

**T. C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**ELEKTİF CERRAHİ PLANLANAN HASTALARIN  
PREOPERATİF DÖNEMDEKİ KAYGI DÜZEYLERİNİN  
BELİRLENMESİ**

**Hemşire Ayşe ÇETİN**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**



**İSTANBUL, 2014**

**T. C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**ELEKTİF CERRAHİ PLANLANAN HASTALARIN  
PREOPERATİF DÖNEMDEKİ KAYGI DÜZEYLERİNİN  
BELİRLENMESİ**

**Hemşire Ayşe ÇETİN**

**Tez Danışmanı  
Yard. Doç. Dr. Feride Yiğit**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**İSTANBUL, 2014**

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarda etik dışı hiçbir davranışımın olmadığını, tezimdaki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması sonucu elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlar için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.



Ayşe ÇETİN

# İÇİNDEKİLER

## Sayfa No

1. ÖZET .....	1
2. SUMMARY.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4. GENEL BİLGİLER.....	6
4.1. CERRAHİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ.....	6
4.2. CERRAHİNİN TANIMI.....	9
4.3. ELEKTİF CERRAHİNİN TANIMI.....	10
4.4. KORKU.....	10
4.5. KAYGI.....	11
4.5.1. Kaygı ve Korkunun Belirtileri.....	12
4.5.2. Kaygı Türleri.....	13
4.6. STRES.....	14
4.6.1. Uyarıcı Modeline Göre Stres.....	14
4.6.2. Tepki Modeline Göre Stres.....	15
4.6.3. Transaksiyonel Modeline Göre Stres.....	15
4.6.4. Stresin Tarihi.....	16
4.6.5. Stres ile Başa Çıkma Yolları.....	18
4.6.6. Stresörler .....	19
4.6.7. Stres Çeşitleri.....	20
4.7. ANKSİYETE.....	21
4.7.1. Anksiyetenin Tarihi.....	22
4.7.2. Anksiyete Düzeyleri .....	23
4.7.3. Anksiyete Nedenleri.....	24
4.7.4. Anksiyete Belirti ve Bulguları.....	24
4.7.5. Preoperatif Anksiyete.....	25
4.7.5.1. Anestezi ile İlgili Endişe Nedenleri.....	26
4.7.5.2. Ameliyat Öncesi Psikolojik Hazırlık.....	27
4.7.5.3. Preoperatif Anksiyetenin Azaltılmasına Yönelik Kuramlar.....	27

4.7.5.3.1.	Duygusal Yönetim Kuramı.....	28
4.7.5.3.2.	Bireysel Düzenleme Kuramı.....	28
4.7.5.3.3.	Bilişsel Kuram .....	28
4.7.5.4.	Preoperatif Anksiyetenin Sık Görüldüğü Cerrahi Türleri.....	29
4.8.	HEMŞİRELİK BAKIMI.....	29
5.	MATERYAL VE YÖNTEM .....	33
5.1.	ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ.....	33
5.2.	ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE TARİH.....	33
5.3.	ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ.....	33
5.4.	VERİLERİN TOPLANMASI.....	34
5.4.1.	Veri Toplama Araçları.....	34
5.4.1.1.	Hasta Tanıtım Formu.....	34
5.4.1.2.	Durumluk Kaygı Ölçeği ve Puanlama Sistemi.....	35
5.4.2.	Veri Toplamada İzlenen Yol.....	36
5.5.	VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	36
5.6.	ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ.....	37
5.7.	ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	38
6.	BULGULAR.....	39
6.1.	TANITICI ÖZELLİKLERE AİT BULGULAR.....	39
6.2.	DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ İLE İLGİLİ BULGULAR.....	43
7.	TARTIŞMA .....	53
7.1.	TANITICI ÖZELLİKLERE AİT TARTIŞMA .....	53
7.2.	DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ İLE İLGİLİ TARTIŞMA.....	56
8.	SONUÇ.....	62
9.	TEŞEKKÜR.....	65
10.	KAYNAKLAR.....	66
	EKLER	

## **SİMGE VE KISALTMALAR**

<b>ACTH</b>	: Adreno Kortikotropik Hormonu
<b>GAS</b>	: Genel Adaptasyon Sendromu
<b>Kbb</b>	: Kulak Burun Boğaz
<b>Max.</b>	: Maximum
<b>Min.</b>	: Minimum
<b>MÖ</b>	: Milattan Önce
<b>MR</b>	: Manyetik Rezonans
<b>N</b>	: Frekans
<b>Ort</b>	: Ortalama
<b>PET</b>	: Pozitron Emisyon Tomografi
<b>Ss</b>	: Standart Sapma
<b>STAI TX1</b>	: Durumluk Kaygı Ölçeği
<b>STAI TX2</b>	: Sürekli Kaygı Ölçeği
<b>TNSA</b>	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

**Araştırma Proje Numarası:** HEM/1522013

## TABLO LİSTESİ

### Sayfa No

<b>Tablo 6.1.1.</b> Preoperatif Dönemde Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	40
<b>Tablo 6.1.2.</b> Preoperatif Dönemde Hastaların Hastane Deneyimlerinin Dağılımı.....	41
<b>Tablo 6.1.3.</b> Preoperatif Dönemde Hastaların Ameliyat Deneyimlerinin Dağılımları .....	41
<b>Tablo 6.1.4.</b> Preoperatif Dönemde Hastaların Olacağı Ameliyat Durumlarının Dağılımları.....	42
<b>Tablo 6.1.5.</b> Preoperatif Hastaların Sigara ve Alkol Kullanımlarının Dağılımları.....	43
<b>Tablo 6.2.1.</b> Preoperatif Dönemde Hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalaması.....	43
<b>Tablo 6.2.2.</b> Preoperatif Dönemde Hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalamaları İle Cinsiyet, Çalışma, Gelir Durumu ve Yaşadığı Yerin Karşılaştırılması.....	44
<b>Tablo 6.2.3.</b> Preoperatif Dönemde Hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalamaları İle Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	45
<b>Tablo 6.2.4.</b> Preoperatif Dönemde Hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği Puanının Bulunduğu Servise Uyum Sağlayabilme Durumuna Göre Ortalamaları.....	46
<b>Tablo 6.2.5.</b> Preoperatif Dönemde Hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği Puanının Ameliyatı Hakkında Daha Önce Eğitim Alma Durumuna Göre Ortalamaları.....	46
<b>Tablo 6.2.6.</b> Preoperatif Dönemde Hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği Puanının Ameliyatı Hakkında Daha Önce Eğitim Aldığı Kişiye Göre Ortalamaları.....	47
<b>Tablo 6.2.7.</b> Preoperatif Dönemde Hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği Puanının İlk Ameliyatı Olma Durumuna Göre Ortalamaları.....	47

<b>Tablo 6.2.8.</b> Preoperatif Dönemde Hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği Puanının Daha Önceki Ameliyatında Kötü Anestezi Deneyiminin Olma Durumuna Göre Ortalamaları....	48
<b>Tablo 6.2.9.</b> Preoperatif Dönemde Hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği Puanının Tercih Ettiği Ya Da Olacağı Anestezi Türüne Göre Ortalamaları.....	48
<b>Tablo 6.2.10.</b> Preoperatif Dönemde Hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği Puanının Sigara Kullanma Durumuna Göre Ortalamaları.....	49
<b>Tablo 6.2.11.</b> Preoperatif Dönemde Hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği Puanının Alkol Kullanma Durumuna Göre Ortalamaları.....	49
<b>Tablo 6.2.12.</b> Preoperatif Dönemde Hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği Puanının Ameliyatta Kalış Süresine Göre Ortalamaları.....	50
<b>Tablo 6.2.13.</b> Preoperatif Dönemde Hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği Puanının Ameliyat Öncesi ve Sonrası Yanında Refakat Edecek Birinin Olma Durumuna Göre Ortalamaları.....	50
<b>Tablo 6.2.14.</b> Preoperatif Dönemde Hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği Puanının Olacağı Ameliyat Türüne Göre Ortalamaları.....	51



# ŞEKİLLER LİSTESİ

**Sayfa No**

**Şekil 1.** Anksiyetenin Oluşumu .....16



## 1. ÖZET

İnsan yaşamında ameliyatlar, sağlığı doğrudan etkilediği için kaygı verici niteliktedir. Kaygı düzeyinin yüksek olması, hastayı ve ameliyatı etkilemektedir. Bu nedenle bu araştırma; İstanbul ilindeki bir özel hastanenin yatan hasta katında, elektif cerrahi işlem uygulanacak hastalarda preoperatif dönemdeki anksiyete düzeyini belirlemek ve bu anksiyete düzeyini etkileyebilecek faktörleri tespit edebilmek amacıyla yapılmıştır.

Çalışma tanımlayıcı bir araştırma olup örnekleme; 1 Haziran – 31 Ekim 2013 tarihleri arasında servise yatan, 20-60 yaş aralığındaki elektif cerrahi işlem uygulanacak preoperatif hastalar alınmıştır. Araştırma, çalışmayı gönüllülük ile kabul eden ve araştırma kriterlerine uygun olan 163 hasta ile yapılmıştır. Servise yatan hastalar ile yüzyüze görüşülüp, gönüllü olur formu ile izin alınmış olup, önce tanıtıcı bilgi formu ardından durumluk kaygı ölçeği doldurtularak bilgi alınmıştır. Veriler, istatistik uzmanı tarafından bilgisayarda SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows, 17.0 programı kullanılarak, *t*-testi, ANOVA; tek yönlü varyans analizi, Tukey Post Hoc Testi, ile analiz edilmiştir. Veriler %95 güven aralığında anlamlılıklar  $p<0.05$  düzeyinde olacak şekilde değerlendirilmiştir.

Çalışmanın sonunda; araştırmaya katılan preoperatif hastaların kaygı düzeylerinin ortalamasının  $52,675\pm 11,570$  değer aldığı belirlenmiştir. Preoperatif dönemdeki hastaların, kaygı düzeylerini belirlemek için kullanılan durumluk kaygı ölçeği eşik değeri 44-45 olup, bu değere göre; çalışmamızda elektif cerrahi işlem uygulanacak hastaların ameliyat öncesi dönemde kaygı düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiş ve gerekli önerilerde bulunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Anksiyete, preoperatif anksiyete, elektif cerrahi, durumluk kaygı ölçeği, cerrahi girişim

## 2. SUMMARY

In human life, surgical procedures could increase the anxiety in patients since they directly affect their life. Having high levels of anxiety affects the patient and the surgical procedure. The objectives of this current study are to evaluate the pre-operative anxiety levels in patients who will receive elective surgical procedures in a private hospital in the province of Istanbul and to determine the associated factors that affect the anxiety levels.

This is a descriptive research study and the survey includes 20-60 years old pre-operative patients who are admitted in inpatient care service between June 1<sup>st</sup> and October 31<sup>st</sup> 2013 and will receive elective surgical procedures. Study is performed with 163 volunteered patients who were eligible for the research. Patients in the inpatient care were met in person and their permission to be included in this study were confirmed by filling out the volunteering form. Their information is gained by filling out the personal introductory form and STAI-1= State-Trait Anxiety Inventory. Data was analyzed by a statistician using SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows (17,0). ANOVA; one way analysis of variance with *t*-test was used to analyze data. Significant differences between mean values were determined with Tukey Post Hoc Test and evaluations were based on a significance level of  $p < 0.05$  at % 95 confidence interval.

As a result of this study, the mean of the anxiety levels of the pre-operative patient participants was determined as  $52,675 \pm 11,570$ . The State-Trait Anxiety Inventory cut-off score used for determining the anxiety in pre-operative state patients was 44-45 and the patients who would receive elective surgical procedures were determined to have high anxiety levels. Suggestions were made to decrease or control the anxiety levels.

**Keywords:** anxiety, preoperational anxiety, elective surgery, state anxiety scale, surgical intervention

### 3. GİRİŞ ve AMAÇ

Anksiyete ya da günlük hayatta kullanım ifadesiyle bunaltı ya da nedeni bilinmeyen iç sıkıntı, birey için rahatsızlık oluşturan herhangi bir tehlike veya tehdit algısına karşı ortaya çıkan evrensel bir yanıttır (1,2,3). Başka bir deyişle anksiyete; her zaman her durumda görülebilen, sıklıkla fizyolojik belirtilerin eşlik ettiği tedirginlik, kaygı, iç sıkıntısı şeklinde hissedilen hoş olmayan bir duygusal durumdur. Kişi bunu sanki kötü birşey olacaktı gibi nedeni belirsiz bir sıkıntı, endişe duygusu olarak algılar. Anksiyete, çok hafif bir tedirginlik veya gerginlik duygusundan panik derecesine kadar çıkabilen değişik yoğunluklarda yaşanabilir (1,2,4). Anksiyete, hastalarda nöroendokrin medyatörlerin salınımını aktive ederek stres yanıtını artırır. Bu durum, cerrahi, anesteziyi ve postoperatif iyileşmeyi olumsuz etkiler (5).

Hastane ortamı, birey için yabancı, korkutucu, endişe verici ve karmaşık bir ortamdır ve çevrede yeni insanların bulunması, bilinmeyen aletler, tedaviler, serviste yapılan günlük işler, hastaneden yatma ve cerrahi girişim kararı bireylerin yoğun anksiyete yaşamasına neden olan faktörlerdendir (1,2,6).

Hastalık ister basit, isterse yaşamı tehdit edici nitelikte olsun cerrahi girişim, birey için kendini fiziksel tehdit altında hissetmesine ve bir yaşam krizine neden olan psikolojik bir durumdur (1,2,7,8,9,10,11). Cerrahi girişim uygulanacak hastalarda genel olarak anestezi kaygısı, zarar göreceklere ve ölüm riskine ilişkin endişeler, özürlü olacağı ve gelecek endişesi, ağrıdan korkma, beden üzerindeki denetimini kaybedeceği korkusu, cinsel yeterliliğin kaybı endişesi ve çalışabilirliğini kaybedeceği endişesi gibi şekillerde gelişebilir (1,2,7,8,9,10). Bu tür etkilenmeler sonucunda hastalığa ve hastaya göre değişmekle beraber, anksiyete, depresyon, regresyon, yas tepkisi ve yadsıma gibi duygusal tepkiler görülmektedir. Bu tepkiler arasında en sık ve en yaygın olarak görülen anksiyete ve depresyondur. Bireyin hastalığa gösterdiği anksiyete gibi tepkiler onun hastalıkla baş etme tarzını ve gücünü doğrudan olumsuz yönde etkilemektedir. Bu sebeple, bireyler normal baş etme yeteneklerini kullanmakta güçlük çekmektedirler (9,11).

Preoperatif değerlendirme; hastanın fizik ve psikolojik durumunun belirlenmesi ile farmakolojik ve terapötik hikayesinin alınmasını, laboratuvar incelemelerini ve anestezi risk belirlemesini içerir. Bunu, hastanın bilgilendirilmesi ile farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerle preoperatif hazırlık süreci takip eder. Olumsuz düşüncelerin ortadan

kaldırılmasına yönelik olarak uygulanan davranışsal ve kognitif terapilerin, anksiyete seviyesinin azaltılmasında başarılı sonuçlar verdiği ortaya konmuştur (6). Preoperatif hazırlığın pek çok amacı vardır. Fakat en önemlisi anksiyetenin giderilmesidir. Anksiyete cerrahiyi, anesteziyi ve postoperatif iyileşmeyi olumsuz etkiler ve preoperatif dönemdeki erişkin hastaların % 60-80' inin anksiyöz olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmiştir (8,12,13,14). Anksiyete düzeyi kadınlarda erkeklere, ailesi ve arkadaşları tarafından ameliyata getirilen hastalarda yalnız gelenlere, kardiyovasküler ve vertebra cerrahisi uygulanacak hastalarda diğerlerine göre, gençlerde yaşı ilerlemiş bireylere göre ve kötü anestezi deneyimi olanlarda olmayanlara göre daha fazla tespit edilmiştir. Anksiyöz olan hastalar intraoperatif dönemdeki anestezi indüksiyonu sırasında daha yüksek doz anestezi ilaca ihtiyaç duyarlar. Postoperatif dönemde ise bu hastaların analjezik gereksinimlerinin arttığı ve ağrı kontrolünün güçleştiği saptanmıştır (5,8,10).

Bunların yanı sıra; hastaneye gelen hasta ve ailesinin yabancı olduğu bu ortama ilişkin olarak yaşadıkları korku ve endişeleri karşısında sağlık çalışanlarının tutumu ve yaklaşımı bireylerin hastane deneyimini büyük ölçüde etkilemektedir. Bu durum karşısında hastalar, yaşanan belirsizliğin üstesinden gelmek için sağlık profesyonellerinden destek ve bilgi arama girişiminde bulunurlar. Bu beklentilerin karşılanmaması durumunda birey anksiyete, gerginlik ve öfke duyabilir. Profesyonel hemşirelik bakımı, tedavi ve bakımın yanı sıra, psikolojik destek ve danışmanlık görevlerini de kapsar. Hastanın sadece hastalığa yönelik gereksinimlerini karşılamasının yanında, duygusal gelişimini de karşılayacak şekilde hasta bakımı verilmesi hastada kişi olarak önemsenme duygusunu oluşturur ve hasta kendini daha güvende hissederek daha az kaygı duyar. Yaşamın her aşamasında yaşanabilen, ancak hastalık durumlarında daha önem kazanan anksiyetenin tüm sağlık profesyonelleri tarafından bilinmesi ve hasta bireyi anlama, yardım etme ve tedavi sürecinde dikkate alınması büyük önem taşımaktadır (2,10).

Hemşirelerin ortak amacı hastayı rahatlatmak, hastaların acı ve ağrıdan en kısa sürede kurtulmalarını sağlamanın yanı sıra hastaneye yatma ve cerrahi işlemler nedeni ile yaşanan anksiyetelerini azaltmak, psikolojik ve fizyolojik dengesini korumak için hastaya kendisini ifade edebilmesini sağlayacak uygun ortamı hazırlamak olmalıdır. Bazı çalışmalarda preoperatif dönemde operasyon hakkında detaylı bilgilendirilen hastaların preoperatif kaygı düzeylerinin düşük olduğu veya ortadan kalktığı ve postoperatif iyileşmenin daha hızlı olduğu gösterilmiştir (8,15). Hasta bireylere başlangıçta yeterli

zaman ayrılarak cesaret verilmeli, yapılacak işlemler basit ve anlaşılır bir ses tonu ile açıklanmalı, güven verici bir ortam oluşturulmalıdır. Hasta eğitimi mutlak hekim, hemşire ve diğer ekip üyelerinin işbirliği yanında, hasta merkezli yaklaşımı gerektirir. Ancak hasta eğitimi şüphesiz diğer sağlık çalışanlarına oranla hasta ile direkt ve daha uzun süreli ilişkide olan hemşirenin sorumluluğundadır. Bu bağlamda da hemşirelerin hasta eğitimi konusunda, istenilen düzeyde rol almaları gerekmektedir (2).

Cerrahi girişim hasta için ağrı, bağımsızlığın kaybı, beden imajında bozulma, günlük yaşamda yetersizlik anlamları içerir ve dolayısıyla birey bedensel ve yaşamsal düzenine yönelen bu tehdit karşısında kaygı duyar. Bu çalışmada; elektif cerrahi planlanıp uygulanacak olan hastaların preoperatif dönemdeki kaygı düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. CERRAHİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ

Cerrahinin çok eski çağlara dayanan geçmişi, mağara dönemiyle başlar ve bu dönemde insanların yaşamlarını sürdürmede avlanmak zorunda olmalarının, çeşitli yaralanmalara ya da travmalara neden olduğu ve bunun için kanamaları durdurmak, yaranın üzerini kapatmak amacıyla bazı yaprak ve otları kullandıkları belirtilir (16,17).

Ansiklopedilerde cerrahi, tedavi biliminin, çıplak el ya da aletle girişimde bulunmayı gerektiren bölümü olarak tanımlanmakta ve tarih öncesine ait girişimlerin tedaviden çok büyücülük amacına hizmet ettiğinden söz edilmektedir. Ancak yapılan işlemler cerrahiye kapsamaktadır. Cerrahi ismi tıbbi açıdan lugat anlamı “yaralanma” olan “cerh” kelimesinden türetilmiştir. Cilalı taş devri döneminde insanların, epilepsi nöbetleri ve sürekli baş ağrısı ile başa çıkmada, kafatası kemiklerine delik açtıkları ileri sürülür. Tıbbi tarihe konusuna ışık tutacak yazılı belgelerin elde edilmiş olmasının yanı sıra arkeologlar tarafından yapılan çeşitli kazılardan elde edilen veriler, ilk çağlarda tıbbi alandaki uygulamaların çoğunlukla cerrahi tedavi niteliği taşıdığını gösterir (16,17,18,19).

Paleolitik ve neolitik döneme ilişkin kazılarda, ilkel yaşam sürdüren toplumların bazılarında uçları düzgün bir biçimde karşı karşıya getirilerek iyileşmenin sağlandığı kırıklara rastlandığı ve trepanasyon girişiminin yapıldığı kafataslarının bulunduğu bildirilir. Ayrıca Mısır çağı'nda hastalıkların “görünmez dünyadan” geldiğine inanılırdı. Yukarı Mısır'da kazı yapılan mezarlarda femur kırıklarının tespitinde kamış ve ağaç kabuklarından yapılmış 500 yıllık atellerin bulunduğundan söz edilir (16,17,19).

