

T.C.
Maltepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

**CERRAHİ OPERASYON GEÇİRECEK HASTALARIN
AMELİYATA ÖZGÜ KAYGILARININ ve ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

Şeyhmus BULUT

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL
2017

T.C.
Maltepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

**CERRAHİ OPERASYON GEÇİRECEK HASTALARIN
AMELİYATA ÖZGÜ KAYGILARININ ve ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

Şeyhmus BULUT

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Yrd. Doç. Dr. Hacer ERTEN YAMAN

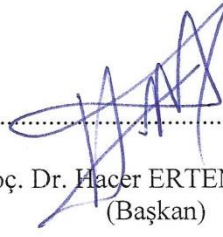
İSTANBUL

2017

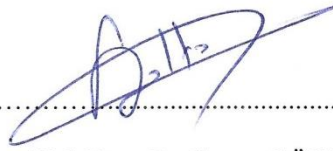
ONAY SAYFASI

T.C. Maltepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne,

22.06.2016 tarihinde tezinin savunmasını yapan Şeyhmus BULUT' a ait "Cerrahi Operasyon Geçirecek Hastaların Ameliyata Özgü Kaygılarının ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" başlıklı çalışma, Jürimiz tarafından Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans Tezi Olarak **Oy Birliği/Oy Çokluğuyla** Kabul Edilmiştir.



Yrd. Doç. Dr. Hacer ERTEN YAMAN
(Başkan)



Yrd. Doç. Dr. Sonay GÖKTAŞ
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Sebahat ATEŞ
(Üye)

YEMİN METNİ

...../...../20....

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Cerrahi Operasyon Geçirecek Hastaların Ameliyata Özgü Kaygılarının ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi” adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar olan bütün süreçlerinde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın tarafımda yazıldığını ve yararlandığım bütün eserlerin “Kaynakça”da gösterilenlerden oluştuğunu, “Kaynakça”da yer alan bu eserlerden metin içinde atıf yaparak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.

Öğrenci Numarası: 141502209
Adı-Soyadı: Şeyhmus BULUT
İmza:

TEŞEKKÜR

Tezimin her aşamasında, bilgi ve tecrübeleriyle beni yönlendiren, her koŐulda desteklerini esirgemeyen, değerli hocam ve danıŐmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Hacer ERTEN YAMAN' a

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve tecrübeleri ile bana katkı sağladıkları için, Sayın Yrd. Doç. Dr. Sonay GÖKTAŞ hocama ve saygıdeğer diğer hocalarıma,

Bu süreçte beni hiç yalnız bırakmayan sürekli moral ve motivasyon desteğinde bulunan sevgili arkadaşım Uğur ÖNER' e

Bu yolu beraber yürüyüp, birbirimize hep destek çıkıp, güzel anılar biriktirdiğimiz sevgili arkadaşlarım Bayram ÖZEN, Sinem SEYREK ve Gülnur ATEŞ' e

Tüm hayatım boyunca benden sevgisini ve desteğini esirgemeyen aileme ve bu süreçte sabrından, sevgisinden ve desteğinden ötürü kız arkadaşım Fatma KORKMAZ' a

Sonsuz TeŐekkürü Borę Bilirim.

Şeyhmus BULUT

CERRAHİ OPERASYON GEÇİRECEK HASTALARIN AMELİYATA ÖZGÜ KAYGILARININ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

ÖZET

Sunulan çalışma cerrahi kliniklerde ameliyat planlanan hastaların operasyon öncesi dönemde ameliyata özgü kaygı düzeyleri ve kaygı düzeyini etkileyen faktörleri belirleyerek hemşirelik girişimleriyle azaltılabilecek durumları saptamak amacı ile kesitsel ve tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Araştırmanın örneklemini acil, planlı ve günübirlik ameliyat planlanan 240 olgudan oluşmuştur. Araştırmanın verileri, Kişisel Tanılama Formu ve Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Veriler; Two-Independent Sample t testi, Anova testi, Tukey testi, korelasyon ve nonparametrik (Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis H testi, Bonferroni Düzeltmesi) testler ile incelenmiştir. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0.05$ kabul edilmiştir. Araştırmada yer alan olguların, %50,4'ü erkek, %37,4'ünün ilköğretim mezunu olduğu, %30,4'ünün daha önce ameliyat olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların Ameliyata Özgü Kaygı Düzeyi ortalaması $28,69 \pm 7,82$ 'dir. Olguların cinsiyet, eğitim durumu, meslek, bakmakla yükümlü olunan birey varlığı gibi sosyo-demografik değişkenlerle ameliyata özgü kaygı düzeyi puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Ameliyatın türü ve kendilerini güvende hissetme durumunun ameliyata özgü kaygı düzeyini etkilediği tespit edilmiştir. Cerrahi operasyon için hastaneye başvuran olgulardan acil cerrahi ($30,65 \pm 8,14$) planlananların ameliyata özgü kaygı düzeylerinin planlı ($28,16 \pm 8,64$) ve günübirlik ($27,25 \pm 6,15$) cerrahi olgularına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Acil cerrahi planlanan ve kendini güvende hissetmeyen olguların ağrı duymaktan, ameliyat esnasında ölmekten ve ameliyat sonrası oluşacak komplikasyonlardan ve kısıtlamalardan duydukları kaygı, planlı olarak başvuranların duydukları kaygıya oranla daha fazladır. Elde edilen bulgular doğrultusunda bireysel ve sağlıkla ilgili özellikler dikkate alınarak, özellikle acil cerrahide ameliyat öncesi psikolojik hazırlığa önem verilmesini önerebilir. Hemşireler veri toplamada cerrahi girişim öncesi kaygıyı artırabileceği kanıtlanmış özellikleri dikkate alarak gerekli değerlendirmeleri yapmalı ve uygun yaklaşımları planlamalıdır. Psikolojik bakım ve danışmanlığın bu ünitelerde rutin olarak yapılması önemlidir.

Anahtar kelimeler: Ameliyat, Kaygı, Ameliyata Özgü Kaygı Düzeyi

INVESTIGATION OF SURGERY-RELATED ANXIETY AND RELATED FACTORS IN PATIENTS WHO WILL HAVE A SURGERY

ABSTRACT

The present study was conducted as a cross-sectional and descriptive one in order to identify surgery-related anxiety and related factors in the pre-operation period in patients who will have a surgery; it also aims to identify cases that could be relieved through nursing interventions. Sample of the study was 240 cases who had emergency, planned and same-day surgery. Data were collected through the Personal Identification Form and Surgery-related Anxiety Scale. Data analysis was performed using Two-Independent Sample t test, Analysis of Variance, Tukey Test, Correlation and non-parametric (Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis H test, Bonferroni Correction) tests. Statistical significance was taken $p < 0.05$. Of all the cases in the study, 50,4% were male, 37,4% graduated from primary school, and 30,4% had an operation before. The participants' Surgery-related Anxiety Level mean score was found $28,69 \pm 7,82$. Surgery-related Anxiety level mean scores displayed a statistically significant relationship with some socio-demographic variables such as gender, education level, occupation, and the existence of someone the participants are obliged to look after. Type of surgery and feeling safe were found to affect Surgery-related anxiety level. Of the patients who applied to hospital for surgical operation, anxiety levels of those whose emergency surgery was planned ($30,65 \pm 8,14$) were higher than those of the cases who had planned ($28,16 \pm 8,64$) and same-day ($27,25 \pm 6,15$) surgery. In comparison to those who applied for a planned surgery, the anxiety caused by pain, death during surgery, and complications and limitations after the surgery was higher in those whose emergency surgery was planned and who did not feel safe. In line with the findings of the study, considering the individual and health-related features, it could be recommended that pre-operation period should include psychological preparation particularly in emergency surgeries. While collecting data prior to surgical interventions, nurses should make necessary assessments considering the factors that increase anxiety and plan appropriate approaches accordingly. Psychological care and consultancy should be provided routinely in these units.

Key Words: Surgery, Anxiety, Surgery- related Anxiety Level

Urkund Analysis Result

Analysed Document: ŞEYHMUS BULUT.docx (D29262357)
Submitted: 2017-06-08 12:47:00
Submitted By: seydaerdogmus@maltepe.edu.tr
Significance: 7 %

Sources included in the report:

özge tokgöz.docx (D25622985)
TEZ YENİ HALI (1).docx (D25526704)
BERNA GÜRSES.docx (D29262349)
<http://acikerisim.aku.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/11630/3758/194659.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
<http://docplayer.biz.tr/4695255-Katarakt-cerrahisi-yapilacak-hastalarda-1-ve-2-goz-cerrahileri-oncesi-hastalarin-endise-duzeylerinin-arastirilmesi.html>
<http://ulusaltezmerkezi.com/tiroidektomi-ameliyati-oncesi-hemsirenin-bilgilendirici-rolunun-hastalarin-ameliyat-sonrasi-anksiyete-duzeylerine-etkisi/10/>
<http://bys.trakya.edu.tr/file/download/99459604/>
http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/aile_hekimligi/dr_ali_cengiz_sayilgan.pdf
<https://www.j-humansciences.com/ojs/index.php/IJHS/article/download/401/286>

Instances where selected sources appear:

32

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	ix
KISALTMALAR DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
1.1 Kapsam	1
1.2 Amaçlar	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1 Cerrahinin Tanımı ve Tarihçesi	4
2.2 Kaygı Kavramı ve Kapsamı	6
2.3 Kaygıya Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları	32
2.4 Cerrahi Operasyon Geçirecek Hastaların Ameliyata Özgü Kaygı Nedenleri	34
2.5 Cerrahi Operasyon Geçirecek Hastaların Ameliyata Özgü Kaygılarının Operasyon Sürecine ve Postoperatif Sürece Etkileri	35
2.6 Cerrahi Operasyon Geçirecek Hastalarda Hemşirelik Bakımı	35
2.7 Kaliteli Hemşirelik Bakımının Hastanın Ameliyata Özgü Kaygı Düzeyine Etkisi	37
3. GEREÇ VE YÖNTEM	39
3.1. Araştırmanın Türü	39
3.2. Araştırmanın Soruları	39
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	39
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	40
3.5 Araştırmanın Bağımlı Bağımsız Değişkenleri	40
3.6 Verilerin Toplanması	41
3.7 Verilerin Değerlendirilmesi	42
3.8 Araştırmanın Etik İlkeleri	42
3.9 Araştırmanın Sınırlılıkları	42
3.10. Süre ve Olanaklar	43
4. BULGULAR	44
5.TARTIŞMA	57

6. SONUÇ VE ÖNERİLER	65
6.1 Sonuçlar	65
6.2. Öneriler	68
KAYNAKLAR	70
ÖZGEÇMİŞ	88
EKLER	89
EK-1: Anket Formu	
EK- 2: Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği	
EK-3: Bilgilendirilmiş Onam Formu	
EK-4: Etik Kurul Onay Formu	
EK-6: Ölçek Kullanım İzni	
EK-5: Ölçek Kullanım İzni	
EK-6: Kurum İzin Yazısı	

KISALTMALAR DİZİNİ

AÖKÖ: Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği

SKÖ: Süreklilik Kaygı Ölçeği

DKÖ: Durumluk Kaygı Ölçeği



TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı	44
Tablo 2. Ameliyata Özgü Bulguların Dağılımı	46
Tablo 3. Olguların Ameliyat Öncesi Bilgi Alma Durumlarının Dağılımı	46
Tablo 4. Olguların Ameliyat Sonrasına Dair Bilgi Alma Durumlarının Dağılımı	47
Tablo 5. Ameliyatla İlgili Diğer Değişkenlerin Dağılımı	48
Tablo 6. Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeğine Ait Tanımlayıcı İstatistikler	48
Tablo 7. Sosyo-demografik Değişkenler ile Ameliyata Özgü Kaygı Arasındaki İlişki	50
Tablo 8. Olguların Cerrahi Girişime Alınış Şekline Göre AÖKÖ Puanlarının Dağılımı	51
Tablo 9. Ameliyata Özgü Değişkenlere Göre AÖKÖ Puanlarının Dağılımı	52
Tablo 10. Ameliyata Alınış Şekline Göre Alınan AÖKÖ Puan Ortalamalarının Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi	54

1. GİRİŞ

1.1 Kapsam

Yaşam boyunca sağlıklı olma durumundan uzaklaşarak, tıbbi tedavi ve bakım gerektirecek hastalıklarla karşılaşabilmektedir. Bazen sağlıktan uzaklaşma durumu, bireyin medikal tedavi almasından daha ilerisine ihtiyacı olduğunun sinyallerini verebilmekte ve bireyin ameliyat olmasını da gerektirebilmektedir⁽¹⁾. Cerrahi girişim; büyük ya da küçük, acil ya da planlanmış olsun, hastayı hem psikolojik hem de fizyolojik olarak etkilemektedir. Ameliyat hasta için; ağrı, bağımsızlığın kaybı ve beden imajında bozulma anlamlarını içermektedir ve bu unsurların her biri tehdit olarak algılanabilmektedir. Bu bağlamda da birey, bedensel ve yaşamsal düzenine yönelen tehdit karşısında kaygıya kapılabilmektedir. Bu süreçte ortaya çıkan kaygı ise, hastanın iyileşme sürecini olumsuz yönde etkileyebilmektedir⁽²⁾.

Cerrahi girişim öncesinde hastaların kaygı düzeyi; yapılacak işlemler ile ilgili bilgisi, daha önceki anestezi ve cerrahi girişim deneyimi, uygulanacak cerrahi girişimin türü, zorluk ve risk derecesinden etkilenebilmektedir. Bu doğrultuda konu ile ilgili araştırmalarda, büyük ameliyatlarda küçük ameliyatlara göre çok daha fazla kaygı yaşandığı saptanmıştır^(1,3).

Cerrahi operasyon geçirecek hastaların ameliyata özgü kaygıları, cerrahi girişimin başarısını direkt olarak etkilemektedir. Preoperatif kaygı ve ameliyata özgü kaygı düzeyinin yüksek olması, özellikle büyük ameliyatlarda, sıra dışı kanamalar ve kalp ritminin bozulması anlamında ameliyat sırasında kontrol edilemeyen birtakım sorunların yaşanmasına neden olabilmektedir⁽⁴⁾.

Ameliyata özgü kaygı düzeyinin yüksek olması, aynı zamanda postoperatif dönemi de direkt olarak etkilemektedir. Bu bağlamda ameliyat olmayı bekleyen hastaların yaşadıkları kaygının, iyileşme sürecine de yansiyarak beraberinde birçok

olumsuz etkiyi getirdiği bildirilmektedir. Konu ile ilgili araştırmalar doğrultusunda da; ameliyata özgü kaygı düzeyi yüksek olan bireylerin, postoperatif dönemde daha fazla ağrı duydukları belirlenmiştir. Zira ağrı sübjektif ve bireysel bir yaşantıdır ve şiddetini ve yoğunluğunu, psikolojik belirleyiciler anlamında kaygı düzeyi belirleyebilmektedir ^(2,3,4).

Preoperatif ve ameliyata özgü kaygı düzeyi yüksek olan ve kaygıyı inkâr eden bireylerin, postoperatif dönemdeki uyum, iyileşme ve morbidite düzeyleri bu durumdan olumsuz etkilenebilmektedir. Bu doğrultuda preoperatif ve ameliyata özgü kaygı düzeyi yüksek olan hastalarda, postoperatif dönemde daha fazla tıbbi komplikasyon geliştiği ve bu hastaların yatış sürelerinin uzadığı bildirilmektedir ⁽³⁾.

Hasta olmak, hastanede yatmak ve ameliyat kararı bireyleri birçok yönden etkilemektedir. Bu süreçte yaşanan belirsizlik, duygusal karmaşa yoğunluğu, kontrol kaybı, maliyet, rol değişiklikleri, rutinlerin bozulması, ölüm korkusu ve yabancı bir ortam, bireyin korku ve ümitsizlik yaşamasına neden olarak kaygı düzeyini artırmaktadır ⁽¹⁾. Kaygılı ve anksiyete düzeyinin yüksek olması, huzursuzluk ve nedeni bilinmeyen korku hastalarda dış ortama verilen tepkiyi artırmaktadır. Baş edilemeyen stres haline gelen bu tepki de neticesinde, cerrahi işlem sürecini ve sonrasında iyileşme sürecini de olumsuz etkileyebilmektedir ⁽⁵⁾.

Literatür, ameliyat olmak üzere hastaneye yatan hastaların kaygı düzeylerinin diğer hastalardan daha fazla olduğunu belirtmektedir ^(6,7,8,9). Konu ile ilgili çalışmalar, hastaların ameliyattan önceki duygusal durumunun ameliyat sonrasındaki iyileşme sürecinde etkili olduğunu göstermektedir ^(10,11).

Cerrahi girişim kararı ile kliniklerde yatan hastaların kaygı düzeylerini belirleyerek, ekip yaklaşımı ile gereksinimleri doğrultusunda hazırlanan planlı bakım ve bilgilendirme, preoperatif kaygı düzeyini azaltmada etkili olmaktadır ⁽¹²⁾. Ameliyat öncesinde hastaya yapılan bilgilendirme ve hastanın aklındaki soru işaretlerinin cevaplanması, hastayı hem psikolojik hem fiziksel açıdan bu duruma hazır hissetmesini sağlamaktadır ⁽¹³⁾.

Ameliyata özgü kaygıların giderilebilmesi için, hasta ve ailesinin psikolojik açıdan rahatlatılması en önemli hemşirelik yaklaşımları arasında

değerlendirilmektedir. Bu süreçte hasta ve ailesine sunulan psikolojik bakım; psikolojik gereksinimlerin dinlenmesi ve gözlenmesi doğrultusunda, hasta ve ailesi ile empati ve iletişim kurulmasını gerektirmektedir. Bu nedenle de hemşirelik yaklaşımlarında; dinleyenin gergin, kaygılı ve sıkıntılı olabileceği, algılama farklılıklarının görülebileceği, iletişim kurmada isteksizlik yaşanabileceği ve/veya duyu organlarında bozukluklar olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Hemşireler hastaların hastane yaşantısında en sık bir araya geldikleri sağlık ekibi üyeleridir. Bu nedenle hastaların cerrahi girişime yönelik kaygı ve korkularını ifade etmelerini destekleyici bir yaklaşım sergilemeleri önemlidir. Bu yaklaşım tutarlı, kararlı ve hastayı kabullenici tarzda olduğunda yaşanan korkuların hasta tarafından ifade edilmesi de daha kolay olacaktır. Saptanan korku ve kaygılara yönelik yapılan girişimlerle azaltılan kaygı, cerrahi ve postoperatif süreç üzerinde olumlu etki yaratacaktır.

1.2 Amaçlar

Bu araştırma; cerrahi kliniklerde ameliyat planlanan hastaların ameliyat öncesi dönemde ameliyata özgü kaygılarını değerlendirmek ve hemşirelik girişimleriyle azaltılabilecek durumları belirlemek amacıyla planlanmıştır. Ayrıca ameliyata özgü kaygının yaş, cinsiyet, aile dinamikleri, ameliyat şekli ve ameliyatla ilgili bilgi alma durumu gibi belirlenen bazı değişkenlerle ilişkisinin incelenmesi öngörülmüştür.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Cerrahinin Tanımı ve Tarihçesi

“Cerh” sözcüğü Arapça’ da yaralanma, çürüme ve kabul etmeme anlamına gelmektedir. Ameliyatı yapan kişiye cerrah, ameliyat uygulamalarını kapsayan bilim dalına ise cerrahi denilmektedir ⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Cerrahi, insanlığın ilk günleriyle birlikte var olmuştur. Yaşamak için avlanan insanlar darbe aldıklarında kanamayı durdurup yarayı iyileştirmek amaçlı çeşitli yaprak ve otlardan yararlandıkları bilinmektedir. Ayrıca hastalıkların doğaüstü güçlerden kaynaklandığına, cinlerin ya da kötü ruhların işi olduğuna inanılan tarih öncesi Cilalı Taş Devri’nde saralı (epilepsi) hastaları tedavi amacıyla uygulanan en eski cerrahi yöntemlerden biri, hastalığın vücuttan uzaklaşıp gidebilmesi için hastanın kafatasında küçük bir delik açmaktı ⁽¹⁴⁾. Ortaçağın başlarında cerrahlar, fitik ve katarakt ameliyatlarını yapan gezginci kişiler olarak bilinmektedir. 14. yüzyılın başlarında gelen savaşlarla cerrahide önemin artmasına sebebiyet vermiştir. Barutun keşfi ve savaşta kullanılması ile Rönesans döneminde anatomi alanındaki gelişmeler cerrahinin gelişimini hızlandırmıştır. Modern cerrahinin kurucusu olan Ambroise Paré kan damarlarının bağlanması yöntemiyle önemli bir yere gelmişti. 19 yy da modern cerrahinin başlangıcında etkili olan çok önemli buluşlar olmuştur. Bunlar arasında cerrahide başarı ve ilerlemenin en önemli dalı olarak görülen anesteziye geçiş evreleri ve uygulamaları sayılabilir. Bu konu ile birlikte asırlar boyu yaralanmalar, yaralar ve kesiler üzerinde oluşan çürüme, kokuşma ve iltihaplanma nedenleri üzerine değişik ülkelerde çok çarpıcı araştırma ve deneyler yapılmış, yıllar sonrası canlı mikroorganizma varlığı ortaya çıkarılmış ve onlarla savaş yöntemi geliştirilmiştir. Böylece cerrahide gelişmeyi önleyen ikinci en önemli çekince antibiyotiklerin ve sülfamitlerin bulunmasıyla ortadan kalkmıştır ^(14,15,16,17,18).

2.1.1 Cerrahi Operasyon İnsidansı

2004 yılında dünya çapında 234,2 milyon, 2012 yılında 266,2 ile 359,5 milyon operasyon yapıldığı tahmin edilmektedir. Bu önceki 8 yıla göre %38'lik bir artışa işaret etmektedir. Bu prosedürlerin büyük bir kısmı, küresel nüfusun nispeten daha düşük payına sahip olmalarına rağmen yüksek gelirli ülkelerde (% 58,9; 138,0 milyon) gerçekleşmiştir ⁽¹⁹⁾. Toplam sağlık harcamalarında kişi başı 400 ABD doları veya daha az harcama yapan tüm ülkeler için ameliyat oranı önemli derecede artmıştır. Sağlık harcamaları parantezlerinde 2012 yılında ortalama tahmini cerrahi oranlar 100.000 kişi başına 666 ile 11.168 operasyon arasında değişmektedir. Dünya genel cerrahi hacminin %6.3'ü (19.6/312.9 milyon işletme), 2012 yılında dünya nüfusunun %36.8'ini (2.573/7.001 milyar kişi) oluşturan çok düşük harcamalı ülkelerde gerçekleştirilmiştir, %59.8'i (187.0/312.9 milyon operasyon), dünya nüfusunun %17.7'sini (1.236 / 7.001 milyar kişi) oluşturan yüksek harcamalı ülkelerde gerçekleşmiştir ⁽¹⁹⁾. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2008 verilerine göre; dünyada her 25 kişiden birine, toplamda her yıl 234 milyon insana cerrahi girişim uygulanmaktadır. Bu oran Türkiye'de 2008 yılı için 6 milyon 81 bin kişi iken, 2010 yılı için 8 milyon 614 bin kişidir ⁽²⁰⁾.

2.1.2 Cerrahi Operasyonların Sınıflandırılması

Cerrahi girişim amacına, risk derecesine ve aciliyet durumuna göre 3 grupta sınıflanabilir ⁽²¹⁾. Bu sınıflama aşağıda gösterilmiştir.

<u>AMACINA GÖRE</u>	<u>RİSK DERESESİNE GÖRE</u>	<u>ACİLİYETİNE GÖRE</u>
<ul style="list-style-type: none">• Diagnostik (Tanı Koyucu)• Eksploitatif (Bakıp-Görmek)• Küratif (Tedavi Edici)• Palyatif (Semptom Azaltıcı)	<ul style="list-style-type: none">• Majör• Minör	<ul style="list-style-type: none">• Acil• Zorunlu ya da acil• Planlanmış• Elektif

2.2 Kaygı Kavramı ve Kapsamı

Çalışmanın bu aşamasında; kaygı kavramının tanımı, kaygı kavramını açıklayan kuramlar, kaygının nedenleri, kaygının bireyler üzerindeki etkileri, kaygı belirtileri, kaygıyı düzeyini etkileyen faktörler, kaygı ve tanılama süreci, kaygının tanılanmasında kullanılan ölçekler, kaygı ve tedavisi ile kaygıya yönelik hemşirelik yaklaşımları bağlamında ayrıntılı belirlemelerde ve değerlendirmelerde bulunulacaktır.

2.2.1 Kaygı Kavramının Tanımı

Kaygı kavramı, insanlık tarihi boyunca sıklıkla kullanılan kavramlardan biri olarak değerlendirilmektedir. Psikoloji alanında ise 20. yüzyılın ilk yarısı itibarıyla kullanılmaya başlanan kaygı kavramı ile ilgili ilk araştırma ve çalışmaların, 1940'lı yılların sonlarına doğru başladığı görülmektedir. Kavramı ilk olarak kullanan, tanımlayan ve nedenleri ile ilgili belirlemelerde bulunmaya yönelik çalışmalar yapan isim ise Freud olarak kabul edilmektedir ⁽²²⁾.

Kaygı kavramı, Eski Yunanca "anxietas" kavramından türetilmiş bir kavramdır ve etimolojik bağlamda "endişe ya da korku" anlamında kullanılmaktadır ⁽²³⁾. Bununla birlikte korku kavramı; fiziksel ya da duygusal olarak zarar görme, incinme ya da kayıp tehdidi karşısında verilen bir tepki olarak tanımlanmaktadır. Kaygı kavramı ise; geçmiş gibi görüldüğü için tehlikeli olarak algılanan, ancak oluşma ihtimali çok küçük olduğu için daha çok beklenti düzeyinde kalan duygusal tepkiler olarak ifade edilmektedir ⁽²⁴⁾.

Literatürde, kaygı kavramının farklı tanımlar kapsamında ele alındığı görülmektedir. Bu tanımlardan biri çerçevesinde kaygı, nesnel olmayan bir tehlikeye karşı duyulan endişe duygusu olarak değerlendirilmektedir ⁽²⁵⁾. Bir başka tanımlama bağlamında da kaygı; gerginlik hissi, korku ve sinirlilik, hoş olmayan düşünceler ve fizyolojik değişimlerin birleşimini içeren heyecansal tepkiler olarak ifade edilmektedir ⁽²⁶⁾.

Genel bir değerlendirme doğrultusunda kaygı kavramı; geleceğe yönelik endişe duyma durumu, bu durumun bireye üzüntü vermesi ve bu üzüntünün sinir sisteminde gerginlik yaratması olarak tanımlanmaktadır ⁽²⁷⁾. Freud (1996) tarafından

kaygı; fiziksel ve/veya sosyal çevreden kaynaklanan tehlikelere karşı bireyin uyarılması, birey tarafından gerekli uyumun sağlanması ve yaşamsal işlevlerin yerine getirilmesine katkıda bulunulması süreci olarak tanımlanmaktadır ⁽²⁸⁾.

