



T.C.

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**NÖROŞİRURJİ HASTALARINDA AMELİYAT ÖNCESİ VE
SONRASI KAYGI DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ**

AYSEL GEDİK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

DANIŞMAN

Prof. Dr. Nevin KANAN

İSTANBUL-2015

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Öğrencisi Aysel GEDİK tarafından hazırlanan “Nöroşirurji Hastalarının Ameliyat Öncesi ve Sonrası Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi” konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 16.06.2015

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Prof.Dr.Nevin KANAN
: İst. Üniv. (Danışman)



Jüri Üyesi : Prof.Dr.Güler AKSOY
: Haliç Üniv.



Jüri Üyesi : Prof.Dr.Neriman AKYOLCU
: İst. Üniv.



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdür V.

I.TEŞEKKÜR

Çalışmamı gerçekleştirirken fikirleriyle beni yönlendiren, çalışma süresince yardım ve desteğini esirgemeyen danışmanım **Sayın Prof. Dr. Nevin Kanan'a**,

Bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren ve aydınlatan **Sayın Prof. Dr. Neriman Akyolcu'ya**,

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı'ndaki tüm öğretim üyeleri ve öğretim görevlilerine,

Tezin başlangıç ve ilerleme aşamasında değerli görüş, katkı ve desteği için **Sayın Prof. Dr. İbrahim Özkan Akıncıya**,

Verilerin analizi başta olmak üzere tezin tüm aşamasında bana sabır ve anlayış gösteren **Sayın Uzman Dr. Achmet Ali'ye**,

Veri toplama aşamasında özverili yardımlarından dolayı **Sayın Dr. Mehmet Zeki Yıldız'a**,

Verilere ulaşmamda yardımcı olan arşiv sorumlusu **Sayın Nurcan Uzel'e**,

Veri toplama aşamasında ihtiyacım olduğu her anda destekleyen Nöroşirurji servisinde ve yoğun bakım ünitesinde görevli tüm meslektaşlarıma,

Başta **Öznur Yıldırım** olmak üzere tüm arkadaşlarıma, aileme ve adını sayamadığım bana destek olan herkese,

Tüm kalbimle teşekkür ederim.

AYSEL GEDİK

II. İÇİNDEKİLER

Sayfa No

<u>I.TEŞEKKÜR</u>	<u>I</u>
<u>II. İÇİNDEKİLER</u>	<u>II</u>
<u>III. KISALTMALAR VE SİMGELER</u>	<u>V</u>
<u>IV. TABLO LİSTESİ</u>	<u>VI</u>
<u>V. ŞEKİL LİSTESİ</u>	<u>VII</u>
<u>ÖZET</u>	<u>1</u>
<u>SUMMARY</u>	<u>2</u>
<u>1. GİRİŞ ve AMAC</u>	<u>3</u>
<u>2. GENEL BİLGİLER</u>	<u>6</u>
2.1.Cerrahinin Tanımı	6
2.2.Nöroşirurjinin Tanımı	7
2.2.1. Nöroşirurji Hastalıkları	7
2.2.1.1. Kraniyal Nöroşirurji Hastalıkları	8
2.2.1.1.1. İntrakraniyal Tümörler	8
2.2.1.1.2. İntrakraniyal Kanamalar	9
2.2.1.1.3. Arteriovenöz Malformasyonlar	11
2.2.1.1.3. Hidrosefali	11
2.2.1.1.4. Chiari Malformasyonu	12
2.2.1.1.5. Trigeminal Nevralji	12
2.2.1.2. Spinal Nöroşirurji Hastalıkları	13
2.2.1.2.1. Spinal Tümörler	13
2.2.1.2.2. Lomber Disk Hernisi	13
	II

2.2.1.2.3. Lomber Spondilolistezis (Bel Kayması)	14
2.2.1.2.4. Lomber Spinal Stenoz veya Lomber Dar Kanal	14
2.2.1.2.5. Servikal Disk Hernisi	15
2.2.1.2.6. Servikal Spondilozis (Boyun Omurlarında Dejen.)	15
2.3. Nöroşirurji Hastalarında Hemşirelik Bakımı	15
2.4. Kaygı	16
2.4.1. Kaygının Tanımı	16
2.4.2. Kaygının Özellikleri	19
2.4.3. Kaygı Kuramları	19
2.4.4. Kaygı Çeşitleri	20
2. 4.5. Kaygı Düzeyleri	21
2.4.6. Kaygının Belirtileri	22
2. 4.7. Kaygıya Neden Olan Faktörler	23
2.4.8. Ameliyat Öncesi ve Sonrasında Kaygı	24
2.4.9. Kaygı ve Hemşirelik Bakımı	27
3. GEREK ve YÖNTEM	29
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	29
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	29
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	29
3.4. Veri Toplama Araçları	29
3.5. Anket Formunun Uygulanması	31
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	31
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	32

3.8. Araştırmanın Etik Yönü	32
4. BULGULAR	33
5. TARTISMA	59
6. SONUC ve ÖNERİLER	73
7. KAYNAKLAR	76
8. EKLER	94
Ek-1. Gönüllü Olur Formu	94
Ek-2. Anket Formu	96
Ek-3. Amsterdam Preoperatif Anksiyete Ölçeği	106
Ek-4. Durumluk Kaygı Ölçeği	107
Ek-5. Etik Kurul Onayı	108
Ek-6. Kurum Onayı	109
9. ÖZGEÇMİŞ	110

III. KISALTMALAR

AVM	Arteriovenöz Malformasyon
SAK	Subaraknoid Kanama
İSK	İntraserebral Kanama
CM	Chiari Malformasyonları
APAIS	Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve Bilgi Ölçeği
STAI	Durumluk Kaygı Ölçeği

IV. TABLO LİSTESİ

Tablo 4-1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri

Tablo 4-2. Hastaların Hastalık ve Ameliyatla İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı

Tablo 4-3. Hastaların Anesteziye İlişkin Bilgi Alma Durumuna Göre Dağılım

Tablo 4-4. Hastaların Anestezi Kaygısı Duyup Duymadığı Durumunun ve Anesteziye İlişkin Kaygı Nedenlerinin Dağılımı

Tablo 4-5. Hastaların Anesteziye ilişkin Kaygı Duymama Nedenlerinin Dağılımı

Tablo 4- 6. Hastaların Ameliyata İlişkin Bilgi Alma Durumunun Dağılımı

Tablo 4-7. Hastaların Ameliyata İlişkin Kaygı Duyup Duymama Durumunun Dağılımı

Tablo 4- 8. Hastaların Ameliyat ile ilgili Kaygı Duyma Nedenlerinin Dağılımı

Tablo 4-9. Hastaların Ameliyata İlişkin Kaygı Duymama Nedenlerinin Dağılımı

Tablo 4-10. Hastaların Ameliyat Sonrası Kaygı Duyup Duymama Durumunun Dağılımı

Tablo 4-11. Hastaların Ameliyat Sonrasına İlişkin Kaygı Duyma Nedenlerinin Dağılımı

Tablo 4-12. Ameliyat Öncesi Döneme İlişkin Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI) Korelasyon Analiz Dağılımı

Tablo 4-13. Ameliyat Sonrası Döneme İlişkin Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI) Korelasyon Analiz Dağılımı

V. ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. APAIS skorunun cinsiyete göre dağılımları.

Şekil 2. Ameliyat ncesi ve Ameliyat Sonrası STAI Skorlarının Karşılaştırılması

Şekil 3. Ameliyat ncesi STAI ve Cinsiyet İlişkisi.

Şekil 4. Ameliyat ncesi STAI ve Hastalık Nedeniyle Çalışamama Süresi İlişkisi

Şekil 5. Ameliyat ncesi STAI ve Aylık Gelir İlişkisi

ÖZET

Bu çalışma, nöroşirurji hastalarında ameliyat öncesi ve sonrası kaygı düzeyinin ve kaygıya neden olabilecek etmenlerin belirlenmesi ve elde edilen veriler doğrultusunda hemşirelik uygulamalarında yararlanabilecek bir kaynak oluşturması amacıyla gözlemsel analitik tipte bir araştırma olarak yapıldı. Araştırmanın evrenini, Şubat-Mayıs 2015 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin Nöroşirurji kliniğine ameliyat olmak için yatan bireyler, örneklemini ise araştırma kriterlerini karşılayan ve araştırmanın amacı açıklanarak bilgilendirildikten sonra izin alınan toplam 100 hasta birey oluşturdu. Verilerin toplanmasında, “*Kişisel Bilgi Formu*”, “*Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve Bilgi Ölçeği (APAIS)*” ve “*Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI)*” kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesi SPSS 15.0 paket programı ile bilgisayar ortamında sayı, yüzdelik, ortalama, standart sapma, ki kare, student-t testi, *Phi and Cramers*, *Logistik Regresyon* ve *Pearson* korelasyon analizi kullanılarak yapıldı. Hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamaları, ameliyat öncesi 51.6 ± 8.5 , ameliyat sonrası 31.4 ± 10.5 olarak saptandı. Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası STAI puan ortalamalarında ameliyat sonrası düşüş olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi. Elde edilen sonuçlara göre hastaların ameliyat öncesi kaygı düzeyinin yüksek olduğu, ameliyat sonrasında anlamlı bir düşüş yaşandığı saptandı. Cinsiyet, hastalık nedeniyle çalışamama süresi ve aylık gelirin ameliyat öncesi STAI puan ortalamasını; malignite varlığı, hastalık nedeniyle çalışamama süresi, yoğun bakımda kalma durumu ve komplikasyon yaşanması ameliyat sonrası STAI puan ortalamasını etkileyen değişkenler olarak belirlendi. Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda, ameliyat öncesi ve sonrası dönemde, hastaların kaygı düzeylerinin azaltılmasına yönelik hemşirelik girişimlerinin sağlanması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Kaygı, ameliyat öncesi ve sonrası, nöroşirurji hastaları, hemşirelik bakımı.

SUMMARY

Assessment of Preoperative and Postoperative Anxiety Levels of Neurosurgery Patients

This study is conducted as a cohort analysis to assess preoperative and postoperative anxiety levels, and determine causes of anxiety of neurosurgery patients in order to provide a useful resource for nursing care. Our research population constitutes the patients who undergone any neurosurgical operation between February and May 2015 in a university clinic. Our research sample of 100 constitutes individuals who meet our eligibility criteria and consenting participation in the survey. The data acquired via 'Personal Information Form', 'Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale' (APAIS), and 'State Trait Anxiety Inventory' (STAI) questionnaires. Statistical analysis was done using numerical, percentages, mean, standard deviation, Chi square, Student's T test, Phi and Cramers', Logistic Regression, and Pearson's correlation analysis via SPSS 15.0. State anxiety levels of the patients' were found to be preoperatively and postoperatively as 51.6 ± 8.5 and 31.4 ± 10.5 respectively. The decrement in postoperative STAI score in respect to preoperative values was found to be statistically significant. It has been noted that although anxiety levels were found to be high preoperatively it seems to be decreasing significantly following surgery. Gender, time away-from-work, and monthly income were seen as the main parameters affecting preoperative STAI scores whereas presence of malignancy, time-away-from work, ICU care and surgical complications were the factors affecting postoperative scores. In conclusion, it has been seen that nursing interventions aiming to reduce patient anxiety levels are of paramount importance.

Keywords: Anxiety, preoperative and postoperative, neurosurgery patients, nursing care.