MÖ 3000 yıllarına ilişkin bilgilerin bulunduğu Ebers ve E. Smith'e ait papiruslarda, çeşitli cerrahi uygulamaların yanı sıra meme kanseri tanısı ve tedavisine ilişkin bilgiler de yer alır. MÖ 1700'lü yıllarda Hammurabi kanunlarında, mesaneden taş çıkarılması, kırık tedavisi, katarakt ameliyatlarına ilişkin bilgi, o dönemlerde bu tür girişimlerin yapıldığını göstermesi açısından önemli yer tutar. Tıbbi hataların cezalandırılması ve kanun kapsamına alınması da, o dönemlerde hasta haklarına saygının göstergesi olarak değerlendirilir (16,17).

Eski Roma ve Yunan medeniyetinde ilaç ya da perhiz uygulanmasına karşın iyileşemeyen hastalarda devreye cerrahların girdikleri ve yaralanmalarda müdahalede buldukları savunulmaktadır. MÖ 460-374 yılları arasında yaşamış, İstanköy'lü, çağının en büyük hekimi ve cerrahı olarak tarihe geçen Hipokrat, tıbbi konularda çeşitli eserler vermiştir. “Teşhis Kitabı“ isimli eserinde, kırıklar, eklem onarımı, sakat ayakları düzeltme, baş yaralanmalarının tedavisi, ülser, hemoroid, kafatasını açma, kan alma, burun poliplerinin çıkarılması, göğüs boşluğunda toplanan cerahati boşaltma, yara iyileşmesi, sargı ve ortopedik araçların nasıl kullanılacağı gibi konulara yer verilmiştir. “Cerrahi Üzerine” isimli eserinde, bir cerrahın ne bilmesi gerektiği, nasıl bir tedavi uygulayacağı ve bir cerrahta bulunması gerekli nitelikleri ele almıştır. Hipokrat'ın özellikle cerrahide büyük bir öneme sahip kötü huylu tümörleri, yengece benzeterek kullanıldığı, ingilizce karşılığı “cancer” olan, türkçede “kanser” olarak ifade edilen terimi halen güncelliğini korumaktadır. Bunlara ek olarak eserlerinde, cerrahın el ve tırnaklarının temizlenmesi, yaraların kaynamış suyla yıkanması önerisini getirmiştir (16,17,19).

VII. yüzyılda islamiyetin etkisi ve eski Yunan'da var olan tıbbi eserlerin doğu dillerine çevrilmesi ile doğuda tıp alanında büyük gelişim kaydedilmiş, Razi ve İbni Sina gibi büyük hekimler yetişmiştir. Özellikle İbni Sina'nın “Tıp Kanunu” isimli eserinin yarım asır boyunca Avrupa ve Asya tıbbına yön verdiğinden söz edilir. Bu eserde anatomi, fizyoloji, genel patoloji, tedavi, eczacılık, bedenin değişik bölümlerinin hastalıkları, böbrek ve safra taşları ile kemik tümörlerinin ameliyatlarına, sonda ile idrar boşaltılmasına, hastayı uyutmada afyon, banotu, şarap kullanımına ve soluk borusu tıkanmalarında trakeostomi açılmasına yer verilmiştir (16,17).

İlk kez kanama kontrolü uygulamalarında; Ebu El Kasım Halefi Bin Abbas El Zehravi pens ve kat-küt kullanmış, kanama kontrolünü önemseyerek pens ile dokuyu sıkıştırma, parmakla basınç uygulama, koterle yakma ve kuru pansuman uygulamalarını tanımlamıştır (16,17,19).

XV. yüzyılda anatomi konusunun ele alınması, XVI. yüzyılda modern cerrahiye geçişi başlatan Fransız Pare'nin infeksiyonları önleme ve yaraları dağlama yerine damarın bulunarak bağlanması çabaları, XVII. yüzyılda dolaşım konusunda bilgi içeriğinin artması ve mikroskobun icadı, alana özgü gelişmelere ışık tutmuştur (16).



XVIII. yüzyılda, anatomist John Hunter'in anatomi ve fizyolojiyi çalışmalarına temel alması, cerrahinin kesin olarak ayrı bir bilim dalı olarak kabulüne ortam hazırlamıştır (16).

Rönesans döneminde anatomiye ilişkin gelişmelerde dönemin ünlü ressamı Leonardo Da Vinci ve Andtean Vesalius'un önemli katkıları olmuştur (16,19).

Pasteur'un bakteriyoloji alanındaki çalışmaları, Semmelweis'in ellere kalsiyum klorit uygulamasını önermesi, Lister'in yaraya mikroorganizma girmesini engellemek üzere antiseptik maddeleri kullanması, cerrahinin gelişim sürecinde önemli aşamalar olarak belirtilir (16,17,19).

Girişim sırasında insizyona bağlı ağrının ortaya çıkmasıyla, ağrının ortadan kaldırılmasına yönelik ilk genel anestezi denemesi, İngiliz kimyacı Humphey Davy'nin keşfettiği güldürücü fizyolojik etkisi olan azot protoksiti, ilk olarak Horace Welles'in kullanması ile gerçekleştirilmiş, Morton ve Jackson, eteri, Simpson da kloroformu, bu amaçla ilk olarak kullanmıştır (16,17,19).

Cerrahinin başarısı üzerinde olumsuz etki oluşturan infeksiyon, ağrı, kanama ve şok'a ilişkin bilgi içeriğinin yanı sıra bulgu ve belirtilere duyarlılığın artması, modern cerrahiye geçişte yol gösterici olmuştur. Son 20-30 yılda anesteziyoloji alanında önemli adımların atılmış olması sonucu ağrı algılamasının elimine edilmesi, hastalar tarafından cerrahinin kabulünde ve bu yöntemle tedaviye başvuru sayısının artmasında etkin olmuştur (16,17).

Türkiye'de de modern cerrahinin kurulmasında ilk adımı atan cerrah Dr. Cemil Topuzlu, aseptik ilkelerin henüz kullanılmadığı bir dönemde, içinde ameliyathanenin de bulunduğu bir hastane yapımını gerçekleştirmiş, araç-gereç, etüv getirerek ülkemizde asepsi kavramının önemszenmesine ortam hazırlamış ve bu ilkeler doğrultusunda ameliyat yapılmıştır (16).

Tıbbın her dalında meydana gelen hızlı ilerlemeler, teknolojik gelişmelerin cerrahi alanda kullanılması, tanı yöntemlerindeki ilerlemeler, bakım hizmetlerinin niteliğinin artması, toplumun kültür düzeyindeki yükselme ve bireylerin kendi sağlıklarını önemsemeleri, cerrahi girişimlerin sayısal artışında etkili olmuştur (16).

Cerrahi hastalıkların tanı ve tedavisinde, röntgen ışınlarından ve ultrasonografiden yararlanma, endoskopik girişimler, Manyetik Rezonans (MR), Pozitron Emisyon Tomografi (PET) infeksiyonlarla savaşta bilinçli antibiyotik kullanma, cerrahinin

gelişiminde etkili olmuştur. Ayrıca cerrahi girişimlerde başarıyı olumsuz etkileyen, kanama ve şok gibi komplikasyonların gerek oluşmasında, gerekse tedavi/bakımda;

- Cerrahi hastalıklar konusunda bilgi içeriğinin artması,
- Girişim öncesi değerlendirme, ameliyat öncesi hazırlık,
- Yakın izlem ve yeterli elektrolit sıvı dengesinin sürdürülmesi,
- Transfüzyon uygulamaları ile kan grup ve elementleri konusunda laboratuvar olanakları ve bilgi içeriğinin artması,
- Hasta bakımında sürekli gözlem, rapor etme,
- Gerekli girişimlerin uygun koşullarda ve hemen anında hızla gerçekleştirilmesi, cerrahi girişimin başarısına katkı sağlamıştır.

Nükleer tıp alanındaki gelişmeler, çeşitli patolojik durumların aydınlatılmasına ve tedavisine olanak sağlamış, lazer ışınlarının kullanımı yeni girişimlere ortam hazırlamıştır. Tıp alanında gözlenen değişimlerin, bakımda da yeni görüşlerin ortaya atılmasına ve hastaları merkezde tutan, bütüncül, nitelikli, bilinçli ve ekip yaklaşımı odaklı bakım yöntemlerinin uygulanmasına olanak sağlamıştır (16).

#### **4.2. CERRAHİNİN TANIMI**

Cerrahinin kökü olan “cerh” sözcüğünün, arapçada lugat anlamı, yaralanma, çürütme, kabul etmemedir. Bu sözcükten türetilen “cerrah” da bu işi yapan hekim ve cerrahi de bu işin yapılması anlamında kullanılmıştır. Latince de el ile yapılan iş anlamına gelen “chirurgia” sözcüğü Latin tıp kitaplarının çevirisi sırasında “amel niyed” olarak ifade edilmiş ve zamanla bu terim “ameliyat” olarak tıpta kullanılmaya başlanmıştır (16,17).

Cerrahi, insan organizmasında ortaya çıkan patolojik olayları durdurmak, hafifletmek ya da bazı yapıları çıkararak sorunu ortadan kaldırmak amacıyla yapılan, planlı anatomik değişimler olarak ele alınır. Diğer bir deyişle cerrahi hastanın normal fizyolojik fonksiyonlarını değiştirebilecek “kontrollü travma” olarak kabul edilir. Cerrahi tedavi, organizmanın anatomik ve fizyolojik temel yapısını olabildiğince koruyarak, hastalık, travma ve deformitelerle bozulan beden fonksiyonlarının organ üzerinde ya da organlar arasında uygun düzenlemelerle eski anatomik ve fizyolojik yapısına en uygun duruma getirilmesinde ya da dayanılır sınırlarda yaşamın sürdürülmesinde uygulanan el becerisine dayalı bir tedavi yöntemi olarak tanımlanır (16,17).

### 4.3. ELEKTİF CERRAHİNİN TANIMI

Önceden planlanıp, randevu verilen ve hazırlanma süreci olan cerrahi işlemler elektif cerrahi grubunda yer alır. Hasta işlemden birkaç saat önce ya da 1 gün öncesi servise gelir yatışını yaptırır ve ameliyat hazırlığı başlar (20,21).

Elektif cerrahi; preoperatif dönemde hastaların psikolojik olarak hazırlanmasında, hastalığın niteliği, anestezi uygulaması, cerrahi girişim, postoperatif dönem ile ilgili konularda yeterli bilgilendirme yapılma imkanının olması açısından önemli yere sahiptir. Preoperatif dönemde hastaya yeterli ve gerekli bilgilendirmenin yapılabilmesi preoperatif kaygının azalması üzerinde etkilidir. Geçmişte yapılan çalışmalarda; elektif cerrahi işlem planlanan hastaların ameliyattan önce anestezi uzmanı tarafından görülüp değerlendirilmesi, hastanın anksiyete düzeyini anlamlı ölçüde azaltmış olduğu bulunmuştur (22,23).

### 4.4. KORKU

Korku ve anksiyete önceleri çok sık ve eş anlamlı olarak kullanılan ancak birbiri ile aynı olmayıp benzerlik ve farkları olan iki ayrı terimdir. Korku nedeni bilinen ve dıştan gelen bir tehdit/tehlike karşısında hissedilen, kişiyi savunmaya iten, birtakım bedensel ve ruhsal belirtiler veren duygu; anksiyete ise, nedeni bilinmeyen, karmaşık ve içsel kaynaklı bir tehdide verilen tepkidir. Anksiyetenin de korkuda olduğu gibi çeşitli ruhsal ve bedensel belirtilerinin bulunduğu bilinmektedir. Korkuya bağlı olarak gelişen bu bedensel ve ruhsal değişiklikler tehlikenin uzaklaşması ile birlikte kaybolur (1,2,4,24,25,26).

Korku, tehlike durumlarında kaçma eylemini başlatan bir duygudur. Bu duygunun varlığında organizmayı uyarır, böylelikle bir uyanıklılık hali oluşur, bu uyanıklılık hali anksiyeteye, anksiyete korkuya, korku paniğe, panik durumu da stresin ortaya çıkmasına neden olur (2).

Korkunun gelişimine ortam hazırlayabilecek faktörler;

- Ameliyat sırasında nelerin belirleneceği,
- Anestezi uyanamama,
- Anestezi sırasında kimliğini ve denetimini yitireceği duygusu,
- Ameliyat sebebi ile ortaya çıkabilecek ağrı,

- Ameliyat sonrası yetiyitimi, kendisine ve ailesine yeterli olamama duygusu,
- Beden imajındaki değişim, bedeninin zarar göreceği duygusu,
- Bilgilendirilmiş onam alımı sırasında risklerin anlatılması,
- Ölüm korkusu,

olarak sıralanabilir (16,27).

#### 4.5. KAYGI

Kaygı kavramı psikoloji alanına yüzyılın ilk yarısında girmiş, bu alanda ilk araştırma ve çalışmalar 1940'lı yılların sonunda yapılmıştır. Ruh bilim alanında kaygı sözcüğünü ilk kullanan ve bunu bir kavram olarak tanımlayarak nedenlerini araştıran Freud olmuştur. Ona göre kaygı her zaman ve her yerde tecrübe edilen, istenmeyen bir şey, hoşlanılmayan duygu/his durumudur (28).

Kaygı; bilinmeyen hatta hayal ürünü tehlikelere karşı gösterilen, gerçek tehlike ile orantılı olmayan aşırı bir tepki olarak tanımlanır. Üzüntü, sıkıntı, korku, başarısızlık duygusu, acizlik, sonucu bilmeme ve yargılama gibi heyecanların birini ya da çoğunu kapsayan bir duygu durumudur. Kaygı kaynağını bilinçaltından alan, hoş gitmeyen yersiz korku duygusu olup birtakım fizyolojik belirtilerle birlikte görülür (24,29).

Varlığı insanoğlunun varoluşundan beri kabul edilen kaygının amacı; başlangıçta insanı çevresinden gelebilecek tehlikelere karşı korumaya yönelik iken, günümüzde rekabet ortamında daha olumlu işler yapmanın, yeni şeyler keşfetmenin ve oluşturabilmenin, kendini kabul ettirmenin ve yaşamla mücadele edebilmenin bir gereği olarak değerlendirilmektedir (24,28).

Yani kaygı bireyin kendi varlığına yönelik çeşitli yıkıcı, bozucu durumlara karşı gösterdiği bir tepkidir. Ancak bu olumlu özelliğın yanı sıra kaygının patolojik bir boyuta varması da söz konusudur. Kaygı süreklilik kazanırsa, kişinin benliğini tehlikeye sokabilir (24,28).

İnsan yaşamında iki tür kaygı vardır:

1. Normal kaygı
2. Patolojik kaygı

Kaygı, korkuya benzeyen bir duygu olup nedeni tam belli olmayan bir durum için duyulan endişe belirtisidir. Hafif bir tedirginlik, gerginlik duygusu ile sınırlı kalıp, panik

derecesine de varabilen değişik yoğunlukta yaşanabilen bir duygudur. Kaygı ile korku arasındaki en büyük fark, korku nedeni belli olan bir tehdidin varlığında ortaya çıkar, kaygının sebebi ise nedeni belli olmayan tehlike ve tehlide karşı belirsizlik ve çaresizlik hislerinin varlığıdır (24).

#### **4.5.1. Kaygı ve Korkunun Belirtileri**

Organizmayı tehdit eden dış şartlar ortaya çıktığında kaçma ve savunma olarak ortaya çıkan bedensel cevaplar, otonom sinir sisteminin devreye girmesini sağlar. Bu sisten sempatik ve parasempatik sinir sistemi olarak iki bölümden oluşur ve bu sistem birbirine zıt fonksiyonlar gösterir (24).

Çeşitli gözlem ve araştırmalar sonucu korku ve kaygı durumlarında kişide birtakım belirtiler ortaya çıkar. Bunlar;

- Nabız artışı, aritmi, damarlarda vazokonstrüksiyon, sistolik kan basıncında artış
- Solunum problemleri, boğulma hissi, hiperventilasyon
- Mide spazmları, mide ağrıları, diare, bulantı, kusma
- Aktifleşen böbrek fonksiyonları sonucu sık idrara çıkma
- Pupillalarda büyüme
- Piloereksiyon
- Kan şekerinde yükselme
- Terleme
- Tremor
- Damarlarda dilatasyona bağlı hipertermi
- Tükürük bezlerindeki işlevsellikte azalmaya bağlı ağız kuruluğu
- Yüksek sesle konuşma, gereksiz soru sorma gibi örnekler verilebilir.

Araştırmacılara göre bu belirtilerden 6 tanesinin 20-30 dakikada 3 ya da daha fazla sayıda tekrarlanması yüksek kaygı belirtisi olarak tanımlanmaktadır (24).

#### 4.5.2. Kaygı Türleri

Normal ve patolojik kaygı hayatın her döneminde karşılaşılabileceğimiz bir durumdur. Burada önemli olan kaygının o birey için ne derece patolojik olduğunun belirleyebilmektir. Normal bir kaygının hekim tarafından, normal yaşanabilir bir durum olarak belirlenmesi, kaygının patolojik boyutlara varmasını engeller. Örneğin; ameliyat olacak bireyin kaygı duyması doğaldır ve bunun doğal olduğunun hastaya ifade edilmesi patolojik bir durumun oluşmasının önüne geçebilir (24).

Her birey tehlikede olduğunu hissettiği durumlarda kaygı duyabilir. Bir sınava girerken, diş hekimi koltuğunda otururken, ameliyat saatini beklerken oluşan tedirginlik ve huzursuzluk durumu her bireyin yaşayabileceği geçici, duruma bağlı bir kaygı oluşturur. Buna “durumluk kaygı” denir (24,30).

Bazı bireyler ise sürekli olarak huzursuzluk içinde yaşarlar ve mutsuzdurlar. Bu kaygı türü içten gelen, doğrudan doğruya çevreden gelen tehlikelere bağlı olmayan, bireyin öz değerlerinin tehlike altında olduğunu zannetmesi ya da içinde bulunduğu durumları stresli olarak yorumlaması sonucu oluşan kaygıdır. Buna da “sürekli kaygı” denir (24, 30).

Tehlikeli koşulların yarattığı korku ve tedirginlik, bireyin yaşadığı geçici ve normal bir kaygı olarak kabul edilebilir. Kişinin o anda içinde bulunduğu duruma doğrudan doğruya bağlı olmayan sürekli kaygı ise bir kişinin özelliğini belirler. Sürekli kaygı, bireyleri birbirinden ayırt eden bir özelliktir. Kaygı yaşantılarındaki bu ayrımın yapılmasını Spielberger’in “İki Faktörlü Kaygı Kuramı” ile kaygı türlerinin ölçülmesi de Spielberger ve arkadaşlarının “Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri”yle mümkün olmuştur (24,30,31).

Birbirinden farklı özellikleri olan iki tür kaygı, daha öncede belirtildiği gibi durumluk ve sürekli kaygıdır. Bu anlayış Cattell ve Scheier’in (1958) faktör analizi çalışmalarıyla iki kez ileri sürülmüş olup Spielberger (1966) ve arkadaşlarının çalışmaları sonucu geliştirdikleri ‘İki Faktörlü Kaygı Kuramı’ ile sonuçlanmıştır (24,30).

**Durumluk kaygı:** Bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği subjektif korkudur. Fizyolojik olarak otonom sinir sisteminde meydana gelen bir uyarılma sonucu terleme, sararma, kızarma ve titreme gibi fiziksel değişmeler, bireyin gerilim ve huzursuzluk duygularının göstergesidirler. Stresin yoğun olduğu zamanlarda durumluk kaygı seviyesinde yükselme, stres ortadan kalkınca, düşme olur (24,30).

**Sürekli kaygı:** Bireyin içinde bulunduğu durumları genellikle stresli olarak algılama ya da stres olarak yorumlama eğilimi vardır. Objektif kriterlere göre normal olan durumlar birey tarafından tehlikeli ve tehdit edici olarak algılanır. Bunun sonucunda oluşan hoşnutsuzluk ve mutsuzluk duygusu sürekli kaygıdır. Bu tür kaygı seviyesi yüksek olan bireylerin kolaylıkla karamsarlığa büründükleri görülür. Bu bireyler durumluk kaygıyı da normal kişilerden daha sık ve yoğun biçimde yaşarlar (24,30).

#### **4.6. STRES**

Stres, günlük hayat sürecinde sıkça karşı karşıya kaldığımız, hatta normal hayatın gereklerinden biri olmuş, organizmanın dengesini bozabilen herhangi bir durumdur. Kelime olarak Türkçe karşılığı ‘zorlanma-yüklenme’ ve ‘gerilim yaşama’ anlamına gelir (1,29,32). Stres, değişim ve ilerleme için uyarıcı görev yapabilir ve bu anlamda stres pozitif ve hatta gereklidir. Ancak aşırı stres kötü kararlar vermeye, fiziksel hastalıklara ve bireyin baş etme yeteneğine olumsuz etkide bulunabilir. Bazı çalışmalar stresli yaşam koşulları ile çeşitli fiziksel ve psikiyatrik bozukluklar arasında bağ olduğunu gösteren sonuçlar ortaya koymuşlardır. Stres, bireyin yaşamının her yönünü etkileyen bir olgudur (32).

