımlarında daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ev hanımlarında korku düzeyinin diğer meslek gruplarına göre yüksek olması bilinmezlik faktörünün korku seviyesini arttırmasından aynı zaman da kadın cinsiyet farkından kaynaklanıyor olabilir.

Araştırma kapsamında alınan hastaların yaşadıkları yere göre CKÖ toplam puan ortalaması arasında bir ilişki bulunamadı. Literatür incelendiğinde cerrahi korkunun

nedenlerinin incelendiği araştırmalarda, yerleşim yerinin bir belirleyici olarak genellikle ele alınmadığı söylenbilir. Gz ve ark.'nin⁸⁷ çalışmasında bu çalışmaya paralel olarak yerleşim yeri ile preoperatif anksiyete düzeyi arasında bir fark bulunamamıştır.

Araştırmada yaş ile CK toplam puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. Bu sonuç ameliyat bekleyen hastaların yaş ortalamaları arttıca cerrahi korku düzeylerinin azaldığını göstermektedir. Yaş ile cerrahi korku düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara bakıldığında farklı sonuçlar elde edildiği grlmektedir. Demir ve ark.⁸⁴, Perks ve ark.'nin¹⁴, Gürsoy ve ark.'nin³, Yılmaz ve ark.'nin²⁹ yaptıkları çalışmalarda yaş ile preoperatif anksiyete düzeyi arasında bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir. Bu çalışmaya paralel olarak Taşdemir ve ark.'nin⁸⁵ çalışmasında da yaş ortalaması yüksek olan hasta grubunun preoperatif anksiyete skorlarının genç ve orta yaşlı hasta grubuna göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu durumun çalışmanın yapıldığı bölgede dini değerler ve kader inancının yaşla beraber önem kazanmasına bağlı olarak yaş ortalaması daha yüksek olan bireylerin korkuya neden olabilecek durumları kadere bağlamalarının etkili olduğu düşünülebilir. Ayrıca yaş ortalaması daha düşük olan bireylerin hayatla ilgili beklentilerinin yüksek olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Operasyon geçirecek hastaların yattıkları cerrahi kliniğin türü ile CK'nn toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. Yapılan ileri analizde jinekoloji kliniğinde yatan hastaların CK'nn toplam puan ortalamasının diğer kliniklere yatan hastalara göre daha yüksek olduğu belirlendi. Bu anlamlılık dışında cerrahi klinikler ile CK'nn toplam puan ortalaması arasındaki farkın anlamsız olduğu saptandı. Yapılan alışmalar da cerrahi klinikler genellikle cerrahi korkunun belirleyicilerinden birisi olarak ele alınmamış, genellikle ameliyatın büyüklüğü ile preoperatif kaygı düzeyi arasındaki ilişki incelenmiştir. Gürsoy ve

ark.'nın³ yaptıkları çalışmada cerrahinin türü ile preoperatif anksiyete düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığı, Gürsoy'un⁸³ ameliyatın büyüklüğü ile preoperatif anksiyete düzeyi arasındaki ilişkiyi incelediği başka bir çalışmada ise orta büyüklükte ameliyat olacak hastaların, küçük ameliyatlara kıyasla kaygı ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Caumo ve ark.'nın¹³ yaptıkları çalışmada da küçük cerrahi operasyonlara kıyasla orta ve büyük cerrahi operasyonlarda anksiyete düzeyinin arttığı bildirilmiştir. Cerrahi klinikler ile CKÖ'nün toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmamasının sebebi bütün cerrahi kliniklerde büyük, orta ve küçük ameliyatların olmasıyla açıklanabilir. Jinekoloji kliniğinde ki farklılığın sebebi ise hastaların tamamının kadın cinsiyet olmasından aynı zamanda kadınların üreme fonksiyonlarını ve beden imajını kaybetme korkusunu daha çok yaşamasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Daha önce hastane de yatma durumu ile CKÖ-K alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı. Önceden hastane tecrübesi olmayan hastaların cerrahi operasyonun kısa dönem sonuçlarından (ameliyat, ağrı, anestezi, ameliyatın yan etkileri) daha fazla korktukları belirlendi. Bu durumun daha önce hastanede yatmış ve hastalığın olumsuz etkilerini tecrübe etmiş olan hastaların preoperatif dönem sürecini daha kolay kabullenmesinden kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Daha önce cerrahi operasyon geçirme durumu ile CKÖ toplam puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı olduğu saptandı. Araştırmada ilk defa ameliyat olan hastaların CKÖ puan ortalaması önceden ameliyat geçiren hastalara kıyasla daha yüksek olduğu belirlendi. Duman ve ark.⁸⁸, Çetin⁸⁶, Jawaid ve ark.⁵⁵, Erdem ve ark.⁸⁹ yaptıkları çalışmalarda da önceki cerrahi deneyimin hastalarda preoperatif kaygı düzeyini azalttığını bildirmişlerdir. Çalışmalardan elde edilen bulgular bu çalışmayla paralellik göstermektedir. Bu durumun önceden ameliyat deneyimi olan hastaların uygulanacak

işlemlerin ne olduğunu, neden gerekli olduğunu ve sonrası döneme ilişkin yaşananları tecrübe etmesinin, korku düzeylerinin azalmasında etkili olduğu söylenebilir.