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Evrensel bir yaşam deneyimi olan ve her insanın yaşamında yer alan kaygı, nedeni bilinmeyen, içten gelen ve bireyi tetikte olması için uyaran bir duygu olup bireyin kendisini tehdit altında hissettiği durumlarda ortaya çıkmaktadır (Yıldız, 2011; Yücel, 2011). Kaygı düzeyi ise bireyin yaşı, cinsiyeti, yaşam deneyimleri ve baş etme becerileri gibi kişisel özelliklerden etkilenmekle birlikte, bireyden bireye değişen, subjektif ve tanımlanması zor karmaşık bir durumdur (Ala, 2007).

Yaşam süresince bireyler, zaman zaman sağlıklı olma durumundan uzaklaşarak tedavi ve bakımı gerekli kılan hastalık durumuyla karşı karşıya gelmektedirler (Özbayır ve ark., 2003; Yardakçı ve Akyolcu, 2004; Kaugh ve ark., 2007). Hastalık, bireylerin homeostatik dengesinin bozulmasına ve buna bağlı olarak çok sayıda fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Yardakçı ve Akyolcu, 2004). Böyle bir değişim karşısında farklı tepkiler gösteren bireylerde, hastalık, hastaneye yatma, ameliyat olma gibi durumlar kendi kendine yeterli olma ve sağlığa karşı tehlike olarak algılanan olumsuz deneyimlerin yaşandığı geçici bir dönem olarak değerlendirilmektedir (Yardakçı ve Akyolcu, 2004). Hastalık, hastaneye yatma ve cerrahi girişime karşı gösterilen tepkiler, bireyin yaşına, gelişimsel dönemine, inanç ve tutumlarına baş etme becerilerine göre farklılıklar gösterebilmektedir (Erdil ve Elbaş, 2001).

Ameliyat olmak için hastaneye yatan hastalarda korku, endişe ve ümitsizliğin daha yoğun yaşandığı belirtilmektedir (Erdil ve Elbaş, 2001). Ameliyat olmak üzere hastaneye gelen hasta kendisi için yabancı ve değişik bir çevre içine girmektedir. Çevre değişimi ve ameliyatın taşıdığı belirsizlik hastanın kaygı duymasına yol açmaktadır. Ameliyat hasta için ağrı, bağımsızlığın kaybı, beden imajında değişim anlamlarını taşımaktadır (Gürsoy, 2001). Cerrahi girişim sırasında hastalarda anestezi aldıklarında bilincini yitirme kaygısı, bedeninin acı çekeceği ve denetimini yitireceği korkusu, ölüm riski, özürlü olacağı ve gelecek endişesi, beden üzerindeki denetimini kaybedeceği korkusu, cinsel yeterliliğinin kaybı, ameliyat sonrasında yeti yitimi ve bağımlılık korkusu ve çalışabilirliğini kaybedeceği endişesi gelişebilir (Karayurt, 1998; Cimilli, 2001; Kayhan, 2003; Ala, 2007; Karaman, 2008; Turhan, 2007; Aksoy ve ark, 2012). Ayrıca literatürde ameliyatın zamanı, süresi, başarı oranı, gelişebilecek olası durumlar,

drenaj, katater gibi bilinmeyen aletler, tıbbi işlemler ve ameliyat sonrası yaşam biçimi değişiklikleri konusundaki bilgi gereksiniminin de kaygıyı arttırıcı nedenler arasında olduğu belirtilmektedir (Carmichael ve Agre, 2002). Bazı çalışmalarda ise daha önceki anestezi ve cerrahi deneyiminin, uygulanacak ameliyatın türünün, geçirilecek ameliyatın küçük veya büyük olmasının da kaygı düzeyini etkilediği belirtilmiştir (Ala, 2007; Kayahan ve Sertbaş, 2007; Mitchell, 2000; Özberksoy, 2006).

Ameliyat sonrasında ise tanı kesinleştiğinde, iyileşme ve ağrıya ilişkin sorunlar ön plana çıktığında hastaların kaygı düzeyi yükselmeye başlamaktadır (Varol ve Özbayır, 2000). Özellikle hastaların ameliyattan hemen sonra, ağrı, bulantı-kusma, boğaz ağrısı, çevreyi tanımama, titreme, üşüme, sırt ağrısı, bir başkasına bağımlı olma gibi nedenlerle kaygı yaşadıkları belirtilmektedir (Keleş ve ark., 2005).

Ameliyat sonrası kaygı düzeyinin ameliyat öncesi kaygı düzeyi ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Cimilli, 2001). Ameliyattan önce yeterli bilgi alamayan hastaların ameliyattan öncesi ve sonrası dönemde kaygı, depresyon, öfke, ağrı, gelecek hakkında bilinmezlik ve ameliyat sonrası kişisel fonksiyonlarını yerine getirememeye gibi çeşitli sıkıntılar yaşadıkları belirlenmiştir (Coşkun ve Akbayrak, 2001; Güneş, 2001; Özbayır ve ark., 2003; Uzun, 2000). Bu nedenle hastaların ameliyat öncesi ve sonrası eğitimi ve bilgilendirilmesinin önemi büyüktür. Etkili bilgilendirme ile kaygı, korku, depresyon gelişiminin azaldığı, ağrı düzeyinin düştüğü, bireyin erken dönemde mobilize olduğu ve hastanede yatış süresini kısalttığı öne sürülmektedir (Grieve, 2002; Kuğu ve ark., 2001; Özbayır ve ark., 2003; Salkım, 2010).

Ameliyat olmak için hastaneye yatan tüm cerrahi hastaları gibi nöroşirurji hastaları da yoğun kaygı yaşamaktadır. Hastalar genellikle nöroşirurji kliniğine beyin tümörü, beyin kanaması, omurilik yaralanması gibi bireyin yaşamını önemli derecede etkileyen ve yüksek derecede strese neden olan hastalıklar nedeni ile yatmaktadır. Hastanın kişisel özellikleri, yaşı, daha önceki anestezi ve cerrahi deneyimi, yapılacak ameliyat türü de kaygı düzeyini etkilemektedir (Atilla 2003; Kaya ve ark, 2007). Nöroşirurjide yapılan ameliyatlarda, beden fonksiyonlarını düzenleyen yapıları etkilediğinden, hastalarda ciddi komplikasyonların gelişmesine, hastaların sakat kalmasına ya da yaşamını kaybetmesine neden olabilecek kadar önemli ameliyatlardır. Ameliyatlardan sonra gelişebilecek komplikasyonlar; hafıza kaybı, paralizisi, görme kaybı gibi özel duyu bozuklukları, konuşma bozuklukları ya da konuşamama ve mental

konfüzyon olabilmektedir. (Erdil ve Elbaş, 2008). Bu nedenle nöroşirurji kaygının sık görüldüğü cerrahi türleri arasında yer almaktadır. Merkezi sinir sistemini lezyonları kaygıya neden olabileceği gibi cerrahinin komplikasyonu olarak da hastalarda kaygı görülebilir (Cimilli, 2001). Nöroşirurji ameliyatları hasta ve yakınları için rahatsız edici, kaygıyı arttırıcı deneyimlerdir. Hastaların kaygı nedenleri arasında en sık görülen korku bilinmezlik korkusudur (Aykent ve ark, 2007; Özbayır, 2010; Çetinkaya ve Karabulut, 2010). Hasta ve hasta yakınlarının ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrasında etkin bir hemşirelik bakımı ve psiko-sosyal desteğe gereksinimleri vardır.

Kaygının sık görüldüğü nöroşirurji kliniğine yatan hastalara, ameliyat öncesi ve sonrasında verilecek hemşirelik bakımının daha etkin bir şekilde verilebilmesi ve hastaların kaygı düzeyinin azaltılması için kaygı düzeyine neden olan etmenleri belirlemek gerekmektedir. Hastaların gereksinimleri doğrultusunda planlanan ameliyat öncesi ve sonrası hemşirelik bakımı ve ekip hizmeti ile kaygı en aza indirilebilir (Yardakçı ve Akyolcu, 2004). Hemşireler ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hastanın bilgilendirilmesi, psikolojik, fizyolojik yönden hazırlanması ve eğitilmesi konusunda aktif rol oynamaktadır (Gürsoy, 2001; Çetinkaya ve Karabulut, 2010). Hemşirelerin temel işlevlerinden biri olan nitelikli bakımın sağlanması ve sürdürülmesinde, hastanın biyo-psiko-sosyal gereksinimlerinin karşılanması bağlamında kaygı oluşturan sorunların çözümlenmesi ya da çözümüne rehberlik edilmesi konusunda da duyarlı olması gerekmektedir. Literatürde nöroşirurji hastalarının kaygı düzeyi ile ilgili çalışmalara az rastlanmaktadır. Bu bilgiler ışığında araştırma, nöroşirurji hastalarının ameliyat öncesi ve sonrasında kaygı düzeyinin ve kaygıya neden olan etmenlerin belirlenmesi ve elde edilen veriler doğrultusunda hemşirelik uygulamalarında yararlanabilecek bir kaynak oluşturması amacıyla planlandı ve gerçekleştirildi.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Cerrahinin Tanımı:

Cerrahinin kökü olan “cerh” sözcüğünün, Arapça’da lugaat anlamı, yaralanma, çürütme, kabul etmemedir. Bu sözcükten türetilen “cerrah” da bu işi yapan hekim ve cerrahi de bu işin yapılması anlamında kullanılmıştır. Latince de el ile yapılan iş anlamına gelen “chirurgia” sözcüğü Latin tıp kitaplarının çevirisi sırasında “amel, niyed” olarak ifade edilmiş ve zamanla bu terim “ameliyat” olarak tıpta kullanılmaya başlanmıştır (Aksoy ve ark, 2012).

Cerrahi, insan organizmasında ortaya çıkan patolojik olayları durdurmak, hafifletmek ya da bazı yapıları çıkararak sorunu ortadan kaldırmak amacıyla yapılan, planlı anatomik değişimler olarak ele alınır. Diğer bir deyişle cerrahi hastanın normal fizyolojik fonksiyonlarını değiştirebilecek “kontrollü travma” olarak kabul edilir. Cerrahi tedavi, organizmanın anatomik ve fizyolojik temel yapısını olabildiğince koruyarak, hastalık, travma ve deformatelerle bozulan beden fonksiyonlarının organ üzerinde ya da organlar arasında uygun düzenlemelerle eski anatomik ve fizyolojik yapısına en uygun duruma getirilmesinde ya da dayanılır sınırlarda yaşamın sürdürülmesinde uygulanan el becerisine dayalı bir tedavi yöntemi olarak tanımlanır (Aksoy ve ark, 2012; Aslan, 2009).

Öz’e göre cerrahi; insan vücudunun fizyolojik esaslarını mümkün olduğunca koruyarak, organlar arasında düzenlemeler yapmak suretiyle hastalıkları iyi etmek veya dayanılabilir ölçülere indirmek, yaralanmalar, konjenital anomalilerin cerrahi aletler kullanılarak düzeltilmesi ve tedavi edilmesidir (Öz, 2008).

Başka bir tanımla cerrahi, ilaçla ya da başka tedavi yöntemleriyle iyileştirilemeyen hastalıkların, yaralanmaların, vücuttaki yapı bozukluklarının, insan vücudunun fizyolojik esasları mümkün olduğunca korunarak, ameliyatla onarılmasına ya da hastalıklı organı kesilip çıkarılarak iyileştirilmesidir. Tıbbın en eski dallarından biri olan cerrahi de bilgi ve becerinin birbirini tamamlaması o nedeniyle hem bilim hem de sanattır (MEB, 2012).

Yarım yüzyıl öncesine kadar hastalıkların tedavisinde sıklıkla başvuru olan bir yöntem olmayan cerrahi tedavi, teknolojik ilerlemelere paralel olarak tıp alanındaki

heyecan verici hızlı gelişmeler sonucu artık günümüzde çeşitli hastalıkların iyileşmesinde etkin bir tedavi yöntemi olarak yaygın bir biçimde kullanılmaktadır (Ayoğlu, 2003).