Stresi tanımlamada üç önemli yaklaşım vardır. Bunlar:

- Uyarıcı modeli
- Tepki modeli
- Transaksiyonel model

##### **4.6.1. Uyarıcı Modeline Göre Stres**

Bireyin dışında, çevresinde onu etkileyen zorlayan bir durumun varlığı ile ortaya çıkar. Çevredeki değişiklikler hoş olsun ya da olmasın stresin düzeyi doğrudan doğruya bireyin uyum sağlayıcı mekanizmasında değişiklik oluşturan gereksinimlerin miktarı ile ilgilidir. Bu modele göre ortaya çıkan tüm etkilerin nedeni aynı olup bunların farklı bireylerdeki etkileri benzer özellikler gösterir (1).

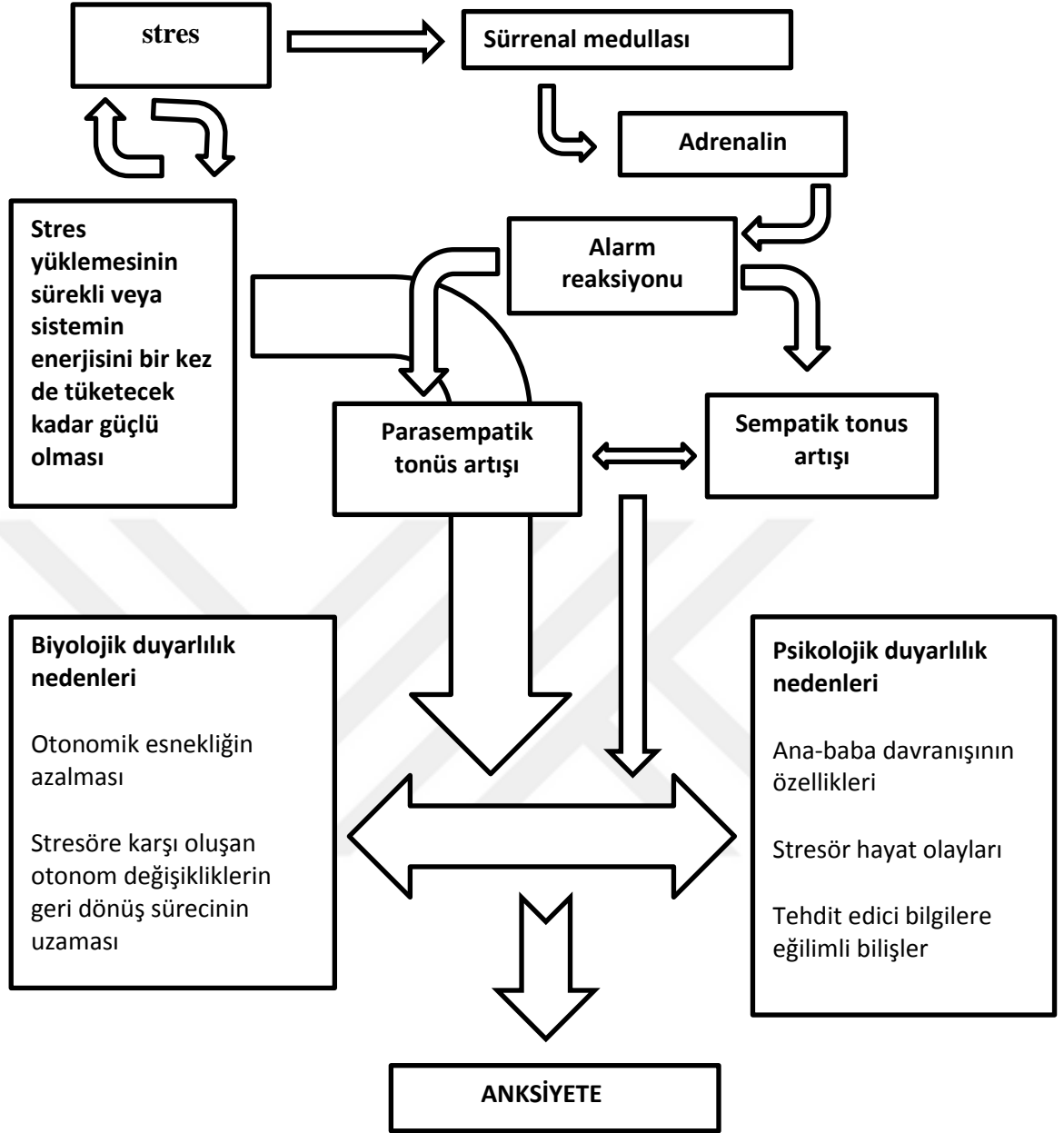
#### **4.6.2. Tepki Modeline Göre Stres**

Bu modele göre stres yaşayan birey, strese karşı fizyolojik, heyecansal ve zihinsel yanıtlar verir. Bu modeli ele alarak stresi açıklamaya çalışan Hans Selye'nin görüşü büyük kabul görmüştür ve Selye'ye göre stres dinamik bir durum olup olduğu anda bireyin vücut direncini tehlikeli ve tehditkar objeye karşı artırır. Hans Selye, bedenın stresörlere; hücre ve doku düzeyinde lokal olarak tepki verebileceği ya da kan basıncında, kalp hızında, beden ısısında ve sıvı-elektrolit dengesindeki değişikliklere yol açan sistemik tepki verebileceğini genel adaptasyon sendromu ile açıklar (1).

#### **4.6.3. Transaksiyonel Modele Göre Stres**

Lazarus, bireyin düşünme, hatırlama, olaylara verdiği anlam ve değer ile çevre arasındaki etkileşime bağlı olarak stres yaşadıklarını ileri sürer. Dolayısıyla, Lazarus strese kognitif, fenomenolojik ve transaksiyonel yönden bir yaklaşım getirir. Beklenmedik kayıplar, olağanüstü hayat olayları, hayatın normal seyrini etkileyen tehdit edici ve tehlike yaratan birtakım olaylar stres sebebidir ve bu durumlarda bireyde stresin görülmesi doğaldır. Stresin ortaya çıkması tek başına önemli bir problem oluşturmaz çünkü stres hayatın normal bir parçasıdır ve ortaya çıkan stres homeostatik sistem tarafından dengelenir (1).





Şekil 1. Anksiyetenin oluşumu (1)

#### 4.6.4. Stresin Tarihçesi

Claude Bernard, 1867 yılında, stresin sonuçlarını fark eden ilk fizyolojisttir. Bernard, iç ve dış çevrelerdeki değişikliklerin bir organizmanın fonksiyonlarını etkilediğini ve bu organizmanın hayatta kalmak için stres yapıcıyla baş etmesinin gerekli olduğunu ileri sürmüştür. 1920’de ise Walter Cannon duygusal uyarılmaya fizyolojik tepki konusunu çalışmış ve ‘savaş ya da kaç’ reaksiyonunun uyum sağlama fonksiyonunu vurgulamıştır.

Cannon'a göre, bu tepkiler duygusal halin vücut üzerindeki etkisi sonucu ortaya çıkar ve bu tepkiler uyum sağlayıcı ve fizyolojiktir (32).

Hans Selye; Genel Adaptasyon Sendromu (GAS) denilen, stresin biyo-kimyasal bir modelini geliştirmiştir. Selye bunu, fareleri, çeşitli sürelerde aşırı soğuk, sıcak, basınç, hareketsizlik, yorgunluk gibi gerilim yaratan uyaranlara mağruz bırakıp ortaya çıkan fizyolojik tepkileri gözlemlemiş ve sonucunda aynı fizyolojik tepkiyi görmüştür ve böylelikle GAS'ndan bahsetmiştir. GAS, stres tepkisi sırasındaki fizyolojik olayları tanımlamaktadır (29,32).

Genel Adaptasyon Sendromuna göre, birey bir stres kaynağı ile karşılaştığında, sempatik sinir sisteminin devreye girmesiyle 'savaş ya da kaç' tepkisi gösterir. Bu sırada bedende oluşan fiziksel ve kimyasal değişimler sonucunda kişi, stres kaynağı ile yüzleşmeye ya da kaçmaya hazır hale gelir. Bu durum ani adrenalin salınması ve kalp atışlarının hızlanması şeklinde ortaya çıkar. GAS dört temel varsayımdan oluşur (29);

**1.** Tüm biyolojik organizmalar içsel dengelerini sağlama yönünden doğuştan gelen bir güdüye sahiptir. Dengeyi koruma, yaşam boyu devam eden bir süreçtir.

**2.** Aşırı iş yükü, yolunda gitmeyen olaylar gibi stresörler içsel dengeyi bozar. Beden ise her türlü stresöre genel bir fizyolojik uyarılma ile yanıt verir. Bu tepki savunmacı ve kendini korumaya yöneliktir.

**3.** Bu fizyolojik uyarılmaya uyum sağlama, aşamalı şekilde (alarm, direnç, tükenme) olur. Fizyolojik uyarılmaya uyum sağlama süreci alarm direnç ve tükenme aşamalarındaki durum, uyarının yoğunluğu ve süresine, gösterilen direncin ne kadar başarılı olduğuna göre belirlenir.

**4.** Organizmanın uyum yapma enerjisi sınırlıdır. Bu enerji tüketilirse, organizma bundan sonra gerilimle baş etme yeteneğini yitirir ve ölebilir (29).

Selye'nin Genel Uyum Sendromu adını verdiği yeni duruma uyum gösterme amacına dönük tepki üretme süreci alarm aşaması, direnç aşaması ve tükenme aşaması olmak üzere üç basamaktan oluşur. Bunlar;

### **a) Alarm Reksiyonu**

Bu dönem, organizmanın dış uyarı stres olarak algıladığı durumdur. Organizmadaki bir takım değişiklikler olmaya başlar. Gerginliğe neden olan olayı önce beyin, beyin kabuğu bölgeleri algılar ve daha sonra hipotalamusa gönderir. En önemli stres hormonu Adreno Kortikotropik Hormonu (ACTH)' dir. ACTH etkisi ile böbrek üstü bezde yer alan adrenal ve kortizol hormonlarının salgılanması artar. Organizma bu dönemde geçici bir şok yaşar ve vücut ısısı ile kan basıncı düşer, birey kalbi duracakmış gibi hisseder ve eli ayağı çözümlür. Hemen ardından otonom sinir sistemi aktive olur. Amaç mücadele ederek veya kaçarak organizmayı korumaktır. Stres faktörü ortadan kalkarsa gevşeme oluşur; uyku, sindirim ve metabolizmada yavaşlama gözlenir. Stres durumu devam ederse direnme aşamasına geçilir (29).

### **b) Direnme Aşaması**

Stres verici koşullara rağmen uyuma elverişli bir durum ortaya çıkarsa direnç oluşur. Bu durumda organizmanın alarm tepkisi sırasındaki belirtileri ortadan kalkar. Bu dönemde vücudun direnci normalin üzerindedir. Stres verici durumdan kaçmak veya ona uyum sağlamak zorunda olduğundan başka stres vericilere direnci düşer (29).

### **c) Tükenme Aşaması**

Stres verici olay çok ciddi ise ve uzun sürerse, organizma için tükenme basamağına gelinir. Bazen bu dönemde yeniden alarm dönemi reaksiyonları ortaya çıkar. Her canlının uyum yeteneği ile enerjisi farklıdır ve sınırlıdır. Uyku ve dinlenme vücudu onarabilir ama devam eden ve başa çıkılmayan stresler karşısında, denge bozulur ve uyum enerjisi biter. Bunların ardından tükenme ve bitkinlik nöbetleri görülür. Bu durum, hastalıklara çok açık olunan bir dönemdir (29).

#### 4.6.5. Stres ile Başa Çıkma Yolları

Stres ile başa çıkma programlarında amaç; kişiye stres oluşturan unsurları ve bunlara verdiği tepkileri tanımak, problemlerin doğru tanısına yardımcı olmak, stres vericileri yönlendirmek, kendini psikolojik ve fizyolojik zararlardan korumak için yöntemler öğretmek ve geliştirmektir (29).

Stres ile ortaya çıkan 'alarm tepkisi' nin organizmada doğurduğu bütün istenmeyen etkilerin tersi 'gevşeme tepkisi' tarafından sağlanmaktadır. Stres ile başa çıkmanın birçok yolu ve tekniği vardır. Bu teknikleri şöyle sıralayabiliriz:

**1. Problem merkezli yaklaşımlar:** Problemin belirlenmesi, alternatif çözüm yollarının üretilmesi ve beklenti düzeyinin düşürülmesi ile stresin olumsuz etkilerinden kurtulmayı amaçlamaktadır.

**2. Duygu Merkezli Yaklaşımlar:** Kişiler, olumsuz duyguların baskısında oldukları zaman bu duyguların sorunlarını çözmelerini zorlaştırmasından korumak için duygu merkezli yöntemler kullanılır. Bu yöntemler özellikle kontrol edilme zorluğu olan stres vericiler karşısında yardımcıdır. Olumsuz duygular ile başa çıkmada kullanılacak yöntemler ikiye ayrılır. Bunlar:

**a. Kognitif teknikler:** Doku sistemlerinin çeşitli yıkımlarını ortadan kaldırmak için verilen fizyolojik tepkileri, diğer yandan kişinin psikolojik bütünlüğünü zarardan korumak için gösterdiği kognitif ve davranışsal gayretleri içerir (29).

**b. Davranışçı teknikler:** Davranışçı yaklaşıma dayandırılan teknikler stresle başa çıkmaya iki açıdan yardımcı olur. Bu tekniklerin bazıları stresin niteliğini ve niceliğini azaltmaya programlanmıştır. Fizyolojik kontrol, fizik egzersiz ve beslenme konularında öğretilen teknikler stresin bedensel etkilerini azaltmayı hedefler. Bu teknikler kişiler arası ilişkilerin geliştirilmesi, zaman düzenleme tekniklerinin uygulanması, güvenli davranışın geliştirilmesi, fizyolojik kontrol (nefes egzersizleri ve gevşeme cevabı geliştirilmesi) ve fiziksel egzersiz olarak sayılabilir (29).

#### 4.6.6. Stresörler

Stresi meydana getiren olaylara ya da durumlara ‘stresör’ denir. Yaşamın herhangi bir döneminde çoğu zaman her birey strese maruz kalır. Genellikle stres uzun süreli ise birey zamanla strese adapte olmayı kısa süreli ise baş etmeyi öğrenir. Stres, fizyolojik olduğu kadar psikolojik tepkilere de yol açabilir. Stres sonucu olumsuz ya da yıkıcı duygular ortaya çıkıp duygusal sağlığı tehlikeye sokabilir. Stres sonucu birey bir değişim yaşar ve bu değişimi hızlandıran ya da değişimden hemen önce ortaya çıkan uyarıcılara stres kaynağı/stres yapıcılar/stresör denir. Diğer bir söyleyiş ile, bireyin stres yaşamasına neden olan herhangi bir durum, faktör ya da etkidir (32).

#### Fiziksel Stresörler

1. Tüm travmalar
2. Tüm hastalıklar
3. Aşırı soğuk ve sıcak
4. Yatağa bağımlı olmak ya da hareketsizlik
5. Aşırı heyecan

#### Ruhsal – Sosyal Stresörler

1. Bireyin bir yakını kaybetmesi
2. Maddi yetersizlikler, işsizlik ya da iş güvenliğinin olmayışı
3. Başarısızlık, çaresizlik
4. Yalnızlık (32)

#### Stresörlerin Özellikleri

- Stresörler her bireyde farklı etkiler oluştururlar. Bu farklılık stresörden kaynaklanabileceği gibi stresin türü ve süresine de bağlıdır.
- Kaynağı ne olursa olsun birey stres ile karşılaştığında uyum yapmaya çalışır.
- Stresörün kendisi yeni bir stres kaynağı olabileceğinden yeni sorunlar ortaya çıkarabilir.
- Hiçbir stresör tek başına etiyolojik faktör olarak kabul edilemez.

- Stresörün yapısı ne olursa olsun bireyi etkisi altına alır (32).

#### 4.6.7. Stres Çeşitleri

- 1) Fiziki çevreden kaynaklananlar
- 2) Çalışma hayatı ve koşullarından kaynaklananlar
- 3) Psikolojik, fizyolojik ve sosyal özelliklerden kaynaklanalar
  - a) Günlük stresler
  - b) Gelişimsel stresler
  - c) Durumsal stresler

Stres kaynakları karşılanmamış ihtiyaçlardan doğabilir ve fizyolojik, psikolojik, toplumsal, çevresel, gelişimsel, ruhsal veya kültürel olabilir. Stres kaynakları genellikle içsel ya da dışsal olur. İçsel olanlar bireyin içinde ortaya çıkar. Dışsal stres kaynakları ise kişinin dış çevresinde ortaya çıkanlardır (32).

#### 4.7. ANKSİYETE

Anksiyete, her bireyin yaşamının belirli dönemlerinde zaman zaman yaşadığı, hoş olmayan heyecansal endişe ya da kaygı hali olup (25,33), benliğin kendini tehdit altında hissettiği bir gerilim ve tehdit edici durumlardır (1,2,3,4,7,12,34,35). Anksiyete, düşünce içinde sıkıntıya girmek anlamına gelen Latince “anxietas” kelimesinden gelmektedir. Türkçe’de “bun”, “bunaltı”, “kaygı”, “endişe”, “iç sıkıntı”, “can sıkıntısı veya “hoş olmayan heyecansal bir endişe hali” gibi sözcüklerle eş anlamlıdır (1,7). Türk Dil Kurumu sözlüğünde “üzüntü”, “endişe duyulan düşünce, tasa” anlamındadır (7). Webster sözlüğünde ise, “olması yakın ya da beklenen bir tersliğin yarattığı acı veren bir huzursuzluk” olarak ifade edilmektedir (4,7).

Anksiyete belli bir düzeye kadar sağlıklı ve işlevseldir (36). Bu sebeple insan yaşamında iki tür anksiyete vardır:

1. Normal anksiyete
2. Patolojik anksiyete

Normal anksiyete organizmanın biyolojik bir koruma sistemi olup potansiyel bir tehlike algılandığında ortaya çıkar ve organizmanın tehlikeli durumdan kendini sakınarak yaşamının devam etmesini sağlar (25,36,37,38,39).

Eğer anksiyete, objektif bir tehlike durumu olmaksızın sanki varmış gibi algılanarak, abartılı ve bireyin günlük yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen subjektif bir beklenti hissi, dehşet, endişe veya bir felaketin yaklaştığı duygusu ile karakterize ise “anormal anksiyete” den söz edilir (40). Anormal anksiyete patolojik bir olgudur ve kaygı ile aynı anlamda kullanılabilir (40,41). Mutlaka psikolojik ve/veya farmakolojik tedaviyi gerektirir (34,37,38).

#### **4.7.1. Anksiyetenin Tarihçesi**

İnsan davranışının gelişiminde anksiyetenin önemini vurgulayan ilk kuramcı Sigmund Freud'tur. Freud ilk anksiyete kuramında, hastalarının seksüel tatminsizlikten doğan sıkıntılı davranışlarını yaşanan yoğun anksiyete belirtisi olduğunu belirterek, anksiyetenin geleceğe yönelik bir endişe duygusu olduğu halde, temelde kaynağı geçmiş, yaşama ilişkin çatışmalardan oluşan karmaşık örüntüler olduğunu ileri sürmüştür. Freud'a göre, fiziksel ya da toplumsal çevreden gelen tehlikelere karşı bireyi uyarma, gerekli uyumu sağlama ve yaşamını sürdürme işlevlerinde katkıda bulunan anksiyetenin, insanın içgüdüsel dürtülerinden kaynaklandığını belirtmiştir (7,32).

Freud, ikinci anksiyete kuramında, anksiyetenin tehlike durumunda korunmanın işareti olduğunu ileri sürmüştü, daha sonra ise egonun bastırılması ile ortaya çıkan bir iç tehlike olarak kabul etmiştir. Freud anksiyetenin doğuştan ve filogenetik olarak kalıtımsal olduğunu ileri sürmüştür (7,32). Freud'a göre anksiyete üçe ayrılmaktadır;

**1. Objektif / Gerçek Anksiyete:** Tehlike kaynağı bireyin dışındadır. Bireyin gereksinimlerini sağlamaya çalışırken, dış dünyanın gerçekleri karşısında zorlandığında ortaya çıkan anksiyete durumudur. Yaşamın herhangi bir döneminde tüm bireyler tarafından yaşanabilmektedir (7).

**2. Nörotik Anksiyete:** Tehlike kaynağı bireyin içindedir; yani bir iç tehlikeden kaynaklanmakta ve patolojik olarak tanımlanmaktadır (7).

**3. Ahlak/Moral Anksiyete:** Bireyin içinden gelen suçluluk, utanma, vicdan azabı gibi duyguların yarattığı manevi sıkıntıdan kaynaklanan anksiyetedir. Bireyin duygu, düşünce ve belleğindeki çelişkiler ve çatışmalar sonucu ortaya çıkmaktadır (7).

#### 4.7.2. Anksiyete Düzeyleri

Anksiyetenin farklı düzeylerde ve farklı fiziksel, psikolojik belirtilerle kendini gösterebileceğini belirten Hay ve Peplau, bireylerin gerilim düzeylerine göre anksiyeteyi dört aşamada tanımlamaktadır (7,11,42,43).

**1. Hafif Anksiyete (Mild):** Bu düzeyde yaşanan anksiyete olumlu sonuçları olan anksiyetedir. Bireyin gördüğü, duyduğu ve etrafında olup bitenden haberdar olduğu, öğrenme düzeyinin, yaratıcılığın arttığı uyanıklılık hali olup, bireyi eyleme hazırlayan anksiyetedir (7,42,43).