Koruklu – Öner, Öner ve Oktaylar (2006) tarafından kaygı; bireyin bir uyararla karşı karşıya kalması durumunda ortaya çıkan ve bedensel, duygusal ve bilişsel değişimlerle kendisini ortaya koyan uyarılmış durum olarak tanımlanmaktadır ⁽²⁹⁾. Sabuncuoğlu ve Vergiliel – Tüz (2008) tarafından da kaygı; bireyin içerisinde yer aldığı durum itibarıyla huzursuzluk, endişe, korku ve karamsarlık yaşamaları olarak tanımlanmaktadır ⁽³⁰⁾.

Konu ile ilgili araştırmalar kapsamında da kaygı düzeyi yüksek bireylerin, içerisinde yer aldıkları durumu ya da durumları tehlikeli ve tehdit edici algıladıkları ve bu doğrultuda çevresel kaynaklı bir uyarıcıya bağlı istenmeyen bir ruh hali içerisinde yer aldıkları belirlenmiştir ⁽²⁹⁾. Günay ve diğerleri (2008) tarafından gerçekleştirilen araştırma çerçevesinde de; bireylerin kendilerini tehdit altında hissettikleri durumlarda sıkıntı, endişe ve bunalma durumları ile birlikte bazı bedensel tepkiler görüldüğü ve bu durumun da kaygı olarak kendisini ortaya koyduğu belirlenmiştir ⁽³¹⁾.

Söz konusu edilen bu tanımlamalar ve belirlemeler haricinde kaygı kavramı; “kişilik kaynaklı kaygı”, “durum kaynaklı kaygı” ve “olay kaynaklı kaygı” olarak değerlendirilebilmekte ve bu kapsamda tanımlanabilmektedir. Bu doğrultuda “kişilik kaynaklı kaygı”, bireyde sürekli bir durum olarak ortaya çıkan ve bireyin kişiliğinin bir parçası olarak ele alınan kaygı olarak tanımlanmaktadır ⁽³²⁾. “Durum kaynaklı kaygı”, bireyin belirgin bir duruma karşı ve belirli bir zamana endeksli olarak ortaya koyduğu tepki olarak tanımlanmaktadır ⁽²⁶⁾. “Olay kaynaklı kaygı” ise, bireyin aynı türden olaylar, yaşantılar ya da durumlar karşısında yaşadığı kaygı olarak ifade edilmektedir ⁽³¹⁾.

Sonuç olarak kaygı; bireylerde bir korku kaynağı oluşturabilmekte ve zaman içerisinde bu durum, bireylerin kaygı düzeyinin çok daha fazla artmasına neden olarak kısır bir döngü yaratabilmektedir. Zira böyle bir durumun içerisinde yer alan bireyler de olumsuz düşünceler zaman içerisinde çok daha fazla artmakta ve bu düşünceler bireyin gerçekçi algılar yerine, mantıkdışı korkularla temellendirilmiş algılarla yaşamlarını sürdürmelerine neden olmaktadır.

2.2.2 Kaygı Kuramları

Kaygı kavramının açıklanmasına yönelik kuramlar; “Psikanalitik Kuram”, “Varoluşçu Kuram”, “Davranışçı ve Öğrenme Kuramı”, “Bilişsel Kuram”, “Anksiyete Kuramı” ve “Biyolojik Kuram” bağlamında ele alınacak ve değerlendirilecektir.

2.2.2.1 Psikanalitik Kuram ve Kaygı

Psikanalitik Kuram çerçevesinde kaygı kavramı, çatışma kavramı ile birlikte nevrozun temel bileşenleri arasında değerlendirilmektedir. Bu temelde Psikanalitik Kuram kapsamında çalışma yapan psikologlar, kaygının doğumla başlayabildiğini ve ölüme dek insan yaşamında varlığını devam ettirebildiğini kabul etmektedirler ⁽³³⁾.

Psikanalitik Kuram’a göre kaygı; ego, id ve süpereo şeklinde ifade edilen üç temel kişilik birimi arasındaki çatışmayı ifade etmektedir. Bu çatışmanın ürünü olarak kaygı; birey tarafından hoş olmayan bir durum ya da acı veren duygusal bir yaşantı olarak algılanmakta ve doyumsuzluğa, libido yoksunluğuna ve/veya anneden ayrılmaya bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Bu nedenler doğrultusunda eğer birey; bir dürtü ya da iç veya dış engellenme dolayısıyla psikodinamik yapısı içerisinde doyum sağlayamamaktaysa, haz ilkesine aykırı bir durum ortaya çıkmakta ve bu durum da zorunlu olarak kaygıyı beraberinde getirmektedir ⁽³⁴⁾.

Psikanalitik Kuram, kaygının temelde bir iç çatışmanın ya da intrapsişik bir durumun neticesinde ortaya çıktığını kabul etmektedir. Bu çatışma; ego ve id arasında yaşanabildiği gibi, ego ve süpereo arasında da oluşabilmektedir. Zira id’in haz ilkesi doğrultusunda doyum aradığı dürtüler süpereo tarafından engellenebilmektedir ⁽³³⁾.

Ego bu süreçte id ve süpereo arasındaki çatışmayı çözmek için dürtüyü bastırabilirse kaygı yaşanmamaktadır. Eğer ego tarafından çatışma çözümlenememiş olursa da, bu durum birey tarafından tehlike olarak algılanmaya başlanmakta ve kaygı ortaya çıkmaktadır. Tüm bu süreç sonucunda ortaya çıkan kaygı, Psikanalitik Kuram tarafından “serbest yüzen kaygı” olarak tanımlanmaktadır ⁽³⁵⁾.

Psikanalitik Kuram'a göre kaygı, aşağıda verildiği şekilde iki dönem bağlamında ortaya çıkmaktadır ⁽³³⁾;

- **Birinci Dönem Kaygı ya da Birincil Kaygı**

“Birinci Dönem Kaygı” ya da “Birincil Kaygı”, doğum travması ile birlikte ortaya çıkan kaygıyı ifade etmektedir. Zira doğum ile birlikte bebek, kendisini güvende ve rahat hissettiği ana rahminden ayrılmakta ve dış dünyaya adım atmaktadır ki, bu durum da bebekte ayrılık kaygısının ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

- **İkinci Dönem Kaygılar ya da Sonraki Kaygılar**

“İkinci Dönem Kaygılar” ya da “Sonraki Kaygılar” da, egonun olgunlaşması ile birlikte birincil kaygılardan diğer kaygılara geçiş şeklinde ortaya çıkmaktadır. Bu süreçte birey, çevresel tehditlere karşı bir savunma sistemi oluşturmaktadır. Bu sistemde küçük yaşlardan itibaren ortaya çıkmaya başlayan duygusal yoksunluklar da, bireyde yalnız kalma korkusu ve çaresizlik duygusu ile birlikte düşmanca duygular doğurmakta ve kaygıya dönüşmektedir.

Psikanalitik Kuram'a göre ayrıca, bireyin kendisini kanıtlama dürtüsü de kaygının deneyimlenmesine neden olmaktadır. Zira başkaları tarafından kabul görme güveni, kabul görmeme ise kaygıyı beraberinde getirmektedir. Bununla birlikte Psikanalitik Kuram; kaygı oluşumunda sosyal, ekonomik ve kültürel etmenlerin de etkili olduğunu belirtmektedir. Bu bağlamda Psikanalitik Kuram; hızla gelişen teknolojinin bireylerarası rekabeti artırdığını ve bu doğrultuda kendisini yalnız ve güvensiz hisseden bireyin, duyduğu endişelere bağlı olarak kaygı düzeyinin arttığını savunmaktadır ⁽³⁶⁾.

2.2.2.2 Varoluşçu Kuram ve Kaygı

Varoluşçu Kuram kapsamında kaygı, yaşanan dünyanın açık anlamsızlığından ve kaotik yapısının farkına varılmasına eşlik eden bir duygudurumu olarak tanımlanmaktadır. Bu bağlamda Varoluşçu Kuram'a göre; birey

yaşamın anlamsızlığının farkına varmakta ve bu anlamsızlık, birey için ölümden daha rahatsız edici bir durum olması dolayısıyla kaygıya neden olmaktadır ⁽³⁷⁾.

Varoluşçu Kuram'a göre kaygı, aşağıda verildiği kapsamda iki farklı şekilde ortaya çıkmaktadır ⁽³⁸⁾;

- **Olumlu Kaygı**

Olumlu kaygı; bireyin korkuları ile yüzleşmeyi göze alması doğrultusunda, kendisine farklı ve yeni yaşam olanakları oluşturabilmesini sağlayan kaygı olarak ifade edilmektedir.

- **Olumsuz Kaygı**

Olumsuz kaygı ise; bireyin kendisine farklı ve yeni yaşam olanakları sağlamak yerine, dar bir çevre içerisinde ve birtakım kurallara bağlı olarak yaşamasına neden olan kaygı olarak ifade edilmektedir. Bu yönüyle de olumsuz kaygı, bireyin dar bir varoluş biçimi benimsemesine neden olmaktadır. Olumsuz kaygıya sahip bireylerde de; genel olarak "ölüm ve sonluluk kaygısı", "boşluk ve anlamsızlık kaygısı" ve "suç ve kınanma kaygısı" gibi üç tip kaygının ortaya çıkması söz konusudur.

2.2.2.3 Davranışçı ve Öğrenme Kuramı ve Kaygı

Davranışçı ve Öğrenme Kuramı'na göre kaygı, kaçınma tepkisini güdüleyen ikincil bir tepki olarak kendisini ortaya koymaktadır. Bu doğrultuda Davranışçı ve Öğrenme Kuramı, kaygının normal ya da patolojik olma özelliğinin; yoğunluğu, süresi, dış tehlikenin birey için önemi ve derecesi kapsamında belirlenebileceğini savunmaktadır ⁽²⁸⁾.

Davranışçı ve Öğrenme Kuramı çerçevesinde, kaygının davranışlar üzerindeki olumlu etkileri üzerinde de durulmaktadır. Bu yönüyle de Davranışçı ve Öğrenme Kuramı kaygının, yeni davranışlar kazanılmasında ve bireyin güdülenmesinde olumlu etkileri olduğunu belirtmektedir. Bununla birlikte Davranışçı ve Öğrenme Kuramı; kaygının söz konusu edilen bu olumlu etkilerinin zekâ, eğitim

düzeyi ve sosyo-ekonomik durum gibi demografik özelliklere göre farklılık gösterebileceğini ifade etmektedir ⁽³⁹⁾.

Davranışçı ve Öğrenme Kuramı, gerçek bir tehdit karşısında gösterilen kaygı tepkisinin, bir uyum davranışı olarak ortaya konulduğunu savunmaktadır. Ancak herhangi bir tehlike olmadan kaygı tepkisi ortaya çıkmaktaysa da, bu durum Davranışçı ve Öğrenme Kuramı tarafından psikopatolojik bir durum olarak değerlendirilmektedir ⁽⁴⁰⁾.

Davranışçı ve Öğrenme Kuramı'na göre, kaygı bozukluklarının ortaya çıkmasında geleneksel öğrenme ilkelerinin rol oynaması söz konusudur. Zira kaygı öğrenilmiş bir süreçtir ve koşullu uyaranların, koşulsuz tepkilere yol açması kaçınılmazdır. Aynı şekilde sosyal öğrenme aracılığı ile de çocuklar, ailelerinin tepkilerini model olarak benimsemektedirler ⁽³³⁾.

2.2.2.4 Bilişsel Kuram ve Kaygı

Bilişsel Kuram'a göre kaygı; kaygının nedeni olan olayın kendisi ile değil, bilakis bu olayın birey tarafından nasıl algılandığı ve yorumlandığı ile bağlantılı olarak ortaya çıkan bir durumdur. Bu temelde Bilişsel Kuram, kaygının olayların çarpıtılmış düşünce örüntüleri ile algılanmasından kaynaklandığını savunmaktadır ⁽⁴¹⁾.

Bilişsel Kuram'a göre; kaygının temelinde yer alan duyguların anlaşılabilmesi için, öncelikli olarak bireyin olaylarla ilgili bilişsel değerlendirmelerinin (cognitive appraisal) anlaşılması gerekmektedir. Zira kaygılar bilişsel değerlendirmeler ve bilişsel değerlendirmelerde karşılaşılan yeni uyarıcılar, geçmiş deneyimler ve bellekte depolanmış duygusal yaşantılarla "iyi" ya da "kötü" boylamında temelinde oluşturulmaktadır ⁽⁴²⁾.

Bilişsel Kuram; yoğun stres altında bulunan ve yaşamındaki olayları kontrol etme yetenekleri olmadığı duygusunu yaşayan bireylerin, yaşam olaylarının sonuçlarına daha duyarlı olduklarını ve dolayısıyla da bu bireylerin kaygı düzeyinin daha yüksek düzeyde gerçekleştiğini belirtmektedir. Zira bu bireyler yaşamı, kendi kontrollerinin ötesinde bir süreç olarak algılamaktadırlar ⁽⁴³⁾.

2.2.2.5 Anksiyete Kuramı ve Kaygı

Anksiyete Kuramı'na göre kaygı, insanın temel duygularından biri olarak kabul edilmelidir. Zira her insan tehlikeli gördüğü durumlar karşısında kaygı duyabilmektedir. Bununla birlikte Anksiyete Kuramı, kaygının “Durumluluk Kaygı (State Anxiety)” ve “Sürekli Kaygı (Trait Anxiety)” şeklinde iki bölüm kapsamında değerlendirilmesi gerektiğini savunmaktadır ⁽⁴²⁾.

“Durumluluk Kaygı (State Anxiety)”; tehlikeli koşulların oluşturduğu bir kaygı türüdür ve her birey, geçici ve duruma bağlı kaygı oluşturabilmektedir. Durumluluk Kaygı, bireyin içerisinde yer aldığı stresli durumdan dolayı hissettiği subjektif korkuyu ifade etmektedir. Bu durum karşısında fizyolojik olarak otonom sinir sisteminin uyarılması ile terleme, sararma, kızarma ve titreme gibi fiziksel değişimler gözlenebilmekte ve bu değişimler, bireyin gerilim ve huzursuzluk duygularının bir göstergesi olarak ortaya çıkmaktadır. Eğer birey yoğun strese maruz kalmışsa durumluluk kaygı düzeyi yükselmekte, stresin ortadan kalkması ile birlikte de durumluluk kaygı düzeyinde düşme görülmektedir ⁽⁴⁵⁾.

“Sürekli Kaygı (Trait Anxiety)” ise, sürekli huzursuzluk yaşayan bireylerde görülmektedir. Bu kaygı, direkt olarak çevreden gelen tehlikelere bağlı değildir ve genel olarak bireyin iç dünyasından kaynaklanmaktadır. Eğer birey, öz değerlerinin tehdit edildiğini düşünmekteyse ya da içerisinde yer aldığı durumu stresli olarak yorumluyorsa, bu doğrultuda kaygı duymaya başlamaktadır ki, bu kaygı “Sürekli Kaygı” olarak adlandırılmaktadır ⁽⁴⁶⁾.

Sürekli Kaygı, bireyin kaygı yaşantılarına yatkınlığı doğrultusunda ortaya çıkmaktadır. Bu yatkınlık, özde nötr etkiye sahip yaşantıların birey tarafından tehlikeli ve tehdit edici olarak algılanmasına neden olmakta ve bu algı doğrultusunda da bireyde, hoşnutsuzluk ve mutsuzluk duygusu ile karşı karşıya kalınmaktadır. Bu nedenle de bu tür kaygı düzeyleri yüksek olan bireylerin, daha kolay incindikleri ve diğer bireylere göre daha fazla karamsarlığa kapıldıkları belirtilmektedir. Bununla birlikte “Sürekli Kaygı” düzeyi yüksek bireylerin, “Durumluluk Kaygı”yı da daha sık ve yoğun yaşadıkları görülmektedir ⁽⁴⁷⁾.

2.2.2.6 Biyolojik Kuram ve Kaygı

Biyolojik Kuram; kaygı ile ilgili biyolojik faktörlerin, temel nörolojik etkilerin ve kaygı bozukluklarının tedavisinde kullanılan psikotrop ilaçların etkilerinin incelenmesi doğrultusunda geliştirilmiştir. Bu doğrultuda Biyolojik Kuram kaygı bozukluklarının, ölçülebilir biyolojik değişikliklerden ve psikolojik çatışmalardan kaynaklandığını kabul etmektedir. Zira Biyolojik Kuram'a göre; hem biyolojik değişiklikler hem de psikolojik çatışmalar bireyde kaygı yaşanmasına neden olabilmekte ve kaygının, her bireyde farklı şekilde ortaya çıkmasını sağlamaktadır ⁽⁴⁸⁾.

2.2.3 Kaygı Nedenleri

Kaygı, bireyin bir tehdit ya da tehlike ile karşı karşıya kalması durumunda, kendisini korumaya yönelik bir tepki olarak ortaya çıkmaktadır. Bu yönüyle de kaygının, her bireyde bir tepki zinciri olarak ortaya konulan bir yetenek olarak değerlendirilebildiği görülmektedir ⁽⁴⁹⁾. Sahip oldukları bu yetenek sayesinde bireyler, bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ya da zorlanması durumunda; bedensel, duygusal ve zihinsel değişimlere uyum sağlayabilmek için bir uyarılmışlık durumu içerisinde yer almaya başlamaktadırlar.

Belirtilen bu özellikleri doğrultusunda kaygının, aşağıda verildiği şekilde üç unsur temelinde oluştuğu kabul edilmektedir ^(50,51,52);

1. Algılama

Duyguyu ortaya çıkaran durumun net olarak algılanamaması ya da bulanık olması, bireyde huzursuzluk yaşanmasına neden olabilmekte ve bu durum da kaygıya neden olabilmektedir.

2. Duygu

Duyguyu ortaya çıkaran durumun net olarak algılanamaması gibi duyguların çeşitlilik göstermesi de kaygıya neden olabilmektedir. Bu doğrultuda kaygı; öfke yoluyla yaşanabilmekte, bireyin kendisi ile barışık olmadığı durumlarda ortaya çıkabilmekte ve/veya bireyin yaşanan her olay için suçlayacak başka birini bulduğunda görülebilmektedir. Aynı şekilde

çöküntü duygusu da kaygı ile bağlantılı olabilmekte ve bu duygu, derin umutsuzluk ve melankoli halinden depresyonun hafif haline dek devam edebilmektedir.

3. GÜDÜ

Direnç ve kaçış tepkisine bağlı güdüler, hem kaygıya neden olabilmekte hem de kaygıya bağlı olarak artabilmektedir. Bu güdüler, bireyin iç dünyasında yaşadığı ya da başkalarına ilişkin ipuçlarını ortaya koyma şekli olarak değerlendirilmektedir.

Belirtilen bu üç unsur temelinde kaygı; zor, gergin, endişe ya da şüphe duyma hislerinden ya da maruz kalınan aşırı stres nedeniyle, kişisel tehlike ve tehdit oluşturan durumun algılanması ile oluşabilmektedir ⁽⁵³⁾. Bu doğrultuda kaygının temel kaynağı, bireyin kendisine duyduğu güvensizlik ve ben duygusunun sağlıklı oluşumu olarak değerlendirilmektedir ^(54,55). Bireyin kendisine duyduğu güvensizlik ve ben duygusunun sağlıklı oluşumu genç bireylerde daha fazla görüldüğünden, gençlerin çocuk ve yetişkinlere göre daha kaygılı olmaları söz konusudur ⁽⁵⁶⁾.

Kaygının kökleri çocukluk yaşamına dayanmaktadır. Bu dönemde bireyin çevresi ile ilişkilerinin sağlıklı olmaması, potansiyelini tam olarak gerçekleştirememesine neden olabilmekte ve kaygıya kaynaklık edebilmektedir ⁽⁵⁷⁾. Aynı şekilde çocukluk döneminde bireyin aşırı reddedici ve küçük düşürücü tutum ve davranışlara maruz kalması ⁽⁵⁸⁾, ebeveynlerin cezalandırma sürecinde cezaya eşlik eden itici davranışlar sergilemeleri ve birbirlerine zıt isteklerde bulunmaları ⁽⁵⁹⁾, anne– babaların boşanmalarının ardından dahi tartışmalarını devam ettirmeleri ⁽⁵⁸⁾, ergenlik döneminde akranların ve/veya yetişkinlerin alaycı davranışları ile karşı karşıya kalınması ⁽⁶⁰⁾ ve çocuğun ilk sosyalleşme deneyiminde itici ve küçük düşürücü davranışlarla karşılaşması ⁽⁶¹⁾ kaygı oluşumuna neden olabilmektedir.

Yetişkin bireylerde kaygıya neden olan temel nedenler de; süperego ile sosyal kuralların uyuşmaması dolayısıyla yaşanan sosyal çatışmalar, bireyin varlığını tehdit eden tehlikeler ve yaralanmalar olarak değerlendirilmektedir ⁽⁶²⁾. Bununla birlikte yetişkinlerde, kaygıya neden olabilecek çok sayıda özel durumdan söz edilebileceği belirtilmektedir.

Konu ile ilgili araştırmalar doğrultusunda; iş değişikliği, aile içerisinde yaşanan ölümler ve günlük yaşam sorunları gibi nedenlerin, yetişkin bireylerin kaygı yaşamalarının ilk sıralardaki nedenleri olduğu belirlenmiştir ⁽⁶³⁾. Bilişsel çelişkiler de bireylerin kaygı yaşamalarının en önemli nedenleri arasında değerlendirilmektedir. Bu doğrultuda bireyin inandığı ve önem verdiği düşünce sistemleri ile davranışları arasında çelişki yaşanması söz konusu ise, bu durum kaygı nedeni olabilmektedir ⁽⁶⁴⁾.

Belirtilen bu ve benzeri nedenler doğrultusunda kaygı, kişiden kişiye değişiklik gösterebilmektedir ⁽⁶⁵⁾. Zira bazı bireyler için kaygı, yavaş yavaş gelişim gösterebilmekte ve uzun süre strese maruz kalınması sonucunda ortaya çıkabilmektedir ⁽⁶⁶⁾. Bazı bireyler, hayatın gidişatını kontrol edemediklerini düşünebilmekte ve gelecek için sürekli kaygı duyabilmektedirler ⁽⁶⁷⁾. Bazı bireyler ise, geçmişte yaşadıkları kötü olaylarla gelecekte de karşılaşacaklarını düşünerek sürekli tedirginlik yaşayabilmekte ve kaygıya maruz kalabilmektedirler ⁽⁶⁸⁾.

Kaygının, genetik yatkınlık olması ya da ailede kaygı ile ilgili bir hikye bulunması ile daha fazla görülmesi söz konusu olabilmektedir. Zira genetik yatkınlık, kaygı için bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir ve bu durum, kaygının fiziksel nedenleri arasında ifade edilmektedir. Örneğin; bireyin bedensel işlevlerinin kontrol edilmesini sağlayan tiroit salgı bezinin hızlı çalışması, kaygının bu kapsamda ele alınması gereken nedeni olarak görülmektedir ⁽³⁴⁾. Aynı şekilde antidepresan ilaçların yan etkileri ile zevk verici ilaçların da, kaygıya neden olan fiziksel etmenler arasında değerlendirilmesi söz konusudur ⁽²⁴⁾.

Güleç ve Köroğlu tarafından da günlük yaşam içerisinde bireyin kaygı duymasına neden olan ve kökleri ilk çocukluk yaşantılarına dayanan temel faktörler; ayrılık, ebeveyn kaybı, korkular, yeni bir kardeşin dünyaya gelmesi ve ani ortam değişiklikleri olarak ifade edilmektedir ⁽³⁵⁾.

z'e göre de; yetişkin dönemde bireyin yaşamında gerçekleşen başarı, yeni iş teklifi, terfi, kariyer olanakları, cinsel gelişme, gebelik, ebeveyn olma gibi olumlu olaylar ile diğer bireyler tarafından kabul görmeme, başarısızlık, servet kaybı, işsizlik, boşanma, bir saldırıya ya da tecavüze maruz kalma gibi prestij kaybına neden olan değişimler de kaygı duyulmasına neden olabilmektedir ⁽⁶⁵⁾.

Karaman (2009) tarafından da; bireyin kendisini güvende hissetmesini sağlayan gıda, giyim ve barınma ile ilgili çevresel olaylar ile kültürel baskı, taşınma ve göç gibi sosyal olayların da kaygıya neden olabileceği belirtilmektedir ⁽⁶³⁾. Ergenlik dönemi, emeklilik dönemi ve yaşlılık dönemi gibi bazı yaşam dönemleri ile bireyin kaybetme duygusu yaşamasına neden olan ölüm, organ ve fonksiyon kaybı gibi duygusal kayıplar da, Sargın (1990) tarafından kaygı nedenleri arasında değerlendirilmektedir ⁽⁵⁷⁾.

Sonuç olarak kaygı, belirtilen bu ve benzeri nedenler doğrultusunda ortaya çıkabilmekte ve birey de kaygı ile birlikte korku, öfke, çaresizlik, gerginlik ve depresyon gibi duygular ortaya çıkabilmektedir. Kaygı ile birlikte bireyde söz konusu olmaya başlayan bu duygular, bireyler üzerinde birtakım etkilerin görülmesine neden olabilmektedir. Çalışmanın bu aşamasında, kaygının bireyler üzerindeki etkileri bağlamında ayrıntılı belirlemelerde ve değerlendirmelerde bulunulacaktır.

2.2.4 Kaygının Bireyler Üzerindeki Etkileri

Kaygı, bireylerde gizli kalan içtepisel bir durum olarak yaşanmamaktadır. Bu doğrultuda kaygının; bireylerin fizyolojik, psikolojik, bilişsel ve davranışsal süreçlerine ve bütünlüklerine çok yönlü etkileri bulunmaktadır. Bu etkiler bireylerin tüm yaşamlarını etki altına alabilmekte ve kaygının derecesine göre, bireylerin yaşamlarını etkileme derecesi de değişkenlik gösterebilmektedir.

Kaygının bireyler üzerindeki etkileri aşağıda yer alan alt başlıklar doğrultusunda değerlendirilebilmektedir;

1) Kaygının Bireyler Üzerindeki Fizyolojik Etkileri

Kaygının bireyler üzerinde fizyolojik etkileri, sempatik sinir sisteminin aktivasyonu ile ilgili olarak ortaya çıkmaktadır ⁽⁶⁹⁾. Kaygının ve başarılmak istenilen görevin zorluk derecesi, kaygının olumlu ya da olumsuz olmasına neden olmaktadır ⁽¹⁴⁾. Aynı şekilde kaygı sırasında salgılanan adrenalin düzeyi de, kaygının olumlu ya da olumsuz etkilere neden olmasını sağlayabilmektedir ⁽²⁶⁾.