Cerrahi girişimler en yaygın başvuru olan tedavi şekillerinden biridir. Dünyada, her yıl yaklaşık 800.000 cerrahi girişim gerçekleştirilmektedir (Şelimen ve Eti Aslan, 2004).

2.2. Nöroşirurji Tanımı:

Sözlük anlamına bakıldığında Nöroşirürji kelimesi Nöron ve Şirürji'den türetilmiştir. "Nöron" latince kökenli olup sinir hücresi demektir. "Şirürji" kelimesi yaraları iyi eden anlamına gelir (Çobanoğlu ve ark, 2002). Nöroşirürji, sinir sistemi cerrahisidir (Erdil ve Elbaş, 2008).

Çobanoğlu ve arkadaşlarının belirttiği gibi nöroşirürji, beyin, spinal kord ve periferik sinirler yanında, santral sinir sistemini koruyan kafatası ve omurga gibi iskelet yapıları ve beyni besleyen karotis ve vertabrobaziler sistem gibi damarsal yapıların hastalıklarıyla da ilgilenir (Çobanoğlu ve ark, 2002).

Nöroşirurji bilim dalı olarak özellikle beyin tümörlerinin stereotaktik ve mikroşirurjikal tedavisi, beyin damar hastalıklarının ve beyin kanmalarının tedavisi, hareket bozuklukları ve özellikle parkinson hastalığının cerrahisi, epilepsi cerrahisi, travma cerrahisi, hipofiz cerrahisi, hidrosefali ameliyatları başta olmak üzere tüm beyin cerrahisi ameliyatlarıyla ilgilenir (Öz, 2008).

Nöroşirurji, intrakraniyal ameliyatları, spinal ameliyatları ve periferik sinir ameliyatlarını kapsar. Nöroşirurjiyenler, uygulayacakları cerrahi girişimlerde sıklıkla, diğer alanlarda ihtisas sahibi olan cerrahlarla çalışırlar. Örneğin; karotid arter ameliyatı için damar cerrahlarıyla; spinal ameliyatlar için ortopedistlerle birlikte çalışabilirler (Erdil ve Elbaş, 2008).

2.2.1. Nöroşirurji Hastalıkları

Cerrahi girişimini gerektiren bazı nöroşirurji hastalıklarını iki grup altında inceleyebiliriz. Bunlar;

1- Kraniyal Nöroşirurji Hastalıkları (İntrakraniyal Tümörler, İntrakraniyal Kanamalar, AVM, Hidrosefali, Chiari Malformasyonu, Trigeminal Nevralji).

2- Spinal Nöroşirurji Hastalıkları (Spinal Tümörler, AVM, Lomber Disk Hernisi, Lomber Spondilolistezis, Lomber Spinal Stenoz, Servikal Disk Hernisi, Servikal Spondilozis).

2.2.1.1. Kraniyal Nöroşirurji Hastalıkları

2.2.1.1.1. İntrakraniyal Tümörler

Nöroşirurjinin önemli bir hastalık grubunu intrakraniyal tümörler oluşturmaktadır. Beyindeki normal hücrelerin anormalleşerek büyümesi sonucu gelişirler. Oluşan tümörler beyin üzerine baskı yaparak bir takım olumsuzlukların oluşmasına neden olmaktadır. Beyin baskı altında normal yapısını kaybederek işlevlerini yerine getiremez hale gelir. Genel olarak intrakraniyal tümörleri malign (kötü huylu) ve bening (iyi huylu) olarak sınıflandırılabilir.

I-Malign Tümörler

A-Glial Tümörler: En sık görülen tümörlerdir. Kontrolsüz çoğalma özelliğine sahip olan bu hücreler hızla büyüyüp çevrelerindeki sağlıklı dokunun içine uzanır, çok nadir de olsa omuriliğe, hatta vücudun diğer organlarına yayılabilirler. Evrendirme dört grupta yapılır. Evre I ve Evre II “**düşük evreli**” olarak adlandırılırken, Evre III (anaplastik astrositom) ve Evre IV (glioblastoma multiforme) ise “**yüksek evreli**” olarak adlandırılır. Düşük evreli glial tümörlerde sağ kalım süresi uzundur. Düşük evreli tümörler yüksek evreli tümörlere dönüşebilir. Yüksek evreli gliomlar için hayatta kalma şansı çok daha kısadır.

B-Metastatik İntrakraniyal Tümörler: Vücudun başka yerindeki bir tümörün beyne yayılması sonucu meydana gelen tümörlerdir. En fazla akciğer, meme, kalın bağırsak, mide, cilt ya da prostattan kaynaklanır. Onkoloji kliniklerinde tanı konup, tedavi amacıyla yatırılmış hastaların % 20-40’ında beyin metastazı görülmektedir. Bu oran tüm intrakraniyal tümörlerinin % 10’unu oluşturur. Stereotaksik cerrahi ile biyopsi alınarak kesin tanı konması tedavi seçimini kolaylaştırır

II-Bening tümörler

Bunlar genellikle kafatası içinde ama beyin dokusu dışında gelişen tümörlerdir. Meningiomalar, hipofiz adenomları, kraniofrangiomalar, dermoid ve epidermoid tümörler, hemanjiblastom, kolloid kist, subependimal dev hücreli astrositom, nörinomler bu grubun en sık karşılaşılan lezyonlarıdır. Meningiomalar bu grubun önemli bir kısmını oluşturur. Bening beyin tümörleri bazen yaşamı tehdit edecek durumlara neden olabilirler. Bazı meningiomalar nadir de olsa kötü huylu tümöre dönüşebilirler. Genellikle çevrelerindeki beyin dokusuna yayılım göstermedikleri için ameliyatla tam çıkarılma şansları yüksektir. Ancak tamamen çıkarılma durumunda bile 10 yılda % 20'si tekrarlayabilir (<http://www.turknorosirurji.org.tr/menu/68/beyin-tumorleri>, Erişim Tarihi: 15. 03. 2015).

Hipofiz Adenomları; Hipofiz (pituitar) bezine ait tümörler tek başına nöro-oftalmik semptom veren sık izlenen intrakranial tümörlerdir. Hipofiz adenomları klinik olarak semptom veren intrakraniyal tümörlerin % 12-15'ini oluşturmaktadır. Hipofiz adenomları istisnalar dışında yavaş büyüyen tümörlerdir. Bitemporal tutulum varyasyonları şeklinde sessiz progresif görme alanı defektlerine neden olur. Adenomlarının %75'i hormonal aktivite ile ortaya çıkarlar. Adenomun çapı 10 mm boyutunun altında ise mikroadenom, 10 mm'den büyükse makroadenom olarak adlandırılır. Hipofiz bezi tümörleri esas olarak ön hipofize ait tümörlerdir (Başarer ve ark, 2001).

2.2.1.1.2. İntrakraniyal Kanamalar

Kanamama Tipleri;

- **İntraserebral Kanama:**

İntraserebral kanama (İSK) birincil olarak beyin dokusu (serebrum, serebellum, beyin sapı) içine kanamaları içeren beyin damar hastalığı tipidir. İleri yaş, hipertansiyon, tütün kullanımı, aşırı alkol tüketimi, önceden geçirilmiş iskemik inme, düşük serum kolesterol düzeyleri ve de antikoagülan kullanımı kabul edilmiş risk faktörleridir. Hipertansiyon tedavisindeki gelişmeler ve buna bağlı İSK sıklığında azalmaya rağmen, yaşlanan nüfusta antitrombotiklere ve de serebral amiloid

anjyopatiye bağlı kanamalardaki artış nedeniyle genel insidans değişmemiştir. İSK halen çok ağır sonuçlara yol açan bir hastalık olma özelliğini korumaktadır. Akut olaydan sonraki altıncı ayda hastaların sadece %20'si günlük hayatta bağımsız işlev görebilmekte ve %50'den fazlası ilk yılda kaybedilmektedir. Akut İSK tedavisi nöroloji, beyin cerrahisi, radyoloji, yoğun bakım ve acil hekimlik alanlarında çalışan hekim, hemşire ve teknisyen gibi ekip üyelerinin yakın işbirliğini gerektiren multidisipliner bir çabadır (Gürol, 2010).

- **Subaraknoid Kanama:**

Beyinde subaraknoid mesafe içerisine genellikle arteryel nadiren de venöz nedenlere bağlı olarak meydana gelen kanamaya subaraknoid kanama (SAK) denilmektedir. Subaraknoid kanamanın görülme sıklığı her 100.000' lik nüfusta yılda 10 ila 16 arasında değişmekle birlikte bu oranların yaş ilerledikçe arttığı bildirilmektedir. Subaraknoid kanamalar travma, anevrizma, vasküler malformasyonlar, kanama bozuklukları, beyin tümörleri, antikoagülan tedavi komplikasyonu olarak meydana gelebilmekte vakaların %20 'sinde de herhangi bir neden bulunmamaktadır (Özdemir ve ark, 2011).

SAK, tüm serebro-vasküler hastalıkların yaklaşık %10-11'ini oluşturur. Travma olmaksızın spontan olarak görülen kanamaların en yaygın nedeni, intrakraniyal anevrizma rüptürüdür. Subaraknoid kanamaların yaklaşık %51'ini oluşturur. Anevrizma, arter duvarının lokal dilatasyonu ya da dışı doğru cepheleşmesi olarak tanımlanır. Kanayan, büyük çoğunlukla (%85) Willis poligonunu oluşturan büyük boy serebral arterlerin üzerindeki "**anevrizma**"dır. Kanamaya yol açan anevrizmaların çok büyük bir çoğunluğu, ana damara bir boyunla bağlanmış olan kese biçimindeki anevrizmalardır (sakküler). Bunlarda anevrizmanın çeperi genellikle gerilmiş "adventisya-intima" tabakalarından ibarettir ve kolayca yırtılabilir. Diğer anevrizma formlarından, fuziform, difüz ve globüler olanlar daha çok aterosklerotik damar deformiteleri niteliğindedir ve çoğunlukla karotis, vertebral ve baziler arter üzerinde görülürler. Bunlarda anevrizma duvarı nisbeten kalındır ve deforme de olsa, normal arter duvarının intima medya ve adventisya tabakaları seçilebilir. Bu tip anevrizmalar çok seyrek olarak yırtılır ve kanamaya yol açarlar (Kırış ve ark, 2009). Morbidite ve mortalitede sıklıkla etken olan faktörler, başlangıçtaki kanamanın şiddeti, serebral

vazospazm, yeniden kanama ve cerrahi komplikasyonlardır. Tedaviyi etkileyen hidrocefali de önemli bir durumdur (Yılmaz, 2005).

- **Epidural Kanamalar:**

Genellikle kafa travmalarından sonra kanın, duramater ile kemik arasında toplanmasıdır. Göz dibinde staz, kanama görülür ve tentoryal herniasyon gelişir.

- **Subdural Hematom:**

Venöz kanamalardır. Kan dura ile araknoid arasında toplanır, epidural kanama hızlı ilerler, subdural hematoma ise yavaş ilerler (Biro ve ark, 1997).

2.2.1.1.3. Arteriovenöz Malformasyonlar

Bu konjenital malformasyonlar arteriyel ve venöz sistemler arasında, arada kapiller ağ olmaksızın doğrudan bağlantılı olmasıdır. Arteriovenöz malformasyonlar beyin dokusunun kanını çalarak ya da subaraknoid kanamaya yol açarak, ortaya çıkarlar. AVM nedeniyle beyin içine kanama olursa, fokal nörolojik bulgular ortaya çıkar. Arteriovenöz malformasyonlarının yaklaşık yarısı cerrahi girişimle çıkartılır. Diğer tedavi yöntemleri;

- Arteriovenöz Malformasyon Embolizasyonu,
- Proton Işınlarıyla Işınlama ve
- Arteriovenöz Malformasyonu besleyen arterlerin bağlanmasıdır (Erdil ve Elbaş, 2008).