**2. Orta Düzeyde Anksiyete (Moderate):** Yaşanan anksiyete düzeyi arttığı için bireyde algılama, iletişim ve kavrama becerisinde azalma vardır. Birey çevresinde olup bitenlerin farkında değildir, ancak başka bir gözlemci onun dikkatini bu duruma çekerse, o zaman farkında olabilir. Bireyde; kas gerginliği, kalp çarpıntısı, terleme, mide şikayetleri, kan basıncı, nabız ve solunumda artma gibi somatik belirtiler görülür (7,42,43).

**3. Şiddetli Düzeyde Anksiyete (Severe):** Birey çevresinde olup bitenleri algılamada zorluk çekmektedir ve neden sonuç ilişkisi kuramamaktadır. Birey “savaş” ya da “kaç” tepkisi içindedir. Nabız, kan basıncı, solunum sayısı ve terlemede artış, çarpıntı, dispne, baş ağrısı, göğüs ağrısı, titreme, korku ve gerginlik gibi belirtiler görülür. Bu düzeyde birey sadece ayrıntıları kavrar, fiziksel ve duygusal huzursuzluk içindedir ve bu sebeple farkında oldukları arasında bağlantı kuramaz (7,42,43).

**4. Panik Anksiyete (Panic):** Anksiyetenin en yoğun yaşandığı düzeydir. Kontrolü kaybetme, aşırı derecede öfke, ümitsizlik, çaresizlik ve tükenmişlik duyguları yaşanır. Birey çevrede ne olup bittiğini değerlendiremez ve gerçeğe bağlantısını yitirebilir. Konfüzyon, kontrol kaybı, çığlık atma, konuşamama, hallüsinasyonlar, dispne, boğulma



hissi, ölüm korkusu gibi belirtiler verir. Koruyucu ve sakinleştirici önlemler alınmazsa uzamış panik anksiyete, intihara neden olabilir (7,42,43).

#### 4.7.3. Anksiyete Nedenleri

Anksiyeteyi oluşturan en önemli etken çatışmadır. Anksiyete, çoğu zaman fikir, düşünce ve duyguların bireyin benlik, bütünlüğünü tehdit ettiği zaman ortaya çıkan duygusal ve ruhsal çelişkilerden ortaya çıkar.

Anksiyetede etiyolojik faktörler:

- Biyolojik, psikolojik ve/veya sosyal bütünlüğe olan tehditler,
- Dayanma mekanizmalarının/kaynaklarının ineffectif kullanımı,
- Dayanma stratejilerinin tüketilmesi,
- Dayanma yeteneklerini aşan stres düzeyleri,
- Umutsuzluk,
- Güçsüzlük,
- Gerçekçi veya ulaşılabilir olmayan ihtiyaçların ya da beklentilerin karşılanmaması,
- Uzun dönemli hastalığa cevap, hospitalizasyon, ameliyat
- Özgüvene tehdit, olarak sıralanabilir (44,45).

#### 4.7.4. Anksiyete Belirti ve Bulguları

**1) Affektif Belirtiler:** Korku, tedirginlik, endişe, huzursuzluk, yoğunlaşamama, aşırı duyarlılık, çaresizlik, alarm duygusu, panik

**2) Davranışsal Belirtiler:** Anksiyete yaratan durumdan kaçınma, olay karşısında donma kalma, kontrolünü kaybetme

**3) Bilişsel Belirtiler:** Gerçeklik duygusunda değişim, dikkat dağınıklığı, konsantrasyon, hatırmala ve karar verme güçlüğü, kontrolü kaybetme korkusu ve fiziksel zarar görme endişesi

**4) Fizyolojik Belirtiler:** Otonom sinir sisteminin hiperaktivitesine bağlı olarak gelişen belirtilerdir.

- **Kardiyovasküler sistem:** Taşikardi, çarpıntı hissi, göğüs ağrısı, baygınlık hissi
- **Kas-iskelet sistemi:** Ağrı, sızı, seğirme, sertlik, ürperme, yorgunluk
- **Nörolojik sistem:** Baş dönmesi, uyuşukluk, görme bulanıklığı, titreme, güçsüzlük
- **Gastrointestinal sistem:** Yutma güçlüğü, karın ağrısı, bulantı, intestinal huzursuzluk, diare
- **Genito-üriner sistem:** Sık idrar, sıkışma hissi, cinsel bozukluk, menstruasyon sorunları
- **Otonom sinir sistemi:** Ağız kuruması, terleme, baş ağrısı, ateş basması, ellerin buz gibi olması
- **Solunum sistemi:** Göğüste basınç hissi, nefes kesilmesi, iç çekme, nefes darlığı, hiperventilasyon (2,4,7,12,35,42).

#### 4.7.5. Preoperatif Anksiyete

Preoperatif anksiyete yakın zamandaki cerrahiye verilen normal duygusal bir cevaptır ve cerrahi planlanan hastaların % 60-80'inde görülmektedir (12,13,14,27,46,47). Ancak cerrahi girişimler ciddi psikiyatrik ve psikososyal sorunlara yol açma potansiyelindedir. Hastada, hastalığından kurtulma umut ve beklentisi yanında psikolojik açıdan kendi bedenini, yaşantısını denetlemeyeceği endişesine, organ ve doku kaybı korkusuna neden olabilir (22,27,48,49,50). Preoperatif anksiyetenin derecesi tanı ile, alttaki hastalığın niteliğine, kaybedilecek organa, ameliyatın zorluk ve risk derecesine, hasta-cerrah ilişkisinin niteliğine, kişi için bu durumun anlam ve önemine göre değişik düzeyde olur (8,27,29,39,51).

Cerrahi girişim uygulanacak hastalarda genel olarak anestezi kaygısı, ölüm riskine ilişkin endişeler, özürlü olacağı endişesi, ağrıdan korkma, bedeni üzerinede denetimini kaybedeceği endişesi, sözlü iletişim kuramama, cinsel yeterliliğin kaybı korkusu, çalışabilirliğini kaybedeceği endişeleri gelişir (12,13,14,22,23,35,36,47). Ancak bu endişeler çoğu hastada tedaviyi aksatmayacak ölçüde anksiyeteye neden olur. Daha önceki

çalışmalarda genel cerrahi hastalarının %5'inde tedavi reddine neden olacak düzeyde anksiyete olduğu bulunmuştur (8,27,29,46).

Preoperatif dönemde hastaların psikolojik olarak hazırlanmasında, hastalığın niteliği, anestezi uygulaması, cerrahi girişim, postoperatif dönemde ilgili konularda kaygısını arttırmayacak şekilde yeterli düzeyde bilgilendirme önemli ve çok yararlıdır (12,13,22,23, 52,53).

Hastanın kaygı ve endişelerinin dinlenmesi kaygı ile başaıkma yeteneğini güçlendirmektedir (23,52). Preoperatif dönemde hastanın eğitimi ve bilgilendirmesi psikolojik açıdan ameliyata hazırlanmada ilk basamaktır. Ayrıca gerçeği bilgilendirme ameliyat öncesi sürecin daha sorunsuz geçmesini sağlar ve ameliyat seyrinde olumsuz etkileri azaltmaktadır (23,31,40).

Preoperatif dönemde hastaların % 60-80'inin anksiyöz olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmiştir. Anksiyete düzeyi kadınlarda erkeklere, ailesi ve arkadaşları tarafından ameliyata getirilen hastalarda yalnız gelenlere, kardiyak ve vertebra cerrahisi uygulanacak hastalarda diğerlerine göre, gençlerde yaşlılara göre ve kötü anestezi deneyimi olanlarda olmayanlara göre daha fazla bulunmuştur (8,14,22,27,29,48). Anksiyete düzeyi hastaneye yatış ile operasyona kadar geçen sürede ve operasyonu takip eden ilk iki günde daha yüksektir (8,27,29).

Geçmişte yapılan çalışmalarda, ameliyattan önce anestezi tarafından görülen hastanın anksiyete derecesinde anlamlı azalma olduğu bulunmuştur (23,31,54,55). Anksiyöz olan hastalar anestezi indüksiyonu sırasında daha yüksek doz anestezi ilacı ihtiyaç duyarlar. Bazı çalışmalarda preoperatif dönemde detaylı bilgilendirilen hastaların preoperatif anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğu gösterilmiştir (23,31,56).

Anksiyete çeşitli metabolik ve hormonal değişime neden olur. Pituiter-hipotalamik ve adrenal-kortikal sistemi olduğu kadar, sempto-adrenal yolu da aktive eder. Böylece mukus ve tükürük gibi sekresyonlarda, gastrik asiditede, gastrointestinal tonus ve motilitede ve katekolamin salınımında artışlar görülür (41,56,57,58). Anestezi indüksiyonu öncesi adrenalim miktarı % 40 artar ve bu anksiyetenin artışı ile orantılıdır. Ameliyattan önceki gece rahat uyuyan hastalarda plazma kortizol düzeyi 16 µg/ 100 ml iken rahat uyumayan hastalarda 20µg/ 100 ml civarındadır (8,39). Preoperatif anksiyete laringoskopi ve entübasyon sırasında refleks sempatik aktivasyon artışı ile taşikardi, aritmi ve hipertansiyona neden olabilir (8,23,31,39,57).

#### **4.7.5.1. Anestezi ile İlgili Endişe Nedenleri**

Preoperatif dönemde hastada mevcut olan anksiyete nedenleri arasında anesteziye bağlı endişeler önemli yer tutar. Değişik oranlarda olmak üzere bu endişeler; ameliyat sonrası uyanamamak, ameliyat sonrası ağrı, ameliyat sonrası sakat kalmak, ameliyat sırasında uyanmak, ameliyat sonrası bulantı-kusma, yoğun bakımda kalmak, anesteziistin bilgi ve deneyim eksikliği, anesteziistin ameliyat odasında bulunmaması, anesteziistin tavırları, iğne korkusu, ölmek, anestezi sırasında anlamsız konuşmak, ameliyat sırasında ağrı duymak olarak bildirilmiştir (8,40,47,51,55). Anesteziist ile preoperatif görüşme bu tür endişeler açısından, pek çok hasta için sedatif ilaçlardan daha teskin edicidir (8,39,51,53,59).

#### **4.7.5.2. Ameliyat Öncesi Psikolojik Hazırlık**

Anestezi uygulaması hastanın preoperatif devrede psikolojik olarak hazırlanması ve indüksiyon öncesi uygulanacak olan spesifik etkili ilaçların seçimi ile başlar. Anksiyetenin azaltılması genellikle preoperatif medikasyonun ana hedefidir; bunun yanında sedasyon sağlamak, hemodinamik stabiliteyi sağlamak, gastrik asit aspirasyonun ihtimalini azaltmak, analjeziyi sağlamak, postop bulantı ve kusmayı önlemek, allerjik reaksiyonlara karşı profilaksi sağlamak gibi hedefleri de vardır (48,60,61).

Ameliyat olacak olan hastalarda anksiyete gelişmesi bilinen bir durum olup, genellikle ameliyata girmeden önce mevcuttur. Bazı hastalarda ise ameliyattan çıktıktan sonra anksiyete en yüksek seviyede olur (31,54,57). Anesteziistin ameliyat öncesi vizitinin amacı, hastanın cerrahi ve anestezi için hazırlığı ve aynı zamanda hastayı yapılacak işlem ile ilgili bilgilendirmektir ve bu bilgilendirmenin ameliyat öncesi anksiyeteyi azaltmada büyük etkisi olduğu bulunmuştur (31,47,48,58,61).

Yapılan çeşitli çalışmalarda psikolojik destek ile santral sinir sisteminin aktivitesini azaltarak mental ve emosyonel rahatlama sağlanabileceği gösterilmiştir (8,22,40,52). Ayrıca sedatifler ve trankilizanlar ile sedasyon ve amnezi sağlayarak hastaların ameliyat öncesi anksiyete seviyesinin azaltılabileceği gösterilmiştir. Mümkün olduğunca hastanın bulunduğu ortam rahat ve uyarıcı etkenlerin minimal düzeyde olacak şekilde hazırlanmalıdır (8,51,60,61).

### **4.7.5.3. Preoperatif Anksiyetenin Azaltılmasına Yönelik Kuramlar**

Cerrahi girişim insan yaşamında yer alan önemli bir preoperatif kaygı nedenidir. Preoperatif kaygı; hastalara uygulanan anestezinin başarı düzeyini ve hastanın cerrahi uygulama sonrasında normal hayati fonksiyonlarına geri dönmesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bireylerde cerrahi girişimlerde kaygıyı azaltmaya yönelik bazı kuramlar geliştirilmiştir (29,55,58).

#### **4.7.5.3.1. Duygusal Yönetim Kuramı**

Cerrahiye hazırlık döneminde duyulan aşırı korku anesteziden derlenme için de bir belirleyici niteliğindedir. Bilgi verilmesi, preoperatif gevşeme eğitimi, destekleyici ve rahatlatıcı danışmanlık gibi yöntemlerle hastanın preoperatif anksiyetesinin ve korkusunun azaltılması hedeflenir (22,54,57). Daha önce yapılmış çalışmalar; preoperatif kaygısı yüksek hastalarda, düşük veya orta derecede kaygısı olan hastalara göre hastanede kalma ve iyileşme süresinin uzadığını, daha fazla analjezik ve sedatif gereksinimi duyduklarını göstermiştir (25,31,33,40,41,48,49,57).

Cerrahi girişim öncesi hastanın bilgilendirilmesi cerrahi için ilk psikolojik hazırlığı oluşturur. Çünkü bilgi, bilişsel faktörleri de etkileyerek kişinin duygusal kontrolü üzerindeki etkinliğini de arttıracaktır (29).

#### **4.7.5.3.2. Bireysel Düzenleme Kuramı**

Bu teorinin temel kabulü hastanın anlayacağı şekilde bilgilendirilmesi ve olası beklenen durumların şematize edilmesi ilkesi üzerine kurulmuştur. Leventhal ve Johnson tarafından ortaya atılan bu görüşe göre hasta bu bilgilendirme ile kendi durumunu kavrayarak, bir davranış stratejisi geliştirir ve bu konudaki kendi deneyimlerini de bu şekilde gözden geçirerek düzeltme fırsatı bulur. Böylelikle hastanın dikkati, duygulardan uzaklaştırılarak, bilgiler üzerinde yoğunlaştırılır. Suls ve Fletcher kaçınma stratejilerinin duygusal odaklanmadan daha yararlı oldukları görüşündedirler (29).

#### **4.7.5.3.3. Bilişsel Kuram**

Üçüncü teorik yaklaşım ise Lazarus ve Folkman tarafından öne sürülen bilişsel yaklaşım modelidir. Bu teori hem probleme odaklanma hemde duygulara odaklanmayı önerir. Problem odaklı yaklaşım, hastanın kaçınmasını minimize etmeyi ve durumu kontrol edilme görüşünü kazandırmayı hedefler. Probleme odaklı yaklaşım, hem girişimsel bilgiyi hem de duygusal yaşantıları birlikte ele alır. Duygu odaklı yaklaşım duygusal gerilimi azaltmayı hedefler. Bu teoride başa çıkma stratejileri gevşeme eğitimi ve nefes egzersizleri gibi hem fiziksel hem de kendini yatıştırıp rahatlatma gibi bilişsel stratejileri içerir (29).

#### **4.7.5.4. Preoperatif Anksiyetenin Sık Görüldüğü Cerrahi Türleri**

- Göğüs-Kalp Damar Cerrahisi
- Plastik cerrahi
- Beyin Cerrahisi
- Baş-Boyun Cerrahisi
- Endokrinolojik Cerrahi
- Gastrointestinal Cerrahi
- Ortopedi
- Kanser Cerrahisi
- Transplantasyon
- Yanık (27)

#### **4.8. HEMŞİRELİK BAKIMI**

Bakım, hemşirelik uygulamasının temelinde yer almakta ve hızla gelişen sağlık alanında önemini gittikçe arttırmaktadır. Hemşirelik sözlüğüne göre bakım, eylem olarak kullanıldığında; korumak, yardım etmek, sevgi duymak, özen göstermek ve empati yapmak anlamlarına gelmektedir. Bu anlamların tümü hemşirelik bakımını ifade etmektedir (62).

Hastalara bilimsel, etik ve hümanistik bir bakım uygulanmasının hasta sağlığına büyük katkılar sağladığı görülmektedir. Hastanede yatan hastaların memnuniyetini etkileyen en önemli faktör etkin hemşirelik bakımındır. Bakım en az iki kişi ile başlayan ve gelişen bir ilişkidir. Bu ilişkide hemşirenin sahip olması gereken özellikler arasında; hasta hakkında bilgili olma, sabırlı bir tutum, tedaviye inanma ve bireye güven verme, dürüstlük, alçak gönüllülük, umut ve cesaret yer almaktadır (62).

Tüm cerrahi girişimler kapsamı ne olursa olsun, hasta ve aile için yaşamı tehdit edici, korkutucu, olumsuz bir yaşam deneyimi olarak algılanabilir. Hastalığa ve ameliyata gösterilen tepkiler, kişiden kişiye ve hastalığın türüne göre farklılık gösterse de genel olarak anksiyetenin yükselmesine ve baş etme yeteneğinin azalmasına neden olmaktadır. Ameliyat öncesi dönemde hastanın fizyolojik hazırlıklarının yanı sıra psikolojik hazırlığının iyi yapılması ameliyat sonrası bakım döneminin daha iyi geçirmesine katkıda bulunmaktadır (1,16).

Hastanın cerrahi kliniğe yatırılmasıyla başlayan ameliyat öncesi hazırlık; psikolojik hazırlık, fizyolojik hazırlık, yasal hazırlık ve ameliyat öncesi hasta eğitimi olarak gruplanabilir. Ameliyat, hasta için sadece fizyolojik bir stres kaynağı olmayıp aynı zamanda güçlü bir psikolojik stres kaynağıdır. Bu nedenle hastanın ameliyat öncesi psikolojik hazırlığı, fizyolojik hazırlığı kadar önemlidir. Hastalar cerrahi girişimin kendileri için yararlı olduğunu kabul etseler de, bu girişimin risklerinden korkarlar. Ameliyat öncesindeki anksiyete nedenlerinin en önemlilerinden birisi, bilinmezlik korkusudur. Ayrıca, bu dönemde hastalar, ameliyat sonrası ağrı, organ kaybı, ölüm tehlikesi, anestezi tehlikesi, işini kaybetme, sevdiği kişi ve aktivitelerden uzak kalma gibi korkular yaşayabilirler. Ameliyata ilişkin bu korkular her zaman ameliyatın büyüklüğü ile orantılı değildir. Ameliyatın küçük olması hastanın daha az anksiyete yaşayacağı anlamına gelmez. Aşırı ameliyat korkusu önemli bir sorun olup anksiyeteye yol açar ve ameliyat öncesinde giderilmesi gerekmektedir. Bu durumda hemşireler hastanın korkularını ifade etmesine fırsat verilmeli ve ameliyata ilişkin gerekli açıklamaları yaparak hastaya sosyal destek sağlamalıdır (1,2,7,9,10).

Ameliyat olacak hastaların kendi kendine yaşadığı yoğun duyguların, çatışmaların, ikilemlerin ve anksiyetenin hastaların gereksinimleri doğrultusunda hazırlanan planlı bir

ameliyat öncesi bakım yolu ile en aza indirgenebileceği çeşitli araştırmalarda gösterilmektedir (63).

Hasta bakım planı; hastayı tanılamayı ve ihtiyacını belirlemeyi, ihtiyaçlar doğrultusunda bakım planlamayı, planın uygulanması ve uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi yani hemşirelik süreci aşamalarını kullandığımız, hastaya bütüncül bakım vermeyi sağlayan bir araçtır. Bireye özgü ve bütüncül bakım uygulamalarını değerlendirmek ancak standart bir dil kullanımıyla mümkün olabilmektedir (62,63). Cerrahi işlem öncesi anksiyete yaşayan hasta bireye, hemşirenin yaklaşımında;

- Dürüst olmak
- Hasta haklarını bilmek ve savunucusu olmak
- Açık ve net açıklamalarda bulunmak
- Aile üyelerini bilgilendirmek
- Hastanın konforunu sağlayarak rahatlatmak
- Hasta ve ailesinin sorularını dürüstçe yanıtlamak
- Gerektiğinde acil bakım sağlamak
- Hasta mahremiyetini korumak ve sürdürmek
- Hastanın bakımında aktif rol alacağını belirterek güven vermek
- Hastaların kendileri ile ilgili konularda soru sormalarına fırsat vermek
- Hasta ailesinin üyelerinin de bakıma katılabileceğini söylemek
- Hasta ve yakınlarına eğitim vermek gibi unsurlar yer almalıdır (62).

Hemşirenin bakım görevi hastanın servise ilk yatışı ile başlar ve taburculuğuna kadar devam eder. Elektif cerrahi planlanan preoperatif hastalar her ne kadar ameliyat olacakları bilincinde olsalarda farklı düzeylerde anksiyete yaşarlar. Bu anksiyetenin giderilmesinde en büyük rol hemşirelere düşmektedir. Profesyonel hemşirelik bakımı, tedavi ve bakımın yanı sıra, psikolojik destek ve danışmanlık görevlerini de kapsar. Hastanın sadece hastalığa yönelik gereksinimlerini karşılamanın yanında, duygusal gelişimini de karşılayacak şekilde hasta bakımı verilmesi hastada kişi olarak önemsenme duygusunu oluşturur ve hasta kendini daha güvende hissederek daha az kaygı duyar (1,2,10,11).