Konu ile ilgili araştırmalar doğrultusunda, adrenalin miktarının uyarıcı etkisi ve dikkatin odaklanmasındaki önemli rolü dolayısıyla kaygının fiziksel etkilerini değiştirebildiği belirlenmiştir. Bu bağlamda aşırı kaygı durumunda salgılanan yoğun adrenalin; bilgi transferini engellemekte ve fiziksel tepkilerin kontrol edilememesine neden olmak doğrultusunda paniğe yol açabilmektedir ⁽⁷⁰⁾.

Kaygının birey tarafından fark edilebilen fizyolojik etkileri aşağıda verildiği gibi özetlenebilmektedir ^(59,66,71,72);

- Kaygı, bireylerde adale spazmı yaşanmasına neden olabilmektedir.
- Kaygı, bireylerde iştah kaybı yaşanması ile birlikte kilo kaybı görölmesine neden olabilmektedir.
- Bireylerin aşırı kaygı düzeyine sahip olmaları, sıklıkla mide ağrısı görölmesine neden olabilmektedir.
- Bireylerin aşırı kaygı düzeyine sahip olmaları; uyku düzenlerinin bozulmasına, uykunun sıklıkla bölünmesine, erken uyanma ya da geç uykuya dalma anlamında uyku bozukluklarına neden olabilmektedir.
- Bireylerin aşırı kaygı düzeyine sahip olmaları, kalp vuruş sayısının artması ile birlikte kalp krizi geçiriyormuş hissiyatı yaşanmasına neden olabilmektedir.
- Bireylerin aşırı kaygı düzeyine sahip olmaları, sıklıkla kalp çarpıntısı yaşanması doğrultusunda panik atak yaşanmasına zemin hazırlayabilmektedir.
- Bireylerin aşırı kaygı düzeyine sahip olmaları, sıklıkla baş ağrısı yaşanmasına neden olabilmektedir.
- Bireylerin aşırı kaygı düzeyine sahip olmaları, bağırsak hareketlerinin sürekli değişiklik göstermesi doğrultusunda, sıklıkla ishal ve kabızlık arasında geçiş yapılmasına neden olabilmektedir.
- Bireylerin aşırı kaygı düzeyine sahip olmaları, nefes alıp vermede düzensizlik yaşanması doğrultusunda, sıklıkla boğuluyormuş hissi ile karşı karşıya kalınmasına neden olabilmektedir.
- Bireylerin aşırı kaygı düzeyine sahip olmaları, fizyolojik bir rahatsızlıktan kaynaklıymış gibi sıklıkla nefes darlığı yaşanmasına neden olabilmektedir.

- Bireylerin aşırı kaygı düzeyine sahip olmaları, fizyolojik bir rahatsızlıktan kaynaklıymış gibi sıklıkla dilin ve damağın kuruması, terleme, titreme ve/veya bulantı hissi yaşanmasına neden olabilmektedir.
- Bireylerin aşırı kaygı düzeyine sahip olmaları, sıklıkla yorgunluk ve halsizlik hissi içerisinde olunmasına neden olabilmektedir.
- Bireylerin aşırı kaygı düzeyine sahip olmaları, el ve ayak parmaklarının sürekli soğuk olmasına neden olabilmektedir.
- Bireylerin aşırı kaygı düzeyine sahip olmaları, fizyolojik bir rahatsızlıktan kaynaklıymış gibi rengin soluklaşması vb. anlamında cilt ve deri sorunları yaşanmasına neden olabilmektedir.

2) Kaygının Bireyler Üzerindeki Psikolojik Etkileri

Kaygının bireyler üzerinde psikolojik etkileri; bireyde sıklıkla korku, tedirginlik, huzursuzluk, güvensizlik, çekingenlik, çaresizlik, sinirlilik, öfke, depresyon, sersemleme hali, aşırı gerginlik, konsantrasyon güçlüğü, kendini ve/veya başkalarını sürekli eleştirme ve/veya suçlama eğilimi, libidoda azalma, kontrolünü kaybetme, iştahsızlık, yorgunluk vb. şeklinde kendisini ortaya koyabilmektedir ^(61,65,73).

Söz konusu edilen bu belirlemeler haricinde kaygının psikolojik etkileri aşağıda verildiği gibi özetlenebilmektedir ^(42,55,74,75).

- Bireylerin aşırı kaygı düzeyine sahip olmaları, sıklıkla endişe, mutsuzluk, umutsuzluk ve kızgınlık hissi içerisinde olunmasına neden olabilmektedir.
- Bireylerin aşırı kaygı düzeyine sahip olmaları; bireylerin sıklıkla durgun, isteksiz ve ilgisiz davranışlar sergilemelerine neden olabilmektedir.
- Bireylerin aşırı kaygı düzeyine sahip olmaları, sıklıkla nedensiz olarak ağlama isteğine sahip olunmasına ve/veya kolayca ağlama eğilimi gösterilmesine neden olabilmektedir.
- Bireylerin aşırı kaygı düzeyine sahip olmaları, bireylerin kendilerine güven duymamaları dolayısıyla, sıklıkla yalnızlık hissine kapılmaya neden olabilmektedir.
- Bireylerin aşırı kaygı düzeyine sahip olmaları, ruh halinin sürekli değişkenlik göstermesine neden olabilmektedir.

- Bireylerin aşırı kaygı düzeyine sahip olmaları, en basit kararların verilmesinde dahi sıklıkla kararsızlık ya da karar vermede güçlük yaşanmasına neden olabilmektedir.

3) Kaygının Bireyler Üzerindeki Bilişsel Etkileri

Kaygının bireyler üzerinde bilişsel etkileri; öğrenme, kavrama, düşünme, yargılama, algılama, tanıma, hatırlama, unutma, tasarlama, karar verme, problem çözme, anlama, açıklama, fiziksel ve sosyal çevreye duyarlı olma, dikkat, yaratıcılık vb. gibi bilişsel süreçlerde sorunlar yaşanması şeklinde kendisini ortaya koyabilmektedir ^(52,65,76).

Belirtilen bu bilişsel süreçler çerçevesinde, kaygının bilişsel etkileri aşağıda verildiği gibi özetlenebilmektedir ^(24,77,78,79);

- Kaygı, bireylerin sıklıkla aşırı uyanıklık hali içerisinde olmalarına neden olabilmektedir.
- Kaygı, bireylerin sıklıkla olumsuz yorumlar içeren inanç ve düşüncelere sahip olmalarına neden olabilmektedir.
- Kaygı, bireylerin sıklıkla unutkanlık yaşamalarına ve bu durum dolayısıyla birtakım sorunlara maruz kalmalarına neden olabilmektedir.
- Kaygı, bireylerin sıklıkla düşüncelerini ve o doğrultuda yaşamlarını organize etmede sorunlar yaşamalarına neden olabilmektedir.
- Kaygı, bireylerin sıklıkla konsantrasyon bozukluğu yaşamaları dolayısıyla akademik başarı düzeyinde düşme görülmesine neden olabilmektedir.

4) Kaygının Bireyler Üzerindeki Davranışsal Etkileri

Kaygının bireyler üzerinde davranışsal etkileri; bilinçli ya da bilinçsiz olarak kaygı yaratan durumlardan kaçma davranışı gösterilmesi, donakalma, yerinde durmama, uykuya dalmada güçlük yaşama ya da sürekli uyuma eğilimi gösterme vb. gibi davranışlar şeklinde kendisini ortaya koyabilmektedir ^(35,53,80).

Söz konusu edilen bu belirtiler doğrultusunda kaygının davranışsal etkileri aşağıda verildiği gibi özetlenebilmektedir ^(47,56,81,82);

- Kaygı, bireyin sakin bir şekilde oturmasını ve dinlenmesini engelleyen aşırı psikolojik enerjiye neden olmak doğrultusunda, bireyde aşırı hareketlilik görülmesine neden olabilmektedir.
- Kaygı, bireyin herhangi bir sorunla karşı karşıya kalacağını düşünmesi durumunda bulunduğu ortamdan uzaklaşma davranışı göstermesine neden olabilmektedir.
- Kaygı, bireyin herhangi bir sorunla karşı karşıya kalacağını düşünmesi durumunda, bir öğrencinin girmesi gereken sınavlara girmemesi gibi, sorun yaşayacağını düşündüğü ortamda hiç bulunmama davranışı göstermesine neden olabilmektedir.
- Kaygı, pasif – agresif savunma yapıları gibi, bireyin performansını ve uyumunu engellemeye yönelik davranış biçimleri geliştirilmesine neden olabilmektedir.

2.2.5. Kaygı Belirtileri

Organizmayı tehdit altında bırakan dış etkenler oluştuğunda kaçma ve savunma olarak ortaya çıkan bedensel tepkiler, otonom sinir sisteminin devreye girmesini sağlar. Bu sistem sempatik ve parasempatik sinir sistemi olmak üzere iki temel bileşenden oluşur ve bu bileşenler birbirine zıt fonksiyonlar gösterir ⁽⁴⁶⁾.

Kaygı durumlarında kişide ortaya çıkan belirtiler;

- Nabız artışı, aritmi, damarlarda büzülme, sistolik kan basıncında artış
- Solunum problemleri, boğulma hissi, hiperventilasyon
- Mide spazmları, mide ağrıları, ishal, bulantı, kusma
- Aktifleşen böbrek fonksiyonları sonucu sık idrara çıkma
- Göz bebeklerinde büyüme
- Piloereksiyon
- Kan şekeri yükselme
- Terleme
- Titreme
- Damarlarda genişlemeye bağlı ısı artışı
- Tükürük bezlerindeki işlevsellikte azalmaya bağlı ağız kuruluğu

- Yüksek sesle konuşma, gereksiz soru sorma gibi örnekler verilebilir.

Bu belirtilerden 6 tanesinin 20-30 dakikada 3 veya daha fazla sayıda tekrar etmesi yüksek kaygı belirtisi olarak tanımlanmaktadır ^(46,55).

2.2.6 Kaygı Düzeyini Etkileyen Faktörler

Çeşitli sosyo-demografik özelliklerin bireylerde kaygı bozukluğu hastalıklarının ortaya çıkmasında önemli etken olduğu araştırmalarda değerlendirilmiştir ^(24,33,36).

Kaygının meydana gelmesinde cinsiyet, ebeveynlerin mesleği ve eğitim durumu, ailenin sosyo-ekonomik durumu, kardeş sayısı, çocuğun başarı durumu etkilidir ^(6,12,15).

Karancı & Dirik'e göre kadınların anksiyete düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ⁽¹³⁾.

Cinsiyet etkeninin yanı sıra, anne ve babalarının eğitim düzeyleri yüksek olan çocukların kaygı yaşama oranı, eğitim seviyesi düşük olan çiftlerin çocuklarına oranla daha az olduğu belirlenmiştir. Sosyo-ekonomik durumu yetersiz olan aile temel ihtiyaçlarını karşılayamamakta ve hayattan zevk alamamakta ve bu durum da aile içi ilişkilerde gerginlik yaratmakta ve çocuğun kaygı duymasına neden olmaktadır. Anne ve babanın mesleğinin stresli olması çocuğun olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır. Ailede kardeş sayısı arttıkça büyük çocuk kendisine olan ilginin azalacağından şüphe duyarak kaygı düzeyi artmaktadır ^(6,8,27,46).

Çocuklar ve ergenlerin, ebeveynlerinin kendilerine yönelik tutumlarını "ilgisiz" olarak algılayanların daha kaygılı olduğu görülmektedir ⁽⁵⁴⁾. Bu durum anne-baba tutumunun kaygıyı etkileyen bir faktör olduğu şeklinde yorumlanabilir.

2.2.7 Kaygı ve Tanılama Süreci

Kaygı, tanılanması zor bir korku ve endişe duygusu olarak değerlendirilmektedir. Zira kaygı duygusuna vücut ile ilgili birtakım duyular eşlik

edebildiği gibi, bu yönde belirtilerin görülmemesi de söz konusu olabilmektedir. Bu belirtilerin görülmemesi ise, bireydeki kaygı düzeyinin gözlemlenebilmesini ve dolayısıyla da tanılanmasını zorlaştırabilmektedir.

Kaygının bireyler üzerindeki fizyolojik etkileri bağlamındaki belirlemeler kapsamında da yer verildiği üzere kaygı; göğüste sıkışma, kalp çarpıntısı, terleme, mide ve baş ağrısı, midede boşluk hissine sahip olunması, sıklıkla tuvalete gitme ihtiyacı duyulması vb. gibi birtakım fiziksel etkilerle kendisini ortaya koyabilmektedir.

Kaygının bireyler üzerindeki psikolojik etkileri bağlamında tedirginlik, huzursuzluk, güvensizlik, çekingenlik, çaresizlik, sinirlilik, öfke vb. ile kaygının bireyler üzerindeki davranışsal etkileri bağlamında kaygı yaratan durumlardan kaçma davranışı gösterilmesi, donakalma, yerinde durmama, uykuya dalmada güçlük yaşama ya da sürekli uyuma eğilimi gösterme vb. görülebilmektedir. Neticesinde bu belirtiler doğrultusunda kaygının tanılanması olası olabilmektedir.

Kaygı; birey için tehlike arz eden fiziksel, psikolojik, bilişsel ve davranışsal sıkıntıların ortaya konulmasına yönelik bir uyarı olması anlamında, tanılanması önem taşımaktadır. Bu bağlamda kaygı, bireyin söz konusu edilen bu sıkıntılara yönelik uyarılmasını ve bireyin, karşı karşıya kalabileceği tehditlerle baş edebilmesi için önlem almasını sağlamaktadır ^(24,83).

Bireyde korku duygusunun ortaya çıkması da kaygı ile benzer bir uyarı olarak değerlendirilebilmekle birlikte; özde korku dışarıda bulunan, bilinen ve bir anlamda açık ve seçik olarak tanımlanabilen ve kökeni iç çatışmalara dayalı olmayan bir tehdide gösterilen bir tepki olması bakımından kaygıdan farklılık göstermektedir ⁽³³⁾. Zira kaygı; bilinmeyen, bireyin iç çatışmalarından kaynaklanan, belirsiz ve bireyin iç dünyasına endeksli olarak yaşanan bir tepki olması bakımından fiziksel, psikolojik, bilişsel ve davranışsal etkileri de korkudan farklılık arz etmektedir.

Kaygının tanılanması sürecinde, korku ile söz konusu edilen bu farklılıklarının göz önünde bulundurulması adına hareket edilmektedir. Bu farklılıklardan birisi ve en önemlisi, korkunun akut ve kaygının kronik olmasıdır. Bununla birlikte belirtildiği üzere, kişiden kişiye de farklılık gösterebilmekle birlikte, korku ile kaygının belirtileri değişkenlik göstermektedir ^(62,84).

Konu ile ilgili araştırmalar doğrultusunda, kaygı düzeyi yüksek bireylerde görülen fiziksel belirtilerin genel olarak; arpıntılı ve terleme gibi kardiyovasküler semptomlar gösterdikleri, ilerinde bir Őeyin “pır pır” ettiğine yönelik bir hisse sahip oldukları, sahip oldukları boşluk duygusu dolayısıyla midelerinde “kelebeklerin uuştuğuna” yönelik paylaşımda buldukları, gaz ağrılarını çektikleri ve diyare gibi gastrointestinal semptomlar gösterdikleri belirlenmiştir ve kaygı da genel olarak, fiziksel bir bozukluktan kaynaklanmayan bu belirtiler kapsamında tanılanmaktadır (25,85).

Aynı Şekilde konu ile ilgili araştırmalar doğrultusunda; kaygının tanılanmasında sık idrara çıkmanın, yüzeysel solunum yapmanın, kas gerginliği yaşamanın, kas katılığına ya da spazmına sahip olunması ile boyun tutukluğu yaşanmasının ve göğüste sıkışma duygusu hissetmenin, fiziksel bir bozukluktan kaynaklanma durumu söz konusu değilse, önemli belirtiler olarak kendisini ortaya koyduğu kabul edilmektedir (35,86).

Söz konusu edilen bu ve benzeri belirtiler kaygının tanılanmasında belirleyici kabul edilmekle birlikte, yaygın kaygı bozukluğu tanısının psikiyatrlar tarafından konulması gerekmektedir (87). Zira psikiyatrlar tarafından yapılan kaygı tanılanmasında, kaygı belirtilerinin fiziksel ve diğer psikolojik rahatsızlıklardan ayırt edilmesine zen gösterilmekte ve doğru tanılama da bulunulması adına gerekli testler uygulanabilmektedir. Bu amaca yönelik olarak bireylere ayrıntılı fizik muayene yapılmakta, çeşitli kan tetkikleri istenmekte, görüntülemeler ve gerek görülmesi durumunda da branş hekimlerinden konsültasyon istenmektedir.

2.2.8 Kaygının Tanılanmasında Kullanılan lekler

Kaygının tanılanmasında kullanılan ölçeklerle ilgili belirlemeler, literatürde yaygın olarak kullanılan üç temel ölçek olarak kabul edilen “Durumluk – Sürekli Kaygı leği”, “Beck Kaygı leği” ve “Vizüel Analog Skala” kapsamında ele alınacaktır.

1) Durumluk – Süreklilik Kaygı Ölçeği (State – Trait Anxiety Inventory – STAI)

Spielberger, Gorsuch ve Luschene (1970) tarafından geliştirilmiş olan “Durumluk – Süreklilik Kaygı Ölçeği (State – Trait Anxiety Inventory – STAI)”, sübjektif benlik ölçüm testleri arasında en sık kullanılan kaygı ölçeklerinden biri olarak değerlendirilmektedir ⁽⁸⁸⁾. STAI; ilk olarak normal psikolojik sağlık düzeyine sahip bireylerin kaygı düzeylerinin ölçülmesine yönelik geliştirilmiş olmakla birlikte, zaman içerisinde farklı hasta gruplarında yer alan bireylerin kaygı düzeylerinin saptanmasına yönelik kullanılmaya başlanmıştır ⁽⁸⁹⁾. Bu bağlamda günümüz itibariyle ameliyat öncesi, ameliyata özgü ve ameliyat sonrası kaygı düzeyinin ölçülmesinde de kullanılan STAI, literatürde “altın standart” olarak gösterilmektedir ⁽⁹⁰⁾.

STAI, normal ve normal olmayan bireylerdeki durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin ölçülmesini amaçlamaktadır. Türk toplumundaki geçerliliği Öner ve Le Compte (1998) tarafından gösterilen ölçek, Türkçe’ye “Durumluk – Sürekli Kaygı Envanteri” olarak çevrilmiştir ⁽⁴⁴⁾.

STAI, durumluk kaygı düzeyinin ölçülmesi için 20 ve sürekli kaygı düzeyinin ölçülmesi için 20 olmak üzere iki ayrı ölçekten oluşmaktadır. Bireyin kendi kendisine yanıtlayabileceği bir ölçek olması dolayısıyla, uygulanması kolay bir envanter olarak değerlendirilmektedir. Bununla birlikte “Durumluk Kaygı Ölçeği” ile “Sürekli Kaygı Ölçeği”nin aynı zamanda uygulanabilmesi söz konusudur ⁽⁹¹⁾.

STAI; okuma – yazma bilmeyen bireylerde de bireysel olarak uygulanabilmekte ve ölçekte yer alan maddeler uygulamacı tarafından katılımcılara okunup, yanıtlar yine uygulamacı tarafından form üzerinde işaretlenebilmektedir. Ölçeğin uygulanabilmesi için katılımcılara özel eğitim verilmesi gerekmemektedir. Bu doğrultuda STAI, 14 yaş ve üstü tüm bireylere uygulanabilmektedir ⁽⁹²⁾.

Durumluk Kaygı Ölçeği’nin yanıtlanmasında; maddelerde yer alan ifadelerin ortaya koyduğu duyuş, düşünce ya da davranışların şiddet derecesine göre “Hiç”, “Biraz”, “Çok” ya da “Tamamıyla” şıklarından birinin seçilmesi gerekmektedir. Sürekli Kaygı Ölçeği’nin yanıtlanmasında ise; maddelerde yer alan ifadelerin ortaya

koyduğu duyuş, düşünce ya da davranışların sıklık derecesine göre “Hemen Hiçbir Zaman”, “Bazen”, “Çok Zaman” ve “Hemen Her Zaman” şıklarından birinin seğılmesi gerekmektedir ⁽⁹³⁾.

2) Beck Kaygı Ölçeğı

Beck Kaygı Ölçeğı; Beck, Epstein, Brown ve Ster (1988) tarafından geliştirilmiştir. Bireylerin yaşadıkları kaygı belirtilerinin sıklık derecesinin belirlenmesine yönelik geliştirilen bir kendini değerlendirme ölçeğı olan Beck Kaygı Ölçeğı, 0 – 3 arası puanlanan ve 22 maddeden oluşan bir ölçektir. Her madde için katılımcılardan “Hiç”, “Hafif Derecede”, “Orta Derecede” ve “Ciddi Derecede” şıklarından birini işaretlenmesi istenmektedir ⁽⁹⁴⁾.

Beck Kaygı Ölçeğı'nden alınan puanların yüksek olması, bireyin maruz kaldığı kaygının şiddetini ortaya koymaktadır. Ölçeğın bir hafta ara ile uygulanması doğrultusunda elde edilen test – tekrar test güvenilirlik katsayıları, 0,75 ve 0,67 olarak belirlenmiştir. Beck Kaygı Ölçeğı'nin Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı da 0,92 olarak bulgulanmıştır ⁽⁹⁵⁾.

Beck Kaygı Ölçeğı'nin Türkçe'ye uyarlaması Ulusoy, Şahin ve Erkmen (1997) tarafından yapılmıştır. Ulusoy, Şahin ve Erkmen (1997); 177 psikiyatri hastası örnekleminde gerçekleştirdikleri çalışmaları kapsamında, ölçeğın Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısını 0,93 olarak belirlenmişlerdir ⁽⁹⁶⁾.

3) Vizüel Analog Skala (VAS)

“Vizüel Analog Skala (VAS)”, horizontal bir çizgide tek bir nokta işaretleme ile preoperatif kaygının ölçülmesini olanaklı kılan bir ölçektir. Bu bağlamda VAS, uygulanması kolay bir ölçek olarak değerlendirilmekte ve preoperatif kaygının ölçülmesine yönelik olarak sıklıkla tercih edilmektedir ⁽⁹⁷⁾.

2.2.9 Kaygı ve Tedavisi

Kaygıya yönelik tedaviler ile gevşeme yöntemleri kapsamında kaygı deneyiminin doğrudan azaltılmasının sağlanması ve sistematik duyarsızlaştırma yöntemleri kapsamında kaygı deneyimi ve maruz kalınan olaylar arasındaki

alışkanlık bağlantılarının kırılması amaçlanmaktadır. Aynı şekilde kaygıya yönelik tedaviler ile bilişsel terapi yöntemleri kapsamında kaygının altında yatan inanç yapılarının değiştirilmesi ve beceri eğitimi yöntemleri kapsamında bireyin performans gösterme yeterliliklerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır ⁽⁹⁸⁾.

Çalışmanın bu aşamasında, kaygının tedavi edilmesine yönelik belirlemeler “Bilişsel Tedaviler” ve “Grup Tedavileri” alt başlıkları doğrultusunda ayrıntılı değerlendirilecektir.

2.2.9.1 Bireysel Tedaviler

Bireylerin kaygı düzeylerinin azaltılmasına ve performanslarının artırılmasına yönelik tedaviler; duygusallık bileşeni, bilişsellik bileşeni ve davranışsal bileşenler bağlamında değerlendirilebilmektedir. Bu kapsamda da kaygının azaltılmasına ve bireysel performansın artırılmasına yönelik bireysel tedaviler; “Duygu Odaklı Tedaviler”, “Biliş Odaklı Tedaviler” ve “Beceri Odaklı Tedaviler” bağlamında uygulanabilmektedir.

2.2.9.1.1 Duygu Odaklı Tedaviler

Kaygının azaltılmasına ve bireysel performansın artırılmasına yönelik uygulanan “Duygu Odaklı Tedaviler”, davranışçı terapi uygulamalarını içermektedir. Davranışçı terapi uygulamaları, deneysel yaklaşım temelinde oluşturulmuş klinik uygulamalar ile şekillendirilmektedir. Bu bağlamda Duygu Odaklı Tedaviler; sorunlu davranışların, bilişlerin ve duyguların öğrenildiği ve yeni öğrenmelerle değiştirilebileceği anlayışına dayanmaktadır ⁽⁹⁸⁾.

Duygu Odaklı Tedaviler, davranışçı terapinin kendisine özgü aşağıda verilen özellikleri doğrultusunda uygulanmaktadır ⁽⁹⁹⁾;

- Duygu Odaklı Tedaviler kapsamında, öncelikli olarak kaygı düzeyi yüksek bireylerin davranışlarının değerlendirilmesi adına hareket edilmektedir.
- Kaygı düzeyi yüksek bireylerin davranışlarının değerlendirilmesinin ardından, bireye özgü tedavi amaçları belirlenmektedir.

- Bireye özgü tedavi amaçlarının belirlenmesinin ardından, bireyin sorunlarına özgü tedavi planı hazırlanmaktadır.
- Bireye özgü tedavi planının uygulanmasının ardından, tedavi sonuçları nesnel olarak değerlendirilmektedir.

Duygu Odaklı Tedaviler, davranışçı terapi yöntemleri kapsamında yoğun imgesel tekniklerin kullanılması doğrultusunda uygulanabildiği gibi, gerçek çevrede de çalışmalar yürütülebilmekte ya da sosyal yaşamdaki davranış örneklerinin model alınması adına hareket edilebilmektedir ⁽⁹⁹⁾. Bu doğrultuda Duygu Odaklı Tedaviler; kaygı düzeyi yüksek bireylerin içerisinde yer aldıkları kaygılı durumu değerlendirebilmelerini, bu tür durumlarla karşılaşmaları halinde duygusal tepkilerinin nasıl arttığını belirleyebilmelerini ve uyarılmışlık düzeylerini nasıl azaltabileceklerini öğrenmelerini içermektedir ^(100,101).