2.2.1.1.4. Hidrocefali

Hidrocefali (hidros = sıvı ve kefalos = kafa) sıvı kafa olarak M.Ö. 4 yy'da Hipokrat tarafından adlandırılmıştır. Beyin Omurilik Sıvısının üretim, dolaşım ve emilimi sırasında oluşan düzensizlikler sonucu gelişen ve intrakranial alanda, sıklıkla ventrikül içinde veya (internalhidrocefali) veya ekstra serebral alanda (eksternal hidrocefali) BOS birikmesine neden olan bir klinik tablodur (Çobanoğlu ve ark, 2002).

Bazı özel hidrosefali tabloları;

Eksternal Hidrosefali; beynin çevresinde oluşan sıvı birikimleridir. Pediyatrik nöroşirurji bağlamında, bening ekstra serebral sıvı birikimleri adı altında; subdural hematoma, subdural higroma ve subdural effüzyon gibi kavramları kapsar.

Normal Basıncılı Hidrosefali (Adams-Hakim Sendromu); idiyopatik veya sekonder nedenlerle olabilen, ileri yaşlarda görülen ve yürüme bozukluğu, demans ve inkontinans şeklinde bir klinik triadı bulunan, tedavi edilebilir bir ilerleyici psikomotor bozukluktur. İlk kez 1965 yılında, Hakim ve Adams tarafından tanımlandığı için, bu otörlerin adıyla da anılmaktadır. Klinik triadından en az ikisinin bulunduğu, ventrikülomegalisi bulunan ve BOS basıncı normal olan hastalardan, drenaj tedavisinden yarar görenleri, şant veya endoskopik üçüncü ventrikülostomi ameliyatı yapılarak tedavi edilebilmektedir. Cerrahi tedaviden en fazla yürüme bozukluğu yakınması ön planda olanlar ve semptomların süresi kısa olan hastalar yarar görmektedir (Taşkın, 2008).

2.2.1.1.5. Chiari malformasyonu:

Chiari malformasyonları (CM), arka fossa yapılarının foramen magnumdan üst servikal spinal kanala doğru değişen derecelerde yer değiştirmesi ile birlikte olan, kranyovertebral bileşkenin ve art beynin (hindbrain) konjenital bir anomalisidir ve sıklıkla serebrospinal aksisin diğer anormallikleri ile ilişkilidir (Işık, 2013).

4.2.1.1.6. Trigeminal nevralji

Trigeminal nevralji, yüz bölgesini tutan bir nöropatik ağrı türüdür ve “**tic douloureux**” diye adlandırılır. Trigeminal nevralji, trigeminal sinirin bir ya da daha fazla dalının (özellikle maksiller ve mandibuler dallarının) innerve ettiği alanda gelişen, ani, genellikle tek taraflı, şiddetli, kısa süreli şimşek gibi saplanan bir ağrıdır (Sadosky ve ark, 2008). Yüz yıkama, yüze dokunma ve yemek yeme gibi etkenlerle başlayıp şiddetlenebilir. Çeşitli çalışmalarda, trigeminal nevralji görülme insidansının 100.000’de 5 ile 25 arasında olduğu bildirilmiştir. Kadınlarda 1.7-2.2 kat daha sık olduğu görülmüştür (Sadosky ve ark, 2008; Nöropatik ağrı tanı ve tedavi klavuzu, 2013).

2.2.1.2. Spinal Nöroşirurji Hastalıkları

2.2.1.2.1. Spinal Tümörler:

Spinal tümörler, yapısal olarak intrakraniyal tümörlere benzerler fakat daha az görülürler. Daha çok gençlerde ve orta yaşlılarda görülür. Sıklıkla torasik bölgede yer alırlar.

Spinal tümörler, duramater ve spinal kordla olan ilişkisine göre sınıflandırılır. Durayı sınır kabul ederek yapılan ayrıma göre spinal tümörler ekstradural ve intradural olarak ikiye ayrılırlar. İntradural tümörler de kendi aralarında intradural-ekstrameduller ve intrameduller olarak ikiye ayrılırlar (Erdil ve Elbaş, 2008; Çobanoğlu ve ark, 2002).

Ekstradural tümörler; vertebral kolonun kemik yapısından kaynaklanır. Ekstradural tümörlerin % 90'ı maligndir. Vertebral kolonda en sık görülen tümör, metastatik karsinomdur.

İntradural ekstrameduller tümörler; duramater ile spinal kord arasında yer alır. Bu alanda en sık görülen tümörler nörofibroma ve meningiomalardır.

İntradural intrameduller tümörler; spinal kordun kendisinden kaynaklanan tümörlerdir ve intrakraniyal tümörlerle aynı özelliklere sahiptir. En sık görülen ependimomalardır. Daha sonra görülme sıklığına göre astrositomalar, glioblastomalar ve oligodendrogliomalar gelir.

Spinal tümörlerde belirti ve bulgular buldukları yere göre değişir. Spinal kanal, kemikle çevrili bir alan olduğundan, tümörlerin hepsi spinal kord basısı belirti ve bulguları verir. Spinal tümörlerde çoğunlukla cerrahi tedavi ve radyoterapi birlikte ya da ayrı ayrı uygulanır. Meningioma ve lipoma gibi kapsüllü tümörler cerrahi yolla çıkarıldıktan sonra hasta için iyi sonuçlar alınabilir. İntramedüller tümörlerin cerrahi girişimle tamamen çıkarılmaları mümkün değildir. Bu tümörler kısmen çıkartılır ve sonra radyoterapi uygulanır (Erdil ve Elbaş, 2008).

2.2.1.2.2. Lomber Disk Hernisi

Lomber disk hernisi bir hastalık değil, patolojik bir süreçtir. Gövdenin ağır yükünü taşıyan alt lomber omurlar sıklıkla dejenere olur ve sonuçta anulusu yırtan nukleus pulpozus, hiç ağrı oluşturmadan herniye neden olur. Bu disk hernisinin ağrıya (bel, bacak) yol açması lomber disk hastalığı olarak tanımlanır (Özbayır, 2010).

Bel ağrısının üretken yaş kabul edilen 30 – 50 yaş arasında görülme oranı yüksektir (Aydoğan, 2005). Toplumunu oluşturan bireylerin yaklaşık % 80'i yaşamlarının bir döneminde bel ağrısından yakınır. Prevalansı % 60-80 arasında değişir ve insidans % 5'tir. Bel ağrılarının % 1- 3'ü cerrahi girişim gerektiren lomber patolojiye sahiptir. Bel ağrısı olgularının çoğunda prognoz iyidir ve iyileşme tıbbi tedavi veya hiçbir müdahale olmaksızın sağlanır. Erkek, kadın oranı eşittir (Dönmez ve ark, 2010).

2.2.1.2.3. Lomber Spondilolistezis (Bel kayması)

Bir omur cisminin diğer omur cisminin üzerine öne veya arkaya doğru kaymasına denir. Bu rahatsızlığa bağlı sinir köklerine baskı varsa bel ağrılarında ilaveten uyluk ve bacakta ağrı, güçsüzlük ve uyuşukluk oluşabilir (Kalenderer ve ark, 2013).

2.2.1.2.4. Lomber Spinal Stenoz veya Lomber Dar Kanal:

Lomber spinal kanal ve sinir kökü kanallarının sıklıkla dejeneratif osteoartrozu nedeniyle daralmasıdır. Kemik ve yumuşak dokuların yarattığı bu daralma sonucu, kanal içi yapıların baskıya uğramasıdır. Devamlı nörolojik bulgu ve yakınmalara ek olarak veya olmayarak çeşitli devinim ve postürlerle yakınmaların artması veya ortaya çıkmasıdır. Bu duruma intermittan nörojenik klodikasyon denir (Ertekin ve Seçil, 2010).

2.2.1.2.5. Servikal Disk Hernisi

Disk materyalinin iki omur arasında dışarıda görece olarak daha sert bir kılıf, içinde ise jel kıvamında yumuşak doku kısımlarından oluşur. Dış kılıfın zayıflaması veya yırtılması ile iç kısım dışarıya doğru kayar ve sinirlere baskı yapmaya başlar. Dış tabakadaki zayıflama veya yırtılma daha çok boyun ağrılarında yol açarken, iç tabakanın dışarıya doğru yer değiştirmesi olarak tanımlanabilecek servikal disk hernisi sinir kökü üzerine baskı yaptığı için özellikle omuza ve kola vuran ağrıya yol açar (Kalenderer ve ark, 2013).

2.2.1.2.6. Servikal Spondilozis (Boyun omurlarında dejenerasyon)

Servikal spondiloz, servikal intervertebral disk, faset ve unkovertebral eklemlerin dejenerasyonu sonucu meydana gelen ve çok değişik tablolarla ortaya çıkan yaygın bir hastalıktır. Servikal spinal kolon baş gibi vücudun çok önemli duyularının

algılandığı organ kompleksini taşıması, buradan geçen damar, sinir, özofagus, larenks gibi hayati yollara geçiş görevi görmesi ve tüm yönlere çok hareketli olması ve travmalara açık bir bölge olması nedeni ile dejenerasyona yatkın bir konuma girerken bu dokulara baskı sonucu sekonder bulgular da ortaya çıkmasına neden olur. Bu nedenle servikal spondiloz sadece boyun bölgesine bağlı semptomlar değil çevre dokuların bulguları da klinik bulguları karıştırılır ve ağırlaştırır.

Yaşlanma ile intervertebral disklerde dehidratasyon ve buna bağlı olarak dejenerasyon artarken, travmalar ise diskin anatomik yapısını ve dolayısı ile beslenme şartlarını bozarak dejenerasyona zemin hazırlar. Dehidratasyon sonucu diskler elastikiyetini kaybederken, intervertebral disklerin yük binmesinde önemli olan flok emici etkisi kayıp olur. Bu durumda disklerin yükseklikleri azalır. Anterior ve posterior ligamanlarda gerilme ve/veya gevşeme meydana gelerek vertebra korpuslarına yapışma yerlerinde (entesis) gerilme osteofitleri denilen kemik çıkıntılarının gelişmesine sebep olur (Sarı, 1998).

2.3. Nöroşirurji Hastalarında Hemşirelik Bakımı

İnsan organizmasının iç ortamının devamlılığı, bireyin fizyolojik ve psikolojik dengesine bağlıdır. Hemşirelik bakımının temel amacı iç ortamın devamlılığını koruyarak, sağlık durumunun sürdürülmesini sağlamak ve hastalık halinde bozulan dengenin düzeltilmesine yardımcı olmaktır (Biro, 2005).

Cerrahi girişim uygulanacak birey, tıbbi tanısına ve sağlık durumuna bağlı olarak, girişimden bir gün önce veya girişim günü servise kabul edilebileceği gibi, cerrahi girişimden haftalarca önce de kliniğe kabul edilebilmektedir. Nöroşirurji kliniğine de hastanın kabul türü ne şekilde olursa olsun, hemşirelik tanılması bireyle ilk karşılaşıldığında başlar.

Cerrahi girişim öncesinde hemşirelik sürecinin tanılama aşamasında, bireylerin cerrahi girişimden önceki normal fonksiyonlarının, güçlü/güçsüz yönlerinin değerlendirilmesi ve cerrahi girişim sonrasında ortaya çıkabilecek komplikasyonlara ilişkin risk faktörlerinin belirlenerek önlenmesi amaçlar (Erdil ve Elbaş, 2001).