Araştırmada hastaların deneyimledikleri preoperatif ağrı ile CKÖ-U alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. CKÖ-U alt boyutu “ameliyattan sonra iyileşemeyeceğim”, “iyileşme sürecim uzun olacak”, “ameliyatım başarısız olacak”, “ameliyat nedeniyle sağlığım kötüleşecek” gibi maddeleri içermektedir. Güz ve ark.⁸⁷, Caumo ve ark.’nın¹³ preoperatif hastalarla yaptıkları çalışmalarda da ağrı ile anksiyete arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Yapılan çalışmalar incelendiğinde anksiyete düzeyi yüksek olan hastaların ağrı şiddetinin daha fazla ve ağrı toleransının daha az olduğu belirlenmiştir. Buna bağlı olarak hastaların iyileşememe korkusunun arttığı söylenebilir. Bu sonuçlar araştırma bulgularını destekler niteliktedir.

Araştırmada ASA düzeyi ile CKÖ alt ölçek puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptandı. Caumo ve ark.¹³, Gürsoy ve ark.’nın³ yaptıkları çalışmada da preoperatif anksiyete ve ASA düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu sonuçlar dikkate alındığında ASA düzeyinin ameliyat öncesi korku ve anksiyete düzeyi üzerinde bir etkisi olmadığı söylenebilir.

Hastaların preoperatif kalış süresi ile CKÖ’nün uzun dönem alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulundu. CKÖ-U alt boyutu “ameliyattan sonra iyileşemeyeceğim”, “iyileşme sürecim uzun olacak”, “ameliyatım başarısız olacak”, “ameliyattan sonra tamamen iyileşemeyeceğim” gibi ifadeleri içermektedir. Konuya ilişkin yapılan çalışmalar da operasyona kadar geçen süre arttıkça hastalarda kaygı düzeyinin de artırdığını bildirmişlerdir.^{11,12} Araştırmanın yapıldığı hastanede ameliyata girecek olan hastalar çoğunlukla iki yada üç kişilik odalarda kalmaktadır. Ameliyat öncesi dönemde uzun süre hastanede kalan hastalar operasyon geçirmiş hastaların

yaşadığı ağrı, huzursuzluk, kanama gibi komplikasyonları direk olarak gözlemlemeleri, iyileşemeyeceklerine dair daha fazla korku yaşamalarında etkili olabilir.

Çalışma kapsamına alınan hastaların CKÖ toplam puan ortalaması ile ÇBASDÖ toplam puan ortalaması ve tüm alt boyutları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. Ayrıca bu çalışmada çekirdek ailede yaşayan hastaların geniş ailede yaşayanlara kıyasla ameliyat öncesi dönemde daha çok korku yaşadıkları belirlendi. Bu sonuçlar doğrultusunda ameliyata girecek hastaların, aile, arkadaş ve özel bir insandan aldıkları sosyal destek arttıkça, ameliyat öncesi korku düzeylerinin azaldığı söylenebilir. Okkonen ve Vanhanen'nin²⁸ koroner arter by pass grefti bekleyen hastalarla yaptıkları çalışmada, daha yüksek aile desteği alan hastaların daha az anksiyete, depresyon ve umutsuzluk yaşadığı belirlenmiştir. Koivula ve ark.'nin⁶³ korku ve anksiyetenin sosyal destek algısı ile ilişkisini incelemek amacıyla yaptıkları başka bir çalışmada; aile arkadaş ve özel bir insandan daha az sosyal destek alan bireylerin, ameliyat öncesi dönemde daha yoğun korku ve anksiyete yaşadıkları bildirilmiştir. Ülkemizde Yardakçı ve Akyolcu'nun³⁰ preoperatif hastalarla yaptıkları bir çalışmada; ameliyat öncesinde yakınları tarafından ziyaret edilen hastaların, ziyaret öncesine kıyasla ziyaret sonrası dönemde durumluluk anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yılmaz ve ark.'nin²⁹ yaptıkları bir çalışmada ise, sosyal destek algısının preoperatif anksiyetenin azaltılmasında etkili bir faktör olduğu bulunmuştur. Araştırmaların sonuçları, bu araştırmanın bulgularıyla paralellik göstermektedir. Tüm bu sonuçlar dikkate alındığında ameliyat öncesi dönemde korkunun azaltılmasında sosyal desteğin önemli bir bileşen olduğu söylenebilir.

6. SONUÇ ÖNERİLER

CKÖ'nün geçerlilik ve güvenilirliğini belirlemek ve cerrahi korkunun sosyal destek algısı ile ilişkisini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

- Araştırmada kullanılan CKÖ'nün geçerlilik ve güvenilirlik çalışması sonucunda ölçeğin iki alt boyuttan oluştuğu ve oldukça yüksek bir alpha katsayısına (toplam CKÖ: α :0.93, CKÖ-K alt boyut: α :0.96, CKÖ-U alt boyut: α :0.90) sahip olduğu tespit edildi. Ölçekle ilgili yapılan tüm istatistiksel değerlendirmeler sonucunda ölçeğin Türk toplumuna uygun olduğu sonucuna varıldı.
- Ameliyat olacak hastaların yaş, cinsiyet, aile yapısı ve meslek, bulunduğu cerrahi klinik, daha önce hastanede yatma ve cerrahi operasyon geçirme durumlarının cerrahi korkuyu etkilediği; medeni durum, yaşanan yer, gelir durumu, refakatçi bulundurma ve herhangi bir kronik hastalığa sahip olma durumu gibi özelliklerinin cerrahi korkuyu etkilemediği saptandı.
- Ameliyat olacak hastaların algıladıkları sosyal desteğin cerrahi korku üzerinde olumlu yönde etkili olduğu belirlendi.

Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda;

- Cerrahi operasyon öncesinde ameliyat bekleyen hastalara CKÖ uygulanarak korku düzeylerinin belirlenmesi,
- Cerrahi korkuya neden olan faktörler belirlenerek, bu faktörleri azaltmaya yönelik danışmanlık hizmetlerinin yürütülmesi,
- Ameliyat öncesi dönemde, hastaların sosyal destek düzeyleri değerlendirilerek, gereksinim duyan hastalara sosyal destek programlarının düzenlenmesi,

- Hasta yakınlarına, ameliyat öncesi hastaların korkularının azalmasına yardımcı olabilecek doğru iletişim tekniklerini öğrenmeleri için klinik eğitim hemşireleri tarafından eğitimler düzenlenmesi,
- Cerrahi operasyon geçirecek hastalara ameliyat prosedürü ve sonraki süreçlere yönelik eğitimlerin verilmesi,
- Sağlık personeline cerrahi korkuyu doğru tanımlamaları ve azaltmaya yönelik uygulamaları öğrenmeleri için hizmetiçi eğitim programları düzenlenmesi önerilebilir.



KAYNAKLAR

1. Özer N. Cerrahi ve Cerrahi Hemşireliğinin Tarihçesi Cerrahinin Sınıflandırılması Cerrahi Gerektiren Durumlar ve Hasta Üzerindeki Etkileri İçinde: Eti Aslan F (editör). *Cerrahi Bakım-Vaka Analizleri ile Birlikte*, 1. Baskı Ankara, Akademisyen Tıp Kitapevi, 2015.
2. Karadakovan A, Eti Aslan F. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarında Bakım*, 2. Baskı. Adana, Nobel Kitapevi, 2010.
3. Gürsoy A, Candaş B, Güner Ş, Yılmaz S. Preoperative stress: An operating room nurse intervention assessment. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 2016: 1-9.
4. Öz F. *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*. 2. Baskı. Ankara, Mattek Matbaacılık Basımevi, 2010.
5. Özer K. *Kaygı-Sinanma Duygusuyla Başedebilme*, 4. Baskı. İstanbul, Sistem Yayıncılık, 2008.
6. Burkovik Y, Tan O. *Korku Yorum*. 1. Baskı. İstanbul, Timaş Yayıncılık, 2006: 12-15.
7. Akdemir N. Stres, Adaptasyon ve Anksiyete İçinde: Akdemir N, Birol L (editör). *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*, 2. Baskı. Ankara, Sistem Ofset, 2005.
8. Williens JS. Homeostatis, Stress and Adaptation In: Copel LC (Eds). Brunner and Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. 10. Edition, 2004.
9. Aykent R, Kocamanoğlu S, Üstün E, Tür A, Şahinoğlu H. Preoperatif anksiyete nedenleri ve değerlendirilmesi: APAIS ve STAI skorlarının karşılaştırılması. *Türkiye Klinikleri Journal of Anesthesiology Reanimation*, 2007, 5: 7-13.
10. Carr E, Brockbank K, Allen S, Strike P. Patterns and frequency of anxiety in women undergoing gynaecological surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 2006, 15:

341-352.

11. Koivula M, Paunonen-Ilmonen M, Tarkka MT, Tarkka M, Laippala P. Social support and its relation to fear and anxiety in patients awaiting coronary artery bypass grafting. *Journal of Clinical Nursing*, 2002, 11: 622-633.
12. Zieger M, Schwarz R, König H-H, Härter M, Riedel-Heller S. Depression and anxiety in patients undergoing herniated disc surgery: relevant but underresearched—a systematic review. *Journal of Neurological Surgery: Central European Neurosurgery*, 2010, 71: 26-34.
13. Caumo W, Schmidt A, Schneider C, Bergmann J, Iwamoto C, Bandeira D, Ferreira M. Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 2001, 45: 298-307.
14. Perks A, Chakravarti S, Manninen P. Preoperative anxiety in neurosurgical patients. *Journal of Neurosurgical Anesthesiology*, 2009, 21: 127-130.
15. Christian L, Graham J, Padgett D, Glaser R, Kiecolt-Glaser J. Stress and wound healing. *Neuroimmunomodulation*, 2006, 13: 337-346.
16. Munafo M, Stevenson J. Anxiety and surgical recovery: Reinterpreting the literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 2001, 51: 589-596.
17. Pierantognetti P, Covelli G, Vario M. Anxiety, stress and preoperative surgical nursing. *Professioni Infermieristiche*, 2002, 55: 180-191.
18. Stirling L, Raab G, Alder E, Robertson F. Randomized trial of essential oils to reduce perioperative patient anxiety: feasibility study. *Journal of Advanced Nursing*, 2007, 60: 494-501.
19. Vileikyte L. Stress and wound healing. *Clinics in Dermatology*, 2007, 25: 49-55.
20. Cooke M, Chaboyer W, Schluter P, Hiratos M. The effect of music on preoperative anxiety in day surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 2005, 52: 47-55.