Yaşamın her aşamasında ortaya çıkabilen, ancak hastalık durumlarında daha önem kazanan anksiyetenin tüm sağlık profesyonelleri tarafından bilinmesi ve hasta bireyi anlama, yardım etme ve tedavi sürecinde dikkate alınması büyük önem taşımaktadır. Hastanın ameliyat öncesi süreçte bilgilendirilmesi anksiyetenin giderilmesinde atılan ilk adımdır, bunu takiben hastanın yabancı olduğu hastane ortamına adaptasyonu sağlanıp, merak ettiği tüm konularda soru sormaya teşvik edilmesi, cerrahi işlem süreci hakkında bilmek istediği her konuda bilgilendirilmesi gerekmektedir (2,10).

Ameliyat öncesi hazırlık ve bakımın amacı, hastanın psikolojik ve fizyolojik açıdan olabileceği en iyi durumda ameliyat ile karşı karşıya gelmesini sağlamak, komplikasyon gelişmesini engelleyerek kısa sürede topluma üretken bir biçimde geri dönmesine yardımcı olmaktır (64).

## **5. MATERYAL VE YÖNTEM**

### **5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ**

Bu araştırma, elektif cerrahi işlem planlanan hastalarda preoperatif dönemdeki kaygı düzeylerini belirlemek amacı ile planlanan tanımlayıcı bir çalışmadır.

#### **5.1.1. Araştırmanın Hipotezleri**

**H<sub>0</sub>:** Elektif cerrahi işlem uygulanacak hastaların, ameliyat öncesi dönemde kaygı düzeyleri etkilenmez.

**H<sub>1</sub>:** Elektif cerrahi işlem uygulanacak hastaların, ameliyat öncesi dönemde kaygı düzeyleri yükselir.

### **5.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YERİ VE ÖZELLİKLE**

Çalışma İstanbul ilindeki özel bir hastanenin karma yatan hasta katında, 1 Haziran 2013- 31 Ekim 2013 tarihleri arasında servise yatan ve elektif cerrahi uygulanan hastalar üzerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya başlamadan önce kurumdan yazılı izin alınmıştır (Ek. 2).

Yatan hasta katı, dokuz yatak kapasitesinde olup, serviste çalışan hemşire sayısı dokuzdur. Hemşireler; gündüz 10 saat üç hemşire, gece 14 saat iki hemşire şeklinde dönüşümlü olarak çalışmaktadır. Serviste genel cerrahi, beyin cerrahisi, üroloji, kadın doğum, plastik cerrahi, ortopedi ve kardiyovasküler cerrahi hasta grupları yatmaktadır.

### **5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ**

Çalışmanın evrenini elektif cerrahi işlem uygulanacak hastalar oluşturmuştur. Örneklem grubuna vaka seçim kriterlerine uyan ve çalışmayı kabul eden tüm preoperatif dönemdeki hastalar alınmıştır.

### **Vakaların seçim kriterleri;**

- 20-60 yaş aralığında olan,
- Okur – yazar olan,
- Bilinen psikiyatrik hastalığı olmayan,
- Antidepresan ilaç kullanmayan,
- Acil vaka olmayan,
- Hiçbir kronik hastalığı olmayan
- Sağlık personeli olmayan preoperatif dönemdeki hastalardır.

1 Haziran 2013- 31 Ekim 2013 tarihleri arasında elektif cerrahi işlem uygulanacak, vaka seçim kriterlerine uyan, araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 163 vaka örneklem grubuna alınmıştır. Belirtilen kriterlerin dışında kalan 48 ve araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan 11 hasta araştırma kapsamına alınmamıştır. (N:222)

## **5.4. VERİLERİN TOPLANMASI**

### **5.4.1. Veri Toplama Araçları**

Araştırmada veri toplama araçları olarak demografik özellikleri içeren “Hasta Tanıtım Formu” (Ek 3) ve “Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği” (Ek 4) kullanılmıştır.

#### **5.4.1.1. Hasta Tanıtım Formu**

Bu form hastaların cinsiyeti, yaşı, mesleği, eğitim durumu, yaşadıkları yer, aile tipi, evde bakmakla yükümlü oldukları birey olup olmadığı, buldukları servise uyumları, ameliyat hakkında eğitim alıp almadıkları, ilk ameliyatları olup olmadığı, alacakları anestezi türü, olacakları ameliyat ve ameliyatta kalış süreleri ile ameliyat sonrası refakat eden birinin olup olmayacağı gibi soruları içeren üç açık uçlu, 21 çoktan seçmeli, toplam 24 sorudan oluşan bir formdur.

Anket soruları; araştırmacı tarafından literatür bilgilerine dayanılarak ve bu konu ile ilgili daha önce yapılan benzer araştırmalardan yararlanılarak oluşturulmuş olup, anlaşılamayan sorular olup olmadığını değerlendirmek için on hasta üzerinde pilot çalışma yapılmış ve ankette gerekli düzenlemeler yapılarak son şekli verilmiştir.

#### 5.4.1.2. Durumluk Kaygı Ölçeği ve Puanlama Sistemi

1964 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde, Speilberger ve Gorsuch tarafından geliştirilmeye başlanmış olan envanter ile normal ve normal olmayan bireylerdeki sürekli ve durumluk anksiyete düzeylerinin ölçülmesi amaçlanmıştır. Ölçeğin maddelerinin hazırlanmasında Cattell ve Scheier'in Kaygı Ölçeği (Anxiety Scale), Taylor'ın "açık kaygı ölçeği" (Manifest Anxiety Scale) ve Welsh'in Kaygı Ölçeği (Anxiety Scale) maddelerinden yararlanılmıştır (2,18). Bu ölçeği Türkçe'ye uyarlayan Necla Öner ve Ayhan Lecompte olmuştur. Türk toplumunda (1976) güvenilirliği ve (1977) geçerliliği test edilip , "Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği" olarak çevrilmiştir (8,24,30,39).

Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği, klinik uygulama ve tedavide hastaların anksiyete düzeylerini değerlendirmeye yönelik kullanılan bir ölçektir (2,8,24,39). Ancak, preoperatif dönemdeki hastaların kaygı düzeylerinin ölçülmesinde, tek başına da kullanılabilen Durumluk Anksiyete Ölçeği kullanılmıştır. Bu sebeple araştırmada preoperatif anksiyetenin belirlenmesinde Durumluk Kaygı Ölçeği kullanılmıştır. Durumluk Kaygı Ölçeği, bireyin belirli bir anda belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler (8,32).

Ölçekte bulunan 20 maddenin ifade ettiği duyuş, düşünce ya da davranışların şiddet derecesine göre hiç (1), biraz (2), çok (3), tamamiyle (4) ifadelerinden birinin seçilmesi ile ölçek yanıtlama işlemi gerçekleşmiş olur.

Ölçekte doğrudan ve tersine çevrilmiş 20 adet ifade vardır ve bunların dört adet cevap seçeneği vardır. Cevap seçeneklerinin ağırlıkları 1'den 4'e kadar değişir. Olumlu duyguları ifade eden (tersine çevrilmiş) ifadelerde 4 değerlikli yanıtlar düşük, 1 değerlikli yanıtlar yüksek kaygıyı gösterir. Bu ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerinde olanlar 1'e dönüştürülür. Olumsuz duyguları dile getiren (doğrudan) ifadelerde ise 4 değerlikli yanıtlar en yüksek kaygıyı gösterir.

Durumluk kaygı ölçeğinde on tane (1,2,5,8,10,11,15,16,19,20. maddeler) tersine çevrilmiş ifadelerdir. Puanlama manuel yapılabildiği gibi bilgisayar ile de yapılabilir. Manuel yapılan puanlamada, doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadelerin toplam ağırlıklarının saptanması için iki ayrı anahtar oluşturulur. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerdeki toplam ağırlıklı puan çıkarılır ve bulunun sayıya durumluk kaygı ölçeği için değişmeyen sayı olan 50 eklenir. Elde edilen toplam puan 20

ile 80 arasında değişir. Büyük puan değeri yüksek kaygı seviyesini, küçük puan değeri ise düşük kaygı seviyesine gösterir (1,2,24,32).

#### **5.4.2. Veri Toplamada İzlenen Yol**

İstanbul Bilim Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan yazılı izin alınarak veri toplama işlemine başlanmıştır. Araştırma kapsamına alınan hastalara araştırmanın amacı, yöntemi ve beklenen yararları “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” kullanılarak açıklanmış ve izinleri alınmıştır.

Elektif cerrahi işlem uygulanacak hastalarla preoperatif dönemde, ameliyat günü, hasta odasında, mahremiyete saygı gösterilerek görüşülmüştür. Bireye ait bilgiler; yüz yüze görüşme tekniği ile ve hasta dosyası incelenerek elde edilmiş olup, önce “ Hasta Tanıtım Formu” doldurulmuş, ardından “Durumluk Kaygı Ölçeği” uygulanmıştır. Bu hastaların anestezi türü karma olup, cerrahi işlem öncesi herhangi bir anksiyolitik ilaç almamışlardır.

Anket uygulamasına katılan tüm hastalar okuma yazma bildiğinden dolayı, anket soruları hastalar tarafından tek tek okunup, cevaplar işaretlenerek uygulanmıştır.

#### **5.5. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Çalışmada elde edilen veriler araştırmacı tarafından bilgisayarda SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) kullanılmıştır.

Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı t-testi, ikiden fazla grup durumunda parametrelerin gruplararası karşılaştırmalarında Tek yönlü (One way) Anova testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Tukey Post Hoc testi kullanılmıştır.

Elde edilen bulgular % 95 güven aralığında,  $p < 0.05$  (%5) anlamlılık düzeyi olarak değerlendirilmiştir.

## 5.6. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın her aşamasında etik ilkelere uyulmasına özen gösterilmiştir. Uygulamaya geçmeden önce çalışmanın yapılacağı kurumdan yazılı izin alınmıştır.

Hasta haklarının 1998 yılında yürürlüğe giren yönetmeliğe göre; “hastalar; sağlık durumu, kendisine uygulanacak işlemler, bunların faydaları ve muhtemel sakıncaları, hastalığın seyri ve neticeleri konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi istemek hakkına sahiptirler” (2,65,66). Bu nedenle;

Bireylerin çalışmaya katılma ya da katılmama konusunda özgür oldukları, katılmaları durumunda çalışmayı herhangi bir noktada sonlandırabilecekleri, bilgi paylaşımını reddetme ve çalışmaya ilişkin diğer hakları konusunda sözel olarak bilgilendirilmiş ve “**otonomi**” ilkesine saygı gösterilmiştir.

Bireylere yapılan çalışmanın amacı, planı, süresi ve önemi açıklanarak “**isteklilik, gönüllülük**” ilkesi doğrultusunda araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair “**bilgilendirilmiş gönüllü olur formu**” alınmıştır.

Kendilerinden alınan bilgilerin sadece bilimsel amaçlı kullanılacağı, araştırmacı dışında başka hiç kimseye açıklanmayacağı, paylaşılmayacağı ya da bilgilere başkalarının ulaşmasına izin verilmeyeceği ve saklanacağı konusunda güvence verilerek “**sadakat-gizlilik**” ilkesine bağlı kalınmıştır.

“**Zarar vermeme, yarar sağlama**” ilkesine özen gösterilerek hastaların, bakım ve tedavisinin aksatılmadan çalışmanın sürdürülmesi sağlanmıştır (67).

Yapılan araştırmanın kapsamına göre; elektif cerrahi işlem planlanan preoperatif dönemdeki hastaların kaygı düzeylerinin ölçülmesi için İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu tarafından yazılı onay alınmıştır. Ayrıca, araştırma kapsamında toplanacak verilerin bilimsel ve etik yönden uygunluğu ve geçerliliği de yine aynı etik kurul tarafından onaylanarak kabul görmüştür.

## 5.7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma özel bir hastanede yapıldığı için veriler genellenemez. Araştırma; elektif cerrahi işlem yapılacak tüm hastalardan kriterlere uygun olan hasta grubu alındığından çalışmanın yapılması zaman almıştır.



## 6. BULGULAR

Bu bölümde; araştırmaya katılan elektif cerrahi işlem olacak, hastalardan preoperatif dönemde bireyi tanıtıcı form ve ölçek yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Elde edilen bu bulgular iki başlık altında incelenmiş olup gerekli açıklama ve yorumlar yapılmıştır.

1. Tanıtıcı özelliklere ait bulgular
2. Durumluk kaygı ölçeği ile ilgili bulgular

### 6.1. Tanıtıcı Özelliklere Ait Bulgular

Araştırma kapsamına alınan olguların tanıtıcı özelliklerine ait bulgular bu bölümde incelenmiştir.

Çalışmaya katılan 163 hastanın sosyo-demografik özelliklerini incelediğimizde; %60,7'sinin kadın , %30,7'sinin 34-41 yaş aralığında, %67,5'inin evli, %49,7'sinin lise mezunu, %42,9'unun ev hanımı olup %50,3'ünün çalıştığı, %76,1'inin özel sağlık sigortasına sahip, %74,8'inin gelirinin gidere denk, %62,6'sının ilçede yaşadığı ve %93,9'unun çekirdek aile yapısına sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 6.1.1).



**Tablo 6.1.1. Preoperatif Dönemde Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n: 163)**

<b>Sosyo-Demografik Özellikler</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	99	60,7
	Erkek	64	39,3
<b>Yaş Grupları</b>	20-25 Yaş	22	13,5
	26-33 Yaş	45	27,6
	34-41 Yaş	50	30,7
	42-50 Yaş	31	19,0
	51-60 Yaş	15	9,2
<b>Medeni Durumu</b>	Evli	110	67,5
	Bekar	41	25,2
	Dul, Ayrı	12	7,4
<b>Öğrenim Durumu</b>	Lise	81	49,7
	Ön Lisans	13	8,0
	Lisans	54	33,1
	Yüksek Lisans ve Üstü	15	9,2
<b>Meslek Grubu</b>	Ev Hanımı	70	42,9
	Serbest Meslek	54	33,1
	Memur	18	11,0
	İşçi	11	6,7
	Emekli	10	6,1
<b>Çalışma Durumu</b>	Çalışan	82	50,3
	Çalışmayan	81	49,7
<b>Sosyal Güvencesi</b>	Özel Sağlık Sigortası	124	76,1
	Yok	24	14,7
	Emekli Sandığı	15	9,2
<b>Ailenin Gelir Durumu</b>	Gelir Gidere Denk	122	74,8
	Gelir Giderden Fazla	41	25,2
<b>Bugüne Kadar En Çok Yaşadığı Yer</b>	İlçe	102	62,6
	İl Merkezi	61	37,4
<b>Aile Tipi</b>	Çekirdek Aile	153	93,9
	Geniş Aile	10	6,1
<b>Evde Bakmakla Yükümlü Olduğu Birey</b>	Yok	94	57,7
	Var	69	42,3

**Tablo 6.1.2. Preoperatif Dönemde Hastaların Hastane Deneyimlerinin Dağılımı**

Hastanede Deneyimledikleri		n	%
Bulunduğu Servise Uyum Sağlama Durumu	Sağlayan	86	52,8
	Kısmen	77	47,2
Ameliyatı Hakkında Daha Önce Eğitim Alma Durumu	Almayan	90	55,2
	Alan	73	44,8
Toplam		163	100,0
*Ameliyatı Hakkında Eğitim Aldığı Kişi	Doktor	52	71,2
	Doktor-hemşire	21	28,8
Toplam		73	100,0

\* Sadece ameliyatı hakkında eğitim alan vakalar incelenmiştir. (73 kişi)

Preoperatif hastaların; %52,8' inin bulunduğu servise uyum sağlayabildiği, %55,2'sinin ameliyatı hakkında daha önce eğitim almadığı, eğitim alan %44,8 kişiden %71,2'si doktordan eğitim aldığı ve bu eğitim sonucunda tüm sorularına cevap bulabildiği saptanmıştır (Tablo 6.1.2).

**Tablo 6.1.3. Preoperatif Dönemde Hastaların Ameliyat Deneyimlerinin Dağılımları**

Ameliyat Deneyimleri		n	%
İlk Ameliyatı Olma Durumu	Evet	111	68,1
	Hayır	52	31,9
Toplam		163	100,0
*Daha Önce Olduğu Ameliyat	Kadın Doğum	20	38,5
	Genel Cerrahi	16	30,8
	Birden Fazla Ameliyat	5	9,6
	Üroloji	4	7,7
	KBB	4	7,7
	Plastik Cerrahi	2	3,8
	Ortopedi	1	1,9
*Daha Önceki Ameliyatında Kötü Anestezi Deneyimi	Olmayan	35	67,3
	Olan	17	32,7
Toplam		52	100,0

\*Sadece daha önce ameliyat deneyimi olmuş vakalar değerlendirilmiştir. (52 kişi)

Preoperatif hastaların; %68,1'i daha önce hiç ameliyat olmamış, %31,9'u ameliyat deneyimlemiş ve bu ameliyat deneyimlemiş kişilerden %38,5'i Kadın Doğum ameliyatı geçirmiş olup, %67,3'ünün kötü anestezi deneyimi olmadığı gözlenmiştir (Tablo 6.1.3).

**Tablo 6.1.4. Preoperatif Dönemde Hastaların Olacağı Ameliyat Durumlarının Dağılımları**

Ameliyat Durumu		n	%
Tercih Ettiği Ya Da Olacağı Anestezi Türü	Genel	133	81,6
	Epidural	20	12,3
	Spinal	5	3,1
	Lokal	5	3,1
Tahmini Ameliyatta Kalış Süresi	2 Saat Veya Az	81	49,7
	3-4 Saat Arası	65	39,9
	5 Saat ve üzeri	17	10,4
Ameliyat Öncesi ve Sonrası Yanında Refakat Edecek Kişi	Var	143	87,7
	Yok	20	12,3
Olacağı Ameliyat Türü	Genel Cerrahi	59	36,2
	Kadın Doğum	35	21,5
	KBB	16	9,8
	Üroloji	15	9,2
	Plastik Cerrahi	14	8,6
	Kardiyovasküler Cerrahi	12	7,4
	Ortopedi	12	7,4
<b>Toplam</b>		163	100,0

Preoperatif hastaların ameliyat durumları incelendiğinde (Tablo 6.1.4); %81,6 tercih ettiği ya da olacağı anestezi türünün genel, %49,7'sinin tahmini ameliyatta kalış süresinin 2 saat veya daha az, %87,7'sinin ameliyat öncesi ve sonrası yanında refakatçisinin kalacağı ve %36,2'sinin genel cerrahi ameliyatı olacağı belirlenmiştir.

**Tablo 6.1.5. Preoperatif Dönemde Hastaların Sigara ve Alkol Kullanma Durumlarının Dağılımları**

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sigara</b>	Kullanmıyor	117	71,8
	Kullanıyor	46	28,2
<b>Alkol</b>	Kullanmıyor	127	77,9
	Kullanıyor	36	22,1
<b>Toplam</b>		163	100,0

Preoperatif hastaların; %71,8'inin sigara kullanmadığı ve %77,9'unun alkol kullanmadığı gözlenmiştir (Tablo 6.1.5).

## **6. 2. Durumluk Kaygı Ölçeği İle İlgili Bulgular**

Bu bölümde; Necla Öner ve Ayhan Le Compte'nin Türkçe'ye uyarlamış olduğu ve güvenilirliği (1976) ile geçerliliği (1977) kanıtlanmış olan Durumluk Kaygı Ölçeği ile elde edilen verilere ilişkin bulgulara ve karşılaştırmalara yer verilmiştir.

**Tablo 6.2.1. Preoperatif Dönemde Hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalaması**

	<b>n</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
<b>Durumluk Kaygı Ölçeği Puanı</b>	163	52,675	11,570	25,000	77,000

Araştırmaya katılan preoperatif hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalamasının yüksek ( $52,675 \pm 11,570$  puan) düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 6.2.1).

**Tablo 6.2.2. Preoperatif Dönemde Hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalamaları İle Cinsiyet, Çalışma, Gelir Durumu ve Yaşadığı Yerin Karşılaştırılması (n:163)**

		Durumluk Kaygı Ölçeği Puanı			t	P
		n	Ort	Ss		
Cinsiyet	Kadın	99	51,798	11,495	-1,205	0,230
	Erkek	64	54,031	11,644		
Çalışma durumu	Çalışan	82	53,854	12,621	1,312	0,191
	Çalışmayan	81	51,482	10,341		
Gelir durumu	Gelir Gidere Denk	122	53,336	11,124	1,261	0,209
	Gelir Giderden Fazla	41	50,707	12,748		
Yaşadığı yer	İlçe	102	54,167	10,179	-2,152	<b>0,047</b>
	İl Merkezi	61	50,180	13,301		

Araştırmaya katılan preoperatif hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalamalarının cinsiyet, çalışma durumu ve gelir durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamış ( $p>0,05$ ) iken, bugüne kadar en çok yaşadığı yer ile puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=-2.152$ ;  $p=0.047<0,05$ ). İlçede yaşayan preoperatif hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalamaları ( $x=54,167$ ), il merkezinde yaşayan preoperatif hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalamalarından ( $x=50,180$ ) yüksek bulunmuştur (Tablo 6.2.2).