Nöroşirurji hemşiresinin rolü, hastanın durumunu değerlendirmek ve değerlendirme bulgularını esas alarak, bakım planı geliştirmek ve uygulamaktır (Erdil ve Elbaş, 2008).

Tüm cerrahi girişimlerde olduğu gibi, nöroşirurji hastalarının da invaziv bir girişimin olası sorunlarına yönelik kaygı yaşamaları kaçınılmazdır. Özellikle cerrahi girişimin, bireyin beden bütünlüğüne ve sağlığına bir tehdit olduğu gerçeği bu kaygıyı daha da arttırmaktadır. Hastaların psikolojik durumunun tanınmasında bu olasılığın göz ardı edilmemesi ve gereksinimleri doğrultusunda bakım girişimlerinin uygulanması, hemşirelerin en önemli sorumluluklarından biridir.

2.4.Kaygı

2.3.1. Kaygının Tanımı

Kaygı sözcüğünün kökü eski Yunanca “**anxietas**” olup, endişe, korku, merak anlamına gelmektedir (Canbaz ve ark, 2007).

Türk Dil Kurumu üzüntü, endişe duyulan düşünce, tasa anlamına gelen kaygıyı tıpta genellikle kötü bir şey olacaktı düşünceyle ortaya çıkan ve sebebi bilinmeyen gerginlik duygusu olarak tanımlamaktadır (<http://www.tdk.gov.tr.>, Erişim Tarihi: 21.03.2015). Kaygı, Türkçe’de **endise** ve İngilizce’de **anxiety** olarak ifade edilmektedir.

Kaygı genellikle gelecekle ilgili insanı üzen ve sıkı bir bekleme hali olarak tanımlanmaktadır. Güvensizlik duygusu ile karışık bir heyecan durumudur (Öncül, 2000).

Geniş anlamı ile sezilen bir tehlikeye hazırlanma sırasında algılanan güçsüzlük duygusunun yaşandığı duygusal bir durum olarak tanımlanan (Aydın ve ark, 2008; Akdeniz, 2013) kaygı, korku, gerginlik, endişe gibi subjektif olarak hissedilen bir duygudur ve şahsiyetin bütünlüğünün tehdit edildiği herhangi bir durumda ortaya çıkar (Marakoğlu ve ark, 2003).

Kaygı ‘‘ bedensel düzeyde dengeyi bozacak tehlikelere karşı tepki ya da bozulan dengeyi yeniden düzenleme çabalarının başarısızlığa uğraması sonucu ortaya çıkabilecek bir durum ‘‘ olarak da tanımlanmaktadır (Gürsoy, 2001).

Cüceloğlu’na göre bireyler kaygıyı “kötü bir şey olacaktı hissi, hoş olmayan bir endişe hali ya da nedensiz bir korku” şeklinde ifade etmektedir. (Cüceloğlu, 2011; Yıldız, 2011). Kişi kendisini bir alarm durumunda ve sanki bir şey olacaktı gibi

hisseder. Kaygı düzeyi yüksek olan bireyler kolay incinirler ve karamsarlığa bürünürler (Nar, 2005; Çelen, 2013).

Psikiyatrik açıdan ise kaygı, somatik belirtilerin de eşlik ettiği, normal dışı, nedensiz bir tedirginlik hali diye tanımlanabilir. Bir diğer ifadeyle kaygı, bir belirti veya bir duruma karşı verilen tepkidir, korku ve endişe duygusuyla ortaya çıkmaktadır (Ançel, 2007).

Kaygı sözcüğünü psikoloji alanında ilk kullanan ve bunu bir kavram olarak tanımlayarak nedenlerini araştıran Freud olmuştur. Psikolojide insanın yaşadığı bir ruhsal durumu ifade eden kaygı kavramı ilk olarak Freud tarafından egonun bir işlevi olarak tanımlanmış ve psikolojik literatüre girmiştir. (Manav, 2011). Freud'a göre kaygı, fiziksel ya da toplumsal çevreden gelen tehlikelere karşı bireyi uyarma, gerekli uyumu sağlama ve yaşamı sürdürebilme işlevlerine katkıda bulunmaktadır. Hatta normal seviyedeki kaygı, yaşamın sürdürülebilmesi için gereklidir (Eroğlu, 2006).

Freud kaygıyı enerji sistemlerindeki dengesizliğin sonucunda oluşan bir çatışma ve bu çatışmanın neden olduğu tehlikeye karşı verilen bir tepki olarak tanımlar (Cüceloğlu, 2011; Öz, 2010; Yıldız, 2011).

Genel anlamıyla kaygı, herhangi bir tehlikenin korkusunun yansıması olarak insanda ortaya çıkan tedirginlik ya da akıl dışı korku durumu olarak tanımlanabilir (Budak, 2000).

Kaygının en çok benzetildiği ya da karıştırıldığı kavram korku kavramıdır. Literatürde, kaygı ve korkunun birbirinden ayrı duygular olduğu bildirilmektedir (Perkin ve ark, 1993). Korku kavramı kaygıdan farklıdır. "...düşmanı belli olduğundan yenmesi nispeten kolay olan korku duygusu, benliğimiz gelişip insan olmamızın sonucu olarak yerini düşmanı belli olmadığından yenmesi de zor olan kaygı duygusuna bırakır". Freud, korkunun kaynağının belirli, kaygının ise kaynağının belirsiz olduğunu, kaygıyı insanların kişisel düşüncelerinin ortaya çıkardığını savunmuştur (Manav, 2011).

Korkuyla kaygı arasında 3 temel fark bulunur. Bunlar;

- 1- **Kaynak:** Korkunun kaynağı bellidir, ancak kaygının kaynağı belirsizdir.
- 2- **Şiddet:** Korku kaygıdan daha şiddetlidir.
- 3- **Süre:** Korku daha kısa sürelidir. Kaygı ise uzun süre devam eder (Manav, 2011; Günay, 2013).

Korkudan ayrımı bu şekilde yapılan kaygının ortaya çıkmasında etkili olan bazı öğeler vardır. Bunlardan ilki, alışlagelmiş ortamın ortadan kalkmasıdır, ikincisi olumsuz sonuçların ortaya çıkaracağı sonuçlardır. Üçüncüsü kişinin inandığı bir fikre zıt olarak yaptığı davranışın ortaya çıkardığı çelişkidir. Sonuncu öğe ise, gelecekte neler yaşanacağını bilinememesidir (Cüceloğlu, 1991; Manav, 2011).

Kaygı, içsel çatışmalardan ya da yaşamdaki kayıplardan kaynaklanabildiği gibi, aynı zamanda içsel dürtülerle, dış talepler ve diğer sistemler arasındaki çatışmalardan da kaynaklanabilmektedir. Kaygı, fiziksel ve toplumsal çevreden gelen tehlikelere karşı bireyi uyarma, gerekli uyumu sağlama ve yaşamı sürdürme işlemine de katkıda bulunmaktadır (Yiğitoğlu, 2009).

Varlığı insanoğlunun varoluşundan beri kabul edilen kaygının amacı; yaşamın sürdürülmesi, uyum davranışının gelişmesi olan bu duygu yardımıyla bilinmeyen, yeni ya da tehlikeli uyaranlardan sakınma ve baş etme gibi davranışlar görülmektedir (Kaplan ve ark, 2007).

İnsanın kişiliğini kurması ve hayatına anlam katmasında onu yönlendirmesiyle kaygı, hem insanı diğer canlılardan ayırır hem de diğer duygu türlerinden ayrılır (Manav, 2011). Bu duygunun yaşanması bir düzeye kadar sağlıklı olmakla birlikte, bir süre sonra kişinin aktivitelerini, sosyal yaşamını ve kişilerarası ilişkilerini olumsuz olarak etkilemektedir (Kaplan ve ark, 2007; Göktürk, 2011).

Günümüzde kaygı, bir bireyin birey olarak varlığı için esas kabul ettiği bazı değerlerin, belirsiz ve baş edemeyeceği tehditler altında kalışının anlaşılması ve hissedilmesi durumudur. Çağımız insanında kaygı, bireyin kendi varlığına veya özdeşim yaptığı şeylere yönelik çeşitli yıkıcı, bozucu durumlara karşı bir tepkisidir. Kaygının bu yapıcı, olumlu özelliğinin yanı sıra, patolojik boyutlara varmasıyla yıkıcı ve bozucu yanları da vardır (Tipa ve ark, 2010; Akdeniz, 2013).

Günümüzde ruhsal bozukluklar yüksek prevalansı, yüksek kronikleşme eğilimleri ve tedavi güçlükleri ile önemli bir toplum sağlığı sorunu durumundadır (Akdeniz, 2013). Epidemiyolojik araştırmalara göre kaygı, prevalansı en yüksek psikiyatrik hastalıktır. Genel popülasyondaki prevalansı % 2.0- 6.4 arasındadır (Ulusoy ve ark, 1998; Akdeniz, 2013).

2.4.2. Kaygının Özellikleri:

Kaygının birçok ve önemli özelliği vardır. Bunlar;

- Evrenseldir ve her insan yasayabilmektedir.
- Bireyin algı ve düşüncesini etkiler.
- Yarattığı iç sıkıntısının tanımlanması güçtür.
- Genellikle tehlike habercisi, tehdide karşı uyarıcı ve koruyucudur.
- Belirsizlikleri ve bilinmeyen bulma çabasıdır. Bir tehlikeye karşı hissedilen huzursuzluk ve gerilimdir.
- Benliğin bilinci yönüyle algılanan ve kavranan bir durumdur.
- Otonom sinir sisteminin belirsiz olan bir tehdide tepki olarak faaliyete geçmesiyle, bireyin kendisini kaygılı ve gergin hissetmesidir (Öz, 2004; Günay, 2013).

2.3.3. Kaygı Kuramları

Freud'un öncülüğünü yaptığı Psikoanalizm'de Freud'un ardıllarının da işlediği önemli kuramlardan birisi haline gelen kaygı kavramına, insanın yaşadığı bir ruhsal durumdan öte anlamlar da yüklenerek kavram daha da genişletilmiştir (Manav, 2011). 1923 yılında Freud, ikinci kaygı kuramında kaygının, tehlike durumunda korunmanın işareti olduğunu ileri sürmüştü, daha sonra ise, egonun bastırılması ile ortaya çıkan bir iç tehlike olarak kabul etmiştir.

Ayoğlu'nun (2003) belirttiğine göre; Freud kaygıyı üçe ayırmaktadır;

1-Objektif/Gerçek Kaygı: Tehlike kaynağı bireyin dışındadır. Benlik, alt benliğin gereksinimlerine doyum sağlamaya çalışırken, dış dünyanın gerçekleri karşısında zorlandığında ortaya çıkan kaygı durumudur. Zaman zaman tüm bireyler tarafından yaşanmaktadır.

2-Nevrotik Kaygı: Tehlike kaynağı bireyin içindedir. Bireyin bastırılmış cinsel ve saldırganlık duygularından oluşan bir iç tehlikeden kaynaklanır ve patolojik olarak tanımlanır.

3-Ahlak/Moral Kaygı: Bireyin duyduğu içsel suçluluk, utanma, vicdan azabı gibi duyguların yarattığı manevi bir sıkıntı durumudur. Bireyin, duygu, düşünce ve belleğindeki çelişkiler ve çatışmalar sonucu ortaya çıkar.

2.3.4. Kaygı Çeşitleri

Kaygı, psikolojinin en yaygın olarak karşılaştığı konularından biridir. Özellikle Spielberg'e göre; arkadaşlarının kaygının durumluk ve sürekli kaygı olarak iki kısımda incelenebileceğini ortaya koymalarının ardından dünyanın hemen hemen her yerinde kaygı ile ilgili çalışmalar hızlanmıştır. Ülkemizde de, Necla Öner'in Spielberg'in ölçeğini Türkçe'ye kazandırması ile ilgili çalışmaları ülkemizde konu ile ilgili çalışmaların motoru olmuştur (Bacanlı, 1999).