21. Kalkhoran M, Karimollahi M. Religiousness and preoperative anxiety: A correlational study. *Annals of General Psychiatry*, 2007, 6: 1.
22. Twiss E, Seaver J, McCaffrey R. The effect of music listening on older adults undergoing cardiovascular surgery. *Nursing in Critical Care*, 2006, 11: 224-231.
23. Cohen S, Wills T. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 1985, 98: 310.
24. Hogan B, Linden W, Najarian B. Social support interventions: Do they work? *Clinical Psychology Review*, 2002, 22: 381-440.
25. Karancı A, Dirik G. Predictors of pre and postoperative anxiety in emergency surgery patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 2003, 55: 363-369.
26. Lincoln K, Chatters L, Taylor R. Social support, traumatic events, and depressive symptoms among African Americans. *Journal of Marriage and Family*, 2005, 67: 754-766.
27. Krohne H, Slangen K. Influence of social support on adaptation to surgery. *Health Psychology*, 2005, 24: 101.
28. Okkonen E, Vanhanen H. Family support, living alone, and subjective health of a patient in connection with a coronary artery bypass surgery. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 2006, 35: 234-244.
29. Yılmaz M, Sezer H, Gürler H, Bekar M. Predictors of preoperative anxiety in surgical inpatients. *Journal of Clinical Nursing*, 2012, 21: 956-964.
30. Yardakçı R, Akyolcu N. The effect of the visits made preoperative period on the patients' anxiety level. *Journal of Nursing Research Development (HEMAR-G)*, 2004, 6: 7-14.
31. Aksoy G. Cerrahi ve Cerrahi Hemşireliği İçinde: Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N (editör). *Cerrahi Hemşireliği I*, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Kitapevi, 2012.

32. Oğuzkurt P. Elektif ameliyatların uygun zamanı. <http://docplayer.biz.tr/5991270-Elektif-ameliyatlarin-uygun-zamani-dr-pelin-oguzkurt.html>. 6 Ağustos 2016.
33. Guo P, East L, Arthur A. A preoperative education intervention to reduce anxiety and improve recovery among Chinese cardiac patients: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 2012, 49: 129-137.
34. Johansson K, Nuutila L, Virtanen H, Katajisto J, Salanterä S. Preoperative education for orthopaedic patients: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 2005, 50: 212-223.
35. Pager C. Randomised controlled trial of preoperative information to improve satisfaction with cataract surgery. *British Journal of Ophthalmology*, 2005, 89: 10-13.
36. Kindler C, Harms C, Amsler F, Ihde-Scholl T, Scheidegger D. The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. *Anesthesia Analog Journal*, 2000, 90: 706-712.
37. Theunissen M, Peters M, Schouten E, Fiddelaers A, Willemsen M, Pinto P, Gramke H, Marcus M. Validation of the surgical fear questionnaire in adult patients waiting for elective surgery. *PLOS ONE*, 2014, 9: 6-19.
38. Öztürk O, Uluşahin N. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 13. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitapevi, 2015: 57-61.
39. Rachman S. *Anxiety*. 3th ed. USA and Canada, Psychology Press, 2013: 3.
40. Zeidner M, Matthews G. *Anxiety 101*, 1th ed Newyork, Springer Publishing Company, 2010: 80-83.
41. Ünal S. Anksiyeteli Hasta ile İletişim İçinde: *Klinik Uygulama Becerileri ve Yöntemleri*, Atabek Aştı T, Karadağ A (Çeviri editörler). 1. Baskı. Adana, Nobel Tıp Kitapevleri, 2011.

42. Yıldırım N. Sağlık Bakım Profesyonelleri ile Hasta İletişimi İçinde: *Klinik Beceriler, Sağlıkın Değerlendirilmesi, Hasta Bakım ve Takibi*. Sabuncu N, Akça Ay F (editörler). 2. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2010: 179-183.
43. Erdil F, Özhan Elbaş N. *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*. 6. Baskı. Aydoğdu Ofset Matbaacılık, 2012.
44. Kayahan M, Sertbaş G. Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2007, 8: 52-61.
45. Baltaş A, Baltaş Z. *Stres ve Başa çıkma Yolları*. 22 Baskı. İstanbul, Remzi Kitabevi, 2010.
46. Türk Dil Kurumu. Korku Tanım. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts& kelime=KORKU. 6 Ağustos 2016.
47. Le-Doux J. Emotion circuits in the brain. *Annual Review of Neuroscience*, 2000, 23: 155-184.
48. Gower P. *Psychology of fear*. 1th ed. New York, Nova Science. , 2004: 10-19.
49. Cimilli C. Cerrahide anksiyete. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2001, 4: 182-186.
50. Maranets I, Kain Z. Preoperative anxiety and intraoperative anesthetic requirements. *Anesthesia Analgesia*, 1999, 89: 1346.
51. Frazier S, Moser D, Daley L, McKinley S, Riegel B, Garvin B, An K. Critical care nurses' beliefs about and reported management of anxiety. *American Journal of Critical Care*, 2003, 12: 19-27.
52. Agarwal A, Ranjan R, Dhiraaj S, Lakra A, Kumar M, Singh U. Acupressure for prevention of pre-operative anxiety: a prospective, randomised, placebo controlled study. *Anaesthesia*, 2005, 60: 978-981.
53. Mamelok A. Psychiatry and surgery. In:Kaplan HI, Sadock BL (eds).

- Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 9nd ed. Philadelphia, Wolter Kluwer, 2013:1680-1693.
54. Nigussie S, Belachew T, Wolancho W. Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia. *BMC Surgery Journal*, 2014, 14: 1.
55. Jawaid M, Mushtaq A, Mukhtar S, Khan Z. Preoperative anxiety before elective surgery. *Neurosciences*, 2007, 12: 145-148.
56. Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 2006, 9:2.
57. Aksoy G. Cerrahi ve Cerrahi Hemşireliği İçinde: Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N (editör). *Cerrahi Hemşireliği I*, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Kitapevi, 2012: 1-36.
58. Kayhan C. Cerrahi Hastalarda Preoperatif Anksiyetenin Postoperatif Komplikasyonlarla İlişkinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2003.
59. Ogden J. *Health psychology*. 3th ed Newyork, Open University Press, 2000: 244.
60. Schwarzer R, Leppin A. Social support and health: A theoretical and empirical overview. *Journal of Social and Personal Relationships*, 1991, 8: 99-127.
61. Hurdle DE. Social support: A critical factor in women's health and health promotion. *Health & Social Work*, 2001, 26: 72-79.
62. Sorias O. Hasta ve sağlıklı öğrencilerde yaşam stresi, sosyal destek ve ruhsal hastalık ilişkisinin incelenmesi. *Psikoloji-Seminer. Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları*, 1992, 9: 33-49.
63. Koivula M, Tarkka M, Tarkka M, Laippala P, Paunonen-Ilmonen M. Fear and anxiety in patients at different time-points in the coronary artery bypass process.

- International Journal of Nursing Studies*, 2002, 39: 811-822.
64. Chan CW, Hon HC, Chien WT, Lopez V. Social support and coping in Chinese patients undergoing cancer surgery. *Cancer Nursing*, 2004, 27: 230-236.
65. Aydemir Ö. Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1997, 8: 280-287.
66. Öner N. *Durumluluk-Süreklili Kaygı Envanteri El Kitabı*. 1. Baskı. İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1985: 1-26.
67. Aronson W, McAuliffe M, Miller K. Variability in the American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification Scale. *Journal of the American Association of Nurse Anesthetists*, 2003, 71: 265-276.
68. Zimet G, Dahlem N, Zimet S, Farley G. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 1988, 52: 30-41.
69. Eker D, Arkar H. Perceived social support: psychometric properties of the MSPSS in normal and pathological groups in a developing country. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1995, 30: 121-126.
70. Seçer İ. *SPSS ve Lisrel ile Pratik Veri Analizi*. 2. Baskı. Ankara, Anı Yayıncılık, 2015: 219.
71. Esin MN. Veri Toplama Yöntem ve Araçları, Veri Toplama Araçlarının Güvenilirlik ve Geçerliliği İçinde: *Hemşirelikte Araştırma Süreci, Uygulama ve Kritik*. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN (editörler). 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri 2014: 223-226.
72. Aksayan S, Gözüm S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 2002, 4: 9-14.
73. Tavşancıl E. *Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi*. 5. Baskı Ankara, Nobel Yayıncılık 2010: 54-57.

74. Alpar R. *Uygulamalı İstatistik ve Geçerlilik Güvenirlilik*. 1. Baskı. Ankara, Detay Yayıncılık, 2002.
75. Kalaycı Ş. *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*. 5. Baskı. Ankara, Asıl Yayın Dağıtım, 2010: 350-362.
76. Büyüköztürk Ş. Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi*, 2002, 32: 470-483.
77. Akdağ M. SPSS’de İstatistiksel Analizler. <http://www.okulsite.org/spssde-istatistiksel-analizler.html>. 07 Ağustos 2016.
78. Sümer N. Yapısal eşitlik modelleri: Temel kavramlar ve örnek uygulamalar. *Türk Psikoloji Yazıları*, 2000, 3: 49-74.
79. Evrekli E, İnel D, Balım AG, Kesercioğlu TA. Confirmatory factor analysis on the attitude scale of constructivist approach for science teachers. *Bulgarian Journal of Science and Education Policy*, 2010, 4(2): 185-201.
80. Şimşek ÖF. *Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş: Temel ilkeler ve LISREL uygulamaları*. 1 Baskı. Ankara, Ekinoks Yayıncılık, 2007, 58-70.
81. Munro BH. *Statistical Methods for Health Care Research*. 1nd ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2005, 96: 107.
82. Shahmansouri N, Koivula M, Ahmadi S, Arjmandi A, Karimi A. Fear, anxiety, and beliefs about surgery in candidates patients for coronary artery bypass grafting. *European Journal of Experimental Biology*, 2012, 2: 1750-1754.
83. Gürsoy AA. To determine the anxiety levels and the factors which may cause anxiety in preoperative surgical patients. *Journal of Nursing Research Development (HEMAR-G)*, 2001, 1: 23-29.
84. Demir A, Akyurt D, Ergün B, Haytural C, Yiğit T, Elhan A. Kalp cerrahisi geçirecek olgularda anksiyete sağaltımı. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi*

Dergisi, 2010, 18: 177-182.