**Tablo 6.2.3. Preoperatif Dönemde Hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalamaları İle Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması (n:163)**

Sosyo-Demografik Özellikler		Durumluk Kaygı Ölçeği Puanı			F	p
		n	Ort	Ss		
Yaş Grupları	20-25 Yaş	22	53,182	11,847	1,412	0,232
	26-33 Yaş	45	51,133	11,569		
	34-41 Yaş	50	52,240	11,811		
	42-50 Yaş	31	56,677	10,830		
	51-60 Yaş	15	49,733	11,171		
Medeni durum	Evli	110	51,500	11,500	2,418	0,092
	Bekar	41	54,146	12,322		
	Dul, Ayrı	12	58,417	7,141		
Öğrenim durumu	Lise	81	52,457	12,464	0,653	0,582
	Ön Lisans	13	56,000	6,442		
	Lisans	54	51,648	11,524		
	Yüksek Lisans ve üstü	15	54,667	10,203		
Meslek	Ev Hanımı	70	52,257	9,995	0,512	0,727
	Serbest Meslek	54	52,907	13,716		
	Memur	18	54,222	10,287		
	İşçi	11	55,182	8,750		
	Emekli	10	48,800	14,831		
Sosyal güvence	Özel Sağlık Sigortası	124	52,419	11,366	0,146	0,864
	Emekli Sandığı	15	53,000	12,995		
	Yok	24	53,792	12,144		

Araştırmaya katılan preoperatif hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalamalarının yaş grupları, medeni durum, öğrenim durumu, meslek ve sosyal güvencesine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ), (Tablo 6.2.3).

**Tablo 6.2.4. Preoperatif Dönemde Hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği Puanının Bulunduğu Servise Uyum Sağlayabilme Durumuna Göre Ortalamaları (n:163)**

Servise Uyum Durumu	Durumluk Kaygı Ölçeği Puanı			t	p
	n	Ort	Ss		
Sağlayan	86	49,372	11,538	-4,029	<b>0,000</b>
Kısmen	77	56,364	10,503		

Araştırmaya katılan preoperatif hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalamalarının bulunduğu servise uyum sağlayabilme durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=-4.029$ ;  $p=0.000<0,05$ ). Bulunduğu servise kısmen uyum sağlayan preoperatif hastaların durumluk kaygı düzeyi ( $X=56,364$ ), bulunduğu servise uyum sağlayan preoperatif hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalamalarından ( $x=49,372$ ) yüksek bulunmuştur (Tablo 6.2.4).

**Tablo 6.2.5. Preoperatif Dönemde Hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği Puanının Ameliyatı Hakkında Eğitim Alma Durumuna Göre Ortalamaları (n:163)**

Ameliyat Hakkında Eğitim	Durumluk Kaygı Ölçeği Puanı			t	n
	n	Ort	Ss		
Almamış	90	54,578	11,095	-2,364	<b>0,019</b>
Almış	73	50,329	11,786		

Araştırmaya katılan preoperatif hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalamalarının ameliyatı hakkında eğitim alma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=-2.364$ ;  $p=0.019<0,05$ ). Ameliyatı hakkında daha önce eğitim almayan preoperatif hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalamaları ( $x=54,578$ ), ameliyatı hakkında daha önce eğitim alan preoperatif hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalamalarından ( $x=50,329$ ) yüksek bulunmuştur (Tablo 6.2.5).

**Tablo 6.2.6. Preoperatif Dönemde Hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği Puanının Ameliyatı Hakkında Eğitim Aldığı Kişiye Göre Ortalamaları (n:163)**

Eğitim Aldığı Kişi	Durumluk Kaygı Ölçeği Puanı			t	p
	n	Ort	Ss		
Doktor	52	49,962	12,170	-0,416	0,678
Doktor-hemşire	21	51,238	11,009		

Araştırmaya katılan preoperatif hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalamalarının ameliyatı hakkında eğitim aldığı kişiye göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ), (Tablo 6.2.6).

**Tablo 6.2.7. Preoperatif Dönemde Hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği Puanının İlk Ameliyatı Olma Durumuna Göre Ortalamaları (n:163)**

İlk Ameliyatı Olma Durumu	Durumluk Kaygı Ölçeği Puanı			t	p
	n	Ort	Ss		
Evet	111	54,748	10,622	3,453	<b>0,001</b>
Hayır	52	48,250	12,351		

Araştırmaya katılan preoperatif hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalamalarının ilk ameliyatı olma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=3.453$ ;  $p=0.001<0,05$ ). İlk ameliyatı olan preoperatif hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması ( $x=54,748$ ), ilk ameliyatı olmayan preoperatif hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalamalarından ( $x=48,250$ ) yüksek bulunmuştur (Tablo 6.2.7).



**Tablo 6.2.8. Preoperatif Dönemde Hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği Puanının Daha Önceki Ameliyatında Kötü Anestezi Deneyiminin Olma Durumuna Göre Ortalamaları (n:163)**

Kötü Anestezi Deneyimi	Durumluk Kaygı Ölçeği Puanı			t	p
	n	Ort	Ss		
Hayır	35	46,086	12,479	1,856	0,069
Evet	17	52,706	11,134		

Araştırmaya katılan preoperatif hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalamalarının daha önceki ameliyatında kötü anestezi deneyiminin olma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ), (Tablo 6.2.8).

**Tablo 6.2.9. Preoperatif Dönemde Hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği Puanının Tercih Ettiği Ya Da Olacağı Anestezi Türüne Göre Ortalamaları (n:163)**

Tercih Ettiği Ya Da Olacağı Anestezi Türü	Durumluk Kaygı Ölçeği Puanı			KW	p	Fark
	n	Ort	Ss			
Genel	133	53,895	11,304	10,280	<b>0,016</b>	<b>1 &gt; 2</b>
Epidural	20	44,900	12,243			
Spinal	5	51,000	6,892			
Lokal	5	53,000	9,487			

Araştırmaya katılan preoperatif hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalamalarının tercih ettiği ya da olacağı anestezi türü açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $KW=10,280$ ;  $p=0,016<0,05$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; tercih ettiği ya da olacağı anestezi türü Genel olan preoperatif hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması ( $53,895 \pm 11,304$ ), tercih ettiği ya da olacağı anestezi türü Epidural olan preoperatif hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalamasından ( $44,900 \pm 12,243$ ) yüksek bulunmuştur (Tablo 6.2.9).

**Tablo 6.2.10. Preoperatif Dönemde Hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği Puanının Sigara Kullanma Durumuna Göre Ortalamaları (n:163)**

Sigara	Durumluk Kaygı Ölçeği Puanı			t	p
	n	Ort	Ss		
Kullanmıyor	117	53,470	11,408	-1,404	0,162
Kullanıyor	46	50,652	11,857		

Araştırmaya katılan preoperatif hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalamalarının sigara kullanma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ), (Tablo 6.2.10).

**Tablo 6.2.11. Preoperatif Dönemde Hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği Puanının Alkol Kullanma Durumuna Göre Ortalamaları (n:163)**

Alkol	Durumluk Kaygı Ölçeği Puanı			t	p
	n	Ort	Ss		
Kullanmıyor	127	53,622	11,664	-1,981	<b>0,049</b>
Kullanıyor	36	49,333	10,728		

Araştırmaya katılan preoperatif hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalamalarının alkol kullanma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=-1,981$ ;  $p=0,049<0,05$ ). Alkol kullanmayan preoperatif hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması ( $x=53,622$ ), alkol kullanan preoperatif hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalamasından ( $x=49,333$ ) yüksek bulunmuştur (Tablo 6.2.11).

**Tablo 6.2.12. Preoperatif Dönemde Hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği Puanının Ameliyatta Kalış Süresine Göre Ortalamaları (n:163)**

Tahmini Ameliyatta Kalış Süresi	Durumluk Kaygı Ölçeği Puanı			F	p	Fark
	n	Ort	Ss			
2 saat Veya Az	81	50,679	12,202	4,808	0,009	3 > 1
3-4 saat Arası	65	53,277	10,295			
5 saat ve üzeri	17	59,882	10,493			

Araştırmaya katılan preoperatif hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalamalarının ameliyatta kalış süresine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=4,808$ ;  $p=0,009<0.05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Ameliyatta kalış süresi 5 saat ve üzeri olan preoperatif hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması ( $59,882 \pm 10,493$ ), ameliyatta kalış süresi 2 saat veya az olan preoperatif hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalamasından ( $50,679 \pm 12,202$ ) yüksek bulunmuştur (Tablo 6.2.12).

**Tablo 6.2.13. Preoperatif Hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği Puanının Ameliyat Öncesi ve Sonrası Yanında Refakat Edecek Birinin Olma Durumuna Göre Ortalamaları (n:163)**

Ameliyat Öncesi ve Sonrası Yanında Refakat Edecek Kişi	Durumluk Kaygı Ölçeği Puanı			t	p
	n	Ort	Ss		
Var	143	52,091	11,724	-1,734	0,085
Yok	20	56,850	9,653		

Araştırmaya katılan preoperatif hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalamalarının ameliyat öncesi ve sonrası yanında refakat edecek birinin olma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ), (Tablo 6.2.13).

**Tablo 6.2.14. Preoperatif Dönemde Hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği Puanının Olacağı Ameliyat Türüne Göre Ortalamaları (n:163)**

Olacağı Ameliyat Türü	Durumluk Kaygı Ölçeği Puanı			F	p	Fark
	n	Ort	Ss			
1. Kadın Doğum	35	46,686	12,225	12,220	0,000	3 > 1
2. Üroloji	15	50,133	11,734			6 > 1
3. Genel Cerrahi	59	58,254	8,216			6 > 2
4. KBB	16	48,000	10,276			3 > 4
5. Plastik Cerrahi	14	42,000	6,409			6 > 4
6. Kardiyovasküler Cerrahi	12	64,917	5,501			3 > 5
7. Ortopedi	12	52,333	11,187			6 > 5

Araştırmaya katılan preoperatif hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalamalarının olacağı ameliyat türüne göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bulunmuştur (F=12,220; p=0,000<0.05). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Olacağı ameliyat türü Genel cerrahi olan preoperatif hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması (58,254 ± 8,216), olacağı ameliyat türü kadın doğum olan preoperatif hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalamasından (46,686 ± 12,225) yüksek bulunmuştur. Olacağı ameliyat türü Kardiyovasküler Cerrahi olan preoperatif hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması (64,917 ± 5,501), olacağı ameliyat türü Kadın Doğum olan preoperatif hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalamasından (46,686 ± 12,225) yüksek bulunmuştur. Olacağı ameliyat türü Kardiyovasküler Cerrahi olan preoperatif hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması (64,917 ± 5,501), olacağı ameliyat türü Üroloji olan preoperatif hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalamasından (50,133 ± 11,734) yüksek bulunmuştur. Olacağı ameliyat türü Genel cerrahi olan preoperatif hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması (58,254 ± 8,216), olacağı ameliyat türü KBB olan preoperatif hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalamasından (48,000 ± 10,276) yüksek bulunmuştur. Olacağı ameliyat türü Kardiyovasküler Cerrahi olan preoperatif hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması (64,917 ± 5,501), olacağı ameliyat türü KBB olan preoperatif hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalamasından (48,000 ± 10,276) yüksek bulunmuştur. Olacağı ameliyat türü

Genel cerrahi olan preoperatif hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması ( $58,254 \pm 8,216$ ), olacağı ameliyat türü Plastik cerrahi olan preoperatif hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalamasından ( $42,000 \pm 6,409$ ) yüksek bulunmuştur. Olacağı ameliyat türü Kardiyovasküler Cerrahi olan preoperatif hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması ( $64,917 \pm 5,501$ ), olacağı ameliyat türü Plastik cerrahi olan preoperatif hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalamasından ( $42,000 \pm 6,409$ ) yüksek bulunmuştur. Olacağı ameliyat türü Kardiyovasküler Cerrahi olan preoperatif hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması ( $64,917 \pm 5,501$ ), olacağı ameliyat türü ortopedi olan preoperatif hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalamasından ( $52,333 \pm 11,187$ ) yüksek bulunmuştur (Tablo 6.2.14).



## 7. TARTIŞMA

Hastaların fiziksel bir nedene dayalı sorunları, kaygı semptomlarına yol açtığı gibi, var olan kaygı da fiziksel semptomlara neden olabilir. Bazen de hastalarda her ikisi aynı anda bulunabilir. Hastalıkların bir çoğunda davranışsal, duygusal, bilişsel ve kişiler arası tepkiler gelişir. Ortaya çıkan psikiyatrik durum ve tepkiler organizmanın uyum sürecidir (68).

Preoperatif dönemde hasta değerlendirmesi ve cerrahi işleme hazırlık preoperatif vizit sırasında gerçekleştirilir. Birçok çalışmada da anksiyete ölçüm zamanı preoperatif vizit sırasında yapılmıştır. Cerrahi girişim uygulanacak hastalarda genel olarak; anestezi kaygısı, ölüm korkusu, özürle kalacağı, bedeni üzerinde denetimini kaybedeceği, ağrı duyacağı, cinsel yeterliliğini kaybedebileceği, çalışabilirliğini kaybedeceği gibi farklı endişeler gelişebilir (13,8).

Preoperatif anksiyete ölçümü için STAI testinin durumluk kaygı formu kullanılmaktadır. Auerbach ve Spielberger hastanede kalış süresi boyunca sürekli anksiyetenin aynı düzeyde kaldığını, ancak durumluk anksiyetesinin cerrahi işlem yaklaştıkça daha da arttığını belirtmişlerdir (39).

Çalışmamızda preoperatif anksiyete düzeyini belirlemek için Spielberger tarafından geliştirilen, Türkçeye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirliği belirlenmiş ve uyumluluk çalışmaları da Öner Le Compte tarafından yapılmış STAI'nin durumluk kaygı ölçeğini kullanılmıştır.

Tartışma bulgularımıza paralel olarak, iki bölüm halinde ele alınıp sunulmuştur.

### 7.1. TANITICI ÖZELLİKLERE AİT TARTIŞMA

Preoperatif hastaların sosyo-demografik özelliklerinin tartışılacağı bu bölümde; cinsiyet, yaş grupları, medeni durum, öğrenim durumu, meslek grupları, çalışma durumu, sosyal güvence, ailenin gelir durumu, bireylerin bugüne kadar en çok yaşadığı yer, aile tipi ve evde bakmakla yükümlü olduğu birey olup, olmadığı konusundaki özellikleri belirlenmeye çalışılacaktır.

Bireylerin cinsiyet faktörü incelendiğinde 99'unun (%60,7) kadın olduğu görülmektedir. Bu durumun; kadın doğum ve plastik cerrahi ameliyatlarının tümünün

kadın olmasının etkilediği düşünülmektedir. TNSA- 2008 verilerine göre de nüfusun % 51'ini kadınlar, %49'unu erkekler oluşturmaktadır. Turhan (2007), Qasimi (2007) ve Kayhan (2003) çalışmalarında da kadın dağılımı yüksek olup bizim çalışmamız ile paralel özellik göstermektedir. Ancak İşkey 2008 çalışmasında ise bizim çalışmamızdan farklı olarak erkek dağılımı yüksek çıkmıştır (1,8,43).

Çalışmaya katılan bireylerin yaş grupları incelendiğinde; çoğunluğun 34-41 yaş aralığında oldukları görülmüş olup, bu durum için hastalıkların en çok bu yaş aralığında ortaya çıkmaya başladığı düşünülmektedir. Anksiyete ile yapılmış Ala (2007), Qasimi (2007) çalışmalarında da benzer yaş aralıklarındaki hastalar yüksek dağılıma sahiptir(2,43).

Çalışmadaki bireylerin büyük çoğunluğunun (% 67,5) evli olduğu görülmüştür. Bu durumun çalışmaya sadece 20-60 yaş arasındaki bireylerin yani evlilik yapma yaşına gelmiş kişilerin alınmış olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. TNSA-2008 verilerine göre ilk evlilik yaşı, kadınlar için 24,1; erkekler için 27,4 tür. Bizim çalışmamıza paralel şekilde İşkey (2008), Qasimi (2007) ve Kayhan (2006) çalışmalarına katılan bireylerin büyük çoğunluğu evlidir(3,43,45,69).

Preoperatif hastaların öğrenim durumlarına bakıldığında; %49,7'sinin lise mezunu, bunu % 33,1 ile lisans, % 9,2 ile yüksek lisans ve üstü son olarak % 8,0 ile ön lisans mezunu bireyler takip etmektedir. Turhan (2007) ve Kayhan (2003) araştırmalarında, bizim çalışmamıza benzer şekilde lise mezunu dağılımının yüksek olduğu görülmüştür. Ancak Qasimi (2007) çalışmasında ise bizim çalışmamızdan farklı olarak üniversite mezunu oranı yüksek çıkmıştır (1,8,43).

Meslek gruplarına bakıldığında, bireylerin %42,9'unun ev hanımı olduğu görülmüştür ve bu durumun örnekleme alınan kadın sayısının fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Aynı şekilde Kayhan (2003) ve İşkey (2008) meslek grupları dağılımında ev hanımı olan birey sayısı fazla çıkmıştır ve bu bağlamda bizim çalışmamızla örtüşmektedir (1,3).

Bireylerin çalışma durumları incelendiğinde yarısının çalışıp (%50,3), yarısının çalışmadığı (%49,7) görülmüştür.

Çalışmaya katılan preoperatif hastaların %76,1'inin özel sağlık sigortasının olduğu bulunmuştur ve bu duruma çalışmanın tam donanımlı özel bir hastanede yapılmış olmasının büyük etkisi olduğu düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan bireylerin gelir durumları dağılımı incelendiğinde %74,8'inin gelir gidere denk olduğu tespit edilmiştir. Qasimi (2007) çalışmasında gelir gidere denk birey sayısı yüksek çıkmış olup bizim çalışmamız ile örtüşmektedir (43).

Çalımda; bugüne kadar en çok yaşadığı yer bakımından %62,6'sının ilçede yaşadığı görülmektedir. Kayhan (2006) çalışmasında ise bizim çalışmamızdan farklı olarak en çok yaşanan yer olarak il dağılımı yüksek çıkmıştır (45).

Çalışmaya katılan bireylerin; tamamına yakınının çekirdek aile yapısına sahip olduğu görülmüştür.

Bu çalışmada; katılımcıların %57,7'sinin evde bakmakla yükümlü olduğu birey yok iken %42,3'ünün vardır.

Örnekleme aldığımız preoperatif hastaların servise uyum sağlama durumlarına bakıldığında yarıdan fazlasının uyum sağladığı görülmektedir. Bu duruma; çalışmanın özel bir hastanede yapılmış olması ve özel hastanelerde sağlık personelleri tarafından hasta bireye odasına kadar eşlik edilip, oda tanıtımı ve çevre oryantasyonun sağlanması, her istediklerinde hemşirelere ulaşabiliyor olmaları, istedikleri her konuda bilgilendirilmeleri ayrıca ameliyattan önce primer hekimin ve anestezi hekiminin hastayı odasında ziyaret etmesinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların %55,2'sinin ameliyatı hakkında daha önce eğitim almamış olup, %44,8'i eğitim almıştır. Eğitim almış olan bireylerin tamamı bu eğitim sonucu tüm sorularına cevap bulabilmiştir ve bu da verilen eğitimin etkin yapılmış olduğunu göstermektedir. Eğitim alan %44,8 kişiden %71,2'si bu eğitimi doktorundan geri kalanları doktor ve hemşireden almıştır. Bizim çalışmamız sonucunda da eğitim alan hastaların anksiyete düzeyi eğitim almayanlara göre daha düşük çıkmıştır ve bu bağlamda hasta eğitiminin anksiyeteyi azaltma üzerinde önemli olduğu bulunmuştur.

Örnekleme alınan preoperatif hastalardan %68,1'inin ilk ameliyatı olup, geri kalan daha önce ameliyat deneyimi olmuş %31,9 kişi arasında, geçirilmiş ameliyat türü olarak en yüksek dağılım %38,5 ile kadın doğuma aittir. Bu durumu çalışmadaki kadın popülasyonunun fazla olmasının etkilemiş olduğu düşünülmektedir. Yine bu %71,2 kişi arasından %67,3'ü daha önce geçirdiği ameliyatında kötü anestezi deneyimi olmamıştır. Erdem ve ark. (2011), çalışmasında bizim çalışmamızdan farklı olarak bireylerin yarıya yakınının (%42,6) ilk ameliyatı söz konusudur. Aras (2009) çalışmasında ise bizim



çalışmamıza paralel olarak ilk ameliyatı olan birey sayısı %54,8 ile yarıdan fazladır (36,70).

Çalışmaya alınan hastaların tercih ettiği ya da olacağı anestezi türü bakımından 133'ü (% 81,6) genel anestezi altında ameliyatını gerçekleştirmiştir. Bizim çalışmamıza paralel olarak Turhan (2007) çalışmasında da genel anestezi dağılım oranı yüksek olup, Erdem ve ark. 2011 çalışmasında ise epidural anestezi dağılım oranı yüksek bulunmuştur (8,36).

Hastaların olacağı ameliyat türüne bakıldığında en yüksek oranı %36,2 ile genel cerrahi vakaları almıştır. Bizim çalışmamızdan farklı olarak Turhan (2007) çalışmasında en yüksek dağılımın kadın doğum alanında olduğunu belirlemiştir (8).

Tahmini ameliyatta kalış süresini incelediğimizde araştırmaya katılan bireylerin %49,7'si 2 saat veya az ameliyatta kalmıştır. Bunun sebebi olarak genel cerrahi vaka oranının yüksek olup; tiroidektomi, kolesistektomi, myomektomi, inguinal veya umbilikal herni vs. gibi kısa süreli ameliyatlara içerilmiş olduğundan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan preoperatif hastaların %87,7'sinin ameliyat öncesi ve sonrası yanında refakat edecek kişi vardır. Bunun sebebi olarak, özel hastanelerde refakatçi kalma olanağının koşulsuz sağlanıyor olması, birçok imkandan yararlanabiliyor olması ve refakatçinin de hastanın bakımı ile tedavi sürecine katılabiliyor olması düşünülmektedir.