Duygu Odaklı Tedaviler kapsamında, aşağıda verildiği şekilde “Biyolojik Geribildirim Tekniği”, “Gevşeme Eğitimi Tekniği”, “Sistemik Duyarsızlaştırma Tekniği”, “Kaygı Yönetimi Tekniği” ve “Model Alma Tekniği” kullanılabilmektedir;

a) Biyolojik Geribildirim Tekniği

Biyolojik Geribildirim Tekniği; kaygı düzeyi yüksek bireyin, bir ya da daha fazla fizyolojik süreç hakkında anlık ve sürekli olarak bilgilendirilmesini içermektedir. Bu doğrultuda kaygı düzeyi yüksek bireylerin, duygusal tepkileri ile birleşmiş fizyolojik süreçlerini gözlemlmeleri ve değiştirmeleri öğretilmeye çalışılmaktadır ⁽¹⁰²⁾.

b) Gevşeme Eğitimi Tekniği

Gevşeme Eğitimi Tekniği, derin nefes alma ve kas gevşemesi egzersizlerini içermektedir. Bu doğrultuda kaygı düzeyi yüksek bireyin uyarılmışlık durumunun azaltılması amaçlanmaktadır ⁽¹⁰³⁾.

c) Sistematik Duyarsızlaştırma Tekniği

Sistematik Duyarsızlaştırma Tekniği, aşırı kaygı ve korku düzeyine sahip bireylerin tedavi edilmelerine yönelik geliştirilmiş bir tekniktir. Teknik kapsamında kaygı ve korku düzeyi yüksek bireylerin, kaygı ve korku hislerini gevşemelerini sağlayacak duygu ve düşüncelerle değiştirmeleri beklenmektedir ⁽¹⁰⁴⁾.

d) Kaygı Yönetimi Tekniği

Kaygı Yönetimi Tekniği; kaygı düzeyi yüksek bireylerin, kaygıya neden olan duygu ve düşünceleri ile ilgili uyarılmışlık tepkilerini tanımaları ve bu tepkileri tanımaları doğrultusunda, başa çıkmak için gevşeme tepkisini kullanmaları öğretilmeye çalışılmaktadır ⁽¹⁰⁵⁾.

e) Model Alma Tekniği

Model Alma Tekniği; bireye kendisini kaygılı hissettiği durumlarda, arzu edilen başa çıkma davranışlarının video gibi simgesel ya da yaşantısal olarak gösterilmesini içermektedir ⁽¹⁰⁶⁾.

2.2.9.1.2 Biliş Odaklı Tedaviler

Biliş Odaklı Tedaviler; kaygı düzeyi yüksek bireylerin olayları algılamaları, yorumlamaları ve olayların anlamlarını değerlendirmeleri bağlamında gerçekleştirilmektedir ⁽¹⁰⁷⁾. Zira Biliş Odaklı Tedaviler kapsamında; aşırı öfke, depresyon, kaygı ve stres gibi birçok olumsuz duygudurumunun gerçekçi olmayan beklentiler, çarpıtılmış algılar, hatalı inançlar, mantık dışı değerlendirmeler ve uygun olmayan atıflar gibi işlevsel olmayan düşünceler tarafından uyarıldığı kabul edilmekte ve bu düşüncelerin değiştirilmesi ile kaygı verici düşüncelerden uzaklaşabileceği kabul edilmektedir ⁽¹⁰⁸⁾.

Bu doğrultuda Biliş Odaklı Tedaviler kapsamında, kaygı düzeyi yüksek bireylerin aşağıda verilen öğrenmeleri gerçekleştirilmeleri beklenmektedir ⁽¹⁰⁹⁾;

- Biliş Odaklı Tedaviler ile kaygı düzeyi yüksek bireylerin, olumsuz otomatik düşüncelerinin farkına varmaları sağlanmaya çalışılmaktadır.
- Biliş Odaklı Tedaviler ile kaygı düzeyi yüksek bireylerin; duygu, düşünce ve davranışları arasındaki etkileşimleri tanımlamaları sağlanmaya çalışılmaktadır.
- Biliş Odaklı Tedaviler ile kaygı düzeyi yüksek bireylerin, çarpıtılmış otomatik düşüncelerini destekleyen ve desteklemeyen kanıtları test etmeleri sağlanmaya çalışılmaktadır.
- Biliş Odaklı Tedaviler ile kaygı düzeyi yüksek bireylerin, sahip oldukları yanlış bilişler, daha gerçekçi yorumlarla değiştirmeleri sağlanmaya çalışılmaktadır.
- Biliş Odaklı Tedaviler ile kaygı düzeyi yüksek bireylerin, deneyimlerini çarpıtmalarına neden olan inançlarını tanımlamaları ve değiştirmeleri sağlanmaya çalışılmaktadır.

Biliş Odaklı Tedaviler kapsamında, aşağıda verildiği şekilde “Biliş Dikkat Eğitimi Tekniği”, “Bilişsel Yeniden Yapılandırma Tekniği” ve “Bilişsel – Davranışçı Değişimleme Tekniği” kullanılabilir;

a) Biliş Dikkat Eğitimi Tekniği

Biliş Dikkat Eğitimi Tekniği; dikkatin göreve odaklanmış düşüncelere yeniden yönlendirilmesi ve görevle ilişkisiz olan ve endişe barındıran düşüncelerin engellenmesi eğitimi olarak ifade edilmektedir ⁽¹¹⁰⁾. Bu doğrultuda Biliş Dikkat Eğitimi Tekniği ile görevle ilişkisiz ve endişe barındıran düşünceler azaltılarak, bilişsel kaynakların özgür kalması ve göreve odaklanılarak performansın artırılması amaçlanmaktadır ⁽¹¹¹⁾.

b) Bilişsel Yeniden Yapılandırma Tekniği

Bilişsel Yeniden Yapılandırma Tekniği, kaygı bozukluklarından kaynaklanan duygusal rahatsızlıkların büyük bir bölümünün işlevsel olmayan düşüncelerden kaynaklandığı anlayışına dayanmaktadır ⁽¹¹²⁾. Bu temelde Bilişsel Yeniden Yapılandırma Tekniği; kaygı düzeyi yüksek bireylerin

bilişlerini tanımlamasını ve değerlendirmesini, olumsuz düşüncelerinin davranışları üzerindeki etkilerini anlamasını ve bu bilişlerle daha gerçekçi ve uygun bilişleri değiştirmesini öğrenme sürecini içermektedir ⁽¹¹³⁾.

c) Bilişsel – Davranışçı Değişimleme Tekniği

Bilişsel – Davranışçı Değişimleme Tekniği, hem bilişsel hem de duygu odaklı teknikleri içermektedir. Bu doğrultuda Bilişsel – Davranışçı Değişimleme Tekniği ile kaygı düzeyi yüksek bireylerin, durumlarına ilişkin temel hatalı inançlarını bilişsel olarak yeniden yapılandırmaları ve kaygı azaltma eğitimleri ile azaltmaları amaçlanmaktadır ⁽¹¹⁴⁾.

2.2.9.1.3 Beceri Odaklı Tedaviler

Beceri Odaklı Tedaviler, kaygı düzeyi yüksek bireylerin performanslarının geliştirilmesine yönelik uygulanmaktadır. Bu doğrultuda Beceri Odaklı Tedaviler kapsamında; kaygı düzeyi yüksek bireylerin sahip oldukları bilgileri düzenlemelerini, işlemelerini ve geri çağırma etkileyen çeşitli bilişsel etkinlikleri geliştirmeleri sağlanmaya çalışılmaktadır ⁽¹¹⁵⁾.

2.2.9.2 Grup Tedavileri

Kaygının tedavisi kapsamında grup tedavileri, “Davranışçı Grup Tedavileri” ve “Bilişsel Grup Tedavileri” kapsamında uygulanmaktadır.

2.2.9.2.1 Davranışçı Grup Tedavileri

Davranışçı Grup Tedavileri; kaygı düzeyi yüksek danışanların, kaygı düzeyinin azaltılmasına yönelik dâhil oldukları grup terapilerinin tamamlanmasının ardından da yaşamlarını kontrol edebilmelerini, bugünkü ve gelecekteki sorunları ile etkili bir şekilde baş edebilmelerini sağlamaya yönelik kendini yönetme becerilerinin öğrenilmesini içermektedir ⁽¹¹⁶⁾.

Davranışçı Grup Tedavileri kapsamında gerçekleştirilen grup uygulamaları ile benzer sorunlara sahip olan bireylerin tedavi edilmesine odaklanılmaktadır. Bu

doğrultuda grup üyeleri; grup içerisinde, yeni geliştirdikleri ya da değiştirdikleri davranışları uygulamaya dökmeleri konusunda cesaretlendirilmektedirler ⁽¹¹⁷⁾. Kaygı düzeyinin azaltılmasına yönelik uygulanan Davranışçı Grup Tedavileri, gruplara yönelik düzenlenmiş olan sistematik duyarsızlaştırma uygulamaları temelinde gerçekleştirilmektedir ⁽¹¹⁸⁾.

2.2.9.2.2 Bilişsel Grup Tedavileri

Bilişsel Grup Tedavileri ile bilişsel çarpıtmaların ve işlevsel olmayan düşüncelerin, daha uygun bir değerlendirme ile değiştirilmesi, bilişsel çarpıtmalardan kaynaklanan eşleşmiş kaygının azaltılması ve uyumsuz açık davranışların değiştirilmesi amaçlanmaktadır ⁽¹¹⁹⁾. Bu doğrultuda Bilişsel Grup Tedavileri kapsamında; grup üyeleri ile terapist arasında, kaygı yaratan durumlar hakkında yeni düşünme biçimleri önerilmesine yönelik olarak işbirliği sağlanmaktadır. Grup üyeleri tarafından, grup etkileşiminde oluşan işlevsel olmayan düşüncelerin paylaşılması ve yeni yöntemlerin öğrenilmesi süreci desteklenmektedir ⁽¹²⁰⁾.

Kaygı düzeyi yüksek bireylere yönelik oluşturulan bilişsel yeniden yapılandırma gruplarında grup üyeleri sıklıkla; kaygı yaratan durumlarla karşılaştıklarında söz konusu olan kendileri ile olumsuz konuşmalarını, kendilerini çelmelemeye yönelik düşüncelerini ve bu düşüncelerin davranışlarına ve duygularına etkilerini tartışmaktadırlar ⁽¹²¹⁾. Bu bağlamda da grup üyelerinden; kendilerini çelmelemeye yönelik düşüncelerini tanımlayabilmeleri, bu düşüncelerini daha işlevsel düşüncelerle değiştirmeyi öğrenmeleri ve ardından yeni düşüncelerini grup üyeleri ile paylaşmaları beklenmektedir ⁽¹²²⁾.

2.2.9.3 İlaç Tedavisi

Kaygı bozukluklarının tedavi edilmesinde, ilaç tedavisi uygulamalarına da yer verilebilmektedir. Bu kapsamda kaygı düzeyi yüksek olan bireylerin antidepresan kullanmaları adına hareket edilebilmektedir. İlaç tedavisi, kimi zaman kısa süreli benzodiazepin grubu ilaçların eklenmesi ile de devam ettirilebilmektedir. Konu ile ilgili araştırmalar doğrultusunda, ilaç tedavisinin tek başına uygulanması ya da bilişsel – davranışçı terapilerle desteklenmesi durumunda, %90 oranında başarı elde edilebildiği belirlenmiştir ^(123,124).

Kaygı bozukluklarının tedavi edilmesi sürecinde ilaç tedavisi, kesinlikle hekim kontrolünde uygulanmalıdır ⁽¹²⁴⁾. İlaçların etkisini göstermesi için en az 2 ile 4 hafta beklenmeli ve kullanılan ilacın yeterli olup olmadığına, ilaç değişikliğine, etkinin güçlendirilmesine yönelik ilave ilaç gerekip gerekmediğine ya da tedavinin sonlandırılmasına hekim karar vermelidir ⁽¹²⁵⁾. Kaygı bozukluklarında belirgin bir düzelme sağlanmasının ardından, en az 6 ile 9 ay süre ile ilaca devam edilmesi önerilmektedir ⁽¹²³⁾.

2.3 Kaygıya Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları

Kaygıya yönelik hemşirelik yaklaşımları, kaygı düzeyi yüksek hastaya ulaşma sürecinde destek sağlama kapsamında ortaya konulmalıdır. Zira tıbbi uygulamalar, hastalar tarafından her zaman acı veren uygulamalar olarak algılanmaktadır ve bu nedenle de hemşirelerin, kaygıya yönelik yaklaşımları hasta bakımının her aşamasında kullanmaya özen göstermeleri gerekmektedir.

Hastanın yaşadığı kaygılar ile tek başına baş edebilmesi oldukça güçtür. Bu nedenle de kaygı düzeyinin azaltılmasına yönelik olarak ve hastanın baş edebilme gücünün artırılabilmesi için uygun hemşirelik yaklaşımlarında bulunması gerekmektedir ^(126,127). Hastalık dönemindeki en önemli kaygı, nedeni bilinmeyen korkulardan kaynaklanmaktadır.

Hastaların kaygı düzeylerinin yüksek olmasında, hastalıkları ile ilgili yeterli bilgilendirilmemelerinin etkili olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle de hastaların tepkilerini anlamaya ve kaygı ile nasıl baş edebilecekleri konusunda bilgilendirilmelerine özen gösterilmelidir. Bu süreçte hekim ve hemşire ekibi işbirliği içerisinde çalışmalı ve hem hastanın hem de ailesinin gerekli düzeyde bilgilendirilmesi adına hareket edilmelidir ⁽¹²⁸⁾.

Hasta ve ailesinin gereği gibi bilgilendirilmesi, hem hastaya hem de aileye hastanın ekip için önemli olduğu mesajının verilmesini sağlamaktadır. Ayrıca ekibin ulaşılabilir olduğu hissini oluşturarak güven duygusunu artırır. Bu mesajların verilebilmesi için bilgilendirme sürecinde; yalın, açık ve doğru bilgilendirmede bulunularak hastanın ve ailesinin o andaki ihtiyacı karşılanmalıdır. Bu bilgilendirme, yazılı ya da sözlü olarak yapılabilir ⁽¹²⁹⁾. Ayrıca bu süreçte hasta ya da ailesinin

hastalıkla ilgili eksik ya da yanlış bilgi sahibi olmaları söz konusu ise, bu durum ekip tarafından saptanmalı ve konu ile ilgili olarak yeterli bilgilendirmede bulunulmalıdır (125).

Kaygıya yönelik hemşirelik yaklaşımları bağlamında, hastanın kendisini daha iyi hissetmesini sağlamaya yönelik olarak, hastanın aktif katılımını sağlayan işbirlikçi ilişkiler geliştirilmelidir. İşbirliğine dayalı ilişkilerin de bu süreçte; iletişim, aktif dinleme, farklılıkları kabul etme ve görüşme gibi temel öğeleri içermesi gerekmektedir (126).

Hastanın durumu ile ilgili bilgilendirmede, tecrübeli bir hemşirenin koordinatör olarak görev alması gerektiği belirtilmektedir. Koordinatör hemşire, hastanın taburculuğa ve evde bakıma hazırlanmasını sağlamalı ve ailenin konu ile ilgili eğitilmesi adına hareket edilmelidir (127). Acil durumlarda hem hastanın hem de ailesinin yüksek kaygı dolayısıyla kendilerine iletilmek istenilen bilgiyi anlamayabilecekleri göz önünde bulundurularak, bilginin yanlış anlaşılması için tekrar edilmesine özen gösterilmelidir. Hastaya ve aileye soru sormaları konusunda fırsat ve zaman verilmeli ve bilgilendirmenin hasta ve ailesinin ihtiyaçlarına uygun olması sağlanmalıdır (128).

Hastaların refakatçileri ile birlikte hastaneye kabul edilmeleri, ayrılık kaygısının azaltılmasını sağlamaktadır. Bu durum aynı zamanda hasta bakımına refakatçisinin de dâhil edilmesini sağlamak açısından önem taşımaktadır (127). Aynı şekilde refakatçinin hasta bakımına dâhil edilmesi, evde bakım konusunda yaşanabilecek sıkıntılarla ilgili hastanın kaygı düzeyinin azaltılmasını sağlaması açısından önemli görülmektedir. Bu süreçte hem hasta hem de refakatçisi farklı bilgi ve beceriler ile uygulamaları görme ve öğrenme olanağı bulabildiklerinden, kaygı ve endişeleri de en aza indirilebilmektedir (129).

Hem hasta olan bireyin hem de ailesinin suçluluk duygusu içerisinde olması söz konusu olabilmektedir. Bu nedenle kaygıya yönelik hemşirelik yaklaşımları kapsamında, hastanın ve ailesinin bu süreçte suçsuz oldukları iletilmelidir (130). Bu süreçte hemşirenin; hasta, hekim ve ailesi arasında köprü görevini üstlenmesi, hasta ve ailesi üzerindeki olumsuz etkilerin ve bu etkilerin neden olabileceği kaygıların azaltılmasını sağlayacaktır.

2.4 Cerrahi Operasyon Geçirecek Hastaların Ameliyata Özgü Kaygı Nedenleri

Hastalık, hastaneye yatış ve özellikle ameliyat olma insan yaşamında önem taşıyan olaylardır. Ameliyat olmak için hastaneye kabul edilen kişi yabancı ve değişik bir ortama girer. Yaşanan bu çevre değişimi ve ameliyatın taşıdığı belirsizlik hastanın kaygı duymasına neden olmaktadır. Ameliyat hasta için kontrol ve bağımsızlığın kaybı, ağrı ve beden imajında değişim gibi olumsuz anlamlar taşır. Bedensel ve yaşamsal düzenine yönelen bu tehdit karşısında kişi kaygıya kapılır ⁽⁶⁾. Cerrahi girişim hastaların çoğunluğunun yoğun korku ve stres yaşamasına neden olmaktadır. Yapılan araştırmalar ameliyat olacak hastaların orta düzeyden panik derecesine varabilen kaygı yaşadıklarını ortaya koymuştur ⁽¹²⁾.

Cerrahi operasyon aynı zamanda hastalarda ciddi psikolojik ve psikososyal sorunlara yol açma eğilimindedir. Ameliyatın psikolojik etkileri ölüm korkusu, anesteziye bağlı denetimini yitirme korkusu, sakat kalma ve acı çekme korkusu, bilinmezlik, sevdiği kişi ve aktivitelerden uzak kalma korkusu olarak sıralanabilir. Ameliyatın hasta üzerindeki fizyolojik etkileri kanama, kan basıncında azalma, oligüri, enfeksiyon, ameliyat sonrası komplikasyonlar, beden imajının ve yaşam tarzının değişmesidir ⁽²⁰⁾.

Preoperatif dönemde kaygı düzeyi yüksek olan hastaların postoperatif dönemde daha fazla ağrı hissettikleri ve daha sık komplikasyona rastlanabildiği bilinmektedir ⁽⁶⁾. Yapılan çalışmalar hastaneye yatmanın ve cerrahi girişimi beklemenin yanı sıra, ameliyatın birey için taşıdığı anlamın, etkilenen organın, ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrasında yaşanabilecek durumlara yönelik bilgi eksikliğinin, olası komplikasyonların, ameliyat sonrası ağrının, günlük işlerin aksaması, kontrol kaybı, yabancı ve aileden uzak bir ortamda bulunmanın ve çeşitli tıbbi uygulamaların ameliyata özgü kaygının nedenleri arasında yer aldığını belirtmektedir. ^(13,74,131).

2.5 Cerrahi Operasyon Geçirecek Hastaların Ameliyata Özgü Kaygılarının Operasyon Sürecine ve Postoperatif Sürece Etkileri

Bir tehlikeyi beklemekte olmanın yarattığı huzursuzluk ve gerginlik hissi olan kaygı sempatik, parasempatik ve endokrin uyarıların artmasına neden olarak bireyi birçok fizyolojik ve psikolojik sorunla karşı karşıya getirebilmektedir ^(131,132).

Cerrahi girişime ihtiyaç olduğunun bireye söylenmesi ile başlayan kaygı hastaneye yatmayla birlikte artar ve bireyin hastalığa uyumunu, bakımını, yaşam kalitesini, tedavi süresini ve masraflarını, düzelme ve iyilik halini, hastalığın gidişini ve bireyin ek hastalıklarla karşılaşmasını kötü yönde etkileyebilir ^(132,133,134).

Ameliyat öncesi dönemde yüksek düzeyde yaşanan kaygı sersemlik hissi, baş ağrısı ve bulantı gibi fiziksel sorunlara yol açarken, ameliyat sonrası yaşanacak kaygıyı da etkilemektedir. Ameliyat öncesi dönemde artan kaygı, ameliyat sırasında anestezi ihtiyacı ile ameliyat sonrası dönemde ağrı ve analjezik ihtiyacının artmasına yol açmaktadır ^(13,135). Kayahan ⁽¹⁰⁾ ameliyat öncesi dönemde kaygı düzeyi yüksek olan bireylerin ameliyat sonrasında yüksek kaygı yaşadıklarını ve deneyimledikleri ağrının da daha fazla olduğunu belirtmiştir. Ameliyat sonrası dönemde yaşanan ağrı ve ilişkili fizyolojik değişiklikler de kaygı düzeyinin daha fazla artmasına, bireyin hastanede kalma süresinin uzamasına ve daha fazla ağrı bildirmesine neden olarak bir kısır döngü oluşturabilmektedir ⁽¹³⁾.

2.6 Cerrahi Operasyon Geçirecek Hastalarda Hemşirelik Bakımı

Hastalara bilimsel, etik ve hümanistik bir bakım uygulanmasının hasta sağlığına büyük katkılar kazandırdığı görülmektedir ⁽¹³⁶⁾. Hastanede yatan hastaların memnuniyetini etkileyen en önemli faktör etkin hemşirelik bakımıdır. Bakım en az iki kişi ile başlayan ve gelişen bir ilişkidir. Bu ilişkide hemşirenin sahip olması gereken özellikler arasında; hasta hakkında bilgi sahibi olma, sabırlı bir tutum, tedaviye inanma ve bireye güven duygusunu hissettirme, dürüstlük, alçak gönüllülük, umut ve cesaret yer almaktadır ⁽¹³⁶⁾.

Hastanın cerrahi kliniğe yatırılmasıyla başlayan ameliyat öncesi hazırlık; psikolojik hazırlık, fizyolojik hazırlık, yasal hazırlık ve ameliyat öncesi hasta eğitimi olarak sınıflandırılabilir. Ameliyat, hasta için sadece fizyolojik bir stres kaynağı

olmayıp aynı zamanda güçlü bir psikolojik stres kaynağıdır. Bu sebeple hastanın ameliyat öncesi psikolojik hazırlığı, fizyolojik hazırlığı kadar önemlidir. Hastalar cerrahi girişimin kendileri için faydalı olduğunu kabul etseler de, bu girişimin risklerinden korkarlar. Ameliyat öncesindeki kaygı sebeplerinin en önemlilerinden birisi, bilinmezlik korkusudur. Ayrıca, bu dönemde hastalar, ameliyat sonrası ağrı, organ kaybı, ölüm riski, 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 yaşayacağını doğrulamaz. Aşırı ameliyat korkusu önemli bir sorun olup anksiyeteye yol açar ve ameliyat öncesinde giderilmesi gerekmektedir. Bu durumda hemşireler hastanın korkularını ifade etmesine fırsat vermeli ve ameliyata ilişkin gerekli açıklamaları yaparak hastaya sosyal destek sağlamalıdır (10,69,137,138,139).

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. Kişiyeye özgü ve bütüncül bakım uygulamalarını değerlendirmek ancak standart bir dil kullanımıyla mümkün olabilmektedir (140).

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.

Hemşirenin bakım görevi hastanın servise ilk yatışı ile başlar ve taburcu olana kadar devam eder. Cerrahi planlanan preoperatif hastalar her ne kadar ameliyat olacakları bilincinde olsalarda farklı düzeylerde kaygı yaşarlar. Bu kaygının giderilmesinde en büyük etken hemşirelere düşmektedir. Profesyonel hemşirelik bakımı, tedavi ve bakımın yanı sıra, psikolojik destek ve danışmanlık görevlerini de kapsar. Hastanın sadece hastalığa yönelik gereksinimlerini karşılamamanın 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 ortaya çıkabilen, ancak hastalık durumlarında daha önem kazanan kaygının tüm sağlık profesyonelleri tarafından bilinmesi ve hasta bireyi anlama, yardım etme ve tedavi sürecinde dikkate alınması büyük önem taşımaktadır. Hastanın ameliyat öncesinde bilgilendirilmesi kaygının giderilmesinde atılan ilk adımdır, bunu takiben hastanın yabancı olduğu hastane ortamına uyum sağlanıp, merak ettiği tüm konularda soru sormaya teşvik edilmesi, cerrahi işlem süreci hakkında bilmek istediği her konuda bilgilendirilmesi gerekmektedir. 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 olmaktadır ^(10,69,139,141).

2.7 Kaliteli Hemşirelik Bakımının Hastanın Ameliyata Özgü Kaygı Düzeyine Etkisi

Cerrahi hastasının bakımını sağlayacak derin ve kapsamlı bilgiye sahip perioperatif hemşire, öncelikli girişimleri hastanın tepkisinde görülen değişiklikler ve bilimsel bilgi temelinde gerçekleştirir. Ameliyat öncesi, sırası ve sonrası tüm uygulamalara ve olasılıklara ilişkin hastaya ve ailesine eğitim verir ⁽¹⁴²⁾. Eğitim zamanına karar verirken hastanın kaygı düzeyi değerlendirilmelidir. Çünkü genel olarak gelecekte meydana gelebilecek bir tehlikeyi beklemenin yarattığı tedirginlik hissi olarak tanımlanan kaygı, hafif düzeyde yaşandığında birey spontan dikkatini, cesaretini ve atılganlığını artırırken, yüksek kaygı algılama-kavrama ve karar verme kabiliyetini azaltabilir. Ayrıca hastaya özel zaman ayırmak, onunla yalnız konuşmak, duygu ve düşüncelerini açıklaması için zaman tanımak, uyulması gereken kuralları yazılı olarak vermek gibi girişimlerle hasta hemşire ilişkisinin niteliğine bağlı kaygıyı azaltabileceği gibi bilinmezlik korkusu ile baş etmesine de yardımcı olacaktır.

Kaygı çaresizlik, madde bağımlılığı, cerrahiye yönelik yığılar gibi nedenlerle de gelişebilir ve hastaya kontrolü kaybettiği duygusunu verir. Hemşirenin empatik, kavrayıcı ve destekleyici yaklaşımı ile hasta kontrol duygusunu yeniden kazanacak ve baş etme sistemlerini aktif şekilde kullanmaya yönlendirilecektir.

Turhan ⁽⁷⁶⁾ elektif cerrahi planlanan hastalarla yaptığı çalışmasında hastaya en çok zaman ayıran sağlık çalışanlarının hemşireler olduğunu ve hemşirelerin verdiği bakım ile orantılı olarak hastaların kaygı düzeylerinin azaldığını belirlemiştir. Kaygının azalmasıyla beraber hastanın ağrı düzeyi, kullanılan analjezik sayısı ve dozu da azalacaktır.

Sonuç olarak ameliyat öncesi dönemde sağlanacak iyi bir hemşirelik bakımı ile cerrahinin hasta üzerindeki etkileri azaltılabilir, hastanın kaygı ile başa çıkması ve bundan doğacak yan etkilerin önüne geçilmesi sağlanabilir. Hastada daha az anestezi gereksinimi, ameliyat sonrası daha az ağrı kesici kullanımı, yaşam bulgularının daha kısa sürede düzene girmesi, daha hızlı iyileşme ve aktif yaşama geri dönüşün kolaylaşması sağlanabilir ^(137,138,140,142).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma İstanbul'da Kuzey Kamu Hastaneler Birliği'ne Bağlı Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 01.07.2016 - 30.09.2016 tarihleri arasında acil, planlı ve gününbirlik ameliyat olmak için başvuran hastalarda Ameliyata Özgü kaygı düzeyini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile kesitsel ve tanımlayıcı olarak planlandı.