85. Tasdemir A, Erakgun A, Deniz MN, Çertug A. Comparison of Preoperative and Postoperative Anxiety Levels with State-Trait Anxiety Inventory Test in Preoperatively Informed Patients. *Türk Anestezi ve Reanimasyon Derneği*, 2013, 41: 44.
86. Çetin A. Elektif cerrahi planlanan hastaların preoperatif dönemdeki kaygı düzeylerinin belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Bilim Üniversitesi, 2014.
87. Güz H, Doğanay Z, Güz T. Lomber disk hernisi nedeniyle ameliyat olan hastalarda ameliyat öncesi anksiyete. *Nöropsikiyatri arşivi*, 2003, 40: 36-39.
88. Duman A, Ögün Ö, Şahin K, Şarkılar G, Ökeşli S. Preoperatif korku ve endişeyi etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2003, 19: 21- 26.
89. Erdem D, Ugiş C, Albayrak MD, Akan B, Aksoy E, Göğüş N. Perianal bölge ameliyatı yapılacak hastalarda uygulanan anestezi yöntemlerinin preoperatif ve postoperatif anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 2011, 7: 11-16.

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
Adı Soyadı: Merve BAĞDİGEN
Doğum tarihi: 29.05.1990
Doğum Yeri: Erzurum
Medeni Hali: Bekâr
Uyruğu: T.C.
Adres: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı, 25240 ERZURUM
Tel: 0442 236 2748
Faks:
E-mail: merve.bagdigen@atauni.edu.tr
Eğitim
Lise: Pasinler Anadolu Lisesi (2008)
Lisans: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi (2009-2013)
Yüksek Lisans: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı (2014-2016)
Doktora:
Yabancı Dil Bilgisi
İngilizce: Orta derecede (YDS 71.25, Nisan 2014)
Almanca:
Rusça:
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar
İlgi Alanları ve Hobiler

EK-2. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

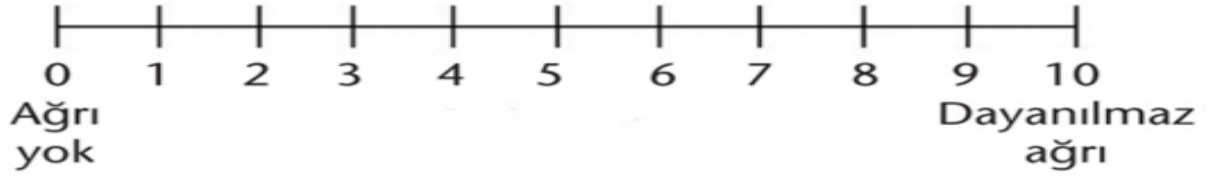
KİŞİSEL BİLGİ FORMU

- 1) Cerrahi klinik:**
- 2) Cinsiyetiniz:** (1) Kadın (2) Erkek **3) Yaş:**.....
- 4) Medeni durumunuz:** (1)Bekar (2)Evli **evli iseniz çocuk sayınız:**.....
- 5) Aile yapısı**
(1) Çekirdek aile
(2) Geniş aile
- 6) Yaşadığınız yer:**
(1)şehir
(2)ilçe-kasaba
(3)köy
(4) diğer
- 7) Mesleğiniz nedir?**
(1) ev hanımı
(2) öğretmen
(3) memur
(4) esnaf
(5) işçi
(6) serbest meslek
(7) emekli
(8) çalışmıyor
(9) diğer
- 8) Gelir durumunuz**
(1)düşük (2)orta (3)iyi
- 9) Refakatçiniz var mı?**
(1) Yok
(2) Eşi
(3) Çocuğu
(4) Anne-babası
(5) Kardeş
(6) Diğer
- 10) Daha önce hiç hastaneye yattınız mı?**
(1) Yatmadım (2) 1 kez (3) 2 kez (4) 2 den fazla
- 11) Daha önce hiç cerrahi operasyon geçirdiniz mi ?**
(1) geçirmedim (2) 1 kere geçirdim (3) birden fazla geçirdim
- 12) Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?**
(1) var (2) yok

13) ASA skoru:.....

14) Preoperatif dönemde hastanede kalış süresi:.....

15) Ameliyat öncesi ağrı hissediyor musunuz ? (VAS'a göre)



EK-3. CERRAHİ KORKU ÖLÇEĞİ

Surgical Fear Questionnaire

This questionnaire assesses how afraid you are for various aspects related to the surgical procedure you are about to undergo. Please circle the number that best reflects how you feel right now.

1) I am afraid of the operation.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
not at all afraid very afraid

2) I am afraid of the anaesthesia.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
not at all afraid very afraid

3) I am afraid of the pain after the operation.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
not at all afraid very afraid

4) I am afraid of the unpleasant side effects (like nausea) after the operation.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
not at all afraid very afraid

5) I am afraid my health will deteriorate because of the operation.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
not at all afraid very afraid

6) I am afraid the operation will fail.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
not at all afraid very afraid

7) I am afraid that I won't recover completely from the operation.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
not at all afraid very afraid

8) I am afraid of the long duration of the rehabilitation after the operation.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
not at all afraid very afraid

Cerrahi Korku Ölçeği

Bu ölçek sizin cerrahi prosedürde cerrahi girişime maruz kaldığınızda sizin ameliyatın çeşitli yönlerinden ne kadar korktuğunuzu değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Şu anda nasıl hissettiğinizi en iyi yansıtan seçeneği yuvarlak içine alınız.