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

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

Tehlikeli koşulların yarattığı korku ve tedirginlik, bireyin yaşadığı geçici ve normal bir kaygı olarak kabul edilebilir. Kişinin o anda içinde bulunduğu duruma doğrudan doğruya bağlı olmayan sürekli kaygı ise bir kişinin özelliğini belirler. Sürekli kaygı, bireyleri birbirinden ayırt eden bir özelliktir. Kaygı yaşantılarındaki bu ayrımın yapılmasını Spielberg'in “**İki Faktörlü Kaygı Kuramı**” ile kaygı türlerinin ölçülmesi de Spielberg ve arkadaşlarının “**Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri**”yle mümkün olmuştur (Öner ve Le Compte, 1998; Yaylacı, 2010).

Birbirinden farklı özellikleri olan iki tür kaygı, daha öncede belirtildiği gibi durumluk ve sürekli kaygıdır. Bu anlayış Cattell ve Scheier'in (1958) faktör analizi çalışmalarıyla iki kez ileri sürülmüş olup Spielberger (1966) ve arkadaşlarının çalışmaları sonucu geliştirdikleri İki Faktörlü Kaygı Kuramı ile sonuçlanmıştır (Öner ve Le Compte, 1998; Yaylacı, 2010).

Durumluk kaygı: Bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği subjektif korkudur. Fizyolojik olarak otonom sinir sisteminde meydana gelen bir uyarılma sonucu terleme, sararma, kızarma ve titreme gibi fiziksel değişimler, bireyin

gerilim ve huzursuzluk duygularının göstergesidirler. Stresin yoğun olduğu zamanlarda durumluk kaygı seviyesinde yükselme, stres ortadan kalkınca, düşme olur.

Sürekli kaygı: Bireyin içinde bulunduğu durumları genellikle stresli olarak algılama ya da stres olarak yorumlama eğilimi vardır. Objektif kriterlere göre normal olan durumlar birey tarafından tehlikeli ve tehdit edici olarak algılanır. Bunun sonucunda oluşan hoşnutsuzluk ve mutsuzluk duygusu sürekli kaygıdır. Bu tür kaygı seviyesi yüksek olan bireylerin kolaylıkla karamsarlığa büründükleri görülür. Bu bireyler durumluk kaygıyı da normal kişilerden daha sık ve yoğun biçimde yaşarlar (Öner ve Le Compte, 1998; Çelebioğlu, 2002; Yaylacı, 2010).

2.3.5. Kaygı Düzeyleri

Kaygı düzeyi günlük yaşamın koşullarına ve bireysel özelliklere bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Öz'ün (2004) belirttiğine göre; Hay ve Peplau'ya göre kaygı dört düzeyde olabilir.

1-Hafif Düzey Kaygı: Hayati belirtiler normaldir. Çok az kas gerilimi vardır. Pupillalar normaldir. Duyular alarmdadır ve kavrama alanı genişlemiştir. Bu durumda birey, kendi ilgilerine ve kendi çevresine karşı daha duyarlı ve katılımcı olur. Konsantre olma ve mantık yürütme yeteneği tamdır. Bu nedenle, birey bu düzey kaygıda etkin problem çözme becerisine sahiptir.

2-Orta Düzey Kaygı: Vital belirtiler normal ya da hafifçe artmıştır. Birey daha dikkatli ve gergindir. Kavrama alanı hafif kaygı düzeyine göre daralmıştır. Kişi çevresinde kendisi için önemli olan olaylara yoğunlaşma becerisini gösterir ancak çevresel ayrıntıların daha az farkındadır. Bu nedenle önemli ayrıntıları daha az unuttur veya önemsemez.

3-Şiddetli Kaygı: Kavrama alanı önemli ölçüde daralmıştır. Birey ayrıntılara yoğunlaştığından, çevredeki olayları tam olarak algılayamaz ve farkında olduğunda ayrıntılar arasında neden sonuç ilişkisini kuramaz. Birey kaygısının arttığını anlayamaz, ancak geriliminden dolayı oluşan rahatsızlığını fark eder. Birey, bu düzey kaygıda problem çözmek için dikkatini veremez ve mantık yürütmede zorlanır. Bu durumda birey, profesyonel müdahale gerektiren bir sorun olarak düşünülmelidir.

4-Panik: Birey, soluk, kan basıncı düşmüş, kas koordinasyonu, ağrı ve işitme duyuları zayıftır. Birey, çevresinde neler olup bittiğini anlayamaz. Bireyin düşünce alanı

düzensizleşmiş ve davranışları anormalleşmiştir. Bu durumda birey kendini ezilmiş, korkmuş hisseder ve kriz aşamasındadır (Öz, 2004).

Hafif ve orta düzeydeki kaygı, bireyi duruma yoğunlaştırıp, öğrenme ve problem çözme konusunda motive ederken, yüksek düzeyde kaygıda, bilişsel işlevler olumsuz olarak etkilendiğinden, duruma yoğunlaşma ve konular arasındaki ilişkilerin anlaşılmasında güçlükler yaşanmaktadır. Panik düzeyde ise, anlama ve kavrama alanı tamamen daraldığından olaylar ve konular arasında bağlantı kurulamaz. Kaygısı yüksek düzeyde olan bireyin öğrenme, kavrama, düşünme, yargılama, karar verme ve sorun çözme yeteneği olumsuz olarak etkilenmektedir (Öz, 2010).

2.3.6. Kaygının Belirtileri

Kaygı belirtileri; bilişsel belirtiler, duygusal belirtiler, davranışsal belirtiler, fizyolojik belirtiler olarak dört gruba ayrılır (Arslan, 2010).

1.Bilişsel Belirtiler

Normal bilişsel işlevlerin abartılı hale gelmesi (aşırı uyanıklık hali gibi) ya da normal işlevlerin inhibisyonu (dikkat dağınıklığı gibi) söz konusudur. Başlıca bilişsel belirtiler şunlardır:

-Duyusal belirtiler: Düşüncelerin sisli, bulanık olması, çevredeki nesnelere uzakmış gibi ya da bulanık görme, aşırı uyanıklık hali (hipervijilans), kendini aşırı gözleme, çevrenin olduğundan farklı ve gerçek dışı görülmesi, gerçek dışı hisler görülebilir.

-Düşünce zorlukları : Önemli şeyleri hatırlayamama, düşünmeyi kontrol edememe, konsantrasyon güçlüğü, dikkat dağınıklığı (distraktibilite), düşüncede duraksamalar, kesintiler (blok), objektif düşünme güçlüğü, nedenselleştirme güçlüğü gibi belirtiler vardır.

-Kavramsal zorluklar: Kontrolü yitirme korkusu, başa çıkamama korkusu, fiziksel zarar görme ya da ölüm korkusu, aklını yitirme korkusu, başkalarınca olumsuz değerlendirilebileceği korkusu, yineleyici korkulu düşünceler, korku veren görsel imgeler, bilişsel sapmalar (distorsiyon) görülebilir.

2.Duygusal Belirtiler

Korku, endişe, dehşet duygusu, tedirginlik alarm durumuna geçme, gerginlik, sinirlilik, çaresizlik vardır.

3. Davranışsal Belirtiler

Normal davranışların hiperaktivasyonu ya da inhibisyonu şeklinde izlenir. Bu davranışlar her ne kadar başlangıçta kaygıyı azaltma amacı güderlerse de, sonuçta aksine kaygıyı artırıcı özellik göstermeye başlarlar. Kaçma, kaçınma, huzursuzluk, olduğu yerde hareketsiz donma kalma, davranışlarda inhibisyon, konuşma akışında bozukluk, koordinasyon bozukluğu meydana gelir (Arslan, 2010).

4. Fizyolojik Belirtiler

Kaygı, otonom sinir sistemi hiperaktivitesine bağlı olarak organ ve sistemleri etkiler. Bu durum, organizmanın kendini korumaya yönelik bir savunma durumu içine girdiğini göstermektedir (Koçak, 2007). Hormonal, sempatik ya da parasempatik sinir sistemlerinin çalışmasındaki değişiklikler sonucu ortaya çıkarlar (Arslan, 2010).

Görsel kavramayı arttırmak için pupillalar büyür. Gastrointestinal ve genitoüriner sistem yavaşlar; kusma, iştah kaybı, diyare, konstipasyon ve ağız kuruluğuna yol açar. Beyne kan akışının artması sonucu ruhsal uyanıklık artar, terleme ve menstrual değişimler görülür. Bu fizyolojik etkiler, kaygının düzeyi ve süresine göre farklılık gösterir (Öz, 2004). Çarpıntı, kalp hızında artma, arteryel kan basıncı değişiklikleri, baş dönmesi, bayılma hissi, bayılma, yüz kızarması, aritmi, derin soluma, nefes darlığı, kesik soluma, boğazda düğümlenme, bronşiyal spazm, kaslarda gerginlik, reflekslerde artma, yorgunluk hissi, çabuk yorulma, ağrılar, karın ağrısı, karında huzursuzluk, spazm, bulantı kusma, ishal, yutma güçlüğü, hava yutma, ağızda kuruma ya da sulanma, iştah değişiklikleri, uykuya dalma güçlüğü, uykusuzluk, huzursuz uyku, cinsel isteksizlik, erken boşalma, sık idrar çıkma, yaygın terleme, lokal ellerde terleme, kaçınma krizleri, sıcak ve soğuk basma nöbetleri, ateş basması gibi belirtiler görülebilir. (Koçak, 2007; Arslan, 2010).

2.4.7. Kaygıya Neden Olan Faktörler

Günlük yaşam içerisinde bireyin kaygı duymasına neden olan birtakım faktörler vardır. Kaygıya neden olan ilk çocukluk yaşantıları olarak; ayrılık, bir ebeveynin kaybı, korkular, yeni bir kardeşin doğumu, ani ortam değişiklikleri gibi durumlar sıralanmaktadır (Güleç ve Köroğlu, 2007; Yıldız, 2011).

Yetişkin dönemde ise bireyin yaşamında gerçekleşen başarı, yeni iş, terfi, kariyer değişiklikleri, cinsel gelişme, gebelik, ebeveyn olma gibi olumlu olaylar yanı

sıra başkaları tarafından kabul görmeme, başarısızlık, servet kaybı, işsizlik, boşanma, saldırı, tecavüz gibi prestij kaybına neden olan değişimler de kaygı yaratmaktadır. Ayrıca bireyin kendini güvende hissetmemesine yol açan gıda, giyim ve barınma ile ilgili çevresel olaylar; kültürel baskı, taşınma, göç gibi toplumsal olaylar kaygıya neden olabilmektedir. Ergenlik, emeklilik, yaşlılık gibi bazı yaşam dönemleri ve bireyin kayıp duygusu yaşamasına yol açan ölüm, organ ve fonksiyon kaybı gibi duygusal kayıplarda kaygı nedeni olarak kabul edilmektedir. Bunların yanında hastalık, hastaneye yatış gibi belirsizlik içeren yaşam deneyimleri yaşayan birey de kaygı ile birlikte korku, öfke, çaresizlik, gerginlik ve depresyon gibi duygular yaşayabilmektedir (Öz, 2010).

Ayrıca birey için önem taşıyan gerçek ya da gerçek olmayan reddedilme, bireyin gerçekleşmeyen beklentileri, bireye saygı gösterilmemesi ve değer verilmemesi gibi sebeplerden dolayı benlik kavramının tehdit edilmesi de kaygı yaratabilmektedir (Yığıtoğlu, 2009).