## **7.2. DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ İLE İLGİLİ TARTIŞMA**

Bu bölümde, preoperatif hastaların kaygı düzeyleri araştırılmakta ve kaygı düzeylerinin tanımlayıcı özelliklerine göre istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığı incelenmektedir. Araştırmadan ulaşılan sonuçlar aşağıda tartışılarak sunulmuştur:

Araştırmaya katılan preoperatif hastaların kaygı ölçeği puan ortalamalarının  $52,675 \pm 11,570$  değer aldığı belirlenmiştir. Klinik olarak belirgin belirtilerle seyreden kaygı durumu için kullanılan STAI eşik değeri 39-40 olarak kabul edilmekteyken, preoperatif dönemdeki hastalarda eşik değeri 44-45 olarak belirlenmiştir. Bunun da nedeni STAI'nın kişinin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini göstermesidir (71,72). Bu veriler göz önüne alındığında, araştırmaya katılan hastaların kaygı düzeylerinin yüksek olduğu söylenebilir. Bizim çalışmamıza paralel olarak; Qasimi (2007) endoskopi uygulanacak hastaların işlem öncesi kaygı düzeylerinin

ortalaması  $46,13 \pm 10,38$ ; Ala (2007) tiroidektomi ameliyatı öncesi kaygı düzeylerinin ortalaması kontrol grubunun  $46,4 \pm 5,0$ , araştırma grubunun  $47,0 \pm 7,3$  değer olarak işlem öncesi kaygıları yüksek çıkmıştır. Benzer şekilde Karaman (2008) çalışmasında adölesanlardaki işlem öncesi kaygı düzeylerinin ortalaması deney grubunda  $57,25 \pm 6,17$ , kontrol grubunda  $49,78 \pm 7,11$  değerinde olup yüksek kaygıyı göstermektedir. Bizim çalışmamızdan farklı olarak Kayhan (2003) çalışmasında, cerrahi hastalarda preoperatif kaygı düzeylerinin ortalaması  $39,14 \pm 0,64$  ile düşük bulunmuştur. Ayrıca klinik kaygı düzeyi ile ilgili çalışmalara bakıldığında; Taparlı (2004) yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin kaygı düzeyleri ortalaması  $43,9 \pm 9,5$  ile yüksek bulunmuş olup, yine klinik kaygı düzeyi ile ilgili yapılan çalışmalardan Akgün (2006)'nın çalışmasında yetiştirme yurdunda kalan 16-18 yaş grubundaki adölesanların anksiyete düzeylerinin ortalaması  $43,82 \pm 7,0$  ile yüksek kaygı düzeyi olarak bulunmuştur (1,2,7,32,42,43).

Araştırmaya katılan preoperatif hastaların cinsiyetlerine göre, kaygı ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel açıdan farklılaşma olmadığı belirlenmiştir. Literatürde; Erdem ve ark. (2012), Yıldız (2011), Demir ve ark. (2010) araştırmalarında bulgumuzu destekleyen sonuçlar olduğu gibi, Güz ve ark. (2003), Turhan (2007), Turhan ve ark. (2012), Taşdemir ve ark. (2013) araştırmalarında, kadınlarda kaygı düzeyinin daha yüksek olduğunu bulgulayan sonuçlara ulaşılmıştır. Ayrıca Özorak (2010) çalışmasında, erkeklere göre kadınların anksiyete düzeyinin daha yüksek olup bunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığını bulmuştur. Araştırma sonuçlarının farklılaşma nedeninin, örneklem gruplarında bulunan hastaların diğer özellikleri ve geçirilecek ameliyatın türü olduğu düşünülmektedir (8,13,14,36,39,73,74,75).

Araştırmaya katılan preoperatif hastaların çalışma durumlarına göre, kaygı ölçeği puan ortalamasında istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Yıldız (2011) araştırmasında, çalışma durumunun hastaların kaygı düzeyinden bağımsız olduğunu saptamıştır (73).

Araştırmaya katılan preoperatif hastaların gelir durumlarına göre, kaygı ölçeği puan ortalamasında istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Araştırma bulgumuz Duman ve ark. (2003) ve Demir ve ark. (2010) araştırma bulgularıyla örtüşmektedir. Çıkan sonuçlar değerlendirildiğinde, gelir düzeyinin preoperatif hastaların kaygı düzeylerinden bağımsız olduğu söylenebilir (74,76).

Araştırmaya katılan preoperatif hastaların yaşadıkları yerlere göre, kaygı ölçeği puan ortalaması istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir. İlçede yaşayan hastaların kaygı düzeylerinin ilde yaşayan hastalardan yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bunun sebebi olarak ilçede yaşayan hastaların hastaneye ulaşım açısından ameliyat ve ameliyat sonrası dönemde zorlanabileceklerini düşünerek kaygı yaşamış olabilecekleri düşünülmektedir. Literatürde yapılan araştırmalarda genel olarak yerleşim yeri, araştırılan bir değişken olarak alınmadığı görülmektedir. Güz ve ark. (2003) yerleşim yeri değişkenine göre, bizim araştırma bulgumuzla örtüşmeyen şekilde hastaların kaygı düzeylerinde farklılaşma olmadığını belirlemişlerdir (14).

Araştırmaya katılan preoperatif hastaların yaş gruplarına göre, kaygı ölçeği puan ortalamasında istatistiksel açıdan farklılaşma olmadığı belirlenmiştir. Literatürde yapılan araştırmalardan Duman ve ark. (2003), Yıldız (2011), Demir ve ark. (2010)'da araştırma bulgumuzu destekleyen sonuçlara ulaşılmaktadır. Bu bulgular, ameliyatın her yaş dönemi için tehdit edici bir durum olarak algılandığı ve kaygı kaynağı olduğu şeklinde yorumlanabilir (73,74,76).

Araştırmaya katılan preoperatif hastaların medeni durumlarına göre, kaygı ölçeği puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Yıldız, (2011), Demir ve ark. (2010), Gökğündüz, (2005) araştırmalarında da medeni durumun, kaygı düzeyinde etkili olan bir faktör olmadığı belirlenmiştir. Buradan evli veya bekar bireyler üzerinde ameliyatın benzer düzeyde kaygıya neden olduğu söylenebilir (73,74,77).

Araştırmaya katılan bireylerin öğrenim durumlarına göre, kaygı ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel açıdan farklılaşma olmadığı belirlenmiştir. Literatürde yapılan Aykent (2001), Kayhan (2003), Demir ve ark. (2010) araştırmalarında, artan eğitim düzeyi ile birlikte kaygının da arttığı bildirilirken, Yıldız (2011), Sağır ve ark. (2012), Turhan ve ark. (2012) araştırmalarında, bizim araştırmamızda olduğu gibi eğitim durumunun kaygı düzeyini etkilemediği gösterilmiştir (1,13,46,73,74,78).

Araştırmaya katılan preoperatif hastaların mesleklerine göre, kaygı ölçeği puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Araştırma bulgularımızı; Demir ve ark. (2010) ile Yıldız (2011)'in araştırma bulguları desteklemektedir (73,74).

Araştırmaya katılan preoperatif hastaların sosyal güvence durumlarına göre, kaygı ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel açıdan farklılaşma olmadığı belirlenmiştir.

Literatürde yapılan araştırmalarda sosyal güvence durumu genel olarak ele alınan bir değişken olmadığı görülmüştür. Sosyal güvenceyi bir değişken olarak alan Yıldız (2011), bizim araştırmamızda olduğu gibi hastaların sosyal güvence durumlarının ameliyat öncesi kaygı durumlarını etkilemediğini belirlemiştir (73).

Araştırmaya katılan preoperatif hastaların servise uyum durumlarına bakıldığında, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Servise uyum sağlayan preoperatif hastaların kaygı ölçeği puan ortalaması, kısmen uyum sağlayan ya da sağlayamayan preoperatif hastaların kaygı ölçeği puan ortalamasından daha düşük çıkmıştır. Bunun sebebi olarak bireyin bulunduğu yere uyum sağlamış olmasının preoperatif dönem sürecini daha kolay kabullenmesini sağlamış olabileceği düşünölmektedir.

Preoperatif kaygıyı azaltmanın temeli hastaları bilgilendirmektir. Bilgilendirme yöntemlerinden hangisi kullanılırsa kullanılsın, önemli olan hastaların verilen bilgileri anlayabileceği, basit, fazla zaman almayan ve endişelerini giderecek bir bilgilendirme yönteminin sečilmesidir (46). Araştırmada, ameliyat hakkında eğitim alan hastaların, eğitim almayan hastalara göre kaygı ölçeği puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonucumuzla örtüşen şekilde Karakula (2000), ameliyattan 24 saat önce verilen bilgilendirici hemşirelik eğitiminin hastaların kaygı düzeyini azaltmada etkili olduğunu belirlemiştir. Sağır ve ark. (2012) spinal anestezi uygulamasını resimlerle anlatan basit bir katalogun standart bilgilendirme formlarına eklenmesinin, hastaların anestezi öncesi kaygıyı intraoperatif sedatif ihtiyacını, postoperatif analjezik gereksinimini azalttığı ve anestezi hakkında yanlış veya eksik bilgilendirmeyi engellediği sonucuna ulaşmışlardır. Benzer şekilde, Haugen ve ark. (2010) araştırmalarında hastaya, her aşamada yapılan işlemin ne olduğu ve niçin yapıldığı konusunda bilgi verildiğinde hastaların kaygı ölçeği puan ortalamalarının azaldığını belirlemişlerdir. Araştırma sonuçlarından ameliyat öncesi hastaların eğitilmesi, yapılacak işlem hakkında bilgilendirmelerinin oldukça önemli olduğu, bu konuda hemşirelere önemli roller düştüğü söylenebilir (46,79,80).

Araştırmaya katılan preoperatif hastaların ameliyat hakkında eğitim aldığı kişiye göre kaygı ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel açıdan farklılaşma olmadığı belirlenmiştir. Bu sonuçtan da önemli olanın hastayı olacağı ameliyat hakkında yeterli düzeyde bilgilendirmek ve ameliyat sonrası hakkında eğitmek olduğu söylenebilir. Eğitimi verecek kişiden ziyade eğitimin içeriğinin, hastanın gereksinimlerini karşılayacak düzeyde olmasının önemli olduğu düşünölmektedir.

Araştırmada ilk defa ameliyat olan hastaların kaygı ölçeği puan ortalamalarının daha önce ameliyat geçiren hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Önceki cerrahi deneyimin preoperatif kaygıyı azalttığını bildiren Erdem ve ark. (2011) çalışmasında bu durum koşullu öğrenme modeli ile açıklanmaktadır. Koşullu öğrenme modelinde koşulsuz korku uyarını ile kısa zaman aralıkları ile karşılaşılmalıdır. Literatürde yer alan Duman ve ark. (2003), Gürsoy (2001), araştırmalarında da daha önce ameliyat olanların kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (36,76,81).

Araştırmaya katılan preoperatif hastaların daha önceki ameliyatlarında kötü anestezi deneyimi olma durumlarına göre kaygı ölçeği puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Yapılan araştırmalarda da benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. Sağır ve ark. (2012), Duman ve ark. (2003), daha önce anestezi deneyimi olan hastaların, anestezi deneyimi olmayan hastalara göre kaygı skorlarının, preoperatif dönemde farklılık göstermediği belirlenmiştir (46,76).

Araştırmada preoperatif hastaların tercih ettikleri anestezi durumuna göre kaygı ölçeği puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir. Genel anesteziyi tercih eden hastaların epidural anesteziyi tercih eden hastalara göre kaygı ölçeği puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırma bulgumuzla örtüşen şekilde Erdem ve ark. (2011), yaptıkları araştırmada Genel anestezi grubunda anestezi kaygı ölçeği puan ortalaması epidural anestezi grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Turhan ve ark. (2012), ise hastaların anestezi türünün (genel veya epidural) hastaların ameliyat öncesi kaygı ölçeği puan ortalaması üzerinde herhangi bir etkisi olmadığını belirlemişlerdir. Araştırma sonuçlarından çıkan bulgulara göre, anestezi türünün kaygı üzerinde etkisine dair genel sonuca varabilmek için daha fazla araştırma sonucuna gereksinim olduğu söylenebilir (13,36).

Araştırmaya katılan preoperatif hastaların sigara kullanma durumlarına göre, kaygı ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel açıdan farklılaşma olmadığı belirlenmiştir. Sağır ve ark. (2012), yapılan araştırmasında bulunan sonuçlar bu bulgumuzu desteklemektedir. Çuvaş ve ark. (2010) çalışmasında da, sigara içen hastalarda içmeyenlere göre bazal anksiyete düzeyinin yüksek olduğu, bununla birlikte operasyon öncesinde ölçülen durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamalarının istatistiksel açıdan farklı olmadığı bulunmuştur (5,46).

Araştırmada preoperatif hastaların alkol kullanma durumlarına göre, kaygı ölçeği puan ortalamasında farklılaşmalar olduğu belirlenmiştir. Alkol kullanmayan hastaların, alkol kullanan hastalara göre kaygı ölçeği puan ortalamasından yüksek olduğu belirlenmiştir. Alkol kullanımı yapılan araştırmalarda değişken olarak pek ele alınmadığı görülmüştür. Sağır ve ark. (2012), araştırmalarında alkol kullanımı ile STAI skorları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirlenmiştir (46).

Araştırmada preoperatif hastaların tahmini ameliyatta kalış sürelerine göre kaygı ölçeği puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir. 5 saat ve üzeri ameliyatta kalacak olan hastaların, 2 saat veya daha az süre ameliyatta kalacak hastalara göre kaygı ölçeği puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Ameliyat süresinin uzamasının doğal olarak hastalarda kaygı düzeyini artırıcı etki gösterdiği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan preoperatif hastaların ameliyat öncesi ve sonrasında yanında refakat edecek birinin olması durumuna göre, kaygı ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel açıdan farklılaşma olmamasına rağmen, refakatçi bulunacak olanların kaygı ortalamaları, daha düşük olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde Qasimi (2007), araştırmada Endoskopi işlemine refakatçi eşliğinde gelenlerin kaygı puan ortalamaları yalnız gelenlere göre, istatistiki açıdan anlamlı olmamakla birlikte daha düşük bulmuştur. Bu bulgulara göre, sosyal destek varlığının kaygıyı azalttığı söylenebilir (43).

Araştırmaya katılan preoperatif hastaların olacakları ameliyat türüne göre, kaygı ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel açıdan farklılaşmalar olduğu belirlenmiştir. Kardiyovasküler Cerrahi ve Genel cerrahi ameliyatı olacak hastaların kaygı ölçeği puan ortalamaları diğer bölümlerde ameliyat olacak hastalardan yüksektir. Literatürde yapılan araştırmalarda ameliyat türü değişken olarak pek ele alınmamış olup, büyük, küçük, orta büyüklükte ameliyat olarak ele alındığı görülmektedir. Turhan (2007) araştırmada, operasyon türü ile kaygı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığını belirlemiştir. Gürsoy (2001), orta büyüklükte ameliyat olacak olan hastaların küçük boyutta ameliyat olacıklardan kaygı ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu saptamıştır. Bu sonuca göre, ameliyat türünün hastaların kaygı düzeyini etkilediği ve büyük ameliyatlarda, hareket kısıtlılığı, ağrı, beden imajında bozulma, organ kaybı gibi sorunların ortaya çıkmasına bağlı olarak hastaların daha çok kaygı yaşadığı düşünülebilir (8,81).

## 8. SONUÇ

Preoperatif hastaların kaygı düzeylerinin belirlenmesi ve kaygı düzeylerinin tanımlayıcı özelliklerine göre istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığının incelendiği araştırmadan aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- Araştırmaya katılan hastaların kaygı düzeylerinin preoperatif dönemdeki hastalarda eşik olarak kabul edilen 44-45 değerinden fazla  $52,675 \pm 11,570$  puan ortalaması ile yüksek düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Böylece elektif cerrahi işlem yapılacak hastaların, ameliyat öncesi dönemde kaygı düzeyleri yükselir hipotezi kabul edilmiştir.

- Araştırmaya katılan preoperatif hastaların cinsiyetlerine çalışma durumlarına göre, gelir durumlarına göre, kaygı düzeylerinin istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

- Araştırmada ilçede yaşayan hastaların kaygı düzeylerin ilde yaşayan hastalardan yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir.

- Araştırmaya katılan preoperatif hastaların yaşlarına, medeni durumlarına, öğrenim durumlarına, mesleklerine, sosyal güvence durumlarına göre, kaygı düzeylerinde istatistiksel açıdan farklılaşma olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

- Araştırmada, servise uyum sağlayan hastaların kısmen uyum sağlayan hastalara göre kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

- Araştırmada, ameliyat hakkında eğitim alan hastaların, eğitim almayan hastalara göre kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu ve ameliyat hakkında eğitim aldığı kişiye göre kaygı düzeyinde farklılaşma olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

- Araştırmada ilk defa ameliyat olan hastaların kaygı düzeylerinin, daha önce ameliyat deneyimi olan hastalara göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

- Araştırmada preoperatif hastaların daha önceki ameliyatlarında kötü anestezi deneyimi yaşamlarına göre kaygı düzeylerinin istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı, fakat tercih ettikleri anestezi türüne göre kaygı düzeylerinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir. Genel anesteziyi tercih eden hastaların epidural anesteziyi tercih eden hastalara göre kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

- Araştırmada preoperatif hastaların sigara kullanma durumlarına göre, kaygı düzeylerinde istatistiksel açıdan farklılaşma olmadığı, alkol kullanma durumlarına göre ise

kaygı düzeylerinde farklılaşmaların olduğu belirlenmiştir. Alkol kullanan hastaların kaygı düzeylerinin kullanmayanlardan daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

- Araştırmada 5 saat ve üzeri ameliyatta kalacak olan hastaların, 2 saat veya daha az süre ameliyatta kalacak hastalara göre kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

- Araştırmada preoperatif hastaların, ameliyat öncesi ve sonrasında yanında refakat edecek birinin olması durumuna göre, kaygı düzeylerinde istatistiksel açıdan fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

- Araştırmada kardiyovasküler cerrahi ve genel cerrahi ameliyatı olacak hastaların kaygı düzeylerinin diğer bölümlerde ameliyat olacak hastalardan daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

- İnsan yaşamında ameliyatlar, sağlığı doğrudan etkilediği için kaygı verici niteliktedir. Ancak bu kaygının düzeyinin yüksek olması, hastayı ve ameliyatı etkilemektedir. Bu nedenle preoperatif hastaların kaygı düzeylerini düşürücü uygulamalar yapılmalıdır. Bu konuda sağlık personellerine özellikle hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Hastaların olacakları ameliyatla ilgili gerekli ve tatmin olacağı bilgi ve eğitim hemşireler tarafından verilmelidir. Ayrıca hastalara verilecek eğitimlerin bireyin olacağı ameliyat türüne özgü olup, hasta popülasyonuna uygun olarak planlanması önerilmektedir.

- Hastanın yakınlarına ameliyat ve ameliyat sonrası durum hakkında bilgi ve eğitim verilip, bu süreçte hastanın, yanında bir yakınının var olmasının kaygı düzeyini düşürüp kendini güvende hissetmesini sağladığını ve bu bağlamda refakat eden kişinin hastaya verdiği sosyal desteğin önemi açıklanarak vurgulanmalıdır.

- Cerrahi işlem ister büyük ister küçük olsun her bireyde bir şekilde kaygıya neden olmaktadır. Bunun için sağlık personelinin, daha önce başarılı operasyon geçirmiş kişilerden örnekler vererek, hastayı rahatlatması önerilmektedir.

- Servise uyum sağlayan hastaların kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu sonucundan yola çıkarak, hastaların servise uyum sağlamalarına ilişkin, tüm hastanelerde hastalara çevre oryantasyonu, oda tanıtımı yapılarak, bilmek istedikleri her konuda hemşireler tarafından gerekli bilginin verilmesi ve hastaya gereken ilgi gösterilerek sosyal destek sağlanması önerilmektedir.



- Alkol kullanımı ile anestezi türünün kaygı üzerine etkisine dair daha genel bir sonuca varılabilmesi için gelecekte fazla çalışma yapılması önerilmektedir.



## 9. TEŞEKKÜR

Çalışmamı gerçekleştirirken fikirleriyle beni yönlendiren, çalışma sürecimde her türlü sabrı, yardım ve desteği esirgemeyen değerli danışmanım Yard. Doç. Dr. Feride YİĞİT'e,

Her zaman yanımda olan ve özveri ile her konuda yardım eden ablam Hayriye Çetin KARACA'ya, beni bugünlere getiren, sonuna kadar destekçim olan annem ve babama ayrıca Burak AKTÜRK'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İş hayatıma devam ettiğim ve çalışmamı gerçekleştirdiğim kurum ve çalışanlarına da teşekkür ederim.