1) Ameliyattan korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
hiç korkmuyorum çok korkuyorum

2) Anesteziden korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
hiç korkmuyorum çok korkuyorum

3) Ameliyat sonrası ağrıdan korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
hiç korkmuyorum çok korkuyorum

4) Ameliyattan sonra rahatsız edici (bulantı gibi) yan etkilerden korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
hiç korkmuyorum çok korkuyorum

5) Ameliyattan dolayı sağlığımın kötüleşeceğinden korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
hiç korkmuyorum çok korkuyorum

6) Ameliyatın başarısız geçeceğinden korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
hiç korkmuyorum çok korkuyorum

7) Ameliyattan sonra tamamen iyileşemeyeceğimden korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
hiç korkmuyorum çok korkuyorum

8) Ameliyattan sonra iyileşme sürecimin uzun olacağından korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
hiç korkmuyorum çok korkuyorum

EK-4. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

- 1) İhtiyacım olduğunda yanımda Kesinlikle Evet 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Hayır özel bir insan var.
- 2) Sevinç ve kederlerimi paylaşa- Kesinlikle Evet 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Hayır bileceğim özel bir insan var.
- 3) Ailem bana gerçekten yardımcı Kesinlikle Evet 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Hayır olmaya çalışır.
- 4) İhtiyacım olan duygusal yardımı Kesinlikle Evet 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Hayır ve desteği ailemden alırım.
- 5) Beni gerçekten rahatlatan özel Kesinlikle Evet 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Hayır bir insan var.
- 6) Arkadaşlarım bana gerçekten Kesinlikle Evet 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Hayır yardımcı olmaya çalışır.
- 7) İşler kötü gittiğinde arkadaşları- Kesinlikle Evet 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Hayır ma güvenebilirim
- 8) Sorunlarımı ailemle konuşa- Kesinlikle Evet 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Hayır bilirim
- 9) Sevinç ve kederlerimi paylaşa- Kesinlikle Evet 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Hayır bileceğim arkadaşlarım var.
- 10) Yaşamımda duygularıma önem Kesinlikle Evet 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Hayır veren özel bir insan var.
- 11) Kararlarımı vermede ailem bana Kesinlikle Evet 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Hayır yardımcı olmada isteklidir.
- 12) Sorunlarımı arkadaşlarımla Kesinlikle Evet 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Hayır konuşabilirim.

EK-5. HASTANE ANKSİYETE DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HAD)

EK V: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS)

Hasta adı soyadı:

Tarih:

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, bazen
- Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- Aynı eskisi kadar
- Pek eskisi kadar değil
- Yalnızca biraz eskisi kadar
- Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü birşey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- Evet, ama çok da şiddetli değil
- Biraz, ama beni endişelendirmiyor.
- Hayır, hiç öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Şimdi pek o kadar değil
- Şimdi kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, ama çok sık değil
- Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- Hiçbir zaman
- Sık değil
- Bazen
- Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- Kesinlikle
- Genellikle
- Sık değil
- Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- Hemen hemen her zaman
- Çok sık
- Bazen
- Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Oldukça sık
- Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- Kesinlikle
- Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
- Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep birşey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- Gerçekten de çok fazla
- Oldukça fazla
- Çok fazla değil
- Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Her zamankinden biraz daha az
- Her zamankinden kesinlikle daha az
- Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- Gerçekten de çok sık
- Oldukça sık
- Çok sık değil
- Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- Sıklıkla
- Bazen
- Pek sık değil
- Çok seyrek

EK-6. GÖRÜŞÜ ALINAN UZMANLAR

UZMANLAR	KURUMU
Prof.Dr. Meryem Yavuz	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD
Prof.Dr. Nevin Kanan	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Prof.Dr. Sevilay Şenol Çelik	Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD
Doç. Dr. Ayfer Özbaş	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Doç.Dr. Ayşe Okanlı	İstanbul Medeniyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Doç. Dr. Nadiye Özer	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD
Doç.Dr. Serap Ejder Apay	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü
Doç.Dr. Sevban Arslan	Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Yrd.Doç.Dr. Özlem Şahin Altun	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği AD
Yrd.Doç.Dr. Sibel Asi Karakaş	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği AD

* İsimler ünvan sıralamasından sonra soyisim alfabetik sırasına göre sıralanmıştır.

EK-7. ETİK KURUL ONAY FORMU



Sağlık Bilimleri Fakültesi
ETİK KURUL SONUÇ FORMU




Sayı:2016/01/4


Tarih:18/01/2016

Araştırmanın Adı: “Cerrahi Korku Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik Güvenirlilik Çalışması ve Sosyal Destek Algısı İle İlişkisinin Belirlenmesi ”


Araştırmanın Yürütülmesi Uygundur (X)
Düzenlemeler Yapıldıktan Sonra Yürütülmesi Uygundur ()
Araştırmanın Yürütülmesi Uygun Değildir ()

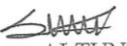
Açıklamalar (Uygun değil ya da düzeltme gerekiyorsa): Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'nun 18.01.2016 tarihinde yapılan toplantısında “Cerrahi Korku Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik Güvenirlilik Çalışması ve Sosyal Destek Algısı İle İlişkisinin Belirlenmesi” konulu Yrd.Doç.Dr.Zeynep KARAMAN ÖZLÜ ve Arş.Gör. Merve BAĞDİGEN 'in çalışması etik açıdan uygun bulunmuştur.