3.2. Araştırmanın Soruları

- 1) Cerrahi girişim planlanan hastaların ameliyata özgü kaygı düzeyleri nedir?
- 2) Sosyo-demografik ve ameliyata özgü değişkenler ameliyata özgü kaygı düzeyini etkiler mi?

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, İstanbul İli Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği'ne bağlı bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin, acil cerrahi, genel cerrahi, plastik cerrahi ve ortopedi servislerinde yapıldı. Servislerin yatak sayıları 12 ile 20 arasında olup bu servislerde çalışan sağlık personellerinin sayısı da yatak sayılarıyla orantılı bir şekilde değişmektedir. Acil cerrahi servisi, 17 yataklı olup 6 hemşire görev yapmaktadır. Genellikle apandektomi, kolesistektomi, kaza, kesi ve yaralanmalar gibi acil ameliyatlarda yapılmaktadır. Genel cerrahi servisi ayrı 2 servisten oluşup toplamda 35 yatak bulunmaktadır. Her iki serviste toplamda 13 hemşire görev yapmaktadır. Genel cerrahi servislerinde çoğunlukla mide bağırsak operasyonları, guatr, paratiroid ve herniler, tümör ameliyatları gibi planlı ameliyatlarda yapılmaktadır. Plastik cerrahi servisi, toplamda 12 yataktan oluşup 4 yatak yara bakım hastaları için diğer 8 yatak ise plastik ve rekonstrüktif cerrahi hastaları için ayrılmıştır. Toplamda 5 hemşire görev yapmaktadır. Genellikle estetik operasyonları (abdominoplasti, rinoplasti vb.), kitle ve tümör eksizyonları, apse ve yara drenajı gibi planlı ameliyatlarda uygulanmaktadır. Ortopedi servisi ise 19 yataklı olup 6 hemşire görev yapmaktadır.

Genellikle spor yaralanmaları, omurga eğriliği, kemik kırıkları, sinir sıkışması ve yaşla ortaya çıkan eklem kireçlenmeleri gibi ameliyatlar yapılmaktadır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini araştırmanın yürütüldüğü kuruma cerrahi girişim için başvuran tüm olgular oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemini, 01 Temmuz 2016 ile 30 Eylül 2016 tarihleri arasında hastanenin acil cerrahi, genel cerrahi, ortopedi ve plastik cerrahi servislerine acil, planlı ve gününbirlik cerrahi girişimi için başvuran 240 gönüllü olgu oluşturmuştur. Örneklem sayısı; B(beta) 0.80 güç, 0.05 hata payı ve $d=0.20$ etki büyüklüğü ile 240 örnek sayısı yeterli olduğu güç analiziyle tespit edilmiştir.

Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri:

- 18 yaş ve üzerinde olması
- İletişim ve algılama sorununun olmaması
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması
- Mental konfüzyonunun veya herhangi bir psikiyatrik tanı alıp ilaç kullanımının bulunmaması

3.5 Araştırmanın Bağımlı Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Ameliyata özgü oluşan kaygı

Bağımsız değişkenler: Hastaların sosyo-demografik özellikleri ve ameliyat türü, daha önce hastaneye yatma durumu, daha önce ameliyat olma durumu, ameliyat ve süreci hakkında bilgilendirilme durumu gibi ameliyata özgü değişkenleri içermektedir.

3.6 Verilerin Toplanması

3.6.1 Veri Toplama Araçları

Veriler, konu ile ilgili literatürden yararlanılarak oluşturulan hastaların demografik özellikleri, sağlık öyküleri ve mevcut durumlarına yönelik bilgilerden oluşan kişisel bilgi formu (EK-1) ve Dirik ve Karancı (2003) tarafından geliştirilmiş olan Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği (EK-2) ile toplanmıştır.

3.6.2 Kişisel Özellikler Bilgi Formu

Kişisel Özellikler Bilgi Formu soruları; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, medeni durum, sosyal güvence gibi demografik bilgileri ile cerrahi girişime alınış şekli (acil, planlı, gününbirlik), cerrahi deneyim, ameliyat olmak için bekleme süresi ve bilgilenme durumu gibi özellikleri belirlemeye yönelik 37 sorudan oluşmaktadır.

3.6.3 Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği

“Dirik ve Karancı” (2003) tarafından Türkçe olarak geliştirilmiş, 5’li Likert tipi (1: Hiç katılmıyorum, 5: Tamamen katılıyorum) bir ölçektir. Ölçek hastaların ameliyat ile ilgili yaşayabilecekleri korkuları içeren 10 ifadeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 50’dir. Ölçek puanlamasında yüksek puanlar ağrı duymaktan, ameliyat esnasında ölmekten ve ameliyat sonrası çıkacak komplikasyonlardan ve kısıtlamalardan duyulan kaygıları yansıtmaktadır. Dirik&Karancı Ölçeğin Cronbach Alfa Katsayısı’nı 0,79 olarak bulmuşlardır. Bu çalışmanın Cronbach Alfa Katsayısı 0,87 olarak bulundu.

3.6.4. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Anket formu ve ölçek hastalara yüz yüze görüşme yöntemiyle her hasta için en az 15 en fazla 30 dk. süre ayrılarak uygulanmış ve verilen tüm yanıtlar kayıt altına alınmıştır. Olguların kaygı düzeyleri planlı ve gününbirlik cerrahi yapılacak olgularda bir gün öncesinde, acil cerrahi yapılacak olgularda ise en geç yarım saat öncesinde “Ameliyata Özgü Kaygı Düzeyi Formu” ile saptanmıştır.

3.7 Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler SPSS (IBM SPSS Statistics 20) paket program kullanılarak yapılmıştır. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

Normal dağılıma uygun ölçüm değerleri için parametrik yöntemler kullanılmıştır. Parametrik yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “Two-Independent Sample t” (t-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “ANOVA” (F-tablo değeri) yöntemi ve bunlara ait ikili karşılaştırmalar için varyansların homojenlik durumuna göre “Tukey” testi kullanılmıştır.

Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U Testi” (Z tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H Testi” (χ^2 tablo değeri) yöntemi ve bunlara ait ikili karşılaştırmalar için “Bonferroni Düzeltmesi” kullanılmıştır. Ölçüm değerlerinin birbirleriyle ilişkisinin incelenmesinde Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

3.8 Araştırmanın Etik İlkeleri

Çalışma öncesinde, T.C. Maltepe Üniversitesi ve İstanbul İli Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği'nden etik kurul onayı alındı. Cerrahi girişim için başvuran hastalardan bilgilendirilmiş onam alındı. Ölçek kullanımı için Dirik ve Karancı' dan mail ile izin alındı. (EK-5)

3.9 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek bir hastanede yapılması elde edilen verilerin genellenmesi açısından sınırlılık getirebilir. Elde edilen sonuçları sadece belirlenen tarihler arasında, belirlenen ameliyatları olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar için genellenebilir.

3.10. Süre ve Olanaklar

Araştırma 2016 yılı içinde planlanmış olup, mart ayında araştırma önerisi hazırlanarak Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsüne teklif edildi. 01 Temmuz 2016 - 30 Eylül 2016 tarihleri arasında toplanan veriler, araştırmacı tarafından değerlendirilerek hazırlanan araştırma raporu, yüksek lisans tez çalışması olarak sunuldu.



4. BULGULAR

Olguların %50,4'ünün erkek, %49,6'sının kadın olduğu, yaş ortalamasının $40,36 \pm 12,38$ (yıl) olduğu ve ağırlıklı olarak (%30,4) 46 ve üzeri yaş grubunda olduğu belirlendi. Katılımcıların %50,8'inin doğum yerinin il olduğu, %22,9'unun çocuk sahibi olmadığı, %74,2'sinin evli, %72,8'inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu saptandı. Olguların %37,4'ünün ilkokul mezunu, %39,6'sının ev hanımı, %85'inin sosyal güvenceye sahip olduğu, %48,3'ünün gelirinin giderden az olduğu, %70,8'inin bakmakla yükümlü olduğu, %46,3'ünün sigara kullandığı saptandı. Olguların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 1'de verildi.

Tablo 1. Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı

Değişken (N=240)	n	%
Cinsiyet		
Kadın	119	49,6
Erkek	121	50,4
Yaş [$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 40,36 \pm 12,38 (y \square l)$]		
31 Yaş ve Altı	59	24,6
32-38 Yaş	62	25,8
39-45 Yaş	46	19,2
46 Yaş ve Üzeri	73	30,4
Doğum Yeri		
İl	122	50,8
İlçe	85	35,4
Köy	33	13,8
Çocuk Sayısı		
Çocuk Sahibi Değil	55	22,9
1 Çocuk	31	12,9
2 Çocuk	57	23,8
3 Çocuk	48	20,0
4 ve Üzeri Çocuk	40	20,4
Medeni Durum		
Evli	178	74,2
Bekar	50	20,8
Dul	12	5,0

(Tablo 1 devamı)

Eğitim Durumu		
Okuryazar Değil	15	6,3
İlkokul	90	37,4
Ortaokul	58	24,2
Lise	49	20,4
Üniversite	24	10,0
Diğer(Yüksek Lisans, Doktora vb.)	4	1,7
Meslek		
İşsiz	25	10,3
İşçi	37	15,4
Memur	21	8,7
Yönetici	5	2,1
Serbest Meslek	57	23,8
Ev hanımı	95	39,6
Sosyal Güvence		
Var	204	85,0
Yok	36	15,0
Gelir Durumu		
Gelir Giderden Az	116	48,3
Gelir Gidere Denk	109	45,4
Gelir Giderden Fazla	15	6,3
Aile Yapısı		
Çekirdek Aile	175	72,8
Eşimin Ailesiyle Birlikte	9	3,8
Kendi Ailemle Birlikte	51	21,3
Diğer(Yurt, Öğrenci evi)	5	2,1
Bakmakla Yükümlü Olunan Birey		
Evet	170	70,8
Hayır	70	29,2
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	111	46,3
Hayır	129	53,7
Alkol Kullanma Durumu		
Evet	14	5,8
Hayır	226	94,2

Katılımcıların %45,4'ünün daha önce hastanede yatma deneyimi, %30,4'ünün ise daha önce ameliyat deneyimi olduğu belirlendi. %37,9'u kendisi veya çevresinde ameliyatla ilgili olumsuz bir deneyim yaşadığını ifade etti.

Katılımcıların ağırlıklı olarak mide bağırsak ameliyatı (%15,8) olacağı bunu sırası ile kaza, kesi ve yaralanma ameliyatı (%12,9), apse, yara drenajı ameliyatı (%12,9) ve Apandektomi (%12) ameliyatı olacağı saptandı. Ameliyata Özgü Bulguların Dağılımı Tablo 2'de verildi.

Tablo 2. Ameliyata Özgü Bulguların Dağılımı

Değişken (N=240)	n	%
Daha Önce Hastanede Yatma Durumu		
Evet	109	45,4
Hayır	131	54,6
Daha Önce Ameliyat Olma Durumu		
Evet	73	30,4
Hayır	167	69,6
Siz veya Çevrenizde Ameliyatla İlgili Olumsuz Deneyim Yaşama Durumu		
Evet	91	37,9
Hayır	149	62,1
Olunacak Ameliyat Türü		
Apandektomi	29	12,1
Kolesistektomi	21	8,8
Mide Bağırsak Operasyonları	38	15,8
Ortopedi ve Travmatoloji	19	7,9
Kaza, Kesi ve Yaralanma gibi acil durumlar	31	12,9
Kitle Eksizyonu, Tümör Ameliyatı	28	11,7
Plastik Rekonstrüktif Cerrahi	23	9,6
Apse, Yara Drenajı	31	12,9
Guatr, Paratiroid ve Herniler	20	8,3

Katılımcıların ameliyat öncesi bilgilendirilme durumları incelendiğinde; %82,1'inin ameliyatı yapacak hekimle tanıştığı, %76,3'ünün ameliyatı yapacak hekimin adını bildiği, %82,9'unun ameliyat hakkında bilgi sahibi olduğu saptandı. Bilgi aldığını ifade edenlerin %76,8'inin doktordan, %14,7'sinin hemşireden bilgi aldığı belirlendi. Olguların %62,1'inin ameliyatın yaklaşık süresi hakkında bilgi almadığı, %70,4'ünün ameliyatın türü (açık/kapalı) hakkında bilgi almadığı belirlendi. Elde edilen bulgular Tablo 3'te verildi.

Tablo 3. Olguların Ameliyat Öncesi Bilgi Alma Durumlarının Dağılımı

Değişken (N=240)	n	%
Ameliyatı Yapacak Hekimle Tanışma Durumu		
Evet	197	82,1
Hayır	43	17,9
Ameliyatı Yapacak Hekimin Adını Bilme		
Evet	183	76,3
Hayır	57	23,7
Ameliyat Hakkında Bilgi Durumu		
Evet	199	82,9
Hayır	41	17,1
Ameliyat Hakkında Bilgi Alınan Kişi*		
Doktor	219	76,8
Hemşire	42	14,7
Hastalar	6	2,1
Diğer (İnternet, Akraba vb.)	18	6,4
Ameliyatın Yaklaşık Süresi Hakkında Bilgi		
Evet	91	37,9
Hayır	149	62,1
Ameliyat Türü (Açık/kapalı) Hakkında Bilgi		
Evet	71	29,6
Hayır	169	70,4

*Soruya birden fazla cevap verildiği için "n" artmış ve yüzdeler artan "n" üzerinden hesaplanmıştır.

Katılımcıların ameliyat sonrası sürece yönelik bilgi alma durumları incelendiğinde; %42,1'ine ameliyat sonrası ağrı ile ilgili bilgi verildiği, %46,7'sine ağrı olması durumunda yapması gerekenler hakkında bilgi verildiği belirlendi. Olguların %68,8'ine ameliyat sonrası ne zaman ayağa kalkacağı, %83,3'üne ameliyat sonrası yemeğe başlama zamanı hakkında bilgi verildiği belirlendi. Yine katılımcıların %58,8'i ameliyat sonrası dikkat etmesi gereken durumla ilgili bilgi aldığını, %49,2'si hastanede kalma süresi hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtti.

Olguların %91,2'si çalışanlar tarafından yeterli destek gördüğünü ve %97,1'i yanında ameliyat sonrası refakatçi bulunduğunu ifade etti. Elde edilen veriler Tablo 4'te verildi.

Tablo 4. Olguların Ameliyat Sonrasına Dair Bilgi Alma Durumlarının Dağılımı

Değişken (N=240)	n	%
Ameliyat Sonrası Ağrı ile İlgili Bilgi Verilmesi	101	42,1
Evet	139	57,9
Hayır		
Ağrı Olması Durumunda Yapılması gerekenler Hakkında Bilgi Verilmesi		
Evet	112	46,7
Hayır	128	53,3
Ameliyat Sonrası Ne Zaman Ayağa Kalkacağı Hakkında Bilgi Verilmesi		
Evet	165	68,8
Hayır	75	31,2
Yemek Yemeye Başlama Zamanı Hakkında Bilgi		
Evet	200	83,3
Hayır	40	16,7
Ameliyatla İlgili Dikkat Edilmesi Gereken Durumlar hakkında bilgi alma		
Evet	141	58,8
Hayır	99	41,3
Hastanede Kalma Süresi Hakkında Bilgi		
Evet	118	49,2
Hayır	122	50,8
Çalışanlar Tarafından Yeterli Destek Görüldüğünü Düşünme Durumu		
Evet	219	91,2
Hayır	21	8,8
Ameliyat Sonrası Refakatçi		
Evet	233	97,1
Hayır	7	2,9

Olguların %82,9'unun planlanan ameliyat tarihinde opere edildiği, %17,1'inin ameliyat tarihinin değiştiği saptandı. Katılımcıların ameliyat için verilen randevu

tarihine kadarki bekleme süreleri incelendiğinde %32,5'inin 1-7 gün arasında beklediği belirlendi. Katılımcıların %70,8'i ameliyata yönelik endişesi olduğunu, %90,8'i kendini güvende hissettiğini ve %82,1'i aldığı bilgilerin tüm sorularını karşıladığını belirtti. Bulgular Tablo 5'te verildi.

Tablo 5. Ameliyatla İlgili Diğer Değişkenlerin Dağılımı

Değişken (N=240)	n	%
Ameliyat Tarihinde Değişiklik		
Evet	41	17,1
Hayır	199	82,9
Ameliyat Olmak İçin Bekleme Süresi		
Beklemedi	145	60,4
1-7 Gün	78	32,5
8-15 Gün	10	4,2
16-30 Gün	7	2,9
Ameliyata Yönelik Endişe		
Evet	170	70,8
Hayır	70	29,2
Kendini Güvende Hissetme Durumu		
Evet	218	90,8
Hayır	22	9,2
Alınan Bilgiler Tüm Soruları Karşılama		
Evet	197	82,1
Hayır	43	17,9

Olguların AÖKÖ Puan Ortalaması $28,6 \pm 7,82$ olarak bulundu.

Tablo 6. Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeğine Ait Tanımlayıcı İstatistikler

	Mean	S.D.	Median	Min.	Max.
Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği	28,69	7,82	29,0	10,0	50,0

Olguların sosyo-demografik özellikleri ile AÖKÖ puanı arasındaki ilişki incelendiğinde;

Ameliyata özgü kaygı ölçeğinden alınan puanlar ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($t=4,761; p=0,000$). Kadınların ölçek puanı, erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Kadınların ağrı duymaktan, ameliyat esnasında ölmekten ve ameliyat sonrası oluşacak komplikasyonlardan ve kısıtlamalardan duyduğu kaygının, erkeklere göre daha yüksek olduğu tespit edildi.

Hastaların eğitim durumları ile AÖKÖ' den aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($\chi^2=9,981;p=0,041$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığı tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucu; okur-yazar olmayanların ve lise mezunu olanların ölçek puanı, üniversite mezunu olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Olguların mesleklerine göre AÖKÖ' de aldığı puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($F=3,768;p=0,005$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığı tespit etmek için yapılan testlerde varyansların homojenliği göz önünde bulundurularak varyansların homojen olduğu tespit edilmiş ve Tukey ikili karşılaştırmaları uygulanmıştır. Ev hanımlarının AÖKÖ puanı mesleği serbest meslek olanların ölçek puanına göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Bakmakla yükümlü olan olguların ameliyata özgü kaygı ölçeğinden aldığı puanlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi. Bakmakla yükümlü olan katılımcıların ölçek puanı, olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($t=-2,105;p=0,000$).

Diğer değişkenlerle AÖKÖ' i arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Sosyo-demografik değişkenler ile ameliyata özgü kaygı arasındaki ilişki Tablo 7'de verildi.

Tablo 7. Sosyo-demografik Değişkenler ile Ameliyata Özgü Kaygı Arasındaki İlişki

Değişken (N=240)	n	Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği Puanları	İstatistiksel Analiz* Olasılık
Cinsiyet			
Kadın	119	31,01±6,94	t=4,761
Erkek	121	26,41±7,99	p=0,000
Doğum Yeri			
İl	122	27,95±7,09	F=2,042
İlçe	85	30,06±8,09	p=0,132
Köy	33	27,89±9,33	
Yaş			
31 Yaş ve Altı	59	27,75±7,45	F=0,709
32-38 Yaş	62	29,27±7,20	p=0,548
39-45 Yaş	46	29,70±7,95	
46 Yaş ve Üzeri	73	28,32±8,55	
Çocuk Sayısı			
Çocuk Sahibi Değil	55	26,58±7,30	F=1,918
1 Çocuk	31	28,29±7,47	p=0,108
2 Çocuk	57	29,42±7,90	
3 Çocuk	48	28,52±8,09	
4 ve Üzeri Çocuk	40	30,61±7,94	
Medeni Durum			
Evli	178	29,04±7,92	F=1,456
Bekar	50	27,08±7,24	p=0,235
Dul	12	30,17±8,39	
Eğitim Durumu			
Okuryazar Değil ⁽¹⁾	15	34,0 [12,0-45,0]	χ ² =9,981 p=0,041 [1,4-5]
İlkokul ⁽²⁾	90	29,0 [10,0-50,0]	
Ortaokul ⁽³⁾	58	27,0 [17,0-43,0]	
Lise ⁽⁴⁾	49	31,0 [10,0-41,0]	
Üniversite ⁽⁵⁾	24	25,0 [10,0-48,0]	
Meslek			
İşsiz ⁽¹⁾	25	29,28±8,82	F=3,768 p=0,005 [4-5]
İşçi ⁽²⁾	37	27,19±7,11	
Memur ⁽³⁾	21	26,93±7,16	
Serbest Meslek ⁽⁴⁾	57	25,76±8,49	
Ev hanımı ⁽⁵⁾	95	30,78±7,42	
Sosyal Güvence			
Var	204	28,36±7,78	t=-1,536
Yok	36	30,53±7,92	p=0,126
Gelir Durumu			
Gelir Giderden Az	116	28,84±7,81	F=0,434
Gelir Gidere Denk	109	28,77±7,83	p=0,648
Gelir Giderden Fazla	15	26,87±8,12	
Aile Yapısı			
Çekirdek Aile	175	29,02±7,83	F=1,822
Eşimin Ailesiyle Birlikte	9	31,89±10,26	p=0,164
Kendi Ailemle Birlikte	51	27,22±7,23	
Bakmakla Yükümlü Olunan Birey			
Evet	170	29,36±7,79	t=-2,105
Hayır	70	27,04±7,70	p=0,036

*Normal dağılıma sahip verilerde 2 bağımsız grup karşılaştırılmasında "Two-Independent Sample t" test (t-tablo değeri); 3 veya daha fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında "ANOVA" test (F-tablo değeri) kullanılmış ve ortalamaya standart sapma olarak gösterilmiştir. Normal dağılıma sahip olmayan 3 veya daha fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test (χ²-tablo değeri) kullanılmış ve median [min-max] şeklinde gösterilmiştir.

Cerrahi girişime özgü değişkenlerle ameliyata özgü kaygı ölçeği puanları arasındaki ilişki incelendiğinde;

Katılımcıların planlanan ameliyat şekline göre AÖKÖ puan ortalamalarının; acil cerrahi girişimlerde 30,65±8,14; planlı cerrahi girişimlerde 28,16±8,64 ve günübirlik cerrahi girişimlerde 27,25±6,15 olduğu tespit edildi. Cerrahi Girişime Alınış Şekline göre ameliyata özgü kaygı ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı (F=4,157;p=0,017). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığı tespit etmek için yapılan testlerde varyansların homojenliği göz önünde bulundurularak varyansların homojen olduğu tespit edildi ve Tukey ikili karşılaştırmaları uygulandı. Acil olarak hastaneye başvuranların kaygı ölçek puanı, günübirlik olarak başvuranlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Acil olarak başvuranların ağrı duymaktan, ameliyat esnasında ölmekten ve ameliyat sonrası oluşacak komplikasyonlardan ve kısıtlamalardan duyduğu kaygının, günübirlik olanlara göre daha yüksek olduğu tespit edildi. Olguların Cerrahi Girişime Alınış Şekline Göre AÖKÖ Puanlarının Dağılımı Tablo 8' de verildi.

Tablo 8. Olguların Cerrahi Girişime Alınış Şekline Göre AÖKÖ Puanlarının Dağılımı

Girişimler	Acil	Planlı	Günübirlik	F	P
AÖKÖ	30,65±8,14	28,16±8,64	27,25±6,15	4,157	0,017

Katılımcılara uygulanacak olan ameliyat ile ameliyata özgü kaygı ölçeğinden alınan puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($\chi^2=38,094$;p=0,000). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucu; apandektomi ameliyatı olacakların kaygı ölçek puanı, ortopedi ve travmatoloji, kaza, kesi, yaralanma, apse ve yara drenajı ameliyatı olacaklardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Aynı şekilde mide bağırsak ameliyatı olacakların kaygı ölçek puanı, ortopedi ve travmatoloji, kaza, kesi, yaralanma, kitle, tümör ameliyatı, apse ve yara drenajı ameliyatı olacaklardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Ameliyata Özgü Değişkenlere göre AÖKÖ puanlarının dağılımı Tablo 9'da verildi.

Tablo 9. Ameliyata Özgü Değişkenlere Göre AÖKÖ Puanlarının Dağılımı

Değişken (N=240)	n	Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği Puanları	İstatistiksel Analiz* Olasılık
Daha Önce Ameliyat Olma Durumu	73	28,58±8,00	t=-0,147
Evet	167	28,73±7,76	p=0,884
Hayır			
Olunacak Ameliyat Türü			
Apandektomi ⁽¹⁾	29	33,0 [12,0-43,0]	χ ² =38,094 p=0,000 [1-4,5,8] [3-4,5,6,8]
Kolesistektomi ⁽²⁾	21	31,0 [13,0-41,0]	
Mide Bağırsak ⁽³⁾	38	34,5 [20,0-50,0]	
Ortopedi ve Travmatoloji ⁽⁴⁾	19	26,0 [10,0-37,0]	
Kaza, Kesi ve Yaralanma ⁽⁵⁾	31	25,0 [14,0-48,0]	
Kitle, Tümör Ameliyatı ⁽⁶⁾	28	27,0 [10,0-41,0]	
Plastik Rekonstruktif ⁽⁷⁾	23	28,0 [15,0-41,0]	
Apse, Yara drenajı ⁽⁸⁾	31	25,0 [14,0-36,0]	
Guatr, Paratiroid, Herniler ⁽⁹⁾	20	29,0 [19,0-42,0]	
Ameliyat Hakkında Bilgi Alma Durumu			
Evet	199	28,33±7,61	t=-1,557
Hayır	41	30,41±8,67	p=0,121
Servis Çalışanından Yeterli Destek Görme	219	28,67±7,69	t=-0,104
Evet	21	28,86±9,26	p=0,917
Hayır			
Kendini Güvende Hissetme Durumu	218	28,0 [10,0-50,0]	Z=-2,338
Evet	22	33,5 [10,0-45,0]	p=0,019
Hayır			
Ameliyat Tarihinde Değişiklik	41	27,71±7,94	t=-0,881
Evet	199	28,89±7,80	p=0,379
Hayır			
Ameliyat Olmak İçin Bekleme	145	28,64±7,77	F=0,801 p=0,550
Beklemedi	78	29,42±7,77	
1-7 Gün	10	27,60±9,69	
8-15 Gün	7	23,00±4,93	
16-30 Gün			

*Normal dağılıma sahip verilerde 2 bağımsız grup karşılaştırılmasında "Two-Independent Sample t" test (t-tablo değeri); 3 veya daha fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında "ANOVA" test (F-tablo değeri) kullanılmış ve ortalama±standart sapma olarak gösterilmiştir. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde 2 bağımsız grup karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); 3 veya daha fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test (χ²-tablo değeri) kullanılmış ve median [min-max] şeklinde gösterilmiştir.