## 10. KAYNAKLAR

- 1) Kayhan C. Cerrahi hastalarda preoperatif anksiyetenin postoperatif komplikasyonlarla ilişkisinin incelenmesi. T.C. Afyon Kocatepe Üniveristesesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Prof. Dr. Osman Nuri Dilek), Afyon, 2003.
- 2) Ala S. Tiroidektomi ameliyatı öncesi hemşirenin bilgilendirici rolünün hastaların ameliyat sonrası anksiyete düzeylerine etkisi. T.C. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Dursun Ali Şahin), Afyonkarahisar, 2007.
- 3) İşkey M. Anjiografi işlemi öncesi ve işlem sırasında müzik dinlemenin bireylerin anksiyete düzeyi ve yaşam bulgularına etkisi. T.C. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Prof. Dr. Selma Doğan), Sivas, 2008.
- 4) Türe A. Çocuklara yönelik gününbirlik cerrahi girişimlerde anneleri bilgilendirmenin anksiyete düzeylerine etkisi. T.C. Afyonkarahisar Kocatepe Üniveristesesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Mevlit Korkmaz), Afyonkarahisar, 2006.
- 5) Cuvaş Ö, Aslanargun P, Aslan E, Yücel F, Dikmen B, Ceyhan A. Sigara içiminin preoperatif anksiyete üzerine etkisi. *Türk Anest Rean Der Dergisi*. 2010, 38(5): 348-355.
- 6) Kömerik N, Muğlalı M. Ağız cerrahisinde anksiyete kontrolü: Hastaların bilgilendirilmesi. *Atatürk Üniv. Diş Hek. Fak.* 2005, Cilt: 15, Sayı: 3, Sayfa: 25-33,
- 7) Karaman N. Cerrahi işlem uygulanan adölesanlar ile anne/babalarının anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki ve anksiyete nedenlerinin incelenmesi. T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Rengin Acaroğlu), İstanbul, 2008.
- 8) Turhan Y. Elektif cerrahi operasyon planlanan hastalarda preoperatif ve postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisi. T.C. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, (Danışman: Prof. Dr. Dilek Özcengiz), Adana, 2007.

- 9) 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.
- 10) Karayurt Ö. Ameliyat öncesi uygulanan farklı eğitim programlarının hastaların anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisinin incelenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 1998, 2:1.
- 11) Oflaz. F, Varol H. Yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. *S.D.Ü. Tıp Fak. Derg.* 2010, 17(1)/1-7
- 12) Karayağız F, Altuntaş M, Güçlü Y.A, Yılmaz T.T, Öngel K. Cerrahi servisinde yatan hastalarda görülen anksiyete dağılımı. *Smyrna Tıp Dergisi*. 2011, 22-26.
- 13) Turhan T, Avcı R, Özcengiz D. Elektif cerrahi hazırlığında preoperatif ve postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisi. *Anestezi Dergisi*. 2012, 20 (1): 27-33.
- 14) Güz H, Doğanay Z, Güz T. Lomber disk hernisi nedeniyle ameliyat olan hastalarda ameliyat öncesi anksiyete. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2003, 40(1-2): 36-39
- 15) Auerbach SM, Kendall PC, Cuttler HF, Levitt NR. Anxiety, locus of control, type of preparatory information, and adjustment to dental surgery. *J Consult Clin Psychol*. 1976 ;44 (5): 809-18.
- 16) Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N. Cerrahi ve Cerrahi Hemşireliği. Cerrahi Hemşireliği I. Ed: Aksoy G. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2012.
- 17) Aslan F.E. Cerrahi hemşireliğinin tarihçesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2009, 12:1.
- 18) Ellis H. A history of surgery. London, UK, Greenwich Medikal Media, 2001.
- 19) Brieger G.H. Textbook of surgery. The Development of Surgery. Ed: Sabiston DC, Lyerly HK. Philadelphia: 1 – 16, 1997.
- 20) Taylor M.K. Mapping the literature of medical-surgical nursing. Associate Professor and Medical and Distance Learning Librarian. 1998.
- 21) Elektif Ameliyatların Uygun Zamanı. ([http://www.baskent-adn.edu.tr/dokumanlar/dersler\\_2013.pdf](http://www.baskent-adn.edu.tr/dokumanlar/dersler_2013.pdf)/Dr. Pelin Oğuzkurt/Elektif Ameliyatların Uygun Zamanı/17 Ocak 2013) Erişim Tarihi: 21.06.2013.
- 22) Christoph H, Amsler F, Scheidegger. The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. *Anesth Analg*. 2000, 90:706-12.

- 23) Karabulut N, Arkan D. The effect of different training programs applied prior to surgical operation on anxiety levels. *New/Yeni Symposium Journal*. 2009, 47:2
- 24) Yaylacı A. Genel anestezi altında dental tedavi gören çocuk hastaların ebeveyninin kaygı düzeylerinin karşılaştırılması olarak değerlendirilmesi. T.C. Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti Anabilim Dalı, Bitirme Tezi, (Danışman: Prof. Dr. Özant Önçağ), İzmir, 2010.
- 25) Pritchard M.J. İdentifying and assessing anxiety in pre-opretative patients. *Nursing Standard*. 2009, 23,51, 35-40.
- 26) Uğur Z.A. Ege üniversitesi diş hekimliği fakültesi'ne başvuran hastaların dental anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi. T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi, (Danışman: Doç. Dr. Ali Osman Karababa), İzmir, 2000.
- 27) Cimilli C. Cerrahide Anksiyete. *Klinik Psikiyatri*. 2001, 4:182-186.
- 28) Ortaöğretim öğrencilerin kaygı düzeyleri ile başarı düzeyleri arasındaki ilişkinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. (<http://www.eab.org.tr/eab/2009/pdf/290.pdf>). Erişim Tarihi: 13.04.2013.
- 29) Özcengiz D. Anesteziyle ilgili bilgilendirmede kullanılan farklı yaklaşımların çocukları gününbirlik cerrahi geçiren ebeveynlerin durumluk kaygılarına etkisi. T.C. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Prof. Dr. Banu İnanç) Adana, 2006.
- 30) Öner N, Lecompte A. Durumluk/ Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, 2. Basım, 1998.
- 31) Kiyohara L.Y, Kayano L.K, Oliveria L.M, Yamamoto M.U, İnağaki M.M, Ogawa N.Y, Gonzales P.E.S.M, Mandelbaum R, Okubo S.T, Watanuki T, Vieira J.E. Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. *Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. S. Paulo*. 2004, 59(2): 51-56.
- 32) Taparlı Z.T. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin anksiyete düzeyleri ve nedenlerinin belirlenmesi. T.C. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Gürsel Öztunç), Adana, 2004.

- 33) Ng S.K.N, Chau A.W.L, Leung W.K. The effect of pre-operative information in relieving anxiety in oral surgery patients. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2004, 32: 227-35.
- 34) Güner B. Çocuklarda klinik çalışma izni alınma zamanının ebeveyn anksiyetesine etkisi. T.C. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, (Danışman: Prof. Dr. Ülkü Aypar), Ankara, 2006.
- 35) Yücel Ş.Ç. Bilinci kapalı hastanın psikososyal gereksinimlerini karşılamada hemşirenin rolü. *1. Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi.* İzmir, 2010.
- 36) Erdem D, Ugiş C, Albayrak D, 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.
- 37) Şişli etfal eğitim ve araştırma hastanesi yenidoğan izleme ve aşı merkezine başvuran postpartum ilk 4 aylık annelerde anksiyete prevalansı ve risk etmenleri. ([http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/aile\\_hekimligi/dr\\_ali\\_cengiz\\_sayilgan.pdf](http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/aile_hekimligi/dr_ali_cengiz_sayilgan.pdf))  
Erişim Tarihi: 08.03.2013.
- 38) Aksu M.T. Kronik hastalığı olan çocukların annelerinin sosyodemografik özellikleri depresyon, anksiyete, problem çözme yeteneği ve yaşam kaliteleri açısından değerlendirilmesi. T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, (Danışman: Uzm. Dr. Figen Atalay), İstanbul, 2008.
- 39) Özorak Ö. Preoperatif basınç ağrı eşiği, stai anxiety inventory (durumluk anksiyete ölçeği) ve stres hormonu (kortizol'ün) postoperatif analjezi ihtiyacı ile kolerasyonu. T.C Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, (Danışman: Doç. Dr. Pakize Kırdemir), Isparta, 2010.
- 40) Spalding N.J. Reducing anxiety by pre-operative education: Make the future familiar. *Occupational Therapy International,* 2003, 10(4): 278-293.
- 41) Ehsan-ul-haq M. Role of pre-anaesthesia outpatient clinic in reducing pre-operative anxiety. *JCPSP,* 2004, 14(4): 202-204.
- 42) Akgün Ş. Yetiştirme yurdunda kalan 16-18 yaş grubundaki adölesanların anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. T.C Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Prof. Dr. Gülümser Kubilay), Ankara, 2010.

- 43)** Qasimi T.B. Endoskopi işlemi uygulanacak hastaların işlem öncesi anksiyete düzeyleri ve bunu etkileyen faktörler. T.C İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Prof. Dr. Sevim Buzlu), İstanbul, 2007.
- 44)** Ünsal S. Yoğun bakım hemşirelerinin ölüm hakkındaki düşünceleri ve yaşadıkları anksiyetenin karşılaştırılması. T.C Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Prof. Dr. Necmiye Sabuncu), İstanbul, 2008.
- 45)** Kayhan Z. Hasta ziyaretlerinin akut miyokard enfarktüsü geçirmiş olan hastalarda anksiyete, kan basıncı ve kalp hızına etkisi. T.C Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Fügen Göz), Kocaeli, 2006.
- 46)** Sağır G, Kaya M, Eskiçırak H. E, Kapusuz Ö, Kadioğulları A. N. Spinal anestezi planlanan hastalarda görsel bilgilendirmenin preoperatif anksiyet üzerine etkisi. *Türk J Anesth Reanim.* 2012, 40(5): 274-278.
- 47)** 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.
- 48)** Domar A. D, Everett L. L, Keller M.G. Preoperative anxiety: Is it a predictable entity?. *Anesth Analg.* 1989, 69: 763-767.
- 49)** Padmanabhan R, Hildreth A. J, Laws D. A prospective, randomised, controlled study examining binaural beat audio and pre-operative anxiety in patients undergoing general anaesthesia for day case surgery. *Anaesthesia.* 2005, 60: 874-877.
- 50)** Filiz T. M. A, Dilbaz N. Abdominal cerrahi girişimlerde anksiyete ve depresyon. *Türk Aile Hek Derg.* 1998, 2(4): 169-173.
- 51)** Preoperatif Değerlendirme ve Premedikasyon.([med.gazi.edu.tr/posts/download?id=20728](http://med.gazi.edu.tr/posts/download?id=20728)). Erişim Tarihi: 22.03.2013.
- 52)** Jawaid M, Mushtaq A, Mukhtar S, Khan z. Preoperative anxiety before surgery. *Neurosciences.* 2007, 12(2): 145-148.
- 53)** Pritchard M. J. Using targeted information to meet the needs of surgical patients. *Nursing Standard.* 2011, 25(51): 35-39.

- 54) Munafo M. R, Stevenson J. Anxiety and surgical recovery reinterpreting the literature. *Journal of Psychosomatic Research*. 2001, 51: 589-596.
- 55) Arslan s, Özer N, Özyurt F. Effect of music on preoperative anxiety in men undergoing urogenital surgery. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2007, 26:2.
- 56) Badner N. H, Nielson W. R, Munk S, Kwiatkowska C, Gelb A. W. Preoperative anxiety: detection and contributing factors. *Can J Anaesth*. 1990, 37(4): 444-447.
- 57) Scott A. Managing anxiety in ICU patients: the role of pre-operative information provision. *British Association of Critical Care Nurses, Nursinh in Critical Care*. 2004, 9:2.
- 58) Kimberger O, İllievich U, Lenhardt R. The effect of skin surface warming on pre-operative anxiety in neurasurgery patients. *Anaesthesia*. 2007, 62: 140-145.
- 59) Palese A, Cecconi M, Moreale R., Skrap M. Pre-operative stress, anxiety, depression and coping strategies adopted by patients experiencing their first or recurrent brain neoplasm: An explorative study. *Stress and Health*. 2012, 28: 416-425.
- 60) Noto Y, Sato T, Kudo M, Kudo M, Kurata K, Hirota K. The relationship between salivary biomarkers and state trait anxiety inventory score under mental arithmetic stress: A pilot study. *Anesth Analg*. 2005, 101: 1873-1876.
- 61) Arellano R, Cruise C, Chung F. Timing of the anesthetist's preoperative outpatient interview. *Anesth Analg*. 1989, 68: 645-648.
- 62) Aştı T. A, Karadağ A. Hemşirelik Uygulamalarında Bakım Kavramı, Ameliyat Öncesi, Esnası ve Sonrası Hemşirelik Bakımı. Hemşirelik Esasları. Ed: Kıvanç M. M, Bulut H. İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık, 2012.
- 63) Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N. Cerrahi Hastasında Süreç. Cerrahi Hemşireliği I. Ed: Aksoy G. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2012.
- 64) Toksal M. Preoperatif Dönemde Hastaların Hemşirelerden Beklentilerinin Araştırılması. T.C. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Doç. Dr. Yüksel Arıkan), Afyon, 2005.
- 65) Hatemi H, Doğan H. İlkeler ve Sorunlar, Medikal Etik, İstanbul, Yüce Yayım, 2000.
- 66) Kanan N. Ameliyathanede yasal sorunlar I. Ulusal Ameliyathane Hemşireliği Sempozyum Bildiri Kitabı, Ed: Kanan N. İzmir, 1996, 43-48.
- 67) Karaöz S. Cerrahi Hemşireliği ve Etik. *C.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2000, 1:4.



- 68) Özkan S. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. Hastalıktan Hayata Biyolojik-Psikolojik Adaptasyon. Ed: Özkan S. İstanbul, 2004, 112-113.
- 69) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2008.
- 70) Aras D, Çil C, Akçaoğlu A. C, Erbay R. H, Zencir M. Denizli ili Yenişehir Sağlık Ocağı bölgesinde halkın anesteziyoloji uygulamalarına bilgi, tutum ve önceki anestezi deneyimleri. *Pamukkale Tıp Dergisi*. 2008, 2(2): 76-82.
- 71) Fekrat F, Şahin A, Yazıcı K. M, Aypar U. Anaesthetists' and surgeons' estimation of preoperative anxiety by patients submitted for elective surgery in a university hospital. *Eur J Anaesthesiol*. 2006, 23: 227-233.
- 72) Wetsch W. A, Pircher I, Lederer W. (2009). Preoperative stress and anxiety in day-care patients and inpatients undergoing fast-track surgery. *Br J Anaesth*. 103: 199-205.
- 73) Yıldız D. Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hastaların kaygı düzeylerinin belirlenmesi. K.K.T.C. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Gülcem Sala Razi), 2011, Lefkoşa.
- 74) Demir A, Akyurt D, Ergün B, Haytural C, Yiğit T, Taşoğlu İ, Elhan, A. H, Erdemli Ö. Kalp cerrahisi geçirecek olgularda anksiyete sağaltımı. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*. 2010, 18 (3): 177-182.
- 75) Taşdemir A, Erakgün A, Deniz M. N, Agah E. Preoperatif bilgilendirme yapılan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerinin State-Trait Anxiety Inventory Test ile karşılaştırılması. *Turk J Anaesth Reanim*. 2013, 41: 44-9.
- 76) Duman A, Öğün Ö. C, Şahin K. T, Şarkılar G, Ökeşli S. Preoperatif korku ve endişeyi etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *S.Ü. tıp fakültesi dergisi*. 2003, 19: 21- 26.
- 77) Gökündüz Ö. Koroner anjiyografi uygulanacak hastalara verilecek eğitimin kaygı düzeylerine etkisi. T.C. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, 2005.
- 78) Aykent R. Hastalar arasında anestezinin imajı, anesteziye bağlı endişe nedenleri ve preoperatif anksiyete değerlendirilmesi. T.C. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Samsun, 2001.
- 79) Karakula S, Özgür G. Koroner Bypass Ameliyatı Geçiren Hastalarda Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımının Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeylerine Etkisinin

İncelenmesi. T.C Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, VI. Ulusal Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Kongresi Özet Kitabı, Antalya, 2000.

**80)** Haugen A. S, Eide G. E, Olsen M. V, Haukeland B, Remme A. R., Wahl A. K. Anxiety in the operating theatre: a study of frequency and environmental impact in patients having local, plexus or regional anaesthesia. *J Clin Nurs.* 2009, 18: 2301-2010.

**81)** Gürsoy A. A. Ameliyat öncesi hastaların kaygı düzeyleri ve kaygıya neden olabilecek etmenlerin belirlenmesi. *Hemşirelik Araştırma Dergisi.* 2001, 1: 21-29.



## EKLER

### Ek1.



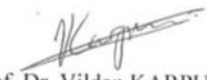
T. C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI : 50400462/284  
KONU: Anket hk.

TARİH :20/11/2013

ACIBADEM MASLAK HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE,

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ayşe ÇETİN, Yard. Doç. Dr. Feride YİĞİT'in tez danışmanlığımı yürüttüğü "Preoperatif Hastaların Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi" başlıklı tez çalışmasını ilişikte belirtilen anket formunu uygulayarak gerçekleştirebilmesi için müsaadelerinizi saygılarımla rica ederim.

  
Prof. Dr. Vildan KARPUZ  
Müdür

Ek : 1) Anket Formu.

Ek.2

# ACIBADEM

T.C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE  
27.11.2013

İLGİ: 50400462 / 284  
KONU: ANKET HK.  
SAYI: MAS.B.GD.KK.2013 / 1735

Büyükdere Cad. Darüşşafaka Mah. No:40 Maslak / İstanbul adresinde faaliyet gösteren Özel Acıbadem Maslak Hastanesi Hemşirelik hizmetleri bölümünde çalışan hemşiremiz Ayşe Çetin'in yüksek lisans programı tez danışmanlığını yürüttüğü "Preoperatif Hastaların Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi" ile ilgili hastanemizde gözlem yapması uygundur. Bilgilerinize sunarım.

Saygılarımızla;

Prof. Dr. Çağlar Çuhadaroğlu  
Başhekim - Mesul Müdür

### Ek. 3

## HASTA TANITIM FORMU

İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Hemşirelikte yüksek lisans programına devam etmekteyim. “**Preoperatif Hastaların Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi**” amacıyla planladığım çalışmamda yer alan soruların cevapları bireysel değerlendirilmeyip, genel bir değerlendirme ile bilimsel bir amaca hizmet etmek için kullanılacaktır ve veriler gizli kalacaktır. Bu çalışmada sadece bilimsel amaç esas alınmıştır. Katılımınız için teşekkür ederim.

Hemşire Ayşe ÇETİN

- 1) Cinsiyetiniz? a) Kadın b) Erkek
- 2) Hangi yaş aralığındasınız ? a) 20-25 yaş b) 26-33 yaş c) 34-41 yaş d) 42-50 yaş e) 51-60 yaş
- 3) Medeni durumunuz? a) Evli b) Bekar c) Dul d) Ayrı
- 4) Öğrenim durumunuz? a) Okur-yazar değil b) İlkokul c) Lise d) Ön lisans e) Lisans f) Yüksek lisans ve üstü
- 5) Mesleğiniz nedir ? a) Memur b) Serbest meslek c) Ev hanımı d) İşçi e) Emekli
- 6) Çalışıyor musunuz? a) Evet b) Hayır
- 7) Sosyal güvenceniz var mı? a) Özel Sağlık Sigortası b) Emekli Sandığı c) SGK d) Yok
- 8) Ailenizin gelir durumu aşağıdakilerden hangisidir? a) Gelir giderden az b) Gelir gidere denk c) Gelir giderden fazla
- 9) Bugüne kadar en çok yaşadığınız yer aşağıdakilerden hangisidir? a) İl merkezi b) İlçe c) Köy d) Kasaba
- 10) Aile tipiniz nedir ? a) Çekirdek aile b) Geniş aile
- 11) Evde bakmakla yükümlü olduğunuz birey var mı ? a) Evet b) Hayır

- 12) Bulduğunuz servise uyum sağlayabildiniz mi?  
a) Evet                      b) Hayır                      c) Kısmen
- 13) Ameliyatınız hakkında daha önce eğitim aldınız mı?  
a) Evet                      b) Hayır ( 16.soruya geçiniz)
- 14) Evet ise, bu kişi hangisiydi?                      a) Doktor                      b) Hemşire                      c) Doktor- Hemşire
- 15) Aldığınız eğitim ile ameliyatınız hakkındaki tüm sorularınıza cevap bulabildiniz mi?  
a) Evet                      b) Hayır
- 16) İlk ameliyatınız mı?                      a) Evet (19.Soruya geçiniz)                      b) Hayır
- 17) Hayır ise daha önce hangi ameliyatları oldunuz?.....
- 18) Daha önceki ameliyatınızda kötü anestezi deneyiminiz oldu mu ?  
a) Evet                      b) Hayır
- 19) Tercih ettiğiniz ya da olacağınız anestezi türü nedir ?  
a) Genel                      b) Epidural                      c) Spinal                      d) Lokal
- 20) Sigara kullanıyor musunuz ?                      a)Evet .....yıl                      b) Hayır
- 21) Alkol kullanıyor musunuz ?                      a) Evet                      b) Hayır
- 22) Tahmini ameliyatta kalış süreniz nedir ? .....
- 23) Ameliyat öncesi ve sonrası yanınızda refakat edecek biri var mı ?  
a) Evet                      b) Hayır
- 24) Olacağınız ameliyat nedir ? .....

#### Ek. 4

### STAI FORM TX – I ( DURUMLUK ÖLÇEĞİ)

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

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