Prof.Dr. Mehtap TAN
Başkan


Prof.Dr.Duygu ARIKAN
Üye


Prof.Dr.Gülşen ERYILMAZ
Üye


Doç. Dr. Nâdiye ÖZER
Üye


Doç. Dr. Serap ALTUNTAŞ
Sekreter/Raportör

EK-8. UYGULAMA İZİNİ



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü

Sayı : 45361945-000-E.1600025017
Konu : Uygulama İzni Merve Bağdigen

28.01.2016

ÖĞRENCİ İŞLERİ DAİRE BAŞKANLIĞINA

İlgi : 26.01.2016 tarihli ve 88179374-302.08.01-E.1600023152 sayılı belge.

İlgi sayılı yazınıza istinaden, Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Programı öğrencisi Merve BAĞDİGEN'in "Cerrahi Korku Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması ve Sosyal Destek Algısı İle İlişkisinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasının uygulamasını Ocak 2016- Ağustos 2016 tarihleri arasında Hastanemize bağlı cerrahi kliniklerinde yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. Necip BECİT
Başhekim

Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü 25040
Akutiyel/ERZURUM
Tel: +90 442 3446666
Elektronik Ağ: <http://www.atauni.edu.tr/#birim=saglik-arastirma-ve-uygulama-merkezi>

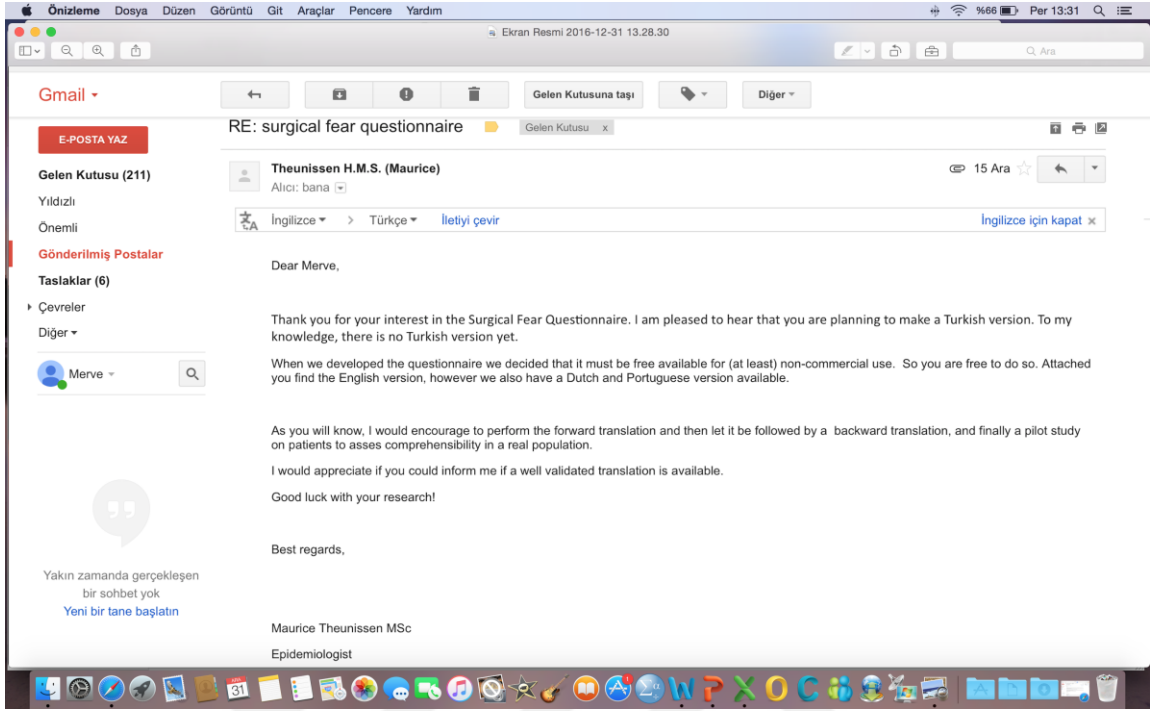
E-posta Adresi: atauni@hs01.kep.tr

Bilgi: Nazan ÖZSOY
Faks: +90 442 2361301
E-Posta: hastane@atauni.edu.tr



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-9. YAZAR İZİN YAZISI



The screenshot shows a Gmail interface on a Mac. The email is titled "RE: surgical fear questionnaire" and is from Maurice Theunissen MSc. The email content is as follows:

Dear Merve,

Thank you for your interest in the Surgical Fear Questionnaire. I am pleased to hear that you are planning to make a Turkish version. To my knowledge, there is no Turkish version yet.

When we developed the questionnaire we decided that it must be free available for (at least) non-commercial use. So you are free to do so. Attached you find the English version, however we also have a Dutch and Portuguese version available.

As you will know, I would encourage to perform the forward translation and then let it be followed by a backward translation, and finally a pilot study on patients to assess comprehensibility in a real population.

I would appreciate if you could inform me if a well validated translation is available.

Good luck with your research!

Best regards,

Maurice Theunissen MSc
Epidemiologist

The screenshot also shows the Gmail sidebar with "E-POSTA YAZ" (Compose), "Gelen Kutusu (211)" (Inbox), "Yıldızlı" (Starred), "Önemli" (Important), "Gönderilmiş Postalar" (Sent), "Taslaklar (6)" (Drafts), "Çevreler" (Circles), and "Diğer" (Other). The bottom of the screenshot shows the Mac dock with various application icons.