Katılımcıların kendini güvende hissetme durumları ile ameliyata özgü kaygı ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($Z=-2,338;p=0,009$). Kendini güvende hissetmeyen olguların kaygı ölçek puanı, kendini güvende hisseden olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Kendini güvende hissetmeyen olguların ağrı duymaktan, ameliyat esnasında ölmekten ve ameliyat sonrası oluşacak komplikasyonlardan ve kısıtlamalardan duyduğu kaygının, kendini güvende hisseden olgulara göre daha yüksek olduğu tespit edildi.

AÖKÖ ile ameliyata alınış şekli arasındaki ilişki bazı sosyo-demografik değişkenler açısından incelendiğinde;

Kadınların ameliyata alınış şekline göre ameliyata özgü kaygı ölçeğinden aldığı puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($F=4,701;p=0,011$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığı tespit etmek için yapılan testlerde varyansların homojenliği göz önünde bulundurularak varyansların homojen olduğu tespit edildi ve Tukey ikili karşılaştırmaları uygulandı. Acil cerrahi planlanan kadınların kaygı ölçek puanı, gününbirlik cerrahi planlanan kadınların kaygı ölçek puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Erkek hastaların ameliyat şekline göre ameliyata özgü kaygı ölçeğinden aldığı puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($\chi^2=7,585;p=0,023$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığı tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmalar sonucu; Acil cerrahi planlanan erkek olguların ölçek puanı, gününbirlik cerrahi planlanan olguların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Acil cerrahi planlanan erkek olguların ağrı duymaktan, ameliyat esnasında ölmekten ve ameliyat sonrası oluşacak komplikasyonlardan ve kısıtlamalardan duyduğu kaygının, gününbirlik cerrahi planlanan olgulara göre daha yüksek olduğu tespit edildi.

Eğitim durumu ortaokul olan olguların ameliyata alınış şekline göre ameliyata özgü kaygı ölçeğinden aldığı puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($\chi^2=6,982;p=0,030$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığı tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmalar sonucu; Acil cerrahi planlanan ortaokul mezunu olguların kaygı ölçek puanı, planlı cerrahi olacak

olguların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Acil cerrahi planlanan ortaokul mezunu olguların ağrı duymaktan, ameliyat esnasında ölmekten ve ameliyat sonrası oluşacak komplikasyonlardan ve kısıtlamalardan duyduğu kaygının, planlı cerrahi olacak olgulara göre daha yüksek olduğu tespit edildi. Ameliyata alınış şekline göre alınan AÖKÖ puan ortalamalarının bazı değişkenlere göre incelenmesi Tablo 10' da verildi.

Tablo 10. Ameliyata Alınış Şekline Göre Alınan AÖKÖ Puan Ortalamalarının Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi

Değişken (N=240)	n	Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği Puanları			İstatistiksel Analiz* Olasılık	Anlamlı Fark
		Acil ⁽¹⁾ (n=80)	Planlı ⁽²⁾ (n=80)	Günübirlik ⁽³⁾ (n=80)		
Cinsiyet						
Kadın	119	34,12±7,46	30,00±7,87	29,73±4,75	F=4,701;p=0,011	[1-3]
Erkek	121	28,5 [13,0-48,0]	24,0 [10,0-42,0]	23,0 [16,0-39,0]	$\chi^2=7,585;p=0,023$	[1-3]
Eğitim Durumu						
Okuryazar Değil	15	31,33±10,98	32,33±3,78	31,83±6,11	F=0,015;p=0,985	-
İlkokul	90	30,5 [14,0-45,0]	33,0 [10,0-50,0]	27,0 [16,0-42,0]	$\chi^2=1,869;p=0,393$	-
Ortaokul	58	30,0 [18,0-43,0]	22,0 [17,0-37,0]	25,0 [18,0-37,0]	$\chi^2=6,982;p=0,030$	[1-2]
Lise	49	31,65±4,87	29,11±7,66	25,91±7,33	F=2,743;p=0,075	-
Üniversite	24	28,86±11,73	23,17±8,58	24,00±4,95	F=0,906;p=0,419	-
Meslek						
İşsiz	25	27,78±9,59	32,00±9,09	26,00±6,08	F=0,999;p=0,384	-
İşçi	37	28,64±6,65	25,73±7,75	27,37±6,96	F=0,597;p=0,556	-
Memur	21	26,50±10,82	27,50±9,73	23,14±4,45	F=0,497;p=0,616	-
Serbest Meslek	57	27,18±7,18	30,53±8,64	24,54±5,32	F=3,102;p=0,053	-
Ev Hanımı	95	35,74±5,39	27,29±8,72	30,08±5,47	F=11,852;p=0,000	[1-2,3]
Bakmakla Yükümlü Olunan Birey						
Evet	170	31,59±7,86	28,86±9,62	27,58±6,12	F=4,716;p=0,010	[1-3]
Hayır	70	26,88±8,40	27,59±7,81	24,90±6,17	F=0,495;p=0,612	-
Ameliyat Türü						
Apandektomi	29	32,11±7,37	-	-	-	-
Kolesistektomi	21	28,75±4,95	31,22±8,12	31,75±5,31	F=0,404;p=0,674	-

(Tablo 10 devamı)

Mide Bağırsak	38	34,27±6,99	32,27±10,07	31,80±5,63	F=0,351;p=0,706	-
Ortopedi	19	25,66±8,74	22,20±9,79	27,83±3,31	F=0,923;p=0,417	-
Kaza, Kesi, Yaralanma	31	26,56±9,04	22,67±1,53	24,70±4,52	F=0,447;p=0,644	-
Kitle, Tümör Ameliyatı	28	-	27,91±9,80	26,76±7,13	t=0,358;p=0,723	-
Plastik Rekonstruktif	23	-	27,67±7,96	33,00±1,41	t=-0,927;p=0,365	-
Apse, Yara drenajı	31	-	30,40±3,85	24,84±5,89	t=2,012;p=0,054	-
Guatr, Paratiroid, Herniler	20	-	28,22±7,33	30,72±5,43	t=-0,879;p=0,391	-
Kendini Güvende Hissetme Durumu						
Evete	218	30,0 [12,0-48,0]	28,0 [10,0-50,0]	26,5 [16,0-42,0]	$\chi^2=5,048;p=0,080$	-
Hayır	22	38,0 [31,0-45,0]	31,0 [10,0-37,0]	-	Z=-2,384;p=0,017	-

*Normal dağılıma sahip verilerde 2 bağımsız grup karşılaştırılmasında “Two-Independent Sample t” test (t-tablo değeri); 3 veya daha fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında “ANOVA” test (F-tablo değeri) kullanılmış ve ortalama±standart sapma olarak gösterilmiştir. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde 2 bağımsız grup karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri); 3 veya daha fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) kullanılmış ve median [min-max] şeklinde gösterilmiştir.

Mesleği “Ev hanımı” olan olguların ameliyata alınış şekline göre ameliyata özgü kaygı ölçeğinden aldığı puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi (F=11,852;p=0,000). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığı tespit etmek için yapılan testlerde varyansların homojenliği göz önünde bulundurularak varyansların homojen olduğu tespit edildi ve Tukey ikili karşılaştırmaları uygulandı. Acil cerrahi planlanan ve mesleği “Ev hanımı” olan olguların ölçek puanı, planlı ve gününbirlik ameliyat olacak olguların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Bakmakla yükümlü kişi olduğunu ifade eden olguların ameliyata alınış şekline göre ameliyata özgü kaygı ölçeğinden aldığı puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (F=4,716;p=0,010). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığı tespit etmek için yapılan testlerde varyansların homojenliği göz önünde bulundurularak varyansların homojen olduğu tespit edildi ve Tukey ikili karşılaştırmaları uygulandı. Acil cerrahi planlanan ve bakmakla yükümlü kişi

olduğunu ifade eden olguların kaygı ölçek puanı, günöbirlik cerrahi planlanan olguların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Kendini güvende hissetmeyen olguların ameliyata alınış şekline göre ameliyata özgü kaygı ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($Z=-2,384;p=0,017$). Acil cerrahi planlanan ve kendini güvende hissetmeyen olguların ölçek puanı, planlı cerrahi olacak olguların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Acil cerrahi planlanan ve kendini güvende hissetmeyen olguların ağrı duymaktan, ameliyat esnasında ölmekten ve ameliyat sonrası oluşacak komplikasyonlardan ve kısıtlamalardan duyduğu kaygının, planlı cerrahi olacak olgulara göre daha yüksek olduğu tespit edildi.



5.TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular literatür bilgileri ile tartışıldı.

1. Olguların Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği Puan Ortalamaları;

Hasta olmak ve hastanede yatmak bireyleri birçok yönden etkilemektedir. Literatür, ameliyat olmak üzere hastaneye yatan hastaların kaygı düzeylerinin diğer hastalardan daha fazla olduğunu belirtmektedir ^(6,7,8,9).

Araştırmamızda katılımcıların %70,8'i ameliyata yönelik endişesi olduğunu ifade etti. Olguların AÖKÖ Puan Ortalaması $28,6 \pm 7,82$ olarak orta düzeyin üstünde bulundu. AÖKÖ' den alınabilecek maksimum puan 50'dir. Literatür incelendiğinde çalışmaların çoğunlukla durumluk sürekli kaygı ölçeği ve hastane anksiyete depresyon ölçeği ile yapıldığı saptandı ^(6,12,142,143).

AÖKÖ ile yapılan çalışmalarda hastaların ameliyata özgü kaygıları orta düzeyin üzerinde çıkmıştır. Acar ve Fındık'ın ⁽²⁰⁾ çalışmasında AÖKÖ ortalaması $28,5 \pm 7,06$ olarak bulunmuştur. Duman ve Bilik'in ⁽¹⁴⁵⁾ çalışmasında açık kalp cerrahisi öncesinde anksiyetesinin orta düzeyde (27.28 ± 8.48) olduğu saptanmıştır ve bulguları bizim sonucumuza benzerdir. Yılmaz ve arkadaşlarının ⁽¹⁴⁵⁾ çalışmasında tüm hastalar için kaygı puanı ortalaması 31.91 ± 6.30 olarak bulunmuştur. Bu sonuç bizim bulgumuzdan yüksektir. Gürsoy'un ⁽⁶⁾ çalışmasında ameliyat olacak hastalarda orta düzeyde kaygı olduğu saptanmıştır. Dönder'in ⁽¹⁴¹⁾ çalışmasında hastaların ameliyat öncesi kaygı yaşadıkları belirtilmiştir.

2. Olguların Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Sosyo-Demografik Değişkenlerle İlişkisinin Tartışılması

Literatür bazı sosyo-demografik değişkenlerin kaygı düzeyi üzerinde etkili olduğunu bildirmektedir ^(1,5,6,10). Araştırmamızda olguların cinsiyet faktörüne göre ameliyata özgü kaygı ölçeğinden aldığı puanlar istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($t=4,761;p=0,000$). Kadınların ölçek puanı ($31,01 \pm 6,94$), erkeklerden ($26,41 \pm 7,99$)

istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu durum erkek ve kadınlar tarafından kullanılan baş etme stratejilerinin farklılığına bağlanabilir. Literatürde erkeklerin uzak durma, kendini kontrol ve planlı problem çözme gibi farklı baş etme tekniklerine yönelirken, kadınların daha çok çatışmacı baş etme, sorumluluklarını kabul etme, kaçmak ya da kaçınma yollarıyla baş etmeye çalıştığı ve bu durumun kadınlarda duygusal bağlamda daha fazla olumsuz etkilenmeye yol açtığı belirtildi (147). Ayrıca kadınlarda aileden ayrılmaya bağlı anksiyetenin daha yoğun yaşanmasına ve kadınların erkeklere oranla duygularını daha rahat dışa vuruyor olmalarına bağlanabilir. Ekwall'ın (148) acil servisteki hastaların anksiyete düzeylerini değerlendirdiği çalışmasında ve Karancı ve Dirik'in (13) acil cerrahi hastaları ile yaptıkları çalışmada kadın hastaların anksiyete düzeylerinin erkek hastalardan daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Aykent (74) ve Turhan'ın (78) planlı cerrahi girişim geçirecek hastalarla yaptıkları çalışmalarda da kadın hastaların anksiyete düzeyi erkeklere göre yüksek bulunmuştur. Bu bulgular çalışma bulgumuzu desteklemektedir.

Yine acil cerrahi planlanan kadınların kaygı ölçek puanı, gününbirlik cerrahi planlanan kadınların kaygı ölçek puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu. Fındık ve Topçu'nun çalışmasında (149) bizim bulgumuzdan farklı şekilde kadın hastaların gününbirlik, erkek hastaların ise acil cerrahi girişim öncesi daha fazla anksiyete yaşadıkları saptanmıştır.

Hastaların eğitim durumları ile AÖKÖ' den aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($\chi^2=9,981;p=0,041$). Okur-yazar olmayanların ve lise mezunu olanların ölçek puanı, üniversite mezunu olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Literatürde, eğitim düzeyi arttıkça bireylerin, daha çok araştırıp sorguladıkları, bilgileri arttıkça da genel olarak her konuda daha bilinçli kararlar verebildikleri ve etkin baş etme mekanizmaları geliştirdikleri belirtilmektedir (6,10,85). Fındık ve Topçu'nun çalışmasında ilkökul mezunu hastaların acil ve gününbirlik cerrahi girişimlerde planlı girişimlere göre daha yüksek anksiyete yaşadığı saptanmıştır (149). Eğitim düzeyi düşük olguların hastanede karşılaştıkları uygulamalara yabancı olmasının yanı sıra ameliyat söz konusu olduğunda, cerrahi girişim ve hemşirelik bakımı ile ilgili bilgi eksikliğinin gidermede alternatif yolları kullanmadaki yetersizliklerin etkisi ile kaygı düzeyinin arttığı düşünülebilir. Bu bilgi doğrultusunda eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin

daha az kaygı yaşaması beklenmektedir. Fındık ve Topçu⁽¹⁴⁹⁾, Turhan⁽⁷⁸⁾ ve Ala⁽⁶⁹⁾'nın yapmış oldukları çalışmalar araştırma bulgumuzla paralellik gösterirken, Kayahan⁽¹⁰⁾ ve Ertuğrul⁽⁸⁴⁾'un yaptıkları çalışmalar eğitim düzeyi yüksek olguların kaygı düzeyinin, diğer olgulardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ayrıca eğitim durumu ortaokul olan olguların ameliyata alınış şekline göre ameliyata özgü kaygı ölçeğinden aldığı puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($\chi^2=6,982;p=0,030$). Acil cerrahi planlanan ortaokul mezunu olguların kaygı ölçek puanı, planlı cerrahi olacak olguların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Fındık ve Topçu'nun⁽¹⁴⁹⁾ çalışmasında ilköğretim mezunu olan hastaların acil ve gününbirlik cerrahi girişimlerde planlı girişimlere göre daha yüksek anksiyete yaşadıkları saptanmıştır. Bu bulgu çalışma sonuçlarınıza yakındır.

Yaş faktörü ve cerrahi operasyon öncesi kaygı arasındaki ilişkiyle ilgili daha önceki çalışmalarda farklı sonuçlar mevcuttur. Bazı araştırmacılar yaşın cerrahi operasyon öncesi kaygı düzeyini etkilemediğini bildirmişlerdir^(150,151,152). Calvin ve ark.⁽³⁷⁾ 106 ortopedi hastası üzerinde genç, orta ve yaşlı hastaların preoperatif anksiyete düzeylerini karşılaştırmışlar ve fark bulamamışlardır. Ramsay⁽¹⁵³⁾ orta yaş grubunda anksiyete skorunun yüksek olduğunu bildirmiş ve bu durumu orta yaşlarda hastaların ailelerine karşı sorumluluklarının fazla oluşuna bağlamıştır. Grabow ve ark.⁽¹⁵⁵⁾ gençlerde preoperatif anksiyete düzeyinin yüksek olduğunu bildirilmiştir. Shevde ve ark.⁽¹⁵⁶⁾ benzer şekilde yaşlılarda daha düşük preoperatif anksiyete düzeyi bildirmişlerdir. Yaşlılarda gençlerden farklı olarak daha kaderci bir bakış açısının oluşu, gençlerin iletişim araçlarını daha yakından takip edebilmeleri ve sağlık alanında yaşanan olumsuz olaylardan haberdar olmalarının bu sonuçta etkili olabileceği düşünülmektedir⁽¹⁵⁶⁾. Bizim çalışmamızda yaş ile AÖKÖ istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı.

Olguların mesleklerine göre AÖKÖ' de aldığı puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($F=3,768;p=0,005$). Ev hanımlarının AÖKÖ puanı mesleği serbest meslek olanların ölçek puanına göre anlamlı şekilde yüksek bulundu. Mesleği "Ev hanımı" olan olguların ameliyata alınış şekline göre ameliyata özgü kaygı ölçeğinden aldığı puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($F=11,852;p=0,000$). Acil cerrahi planlanan ve mesleği "Ev hanımı" olan

olguların ölçek puanı, planlı ve günübirlik ameliyat olacak olguların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Yıldız' in ⁽⁶⁰⁾ çalışmasında çalışmayan hastaların anksiyete puan ortalamalarının çalışanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Taşdemir ve ark. ⁽¹⁴⁴⁾ çalışmasında preoperatif dönemde ev hanımı grubunda olan olgularda daha yüksek anksiyete puanı saptanmıştır. Bulgular çalışma sonuçlarımızla benzerdir. Bir gelire sahip olmayan bireylerin gelecekle ilgili kaygı duymaları ve bu hastalarda cerrahi sürecin maddi zorluklara neden olabilmesi bu sonucu açıklayabilir.

Bakmakla yükümlü olduğunu ifade eden olguların ameliyata alınış şekline göre ameliyata özgü kaygı ölçeğinden aldığı puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($F=4,716;p=0,010$). Acil cerrahi planlanan ve bakmakla yükümlü kişi olduğunu ifade eden olguların kaygı ölçek puanı, günübirlik cerrahi planlanan olguların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Literatürde bu bulgu ile ilgili bir sonuca rastlanmadı. Bu sonuç öngörülmeyen acil bir durum yaşayanlarda aileye yönelik ekonomik kaygılara bağlanabilir.

3- Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Ameliyata Özgü Değişkenlerle İlişkisinin Tartışılması

Olguların cerrahi girişime alınış şekline göre ameliyata özgü kaygı ölçeği puanları; acil cerrahi girişimlerde ($30,65\pm 8,14$); planlı cerrahi girişimlerde ($28,16\pm 8,64$) ve günübirlik cerrahi girişimlerde ($27,25\pm 6,15$) olduğu tespit edildi. Cerrahi Girişime Alınış Şekline göre ameliyata özgü kaygı ölçeğinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı ($F=4,157;p=0,017$). Acil olarak hastaneye başvuranların kaygı ölçek puanı, günübirlik olarak başvuranlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Fındık ve Topçu'nun ⁽¹⁴⁹⁾ cerrahi girişime alınış şeklinin ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisini araştırdığı çalışmada hastaların cerrahi girişime alınış şekline göre anksiyete puanları; planlı cerrahi girişimlerde ($23,76\pm 7,12$), acil cerrahi girişimlerde ($28,55\pm 7,15$), günübirlik cerrahi girişimlerde ($28,03\pm 8,20$) olduğu ve acil ve günübirlik cerrahi girişim geçirecek olan hastaların ameliyata özgü anksiyete puanlarının planlı cerrahi girişim geçirecek hastalara göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($F=6,28, p=0,00$). Bulgular çalışma bulgularımıza benzerdir. Karancı ve Dirik'in ⁽¹³⁾ acil

cerrahi girişim geçiren hastalarla yaptıkları çalışmada, ameliyata özgü anksiyete puan ortalaması (27,54±8,95) bu çalışmada bulunan acil cerrahi girişimler öncesi kaygı puan ortalaması ile çalışma bulgumuzla benzerdir. Acil cerrahi girişim geçirecek olgularda bu farklılığın hastanın psikolojik ve fiziksel hazırlığı için ameliyat öncesi yeterli zamanın olmaması ve acil cerrahiye gerektiren birçok (tıbbi, ekonomik vb.) nedenden kaynaklanabilmektedir ^(148,157). Planlı cerrahi girişimlerde ise hasta hazırlığı için yeterli zamanın olması ve hastanın cerrahi girişime hazırlanmasında hemşireler tarafından verilen eğitim kaygının azaltılmasında önemli rol oynamaktadır ⁽¹⁵⁸⁾. Planlı cerrahi girişimlerde ameliyat öncesi dönemde, hastaneye yatış ve cerrahi girişim hakkında hasta ve ailesinin bilgilendirilmesi onların sorun olarak gördüğü birçok şeye açıklık getirebilmekte ve endişelerini azaltmaya yardımcı olmaktadır ⁽¹²⁾.

Katılımcılara uygulanacak olan ameliyat ile ameliyata özgü kaygı ölçeğinden alınan puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi. Apandektomi ve mide bağırsak ameliyatı geçirecek hastaların AÖKÖ puan ortalaması diğer ameliyatlara göre anlamlı şekilde yüksek çıktı.

Dirik & Karancı ⁽¹³⁾ tarafından acil cerrahi girişim geçiren hastalar ile yapılan çalışmada anksiyete düzeyinin ağrının daha yoğun yaşandığı abdominal cerrahi girişim geçirecek hastalarda daha yüksek olduğu görülmektedir. Gürsoy'un küçük ve orta büyüklükte operasyon planlanan hastaların kaygı düzeyini değerlendirdiği çalışmada ameliyat büyüklüğünün kaygı üzerinde etkili bir değişken olduğu saptanmıştır ⁽³⁾. Yıldız'ın ⁽⁶⁰⁾ çalışmasında geçireceği ameliyatın türü büyük olan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası SKÖ puan ortalamalarının küçük ve orta büyüklükte ameliyat olacıklara göre yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgular bizim çalışma sonucumuzu desteklemektedir. Literatürde de, ağrının anksiyete üzerinde etkisi olduğu, özellikle acil cerrahi girişimlerin önemli nedenlerinden biri olan ağrının anksiyeteyi arttırdığı belirtilmektedir ⁽¹⁴⁹⁾.

Çalışmamızda planlanan ameliyat tarihinde değişiklik olması ve ameliyat için bekleme süresinin uzaması ile AÖKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Literatürde ameliyat planlanan hastalarda anksiyetenin ameliyat yaklaştıkça arttığı ameliyathanede en yüksek düzeye ulaştığı bildirilmektedir ⁽¹²⁾.

Olguların %91,2'si çalışanlar tarafından yeterli destek gördüğünü ve %97,1'i yanında ameliyat sonrası refakatçi bulunduğunu ve %90,8'i kendini güvende hissettiğini ifade etti. Katılımcıların kendini güvende hissetme durumları ile ameliyata özgü kaygı ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($Z=-2,338;p=0,009$). Kendini güvende hissetmeyen olguların kaygı ölçek puanı, kendini güvende hisseden olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Ayrıca kendini güvende hissetmeyen olguların ameliyata alınış şekline göre ameliyata özgü kaygı ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($Z=-2,384;p=0,017$). Acil cerrahi planlanan ve kendini güvende hissetmeyen olguların ölçek puanı, planlı cerrahi olacak olguların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu bulguya yönelik literatür bilgisi saptanamamış olmasına rağmen kendini güvende hissettiğini ifade eden bireylerin kaygısının düşük olması beklenen bir sonuçtur. Dönder'in ⁽¹⁴³⁾ çalışmasında hastane ve servise uyum sağlayabilen hastalarda anksiyete-depresyon ölçeği puanı uyum sağlayamayanlara göre anlamlı derecede düşük çıkmıştır.

Daha önce ameliyat deneyimi olan ve olmayan olgular arasındaki kaygı düzeyi incelendiğinde aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır ($p=0,884$). Çalışmamızın bulgusu daha önce ameliyat deneyimi yaşamayanın kaygı düzeyi üzerinde etkili olmadığını ortaya koyan Ala ⁽⁶⁹⁾, Çetinkaya ⁽⁹⁵⁾ ve Turhan ⁽⁷⁸⁾ çalışmalarıyla paralellik göstermektedir. Dönder'in ⁽¹⁴³⁾ çalışmasında da daha önce hastaneye yatma ve ameliyat deneyimi olma durumu ile kaygı düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Yıldız'ın ⁽⁶⁰⁾ çalışmasında daha önce ameliyat olanların ameliyat öncesi ve sonrası DKÖ puan ortalamaları olmayanlara göre daha yüksek olmasına rağmen aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu sonuçların her ameliyatın olgu için yeni bir risk faktörü olarak algılanmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Gürsoy'un ⁽⁶⁾ çalışmasında ise bu sonuçlardan farklı olarak daha önce ameliyat olmayanların ameliyat öncesi kaygı puan ortalaması, olanlardan yüksek çıkmıştır.

4- Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Ameliyat Hakkında Bilgi Alma Değişkenleriyle İlişkisinin Tartışılması

Katılımcıların ameliyat öncesi bilgilendirilme durumları incelendiğinde; olguların %82,1'i aldığı bilgilerin tüm sorularını karşıladığını belirtti. Alınan bilginin içeriği incelendiğinde %82,9'u ameliyat hakkında, %49,2'si hastanede kalma süresi hakkında bilgi sahibi olduğunu ifade etti. Bilgi aldığını ifade edenlerin %76,8'inin doktordan, %14,7'sinin hemşireden bilgi aldığı belirlendi.

Yardakçı ve Akyolcu'nun ⁽¹²⁾ çalışmasında hastaların %70'inin hastanede kalış süresini bildikleri, %96'sına hastaneye yatma konusunda bilgi verildiği saptanmıştır. Gürsoy' un ⁽⁶⁾ çalışmasında hastaların %92,7'si doktordan, %7,22'si aile ve diğer hastalardan bilgi aldığını belirtmiş, hemşire bilgi alınan kaynak olarak belirtilmemiştir. Yıldız'ın ⁽⁶⁰⁾ çalışmasında olguların %67,8'inin ameliyatla ilgili bilgi aldığı, bilgi kaynağının %80,6'sında hekim, %9,7'sinde hemşire olduğu saptanmıştır. Bu sonuç çalışma bulgumuza yakındır. Dönder'in ⁽¹⁴³⁾ çalışmasında olguların %73,3'ünün hastalığı hakkında, %41'i ameliyat hakkında bilgi aldığını ifade ederken sadece %21'i verilen bilgiyi yeterli bulmuştur. Gürsoy'un ⁽⁶⁾ çalışmasında orta büyüklükte ameliyat planlanan olguların %62'si aldığı bilgiyi yeterli bulmamıştır. Çalışmamıza katılan olguların bilgi alma oranları literatüre benzer şekilde yüksek bulundu. Aynı şekilde hemşireden bilgi alan olgu sayısı literatüre benzer şekilde düşük bulundu.