2.4.8. Ameliyat Öncesi ve Sonrasında Kaygı

Ameliyat öncesi kaygı yakın zamandaki cerrahiye verilen normal duygusal bir cevaptır ve cerrahi planlanan hastaların % 60-80'inde görülmektedir (Güz ve ark, 2003; Karayağız ve ark, 2011; Turhan ve ark, 2012; Sağır ve ark, 2012). Ancak cerrahi girişimler ciddi psikiyatrik ve psikososyal sorunlara yol açma potansiyelindedir (Cimilli, 2001; Padmanabhan ve ark, 2012; Çetin, 2014). Hastada, hastalığından kurtulma umut ve beklentisi yanında psikolojik açıdan kendi bedenini, yaşantısını denetleyemeyeceği endişesine, organ ve doku kaybı korkusuna neden olabilir. Bu kaygı, alttaki hastalığın niteliğine, kaybedilecek organa, kişi için bu durumun anlam ve önemine göre değişik düzeyde görülebilir (Özcengiz, 2006; Turhan, 2007; Özorak, 2010)

Cerrahi girişimi hastalarda yaşamı yitirme, sakat kalma, ağrı hissetme, bağımsızlığını kaybetme, yardım alamama, sosyoekonomik statüde düşme, yaşamı tehdit edici bir tanıya ulaşma, ailesine ve kendisine yeterli olamama, sevdiği kişi ve aktivitelerden uzak kalma, cinsel yeterliliğini ve çalışabilirliğini kaybetme gibi korkuların gelişmesine neden olabilir (Cimilli, 2001; Ovayolu ve Bahar, 2006; Aksoy ve ark, 2012). Ayrıca hastalar anestezi, ameliyathane ortamı ve invaziv girişimler nedeniyle de gerçek ve gerçek dışı korkular yaşayabilir (Peker, 2004; Karadağ ve Uçan,

2006; Kuğu ve ark. 2001). Hastaların anestezi ile ilgili yaşadığı kaygı ve endişeler; ameliyat sonrası uyanamamak, ameliyat sonrası ağrı, ameliyat sırasında uyanmak, ameliyat sonrası bulantı- kusma, yoğun bakımda kalmak, anesteziistin bilgi ve deneyim eksikliği, anesteziistin ameliyat odasında bulunmaması, anesteziistin tavırları, iğne korkusu, ölmek, anestezi sırasında anlamsız konuşmak, ameliyat sırasında ağrı duymaktır (Şekerci ve ark, 2001; Spalding, 2003; Arslan ve ark, 2007; Ayan, 2012; Çetin, 2014).

Ayrıca cerrahi girişim nedeniyle hastaneye yatan hastalar için cerrahi beklemenin yanı sıra; hastalığa yüklenen anlam ve önem, ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında yaşanabilecek durumlara yönelik bilgi yetersizliği, sevdiklerinden ayrı kalma, hastane ortamının yabancılığı, tanımadığı kişiler, bilinmeyen aletler, işlemler, tedaviler, anlaşılmayan teknik dil, klinik ortamda yaşanan günlük olaylar, ilişkiler, bireyselliğin geri planda kalması, kontrol kaybı, yeme-içme, uyku ve dinlenme gibi fizyolojik gereksinimlerin karşılanmaması da kaygı yaratmaktadır (Karancı ve Dirik, 2004; Erdemir, 2005; Albayrak ve ark., 2007; Aykent ve ark, 2007; Kayahan ve Sertbaş, 2007; Yıldız, 2011).

Özellikle ameliyat öncesinde hastaların kaygı düzeyini, yapılacak işlemler ile ilgili bilgisi, daha önceki anestezi ve cerrahi girişim deneyimi, uygulanacak cerrahi girişimin türü, zorluk ve risk derecesi de etkileyebilmektedir (Kayahan ve Sertbaş, 2007; Cimilli, 2001). Bazı araştırmalarda da büyük ameliyatlarda küçük ameliyatlara göre daha çok kaygı yaşandığı saptanmıştır (Caumo ve ark., 2001; Boker ve ark., 2002).

Cerrahi girişime ihtiyaç olduğunun hastaya söylenmesi ile başlayan kaygı hastaneye yatmayla birlikte artar ve hastanın hastalığa uyumunu, bakımını, yaşam kalitesini, tedavi süresini ve masraflarını, düzelme ve iyilik halini, hastalığın gidişini ve hastanın ek hastalıklarla karşılaşmasını olumsuz yönde etkileyebilir (Klopfenstein ve ark, 2000; Kuğu ve ark., 2001; Kayahan ve Sertbaş, 2007). Bu nedenle ameliyat öncesi dönemde hastaların psikolojik olarak hazırlanmasında, hastalığın niteliği, anestezi uygulaması, cerrahi girişim, ameliyat sonrası dönemde ilgili konularda kaygısını arttırmayacak şekilde yeterli düzeyde bilgilendirmek önemli ve çok yararlıdır (Jawaid, 2007; Karabulut ve Arıkan, 2009; Pritchard, 2011)

Hastanın kaygı ve endişelerinin dinlenmesi kaygı ile başa çıkma yeteneğini güçlendirmektedir (Karabulut ve Arıkan, 2009). Ameliyat öncesi dönemde hastanın eğitimi ve bilgilendirmesi psikolojik açıdan ameliyata hazırlanmada ilk basamaktır. Ayrıca gerçekçi bilgilendirme ameliyat öncesi sürecin daha sorunsuz geçmesini sağlar ve ameliyat seyrinde olumsuz etkileri azaltmaktadır (Karabulut ve Arıkan, 2009; Özorak, 2010). Yapılan çalışmalarda ameliyat olacak tüm hastalara gerekli açıklamaların yapılmasının kaygının giderilmesine yardımcı olacağı, iyileşme sürecini hızlandırıp, hastanede kalma sürecini kısaltacağı ve maliyeti düşüreceği sonucuna varılmıştır (Bayraktar ve Bulut, 2000; Dönmez ve Özbayır, 2008; Kuğu ve ark., 2001; Özalp ve ark., 2003).

Berth, Petrowski ve Balck ameliyat öncesi eğitim gereksinimi fazla olan hastaların kaygı düzeyinin daha fazla belirlemişlerdir (Berth ve ark, 2007). Hastaların bilgilendirilmesi ve ameliyat için hazırlanmasının yanı sıra baş etme stratejilerinin kullanımı ve sosyal desteğin algılanması gibi durumlar da kaygı düzeyini azaltmaktadır (Fındık ve Topçu, 2012) Ameliyat öncesi dönemde kaygının giderilmesine yönelik uygun hemşirelik girişimlerinin belirlenmesinde, hastanın kaygı düzeyi ile kaygı nedenlerinin belirlenmesi önemlidir (Cimilli, 2001).

Ameliyat öncesi dönemde hastaların % 60-80'inin anksiyöz olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmiştir. Anksiyete düzeyi kadınlarda erkeklere, ailesi ve arkadaşları tarafından ameliyata getirilen hastalarda yalnız gelenlere, kardiyak ve vertebra cerrahisi uygulanacak hastalarda diğerlerine göre, gençlerde yaşlılara göre ve kötü anestezi deneyimi olanlarda olmayanlara göre daha fazla bulunmuştur (Cimilli, 2001; Güz ve ark, 2003; Özcengiz, 2006; Turhan, 2007; Rosen ve ark, 2008). Perks ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da nöroşirurji hastalarının % 89'unda ameliyat öncesi kaygı düzeyinin yüksek olduğu görülmüştür (Perks ve ark, 2009).

Ameliyat sonrası kaygı: Ameliyat sonrası kaygı cerrahi sonrası verilen duygusal bir cevaptır. Araştırmaların çoğunluğunda ameliyat sonrası kaygı düzeyinin ameliyat öncesi kaygı düzeyi ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Cimilli, 2001). Ameliyattan önce yeterli bilgi alamayan hastaların ameliyattan öncesi ve sonrası dönemde kaygı, depresyon, öfke, gelecek hakkında bilinmezlik ve ameliyat sonrası kişisel fonksiyonlarını yerine getirememeye gibi çeşitli sıkıntılar yaşadıkları belirlenmiştir (Coşkun ve Akbayrak, 2001; Güneş, 2001; Özbayır ve ark., 2003; Uzun, 2000).

Ameliyat sonrası kaygı düzeyi yüksek olan hastalarda tıbbi komplikasyon oranı daha yüksektir (Cimilli, 2001).

Spinal anesteziye kaygının en fazla olduğu dönem ameliyatın hemen sonrasındır. Buna karşılık genel anestezi uygulanan hastaların kaygı düzeyi ameliyattan birkaç gün sonra, tanı, iyileşme ve ağrıya ilişkin sorunlar ön plana çıktığında yükselir. Ameliyat öncesi dönemde oral alımın kısıtlanması, ilaçların gastrointestinal emiliminin bozulması, eklenen tıbbi sorunlar ve ilaç etkileşimleri psikofarmakolojik tedaviyi güçleştiren etmenler arasında yer almaktadır. Yetersiz ağrı tedavisi de kaygıyı artırabilir. (Cimilli, 2001). Başarısızlıkla sonuçlanan ameliyat ve yaşanan tıbbi sorunlar (örneğin, paralizi, infeksiyon, konuşma bozukluğu) da kaygı düzeyini artırabilir (Erdil ve Elbaş, 2008).

Ameliyat öncesi dönemde yaşanan kaygının yoğun olması, ameliyat sonrası dönemde yaşanan ağrının yoğunluğunu artırmakta ve kontrolünü zorlaştırmaktadır (Lennan, 2006). Bu nedenle ameliyat öncesi kaygının yanı sıra ameliyat sonrası kaygı da değerlendirilmeli ve azaltmaya yönelik hemşirelik girişimleri planlanmalıdır (Pellino ve ark., 2005).

1.4.9. Kaygı ve Hemşirelik Bakımı

Kaygı: Bireyin güvenliğinin tehdit altında hissettiği, gerginlik, endişe hali olarak tanımlanmaktadır. Bilgi eksikliği, fiziksel çevrede değişiklik, ölüm korkusu, ağrı, tanının bilinmemesi, invaziv girişimler, ameliyatın fizyolojik etkisi bireyde kaygıya neden olmaktadır (Biol, 2000). Kaygılı bireyde ise; aşırı heyecan, huzursuzluk, uyku bozukluğu, unutkanlık, dalgınlık, solunum sıkıntısı, terleme, titreme, bulantı, abdominal sıkıntı gibi belirtiler görülmektedir. Bu durumdaki bireyin kaygısının giderebilmesini sağlamak, kaygı kaynağını ve belirtilerini tanıyarak uygun baş etme yollarını kullanabilmesini sağlamak için hemşirelere önemli görevler düşmektedir (Biol, 2000; Buldukoğlu ve ark., 2000).

Bunun için;

- Bireyin kaygı düzeyi uygun değerlendirme araçları ile belirlenmeli.
- Bireyin kaygı düzeyini arttıran uyaranlar uzaklaştırılmalı.