Çalışmamızda ameliyat hakkında bilgi aldığını ifade edenlerin AÖKÖ puanı bilgi almayanlara göre daha düşük çıktı. Ancak iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Yıldız'ın ⁽⁶⁰⁾ çalışmasında ameliyat ile ilgili bilgi almayan hastaların ameliyat öncesi Süreklilik Kaygı Ölçeği (SKÖ) puan ortalamalarının bilgi alanlardan yüksek olduğu saptanmıştır. Gürsoy'un ⁽⁶⁾ çalışmasında ameliyata ilişkin bilgi almayanların kaygı puan ortalamasının bilgi alanlara göre daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Taşdemir ve arkadaşlarının ⁽¹⁴⁴⁾ çalışmasında da ameliyat öncesi bilgilendirme yapılan hastalarda anksiyete skorunun düşük olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda bilgi aldığını ifade eden hastaların AÖKÖ puanları bilgi almayanlara göre daha düşük bulundu ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Çalışmamıza katılan olguların %82,9'u ameliyat hakkında bilgi sahibi olduğunu ve %91,2'si çalışanlar tarafından

yeterli destek gördüğünü ifade etmiştir. Bilinmezlik önemli bir kaygı kaynağıdır. Çalışmamızda ameliyat öncesi dönemde bilgilendirme ve çalışan desteğinin yüksek oranda bulunmasının hastanın kaygı, korku ve beklentilerini daha rahat ifade etmesini sağlayarak bu sonucu oluşturduğu düşünülebilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

Cerrahi operasyon geçirecek hastaların ameliyata özgü kaygılarının ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edildi:

- Olguların çoğunluğunun (%50,4) erkek ve ağırlıklı olarak 46 ve üzeri (%30,4) yaş aralığında olduğu belirlendi.
- Katılımcıların en fazla ilkokul mezunu(%37,4) olduğu ve büyük bir kısmının doğum yerinin il (%50,8) olduğu belirlendi.
- Katılımcıların çoğunluğunun evli olduğu (%74,2) ve bir kısmının çocuk sahibi olmadığı (%22,9), bir kısmının ise iki çocuğa sahip olduğu (%23,8) saptandı.
- Olguların çoğunluğunun (%85) sosyal güvencesinin olduğu ve %48,3'ünün ise gelirinin giderden az olduğu belirlendi.
- Katılımcıların çoğunluğunun çekirdek aile yapısına (%72,8) sahip olduğu ve bakmakla yükümlü kişi bulunduğu (%70,8) belirlendi.
- Katılımcıların %45,4'ünün daha önce hastanede yatma deneyimi, %30,4'ünün daha önce ameliyat deneyimi olduğu belirlendi.
- Olguların %37,9'u kendisi veya çevresinde ameliyatla ilgili olumsuz bir deneyim yaşadığı/yaşandığı belirlendi.
- Olguların büyük kısmının ameliyatı yapacak hekimle tanıştığı (%82,1) ve ameliyatı yapacak hekimin adını bildiği (%76,3) saptandı.

- Katılımcıların ameliyat hakkında bilgiyi genellikle doktordan (%76,8) sonra hemşireden (%14,7) aldıkları belirlendi.
- Olguların %42,1'ine ameliyat sonrası ağrı ile ilgili, %46,7'sine ise ağrı olması durumunda yapılması gerekenler hakkında bilgi verildiği belirlendi.
- Olguların %68,8'ine ameliyat sonrası ne zaman ayağa kalkacağı, %83,3'üne ise ameliyat sonrası ne zaman yemek yiyeceği hakkında bilgi verildiği belirlendi.
- Olguların çoğunluğunun çalışanlar tarafından yeterli destek gördüğü (%91,2) ve ameliyat sonrası refakatçisinin bulunduğu (%97,1) belirlendi.
- Olguların çoğunluğunun planlanan ameliyat tarihinde opere edildiği (%82,9), %17,1'inin ise ameliyat tarihinde değişiklik olduğu belirlendi.
- Katılımcıların çoğunluğunun ameliyata yönelik endişesinin olduğu (%70,8), aynı zamanda kendini güvende hissettiği (%90,8) ve aldığı bilgilerin tüm sorularını karşıladığı (%82,1) belirlendi.
- Olguların AÖKÖ puan ortalaması $28,6 \pm 7,82$ olarak orta düzeyde bulundu.
- Katılımcıların cinsiyeti ile ameliyata özgü kaygı ölçeğinden alındığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($t=4,761;p=0,000$). Kadınların ölçek puanı, erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.
- Olguların eğitim durumlarına göre AÖKÖ' de aldığı puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($\chi^2=9,981;p=0,041$). Okur-yazar olmayanların ve lise mezunu olanların ölçek puanı, üniversite mezunu olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.
- Olguların mesleklerine göre AÖKÖ' de aldığı puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($F=3,768;p=0,005$). Mesleği serbest meslek olanların ölçek puanı, mesleği "Ev hanımı" olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür.

- Bakmakla yükümlü oldukları bireyler olan katılımcıların ölçek puanı, olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($t=2,105;p=0,000$).
- Olguların Cerrahi Girişime Alınış Şekline göre ameliyata özgü kaygı düzey ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($F=4,157;p=0,017$). Acil olarak hastaneye başvuranların ölçek puanı, gününbirlik olarak başvuranlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.
- Olguların planlanan ameliyat türlerine göre ameliyata özgü kaygı düzey ölçeğinden aldığı puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($\chi^2=38,094;p=0,000$). Apandektomi ve mide bağırsak ameliyatı olacakların ölçek puanı, ortopedi ve travmatoloji, kaza, kesi, yaralanma, apse ve yara drenajı ameliyatı olacaklardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.
- Katılımcıların kendini güvende hissetme durumlarına göre ameliyata özgü kaygı düzey ölçeğinden aldığı puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($Z=-2,338;p=0,009$). Kendini güvende hissetmeyen olguların ölçek puanı, kendini güvende hisseden olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.
- Kadınların ameliyata alınış şekline göre ameliyata özgü kaygı düzey ölçeğinden aldığı puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($F=4,701;p=0,011$). Acil cerrahiye alınacak kadınların ölçek puanı, gününbirlik cerrahi planlanan kadınların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.
- Eğitim durumu ortaokul olan hastaların ameliyata alınış şekline göre ameliyata özgü kaygı ölçeğinden aldığı puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($\chi^2=6,982;p=0,030$).

- Bakmakla yükümlü olduğu kişi olan hastaların ameliyata alınış şekline göre ameliyata özgü kaygı ölçeğinden aldığı puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($F=4,716;p=0,010$). Acil cerrahiye alınan olgulardan bakmakla yükümlü kişi olanların ölçek puanı, gününbirlik cerrahiye alınan olguların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Elde edilen bulgular ışığında araştırma soruları değerlendirildiğinde;

- Cerrahi girişim planlanan hastalarda ameliyata özgü kaygının orta düzeyde ($28,6 \pm 7,82$) olduğu,
- Cinsiyet, eğitim durumu, meslek, bakmakla yükümlü olunan kişi varlığı, ameliyat türü ve ameliyata alınış şeklinin ameliyata özgü kaygı düzeyini etkilediği saptandı.

6.2. Öneriler

- Kaygı düzeyini arttırdığı kanıtı dayalı olarak saptanan durumların çalışanlar tarafından bilinmesi ve veri toplama aşamasında tespit edilerek uygun yaklaşımların belirlenmesi,
- Hastalara ameliyat prosedürü, ameliyat öncesi ve sonrasındaki sürece yönelik yeterli ve anlaşılır düzeyde bilgi verilmesi ve aynı zamanda ameliyatlarına ilişkin bilgileri içeren kitapçıkların verilmesi,
- Anestezist tarafından yapılan ameliyat öncesi ziyaret esnasında kaygı düzeyi yüksek hastaların belirlenmesi buna bağlı olarak ameliyat öncesi dönemde hastayla yapılan görüşmede geçireceği ameliyat ve anestezi konusunda endişeleri sorgulanmalı ve kaygı düzeyi yüksek hastalar belirlenmeli.
- Ameliyathanelerde kaliteli perioperatif hemşirelik bakım düzeyinin yükseltilmesi ve ameliyata özgü kaygının düşürülmesi için hemşirelik girişimlerinin planlanması.

- Ayrıca kadın, eğitim düzeyi düşük, bakmakla yükümlü bireyi olan, ev hanımı ve kendini güvende hissetmeyen olguların ameliyata özgü kaygı düzeylerinin azaltılması için hemşirelik bakım girişimleri planlanmalıdır.
- Hastalara ameliyat hakkında yeterli bilgiyi hemşirelerin vermiyor olması hemşirelerin başta iş yoğunluğu olmak üzere birçok nedene bağlı olarak bağımsız fonksiyonlarından biri olan “hasta eğitimi” ne gerektiği kadar yönelemediklerini göstermektedir.
- Hizmet içi eğitim programlarında cerrahi servislerinde çalışan hemşirelere, cerrahi operasyon geçirecek hastaların duygulanım ve duygu durumları hakkında ve bu hastalara yaklaşım konusunda bilgi verilmesi,
- Cerrahi servislerinde yatan hastaların doktor, hemşire, psikolog ve sosyal hizmet uzmanlarından oluşan profesyonel bir ekip tarafından psikososyal yönden desteklenmesi ve özellikle hastalarla bire bir ilişki içinde olan hemşirelerin bu konuda hassas olmaları için bilgilendirilmeleri önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Cimilli, C. (2001). Cerrahide Anksiyete. *Klinik Psikiyatri*, 4: 182 – 186.
2. O'hara, M. W. ve Diğerleri. (1989). Phsychological Consequences of Suurgery [Cerrahinin Psikolojik Sonuçları]. *Psychomatic Medicine*, May – June, 51(53): 356 – 370.
3. Aksoy, G. (1982). *Ameliyat Öncesi ve Sonrası Hasta Bakımında Sosyal Faktörlerin Rolü ve Hemşirelik Hizmetlerinin Yeri*. Yayımlanmamış Doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
4. Berg, K., Arestedt, K. ve Kjellgren, K. (2013). Postoperative Recovery from the Perspective of Day Surgery Patients (A Phenomenographic Study) [Günübirlik Cerrahi Hastalarının Perspektifinden Postoperatif İyileşme] *International Journal of Nursing Studies*, 1: 1 – 9.
5. Dirik, G. (2001). *Acil Cerrahi Servisinde Ameliyat Olan Hastaların Ameliyata Özgü, Ameliyat Öncesi ve Sonrası Yaşadıkları Durumsal Kaygının Yordanmasında Baş Etme Yollarının, Algılanan Sosyal Desteğin ve Önceki Hastalık Deneyimlerinin Yordalayıcı Güçleri*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
6. Gürsoy, A. (2001). Ameliyat Öncesi Hastaların Kaygı Düzeyleri ve Kaygıya Neden Olabilecek Etmenlerin Belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma – Geliştirme Dergisi*, 1: 23 – 30.
7. Shauna, R. ve Diğerleri. (1990). Anxiety Leves and Canser Fear in Patients Admitted for Elective Operations [Seçmeli Operasyonlar için Başvurulan Hastalarda Anksiyete Seviyeleri ve Kantin Korkusu]. *Southern Medical Journal*, October, 83(10): 1128 – 1130.

8. Kaughn, F., Wichowski, H. ve Bosworth, G. (2007). Does Preoperative Anxiety Level Predict Postoperative Pain [Preoperatif Kaygı Seviyesi Postoperatif Ağrıyı Öngörüyor mu?]. *Association of Perioperative Registered Nurses Journal*, 85(3): 589 – 604.
9. Walding, M. F. (1991). Pain, Anxiety and Powelessness [Ağrı, Kaygı ve Güçsüzlük]. *Journal of Advenced Nursing*, April, 16(4): 1388 – 1397.
10. Kayhan, C. (2003). *Cerrahi Hastalarda Preoperatif Anksiyetenin Postoperatif Komplikasyonlarla İlişkinin İncelenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
11. Smeltzer, S. C. ve Bare, B. G. (2000). *Texbook of Medical Surgical Nursing*. Philadelphia: Williams & Wilkins Company.
12. Yardakçı, R. ve Akyolcu, N. (2004). Ameliyat Öncesi Dönemde Yapılan Hasta Ziyaretlerinin Hastanın Anksiyete Düzeyine Etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1: 7 – 14.
13. Karancı, N. ve Dirik, G. (2003). Predictors of Pre – and Postoperative Anxiety in Emergency Surgery Patient [Acil Cerrahi Hastalarında Pre ve Postoperatif Anksiyete Yordayıcıları]. *Journal Psychosom Research*, 55(4): 363 – 369.
14. Brieger GH (1997). *The Development of Surgery*. Editörler: Sabiston DC, Lyerly HK, *Textbook of Surgery*, Philadelphia: 1 – 16.
15. Osler SW (2001). *The Evolution of Modern Medicine*. Ed. Garrison FH, Yale University Press. New Haven.
16. Onat, D. (1996). *Cerrahinin Tarihçesi*. Editör: Sayek İ. *Temel Cerrahi*, Güneş Kitapevi, Ankara: 5-27.
17. Lewis J et al. (2000). *Berry and Kohn's Operating Room Tecnique*. 9. Baskı, Mosby, London.

18. Thorwald, Jürgen. (2005). Cerrahların Yüzyılı Dünyası, Çev. Kazım Ergin, A. Ü. Tıp. Fak. Yayını.
19. Weiser, Thomas G., et al. (2008). "An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data." *The Lancet* 372.9633: 139-144.
20. Acar, E.Ç., Fındık, Ü.Y. (2015). Ameliyathanede Hastaların Hemşirelik Bakım Kalitesi Hakkında Düşüncelerinin Ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*;18-4.
21. Acar, H. ve Çeyiz, S. (1990). Temel Cerrahi Bilgiler, Ankara: Sistem Ofset yayınevi.
22. Ayaz, A. B. ve Varlıklı, O. (2012). Günübirlik Cerrahi Sonrası Yaşam Kalitesi Algısı ve Kaygı Düzeyi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 25: 312 – 320.
23. Ehtiyar, R. ve Üngüren, E. (2008). Turizm Eğitimi Alan Öğrencilerin Umutsuzluk ve Kaygı Seviyeleri İle Eğitime Yönelik Tutumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 1(4): 159 – 181.
24. Demiriz, N. D. (2016). Ergenlik Dönemi Psikiyatrik Bozukluklar. Ankara: Karina Yayınevi.
25. Gökçe, T. ve DüNDAR, C. (2008). Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde Çalışan Hekim ve Hemşirelerde Şiddete Maruziyet Sıklığı ve Kaygı Düzeylerine Etkisi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 15(1): 25 – 28.
26. Baştuğ, G. (2009). Bayan Voleybolcuların Müsabaka Dönemi Kaygı ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilim Dergisi*, 11(3): 15 – 20.
27. Akkaş – Gürsoy, A. (2001). Ameliyat Öncesi Hastaların Kaygı Düzeylerinin ve Kaygıya Neden Olabilecek Etmenlerin Belirlenmesi. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 1: 23 – 29.

28. Freud, S. (1996). *Yaşamım ve Psikanaliz*. Çeviren: Şipal, K., İstanbul: Say Yayınları.
29. Koruklu – Öner, N., Öner, H. ve Oktaylar, H. C. (2006). Sınav Kaygısı ile Başa Çıkma Programının Sınav Kaygısına Etkisine Yönelik Deneysel Bir Çalışma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, 19: 5 – 11.
30. Sabuncuoğlu, Z. ve Vergiliel – Tüz, M. (2008). *Örgütsel Psikoloji*. İstanbul: Alfa Aktüel Yayınları.
31. Günay, O., Önce, Ü. N., Erdoğan, Ü., Güneri, E., Tendoğan, M., Uğur, A. ve Başaran, O. U. (2008). Lise Son Sınıf Öğrencilerinde Durumluk ve Sürekli Anksiyete Düzeyini Etkileyen Faktörler. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(2): 77. – 85
32. Aydın, S. ve Zengin, B. (2008). Yabancı Dil Öğreniminde Kaygı: Bir Literatür Özeti. *Journal of Language and Linguistic Studies*, 4(1): 81 – 94.
33. Weanar, C. (2003). Kaygı Bozuklukları ve Aşırı Kontrol: Stres ve Stresle Başa Çıkma Yolları. Çeviren: Türköz, Y., *Türk Psikoloji Bülteni*, 9(30 – 31): 97 – 106.
34. Koptagel – İlal, G. (2001). *Tıpsal Psikoloji – Tıpta Davranış Bilimleri*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
35. Güleç, C. ve Köroğlu, E. (2007). *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
36. Kırılı, S. (2000). *Anksiyete Bozukluklarının Oluşumu ve Farmakolojik Tedavisi – Anksiyetenin Oluşumu ve Anksiyete ile İlişkili Psikolojik ve Fizyolojik Süreçler*. Bursa: Psikiyatri ve Sanat Yayınevi.
37. Calvin, R. ve Lane, P. (1999). Preoperative Uncertainty and State Anxiety and Nursing Intervention Among Cardiac Surgical Patients [Kardiyak Cerrahi Hastalar Arasında Preoperatif Belirsizlik ve Durum Kaygısı ve Hemşirelik Müdahalesi]. *Orthopedicia Nursing*, 18: 61 – 66.

38. Sayar, K. (2000). Varoluşçu Psikoloji Açısından Anksiyete. *Yeni Symposium*, 38(2): 43 – 50.
39. Boker, A., Brownell, L. ve Donen, N. (2002). The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale Provides a Simple and Reliable Measure of Preoperative Anxiety. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 49: 792 – 798.
40. Kain, Z., Mayes, L. ve Cicchetti, D. (1997). The Yale Preoperative Anxiety Scale: How Does it Compare to a Gold Standard? *Anesth Analg*, 85: 783 – 788.
41. Emmelkamp, P. M. G., Bouman, K. T. ve Scholing, A. (1994). Anksiyete Bozukluklarının Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi. *Anksiyete Bozuklukları: Klinik Uygulama Kılavuzu*. Editör: Köroğlu, E., Çevirenler: Köroğlu, E., Ceyhun, B. ve Oral, N., Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
42. Köknel, O. (2000). *Günlük Hayatta Ruh Sağlığı*. İstanbul: Alfa Yayınevi.
43. Mitchell, M. J. (2009). Patient Anxiety and Conscious Surgery [Hasta Kaygısı ve Bilinçli Cerrahi]. *Journal of Peri – operative Practice*, 19: 168 – 173.
44. Öner, L. ve Le Compte, A. (1998). *Süreksiz Durumluk / Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi.
45. Sargin, N. (1990). *Lise I. ve III. Sınıf Öğrencilerinin Durumluk – Sürekli Kaygı Düzeylerinin Belirlenip Karşılaştırılması*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
46. Yaylacı, A. (2010). *Genel Anestezi Altında Dental Tedavi Gören Çocuk Hastaların Ebeveyninin Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması Olarak Değerlendirilmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi.
47. Tiryaki, Ş. ve Moralı, S. (1990). Genç Sporcularda Yarışma – Performans Kaygısı ve Bu Kaygı İle Başa Çıkma Davranışlarının Araştırılması. *I. Spor Bilimleri Kongresi Bildiriler Kitabı*. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları.

48. Tükel, R. ve Alkın, T. (2006). *Anksiyete Bozuklukları*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
49. Bildik, T. (2007). *Sınav Kaygısı*. İzmir: İlya Yayınevi.
50. Aktaş, S. (2009). *Eşlerden Birini Kaygı Düzeyleri ile Evlilik Uyumu Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
51. Sjöling, M., Nordahl, G., Olofsson, N. ve Asplund, K. (2003). The Impact of Preoperative Information on State Anxiety, Postoperative Pain and Satisfaction with Pain Management. *Patient Education and Counseling*, 51: 169 – 176.
52. Weissman, C. (1990). The Metabolic Response to Stress: An Overview and Update. *Anesthesiology*, 73: 308 – 327.
53. Leigh, J. M., Walker, J. ve Janaganathan, P. (1977). Effect of Preoperative Anaesthetic Visit on Anxiety [Preoperatif Ziyaretin Anestezik ve Kaygı Üzerine Etkisi]. *Brazilian Medicine of Journal*, 2: 987 – 989.
54. Sarı, İ., Yenigün, Ö., Altıncı, E. E., Öztürk, A. ve Evren, E. (2011). Temel Psikolojik İhtiyaçların Tatmininin Genel Öz Yeterlik ve Sürekli Kaygı Üzerine Etkisi. *Spor metre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 9: 149 – 156.
55. Köroğlu, E. (2004). *Psiknozoloji: Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
56. Başaran, İ. E. (2006). *Eğitim Psikolojisi: Gelişim, Öğrenme ve Ortam*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
57. Kaya, M. ve Varol, K. (2004). İlahiyat Fakültesi Öğrencilerinin Durumluk – Süreklilik Kaygı Düzeyleri ve Kaygı Nedenleri. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Dergisi*, 1: 31 – 63.

58. Okur, M., Bahar, H. H., Akgün, L. ve Bekdemir, M. (2011). Matematik Bölümü Öğrencilerinin Öğrenme Stilleri İle Sürekli Kaygı ve Akademik Başarı Durumları. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3: 123 – 134.
59. Buldukoğlu, K., Doğan, S., Kum, N., Öz, F., Özaltın, G., Özcan, A. ve diğerleri. (2000). *Anksiyete Somatoform ve Dissosiyatif Bozukluklar. Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı*. Hazırlayan: Doğan, S., İstanbul: BİRMAT Matbaacılık.
60. Yıldız, D. (2011). *Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Hastaların Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. KKTC: Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
61. Özer, K. (2004). *Kaygı: Sınanma Duygusuyla Baş Edebilme*. İstanbul: Sistem Yayıncılık.
62. Dönmez, Z. (1998). *Cerrahi Kliniklerine Ameliyat Olmak Üzere Yatan Hastaların Hastaneye Yatıştaki Anksiyeteleri ve Anksiyeteyi Gidermede Hemşirelik Yaklaşımının Etkisinin İncelenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
63. Karaman, S. (2009). *Sağlık ile İlgili Programlarda Öğrenim Gören Üniversite Öğrencilerinin Durumluluk ve Sürekli Kaygı Düzeyleri*. Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
64. Cüceloğlu, D. (2016). *İnsan ve Davranışı: Psikolojinin Temel Kavramları*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
65. Öz, F. (2010). *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*, Ankara: Mattek Matbaacılık.
66. Romanik, W., Kanski, A., Soluch, P. ve Szymanska, O. (2009). Preoperative Anxiety Assessed by Questionnaires and Patient Declarations. *Anaesthesiology Intensive Therapy*, 2: 80 – 84.

67. Şirin, A., Kavak, O. ve Ertem, G. (2003). Doğumhane Stajına Çıkan Öğrencilerin Durumluk Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7(1): 27 – 32.
68. Pellino, T. A., Gordon, D. B. ve Engelke, Z. K. (2005). Use of Nonpharmacologic Interventions for Pain and Anxiety After Total Hip and Total Knee Arthroplasty. *Orthopaedicia Nursing*, 24: 182 – 190.
69. Ala, S. (2007). *Tiroidektomi Ameliyatı Öncesi Hemşirenin Bilgilendirici Rolünün Hastaların Ameliyat Sonrası Anksiyete Düzeylerine Etkisi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
70. Fortner, B. V. ve Neimeyer, R. A. (1999). Death Anxiety in Older Adults: A Qantative. *Review Death Studies*, 23: 387 – 411.
71. Ançel, G. (2007). *Cerrahi ve Dâhili Hastalıklarda Anksiyete ve Hemşirelik Yaklaşımı*. Ankara: Birlik Matbaası.
72. Görpelioğlu, S. (2009). Yaşlılık ve Getirdiği Sorunlar. *Sağlık Bilimlerinde Yaşlılık*. Editör: Gacar, N., Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
73. Sapir, S. ve Aronson, A. E. (1990). The Relationship Between Psychopathology and Speech and Language Disorder in Neurological Patients [Nörolojik Hastalarda Psikopatoloji ile Konuşma ve Dil Bozukluğu Arasındaki İlişki]. *Journal of Speech Hearing Disorders*, 55: 503 – 509.
74. Aykent, R. (2001). *Hastalar Arasında Anestezinin İmajı, Anesteziye Bağlı Endişe Nedenleri ve Preoperatif Anksiyete Değerlendirilmesi*. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi. Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı.
75. Qasimi, T. B. (2007). *Endoskopi İşlemi Uygulanacak Hastaların İşlem Öncesi Anksiyete Düzeyleri ve Bunu Etkileyen Faktörler*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

76. Horney, K. (2003). *Çağımızın Nevrotik Kişiliği*. Çeviren: Koçak, S., İstanbul: Doruk Yayıncılık.
77. Hunsley, J. (1985). Test Anxiety, Academic Performance and Cognitive Appraisals [Test Kaygısı, Akademik Performans ve Bilişsel Değerlendirme]. *Journal of Educational Psychology*, 77(6): 678 – 682.
78. Turhan, Y. (2007). *Elektif Cerrahi Operasyon Planlanan Hastalarda Preoperatif ve Postoperatif Anksiyetenin Hasta Memnuniyeti İle İlişkisi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Adana: Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
79. McIntosh, S. ve Adams, J. (2011). Anxiety and Quality of Recovery in Day Surgery: A Questionnaire Study Using Hospital Anxiety and Depression Scale and Quality of Recovery Score. *International Journal of Nursing Practice*, 17: 85 – 92.
80. Üstün, B., Akgün, E. ve Parlak, N. (2005). *Hemşirelikte İletişim Becerileri Öğretimi*. İzmir: Okullar Yayınevi.
81. Cohen, L. H., Burt, C. E. ve Björk, J. B. (1987) . Life Stress and Adjustment: Effects of Life Events Experienced by Young Adolescents and Their Parents. *Developmental Psychology*, 23(4): 583 – 592.
82. Koca, A. (1998). *Açık Kalp Ameliyatı Öncesi Hasta Eğitiminin Anksiyete Düzeyine Etkisi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
83. Yıldırım, M., Mızrak, C. ve Sevinç, F. Y. (2013). Cerrahi Hastalarında Ortak Oda Kullanımının Ameliyat Öncesi Anksiyete Düzeyine Etkisi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 8: 55 – 68.
84. Kiyohara, L. Y., Kayano, L. K., Oliveira, L. M., Yamamoto, M. U. ve diğerleri. (2004). Surgery Information Reduces Anxiety in the Pre – Operative Period. *Review Hospital Clinical Faculty Medicine of Sao Paulo*, 59: 51 – 56.

85. Ertuğrul, B. (2007). *Genel Cerrahi Hastalarında Ameliyat Öncesi Anksiyete Durumu ve Anksiyeteye Yaklaşım*. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
86. Özberksoy, A. (2006). *Meme Kanseri Olan Hastalarda Ameliyat Öncesi Dönemde Bilgilendirici ve Eğitici Hemşirelik Yaklaşımının Ameliyat Sonrası Ağrı ve Kaygı Düzeyleri Üzerine Etkisi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
87. Wicklin, N. ve Forster, J. (1994). The Effects of a Personal Versus a Factual Approach Videotape on the Level of Preoperative Anxiety of Same – Day Surgery Patients. *Patient Education Counsultaion*, 23: 107 – 114.
88. Kindler, C. H., Harms, C., Amsler, F., Scholl, T. I. ve Scheidegger, D. (2000). *The Visual Analog Scale Allows Effective Measurement of Preoperative Anxiety and Detection of Patients Anesthetic Concerns*. *Anesthesia*, 90(3): 706 – 712.
89. Kim, W. S., Byeon, G. J., Song, B. J. ve Lee, H. J. (2010). *Availability of Preoperative Anxiety Scale as a Predictive Factor for Hemodynamic Changes During Induction of Anesthesia*. *Korean Journal of Anesthesiology*, 58: 328 – 333.
90. Pretorius, T. B. ve Norman, A. M. (1992). Psychometric Data on the Statistics Anxiety Scale for a Sample of South African Students. *Educational and Psychological Measurement*, 52: 933 – 937.
91. Aydemir, Ö. ve Köroğlu, E. (2006). *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
92. Betz, N. E. (1978). Prevalence, Distribution, and Correlates of Math Anxiety in College Students. *Journal of Counseling Psychology*, 25(5): 441 – 448.
93. Kartopu, S. (2012). Lise Öğrenci ve Öğretmenlerinin Durumluluk ve Sürekli Kaygı Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 17(2): 147 – 170.

94. Hacıhasanoğlu, R., Yıldırım, A. ve Karakurt, P. (2010). Hemodiyaliz Hastalarına Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon Düzeyine Etkisi. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 5: 39 – 45.
95. Çetinkaya, S., Nur, N., Ayvaz, A. ve Özdemir, D. (2008). Sivas İl Merkezinde Yaşayan Hemodiyaliz Hastalarının Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 3: 56 – 63.
96. Ulusoy, M. (1999). *Beck Anksiyete Envanteri: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması*. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi. İstanbul: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi.
97. Carr, E., Brockbank, K., Allen, S. ve Strike, P. (2005). Patterns and Frequency of Anxiety in Women Undergoing Gynaecological Surgery [Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda Kaygı Paterni ve Sıklığı]. *Journal of Clinical Nursing*, 14: 1 – 12.
98. Croyle, K. L. ve Waltz, J. (2002). Emotional Awareness and Couples Relationship Satisfaction. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28: 435 – 444.
99. Durmuşoğlu – Saltalı, N. ve Deniz, M. E. (2010). The Effects of an Emotional Education Program on the Emotional Skills of Six – Year – Old Children Attending Preschool. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri Dergisi*, 10(4): 2123 – 2140.
100. Ivanova, I. V. ve Watson, J. C. (2010). The Role of Emotional Expression and Ambivalence Over Expression In Romantic Relationships [Romantik İlişkilerde İfade Üzerindeki Duygusal Anlatım ve Kararsızlık Rolü]. *Baltic Journal of Psychology*, 11: 62 – 72.
101. Kuzucu, Y. (2007). *Duyguları Fark Etme ve İfade Etme Psiko – Eğitim Programı*. Ankara: Nobel Yayınevi
102. Öksüz, Y. (2012). Duyguların Açılması Eğitiminin Üniversite Öğrencilerinin Duygularını İfade Edebilmeleri Üzerindeki Etkisi. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 5(2): 421 – 438.

- 103.** Subic – Wrana, C., Beutel, M. E., Garfield, D. A. S. ve Lane, R. D. (2011). Levels of Emotional Awareness: A Model for Conceptualizing and Measuring Emotioncentered Structural Change. *Journal of Psychoanalysis*, 92: 289 – 310.
- 104.** Winston, R. (2012). *İnsan Beyni*. Çeviren: Tonak, G., İstanbul: Say Yayınları.
- 105.** Ulutaş, İ. ve Ömeroğlu, E. (2007). The Effects of an Emotional Intelligence Education Program on the Emotional Intelligence of Children. *Social Behavior And Personality*, 35(10): 1365 – 1372.
- 106.** Schiling, D. (2009). *Duygusal Zekâ Beceri Eğitimi Uygulamaya Yönelik Pratik Model ve 50 Aktivite*. Çevirenler: Karahan, T. F., Yalçın, B. M., Yılmaz, M. ve Sardoğan, M. E., Ankara: Maya Akademi Yayınları.
- 107.** Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F. ve Fennell, M. (2005). Cognitive Therapy for Post – Traumatic Stress Disorder: Development and Evaluation. *Behavior Resumé Therapy*, 43: 413 – 431.
- 108.** Jeffreys, M. D., Reinfeld, C., Nair, P. V., Garcia, H. A., Mata – Galan. E. ve Rentz, T. O. (2014). Evaluating Treatment of Post – Traumatic Stress Disorder With Cognitive Processing Therapy and Prolonged Exposure Therapy in a VHA Specialty Clinic [Bir VHA Özel Kliniğinde Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Tedavisi İle Kognitif İşlem Terapisi ve Uzun Süreli Pozlama Terapisi ile Değerlendirilmesi]. *Journal of Anxiety Disorder*, 28: 108 – 114.
- 109.** Ögel, K. (2011). *Farkındalık ve Kabullenme Temelli Terapiler*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- 110.** Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory and Third Wave of Behavioral Cognitive Therapies. *Behavior Resumé Therapy*, 44: 1 – 25.
- 111.** Çakır, S. ve Özerdem, A. (2010). Bipolar Bozuklukta Psikoterapötik ve Psikososyal Sağaltımlar: Sistematik Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21: 143 – 154.

112. Gillanders, D. ve Fleming, P. F. J. (2006). A Test of the Interacting Cognitive Subsystems Model Using a Laboratory Analogue of Depressive Interlock. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13: 297 – 305.
113. Altıntaş, E. ve Gültekin, M. (2005). *Psikolojik Danışma Kuramları*. İstanbul: Alfa Aktüel Yayıncılık.
114. Gül, Ş. (1996). *Gerçeklik Terapisi Grup Uygulamasının, Lise Öğrencilerinin Mesleki Gelecekle İlgili Problemlerini Çözümlemedeki Etkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
115. Çalışır, M. (2008). *Bağlanma Temsilleri İle Depresif Belirtiler Arasındaki İlişki: Güvenli Yer Senaryoları ve Erken Dönem İlişkisel Temalar*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
116. Beck, A. T. (2005). The Current State of Cognitive Therapy: A 40 – Year Retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62: 953 – 957.
117. Kılıç, C. (1998). *Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin Nüfusta Ruhsal Hastalıkların Yaygınlığı – İlişkili Faktörler, Yeti Yitimi ve Ruh Sağlığı Hizmeti Kullanımı Sonuçları*. Ankara T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları.
118. Marchand, A., Roberge, P., Primiano, S. ve Germain, V. (2009). A Randomized, Controlled Clinicaltrial of Standard, Group and Brief Cognitive – Behavioral Therapy for Panic Disorder With Agoraphobia: A Two – Year Follow – Up. *Journal of Anxiety Disorder*, 23: 1139 – 1147.
119. Rosenberg, N. K. ve Hougaard, E. (2005), Cognitive – Behavioural Group Treatment of Panic Disorder and Agoraphobia in a Psychiatric Setting: A Naturalistic Study of Effectiveness [Bir Psikiyatrik Dönemde Panik Bozukluğunun ve Agorafobinin Bilişsel - Davranışsal Grup Terapisi: Etkinliğin Doğal Olarak İncelenmesi]. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59: 198 – 204.

- 120.** Dannon, P. N., Gon – Usishkin, M., Gelbert, A., Lowengrub, K. ve Grunhaus, L. (2004). Cognitive – Behavioral Group Therapy in panic Disorder Patients: The Efficacy of CBGT Versus Drugtreatment. *Annual Clinic Psychiatry*, 16: 41 – 46.
- 121.** Alkın, T. (2002). Birinci Basamakta Panik Bozukluğu Tedavisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5(Ek – 3): 22 – 31.
- 122.** Litwack, K. (1995). Ambulatory Surgery: Care of the Special Needs Patient [Mobilize Cerrahi: Özel İhtiyaç Hastalarına Bakımı]. *The Nursing Clinics of North America*. June, 32(2): 352 – 374.
- 123.** Işık, E. ve Işık – Taner, Y. (2006). *Çocuk, Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları*. İstanbul: Golden Print Yayınları.
- 124.** Bech, P. (2007). Dose – Response Relationship of Pregabalin in Patients With Generalized Anxiety Disorder. A Pooled Analysis of Four Placebo – Controlled Trials. *Pharmacopsychiatry*, 40: 163 – 168.
- 125.** Hitiritis, N. ve Brodie, M. J. (2006). Modern Antiepileptik İlaçlar: Tedavi Kılavuzları ve Ötesi. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 19: 175 – 180.
- 126.** Kurtz, S., Silverman, I. ve Broper, I. (1998). *Tıpta İletişim Teknikleri*. İstanbul: Beyaz Yayınları.
- 127.** Turan, M. T. ve Bolışık, B. (2003). Prematüre Bebeği Olan Annelere Serviste Uygulanan Taburcu Eğitiminin Etkinliğinin İncelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(1): 39 – 46.
- 128.** Boyacı, M. (2003). *Çocuk Cerrahisinde Günübirlik Olgulara Yönelik Geliştirilen Hemşirelik Bakım Standartlarının Aile Anksiyetesinin Azaltmaya Etkisi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- 129.** Alak, V. (1992). *Hastaneye Ameliyat Olmak Üzere Gelen 7 – 14 Yaş Grubu Çocukların Korkuları ve Hemşirelik Uygulamaları*. Yayımlanmamış Doktora Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- 130.** Lancaster, K. A. (1997). Care of The Pedratric Patient in Ambulatory Surgery [Gezici Cerrahide Pediatrik Hastaya Bakım]. *Nursing Clinics of North America*, June, 32(2): 441 – 455.
- 131.** Karakula, S. (1999). *Koroner By-pass Ameliyatı Geçiren Hastalarda Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımının Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeylerine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- 132.** Klopfenstein, CE., Forster A., Gessel, EV. (2000). Anesthetic assesstment in an outpatient consultation clinic reduces preoperative anxiety. *Can J Anesth*; 47 (6): 511-5.
- 133.** Kayahan M, Sertbaş G. (2007). Dahili ve Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastalarda Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 8: 113-20.
- 134.** Espineira, CH., Aguila, MMR., Castillo, MR., Valdivia, AF., Sanchez, IR. (2009). Relationship between anxiety level of patients and their satisfaction with different aspects of healthcare. *Health Policy*; 89: 37-45.
- 135.** Rosen, S., Svensson, M., Nilsson, U. (2008). Calm or not calm the question of anxiety in the perianesthesia patient. *J Perianesth Nurs*; 23 (4): 237-46.
- 136.** Aştı, T. A, Karadağ, A. (2012). Hemşirelik Uygulamalarında Bakım Kavramı, Ameliyat Öncesi, Esnası ve Sonrası Hemşirelik Bakımı. *Hemşirelik Esasları*. Ed: Kıvanç M. M, Bulut H. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
- 137.** Karaman, N. (2008). *Cerrahi İşlem Uygulanan Adölesanlar ile Anne/Babalarının Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki ve Anksiyete Nedenlerinin İncelenmesi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Ensititüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Rengin Acaroğlu), İstanbul.

- 138.** Kayahan, M., Sertbaş, G. (2007). Dahili ve Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastalarda Anksiyete-Depresyon Düzeyleri İle Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 8:52-61.
- 139.** Karayurt, Ö. (1998). Ameliyat Öncesi Uygulanan Farklı Eğitim Programlarının Hastaların Anksiyete Ve Ağrı Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; 2:1.
- 140.** Aksoy, G., Kanan, N., Akyolcu, N. (2012). Cerrahi Hastasında Süreç. Cerrahi Hemşireliği I. Ed: Aksoy G. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- 141.** Oflaz, F., Varol, H. (2010). Yatan Hastaların Anksiyete Ve Depresyon Düzeyleri Ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fak. Dergisi*; 17(1)/1-7
- 142.** Çevik, E. (2012). *Ameliyathanede Hastaların Hemşirelik Bakım Kalitesi Hakkında Düşüncelerinin ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi*. T.C. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans programı, (Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK), Edirne,
- 143.** Dönder, D.B. (2005). *Ameliyat Öncesi Hastaların Duygulanım ve Duygu Durumları*. Yüksek Lisans Tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyon.
- 144.** Taşdemir A., Erakgün, A., Deniz, MN., Çertuğ, A. (2013). Preoperatif Bilgilendirme Yapılan Hastalarda Ameliyat Öncesi Ve Sonrası Anksiyete Düzeyinin Statetrait Anxiety Inventory Test İle Karşılaştırılması. *Turk J. Anaesth Reanim.*;41:44-49.
- 145.** Duman, E.A., Bilik, Ö. (Kasım, 2016). Açık Kalp Cerrahisi Öncesi Anksiyete İle Ameliyat Sonrası Ağrı Ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi [Poster]. Türk Kalp ve Damar Cerrahisi Derneği 14. Kongresi, Antalya.
- 146.** Yılmaz, M., Sezer, H., Gürler, H., Beker, M. (2011). Predictors of Perioperative Anxiety in Surgical Inpatients. *Journal of Clinical*;55(8):77-97.

- 147.** A.G. Huppelschoten, A.J. van Dongen, C.M. Verhaak, J.M. Smeenk, J.A. Kremer, W.L. Nelen. (2013). Differences in quality of life and emotional status between infertile women and their partners. *Human Reproduction*, 0(0):1–9.
- 148.** Ekwall, A. (2010). Acuity and anxiety from the patient's perspective in the emergency department. *Journal Emerg Nurs*; doi: 10.1016/j.jen.10.003.
- 149.** Fındık, Ü. Y., & Topçu, S. Y. (2012). Cerrahi Girişime Alınış Şeklinin Ameliyat Öncesi Anksiyete Düzeyine Etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 19(2): 22-33.
- 150.** Domar AD, Everett LL, Keller MG. Preoperative anxiety: Is it a predictable entity? *Anesth Analg* 1989; 69: 763-7.
- 151.** Moerman N, van Dam FS, Muller MJ, Oosting H. (1996). The Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS). *Anesth Analg*; 82: 445-51.
- 152.** Badner NH, Nielson WR, Munk S, Kwiatkowska C, Gelb AW.(1990). Preoperative anxiety: Detection and contributing factors. *Can J Anaesth*; 37: 444-7.
- 153.** Ramsay, MA. (1972). A survey of pre-operative fear. *Anaesthesiology*; 27: 396-402.
- 154.** Grabow, L., Buse, R. (1990). Preoperative anxiety-anxiety about the operation, anxiety about anesthesia, anxiety about pain? *Psychother Psychosom Med Psychol*; 40: 255-63.
- 155.** Shevde, K., Panagopoulos, G. (1991). A survey of 800 patients knowledge, attitudes, and concerns regarding anesthesia. *Anesth Analg*; 73: 190-8.
- 156.** Aykent, R., Kocamanoğlu, İ.S., Üstün, E., Tür, A., Şahinoğlu, H. (2007). Preoperatif Anksiyete Nedenleri Ve değerlendirilmesi: APAIS Ve STAI Skorlarının Karşılaştırılması, *Türkiye Klinikleri J Anest Rean*; 5: 7-13.

157. Wang, SM., Kulkarni, L., Dolev, J., Kain, ZN. (2002). Music and preoperative anxiety: A randomized, controlled study. *Anesth Analg*; 94: 1489-94.

158. Bellani, ML. (2008). Psychological aspects in day-case surgery. *Int J Surg*; 6: 544-6.

159. Gönüllü, M., Turan, E.D., Erdem, L.K., Başeşme, E. (1986). Anestezi Uygulanacak Hastalarda Anksiyete Düzeyinin Araştırılması. *Türk Anest ve Rean Cem*; 14: 110-3.



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel bilgiler:

Adı Soyadı: Şeyhmus BULUT

Doğum tarihi: 20.06.1988

Doğum yeri: Ömerli

Medeni hali: Bekar

Uyruğu: T.C.

Adres: Gülbahçesi Mah. 13100 sok. ev no:48/1

Tel: 05426470134

E-mail: sehobulut@gmail.com

EĞİTİM:

Lise: Adana 5 Ocak Lisesi (2005)

Lisans: Çukurova Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu (2008-2012)

Yüksek lisans: Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD (2014-2017)

İŞ DENEYİMİ:

Ç.Ü.T.F. Balcalı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi (2012-2013)

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi (2014-2015)

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Servisi (2015-2016)

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Servisi(2016-2017)

Adana Dr. Ekrem Tok Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi(2017-...)

EKLER

EK-1: Anket Formu

Anket No: TARİH: / / 2016 Prot. No: Yatış tarihi:

Ameliyat türü: Acil Planlı Günübirlik

1. Cinsiyetiniz: Kadın Erkek

2. Doğum Yeriniz: İl İlçe Köy

3. Yaşınız:

4. Çocuk Sayısı:

5. Medeni Durumunuz: Evli Bekâr Dul

6. Eğitim Durumunuz:

Okur – Yazar Değilim İlkokul Ortaokul Lise

Üniversite Diğer (Belirtiniz):

7. Mesleğiniz:

İşsiz İşçi Memur Yönetici

Serbest Meslek Diğer (Belirtiniz):

8. Sosyal Güvenceniz Var Mı? Evet Hayır

9. Ailenizin Gelir Durumu Aşağıdakilerden Hangisidir?

Gelir Giderden Az

Gelir Gidere Denk

Gelir Giderden Fazla

10. Aile Yapınız:

Çekirdek Aile (Eşim, Ben, Varsa Çocuğum)

Eşimin Ailesi İle Birlikte Yaşıyorum

Kendi Ailem İle Birlikte Yaşıyorum

Diğer (Belirtiniz):

11. Evde Bakmakla Yüklü Olduğunuz Birey / Bireyler Var Mı?

Evet Hayır

12. Sigara Kullanıyor Musunuz? Evet Hayır

13. Alkol Kullanıyor Musunuz? Evet Hayır

14. Daha Önce Herhangi Bir Nedenle Hastaneye Yattınız Mı?

Evet Hayır

15. Daha Önce Ameliyat Oldunuz Mu? Evet Hayır

16. Siz ya da Çevrenizde Ameliyat İle İlgili Olumsuz Deneyim Yaşayan Oldu Mu? Evet Hayır

17. Ne Ameliyatı Olacaksınız?

18. Ameliyatınızı Yapacak Hekim İle Tanıştınız Mı?

Evet Hayır

19. Ameliyatınızı Yapacak Olan Hekimin Adını Biliyor Musunuz?

Evet Hayır

20. Yapılacak Ameliyat Hakkında Size Bilgi Verildi Mi?

Evet Hayır

21. Ameliyatınıza İlişkin Bilgiyi Kimden Aldınız?

Doktor Hemşire Aile Hastalar

Diğer (Belirtiniz):

22. Ameliyatınızın Yaklaşık Ne Kadar Süreceği Hakkında Bilgi Verildi Mi?

Evet Hayır

23. Ameliyatınızın Nasıl Yapılacağını (Açık / Kapalı) Hakkında Bilgi Verildi Mi?

Evet Hayır

24. Ameliyat Sonrası Ağrı Durumu İle İlgili Bilgi Verildi Mi?

Evet Hayır

25. Ağrı Olduğunda Ne Yapmanız Gerektiği Hakkında Bilgi Verildi Mi?

Evet Hayır

26. Ne Zaman Ayağa Kalkacağınız Hakkında Bilgi Verildi Mi?

Evet Hayır

27. Ne Zaman Yemek Yiyeceğiniz Hakkında Bilgi Verildi Mi?

Evet Hayır

28. Ameliyatınız Nedeniyle Özellikle Dikkat Etmeniz Gereken Bir Durum Olup Olmadığı Söylendi Mi?

Evet Hayır

29. Ne Kadar Süre Hastanede Kalacağınız Hakkında Bilgi Verildi Mi?

Evet Hayır

30. Serviste Ki Çalışanlar Tarafından Yeterince Desteklendiğinizi Düşünüyor Musunuz?

Evet Hayır

31. Ameliyat Sonrası Size Refakat Edecek Biri Var Mı?

Evet Hayır

32. Planlanan Ameliyat Tarihiniz Nedir?

33. Ameliyat Tarihinizde Herhangi Bir Nedenle Değişiklik (Erteleme) Yapıldı Mı? Evet Hayır

34. Ameliyat Olmak İçin Ne Kadar Süre Beklediniz?

Beklemedim 1 – 7 Gün 7 – 15 Gün

15 – 30 Gün Diğer (Belirtiniz):

35. Ameliyata Yönelik Endişeleriniz Var Mı?

Evet Hayır

36. Kendinizi Güvende Hissediyor Musunuz?

Evet Hayır

37. Aldığınız Bilgiler İle Ameliyatınız Hakkındaki Tüm Sorularınıza Cevap Bulabildiniz Mi?

Evet Hayır

EK- 2: Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği

Aşağıda, ameliyat olan kişilerin yaşadıkları bazı duygu ve düşünceler ile ilgili ifadeler yer almaktadır. Her ifadeyi dikkatle okuyup, ne kadar katıldığınızı belirtiniz.

<u>İFADELER</u>	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Ölüm düşüncesi sık sık aklıma geliyor.	1	2	3	4	5
2. Bana bir şey olursa ailemin ve çocuklarımın ortada kalacağını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
3. Ameliyat için bayıldıktan sonra uyanamamaktan korkuyorum.	1	2	3	4	5
4. Ameliyat sırasında kanama ya da başka bir sorun yüzünden öleceğimi düşünüyorum.	1	2	3	4	5
5. Ameliyat sonrası yara yerimin iltihap kapması ya da başka bir sorun çıkarak tamamen iyileşemeyeceğimi düşünüyorum.	1	2	3	4	5
6 Ameliyat sonrasında yürüyememekten ya da eskisi gibi tüm ihtiyaçlarımı kendim karşılayamamaktan korkuyorum.	1	2	3	4	5
7. Ameliyat sonrası çok ağrı çekeceğimi düşünüyorum.	1	2	3	4	5
8. Ameliyat sonrası tüm ağrı ve sorunlardan kurtulacağımı düşünüyorum	1	2	3	4	5
9. Sakat kalmaktan korkuyorum.	1	2	3	4	5
10. Ameliyat esnasında ağrı çekeceğimi düşünüyorum.	1	2	3	4	5

EK-3: Bilgilendirilmiş Onam Formu

.../.../2017

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Şeyhmus Bulut tarafından yürütülen “ Cerrahi Operasyon Geçirecek Hastaların Ameliyata Özgü Kaygılarının Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi ” başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

- Araştırmanın Amacı: Bu araştırma, cerrahi kliniklerde ameliyat planlanan hastaların ameliyat öncesi dönemde ameliyata özgü kaygılarını değerlendirerek, hemşirelik girişimleriyle azaltılabilecek durumların belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.
- Araştırmanın İçeriği:.....
- Araştırmanın Nedeni: Bilimsel araştırma X Tez çalışması

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

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

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

İmzası:

(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

İmzası:

Not: Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.

EK-4: Etik Kurul Onay Formu

maltepe üniversitesi
i s t a n b u l www.maltepe.edu.tr
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



maltepe university
i s t a n b u l www.maltepe.edu.tr
GRADUATE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES


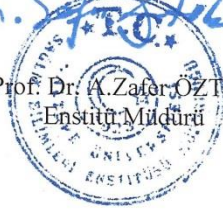
Sayı : 37387824-302.08.01- 42

İstanbul, 15.06.2016

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İSTANBUL İLİ ANADOLU KUZEY KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ'NE

Enstitümüz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programında tez danışmanlığımı Yrd. Doç. Dr. Hacer ERTEN YAMAN'ın yürüttüğü 14 15 02 209 numaralı öğrencisi Şeyhmus BULUT'un "Cerrahi Operasyon Geçirecek Hastaların Ameliyata Özgü Kaygılarının ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" konulu araştırmasını Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapmak istemektedir.

Adı geçen öğrencinin, araştırma yapabilmesi için gerekli iznin verilmesi konusunda yardımcı olmanızı saygılarımla arz/rica ederim.


Prof. Dr. A. Zafar ÖZTEK
Enstitü Müdürü


Şeyhmus BULUT
Adres: Salih Omurtak Cad. Esatpaşa Mah.
Çolaklar Blok Kat:1 No:2 ATAŞEHİR / İSTANBUL
Tel: 05426470134

EK-5: Ölçek Kullanım İzni

E-POSTA YAZ

> Maltepe Üniversitesi Hemşirelik YÃ¼ksekokulu
>

Gelen Kutusu (223)

Yıldızlı

Gönderilmiş Postalar

İsmler (54)

UYURULAR

İçer

Hacer +

Gulay Dirik, Ph.D
Doçent Dr./Associate Prof.
Dokuz Eylül Üniversitesi/Dokuz Eylül University
Psikoloji Bölümü/Psychology Department
İzmir/İzmir

Hangouts kişisi yok
[Birini bulun](#)

ASSQ-TR.docx

Hacer Erten Yaman <haceryaman@maltepe.edu.tr>
Alıcı: gulay.dirik

Sayın Dirik,

Dönüşünüz ve paylaşımınız için çok teşekkür ederim. Saygı ve sevgilerimle.

EK-6: Kurum İzin Yazısı

Evrak Tarihi ve Sayısı: 26.07.2016-22459



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 77517973-770-
Konu : Anket İzni Hk.

SAYIN ŞEYHMUS BULUT
Eğitim Mah. Hızır Bey Cad. Doğan Apt. No:120 Kat:5 D:11 Kadıköy/İstanbul

İlgi : 17.06.2016 tarihli ve bila sayılı dilekçeniz.

İlgi sayılı dilekçe ile tarafımıza başvuruda bulunduğunuz "Cerrahi Operasyon Geçirecek Hastaların Ameliyata Özgü Kaygılarının ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" konulu anket çalışmanızı Genel Sekreterliğimize bağlı İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yürütme talebiniz ilgili kurumun görüşleri doğrultusunda Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

İsmail ÖZTÜRK
İdari Hizmetler Başkanı a.
İdari Hizmetler Başkanlığı Koordinatörü

E-5 Karayolu Üzeri 34752 / Ataşehir / İstanbul
Telefon: 5787878-7767 Faks: 0216 578 78 21
e-Posta: emineturegun_12@hotmail.com
Evrakı Doğrulamak İçin : <http://212.156.51.42:805/enVision/Dogrula/6LBSCJ8>

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Emine ÖZÇAVDAR



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Sayfa 1 / 1