- Çevredeki uyaranların fazla olması bireyin kaygısını artıracığı için, ışık, eşya gibi uyaranların mümkün olduğunca azaltılmalı.
- Bireyin duygu ve düşüncelerini ifade etmesine fırsat verilmeli ve soru sorması sağlanmalı.
- Konfor ve güvenliğini sağlamak için güvenli bir çevre oluşturulmalı.
- Tüm bakım ve tedavi yöntemleri bireye açıklanmalı.
- Mümkün olduğunca bireyin yanında bulunarak hastanın kendini güvende hissetmesi sağlanarak sıcak bir ortam oluşturulmalı, bireyin kaygısını arttırmamak için yanındayken sakin olunmalı.
- Birey kaygılıyken ayrıntılara odaklanamayacağı için açıklama yaparken basit ve kısa cümleler kullanılmalı.
- Bireyin kaygı yaratan nedenleri tanınması ve tanımlamasına yardım edilmeli ve desteklenmeli.
- Bireyde kaygı belirtilerini ortaya çıkaran geçmiş yaşantısındaki deneyimleri ifade etmesi sağlanmalı.
- Kaygısını azaltmak için neler yapılabileceği birey ile birlikte tartışılmalı.
- Bireyin, kaygı ile başa çıkma yöntemleri değerlendirilmeli, uygun yöntemlerin kullanması sağlanmalı (müzik dinleme, egzersiz v.b.) ve yeni yöntemler geliştirilmeli.
- Birey güçlü yönlerini ve yeteneklerini kullanması için desteklenmeli.
- Bireyin kaygısını azaltmak için gerekirse doktor istemine göre antianksiyetik ilaçlar verilerek, birey ilacın etkileri ve yan etkileri yönünden gözlenmelidir (Akdemir ve Birol, 2005; Birol, 2000; Erdemir, 2005).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi: Çalışma, nöroşirurji hastalarında ameliyat öncesi ve sonrası kaygı düzeyinin ve kaygıya neden olabilecek etmenlerin belirlenmesi ve elde edilen veriler doğrultusunda hemşirelik uygulamalarında yararlanabilecek bir kaynak oluşturması amacıyla gözlemsel analitik tipte bir araştırma olarak yapıldı.

Araştırmada, aşağıdaki araştırma sorularına yanıt aranmıştır:

- 1- Araştırmaya katılan hastaların kaygı puan ortalaması nedir?
- 2-Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde kaygı puan ortalamaları arasında farklılık var mıdır?
- 3-Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde kaygı puan ortalamaları ile bağımsız değişkenler arasında farklılık var mıdır?

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman: Bu araştırma, bir üniversite hastanesinin nöroşirurji kliniğinde Şubat 2015- Mayıs 2015 tarihleri arasında yapıldı.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi: Araştırmanın evrenini, bir üniversitesinin nöroşirurji kliniğine Şubat 2015- Mayıs 2015 tarihleri arasında ameliyat olmak için yatan hastalar oluşturdu. Araştırmada evren içinden araştırmaya katılmayı kabul eden; örneklem kriterlerine uyan 100 nöroşirurji hastası hastaneye yatış sırasına göre örnekleme alındı. Örnekleme alınma kriterleri; 18 yaş ve üzeri, Glaskow Koma Skalası 15 olan, sözel iletişimi devam ettirebilen kadın ve erkek hastalar olarak belirlendi. Psikiyatrik bozukluğu olan, antipsikotik ilaç kullanan ve Türkçe bilmeyen hastalar araştırma kapsamı dışında tutuldu.

4.4. Veri Toplama Araçları: Araştırmanın verileri, *Kişisel bilgi formu* (Ek-2), *Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve Bilgi Ölçeği* (Ek-3) ve *Durumluk Kaygı Ölçeği* (Ek-4) ile toplandı.

Kişisel Bilgi Formu: Literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan, hastaların tanıtıcı özelliklerini ve ameliyat öncesi ve sonrası dönemde kaygı düzeylerini belirleyebilecek değişkenleri içeren 45 sorudan oluşmaktadır.

Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve Bilgi Skoru Ölçeği: Preoperatif anksiyetenin değerlendirilmesinde kullanılan testlerden biridir. Bu skala, basit ve hızlı şekilde hastanın endişe kaynağı ve endişenin şiddetini kantitatif olarak değerlendirmeye olanak verdiğinden, preoperatif anksiyeteyle ilgili çeşitli çalışmalarda kullanılmıştır (Boker ve ark, 2002). Endişe kaynağı bu testte cerrahiden duyulan, anesteziye duyulan endişe veya bilgi eksikliğinin yarattığı endişe olarak üçe ayrılmıştır. Anksiyeteyi değerlendirmek üzere bu üç kaynağa yönelik 6 ifadeyi içermektedir. Anketi objektifleştirmek üzere her ifadeye şiddete göre 5’li Likert ölçeği’ne dayanan sayısal değer verilmektedir; 1-5 arası değişen bu değerler; 1=hiç, 2=hafif, 3=orta, 4=şiddetli, 5=aşırı şiddeti ifade etmektedir. Anestezi anksiyetesi 1 ve 2. sorulara, cerrahi anksiyete 4 ve 5. sorulara verilen puanlar ile toplam anksiyete skoru ise her ikisi toplanarak hesaplanır. Anestezi ve cerrahi ile ilgili bilgi edinme isteğini dile getiren ifadeler ise 3 ve 6. sorulardır. En düşük puan 6, en yüksek puan ise 30’dur (Demircan, 2013).

Durumluk Kaygı Ölçeği: Durumluk Kaygı Ölçeği, Spielberg ve arkadaşları tarafından 1964 yılında geliştirilmiştir. Öner ve Le Compte tarafından Türkçe uyarlaması ve standardizasyonu 1974- 1977 yıllarında yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirliği durumluk kaygı ölçeği için 0.83 ile 0.92 arasında bulunmuştur. Durumluk kaygı ölçeği, bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğinin betimlenmesini ve ölçeğin maddelerini okurken o anki duygularının şiddetine göre “1 (Hiç), 2 (Biraz), 3 (Çok), 4 (Tamamiyle)” gibi dört seçenektan bir tanesini işaretlemesini gerektirir. Durumluk kaygı ölçeğinde 20 madde bulunmaktadır. Ölçeklerde iki tip ifade vardır: 1-Doğrudan (direkt) ifadeler, 2- Tersine dönmüş (reversible) ifadeler. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler olumlu duyguları dile getirir. Tersine dönmüş ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4’e, 4 ağırlık değerindekiler 1’e dönüşür. Doğrudan ifadelerde 4 değerindeki cevaplar kaygının yüksek olduğunu gösterir. Tersine dönmüş ifadeler ise, 1 değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı, 4 değerindekiler düşük kaygıyı gösterir. Durumluk kaygı ölçeğinde 10 tane tersine dönmüş ifade vardır. Durumluk Kaygı Ölçeğinde, doğrudan ya da düz ifadeler, 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17,18 numaralı, tersine dönmüş ifadeler ise 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20 numaralı sorulardır. Tersine dönmüş ifadeler (4) hiç, (3) biraz, (2) çok, (1) tamamiyle şeklinde değerlendirilir. Doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadelerin toplam

ağırlıklarının saptanması için iki ayrı anahtar hazırlanır. Doğrudan ifadelerin toplam ağırlık puanından tersine dönmüş ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır. Bulunan sayıya önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk kaygı için bu değişmeyen değer 50'dir. Sonuçta, elde edilen değer bireyin kaygı puanını gösterir. Ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişir; büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan ise düşük kaygı seviyesini belirtir (Öner ve Le Compte, 1998).

3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması: Araştırma verileri, Şubat- Mayıs 2015 tarihleri arasında araştırmacı tarafından toplanmıştır. Veri toplama araçları uygulanmadan önce nöroşirurji kliniğindeki hekim ve hemşirelerle iletişime girerek bilinci açık olan ve psikiyatrik hastalığı olmayan hastalar belirlendi. Belirlenen hastaların odalarına gidilerek, her bir hastaya tek tek araştırmayla ilgili bilgi verildi ve araştırmaya katılımın gönüllülük ilkesine dayandığı belirtilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan, bilgilendirilmiş yazılı izin formunu doldurmaları istendi. Okuma yazma bilmeyen hastalara araştırma ve konusu anlatılmış sonra imza alınmıştır. izni alınan hastalara ameliyattan 1-3 gün önce Kişisel Bilgi Formu, Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve Bilgi Ölçeği ve Durumluk Kaygı Ölçeği; ameliyattan 1-10 gün sonra ise Kişisel Bilgi Formunda ameliyat sonrası dönemle ilgili sorular ve Durumluk Kaygı Ölçeği uygulandı. Hastalardan, ölçeğin her bir maddesinin karşısında bulunan ifadelerden kendisini en iyi tanımladığını düşündüğü ifadeyi belirtmeleri istendi. Ölçeğin tüm maddelerini eksiksiz doldurmanın araştırma için önemi özellikle vurgulandı. Formlar hastalarla karşılıklı görüşme tekniği kullanılarak dolduruldu. Hastaların soru formunu ve ölçekleri yanıtlama süreleri yaklaşık 20-25 dakika sürdü. Okuma- yazması olmayan ve görme problemi olan hastalara araştırmacı tarafından veri toplama araçlarındaki sorular okundu ve verilen yanıtlar doğrultusunda formlar dolduruldu.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi: Araştırmada toplanan verilerin değerlendirilmesi SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows 15.0 istatistik programında gerçekleştirildi. Hastaların niteliksel verileri olgu sayısı ve yüzde olarak, niceliksel verileri ise ortalama ve standart sapma olarak verildi. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında *ki-kare testi*, niceliksel verilerin karşılaştırılmasında *student-t testi* kullanıldı. Veriler arasındaki bağımlı ilişkinin belirlenmesinde niceliksel verilerin

korelasyon analizi için *Pearson* korelasyon analizi, niteliksel verilerin korelasyonu analizi için *Phi and Cramers* analizi kullanıldı. Bağımsız değişkenler üzerine etkili faktörlerin risk analizinin incelenmesinde *Logistik Regresyon Analizi* kullanıldı. $P < 0.05$ anlamlılık sınırı olarak kabul edildi.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları: Araştırma, çalışmanın yapıldığı üniversite hastanesinin nöroşirurji kliniğine belirlenen tarihler arasında ameliyat olmak için yatan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalarla sınırlıydı.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü: Araştırmada aşağıdaki etik ilkeler ile çalışılmıştır.

- Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı alındı (Ek-5).
- Araştırmanın yapılacağı kurumdan yazılı izin alındı (Ek-6).
- Gönüllülük ilkesi gereği çalışmayı kabul eden hastalarla çalışıldı.
- Gizlilik ilkesine bağlı olarak araştırmaya katılan hastaların kimlik bilgileri kullanılmadı.

4. BULGULAR

Bu bölümde nöroşirurji hastalarında ameliyat öncesi ve sonrası kaygı düzeyinin ve kaygıya neden olan etmenlerin belirlenmesi ve elde edilen veriler doğrultusunda hemşirelik uygulamalarında yararlanabilecek bir kaynak oluşturması amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular;

4.1. Hastaların tanıtıcı, hastalık ve ameliyatla ilgili özelliklerine ilişkin bulgular

4.2. Hastaların ameliyat öncesi;

4.2.1. Anesteziye ilişkin bilgi alma ve kaygı durumları,

4.2.2. Ameliyat ilişkin bilgi alma ve kaygı durumları, ile ilgili bulgular,

4.3. Hastaların ameliyat sonrası kaygı durumlarına ilişkin bulgular,

4.4. Amsterdam Preoperatif Aksiyete ve Bilgi Skoru Ölçeği (APAIS) ile Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI) ile ilgili bulgular,

4.5. Ameliyat öncesi ve sonrası döneme ilişkin Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI) korelasyon analiz bulguları,

olmak üzere 5 başlık altında sunuldu.

4.1.Hastaların Tanıtıcı, Hastalık ve Ameliyatla İlgili Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde çalışma kapsamına alınan hasta bireylerin tanıtıcı, hastalık ve ameliyatla ilgili özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4-1 ve Tablo 4-2’de incelendi.

Tablo 4-1: Hastaların Tanıtıcı Özellikleri (N=100)

Tanıtıcı Özellikler	n
Yaş (yıl)	46.6 ± 13.9
Cinsiyet (kadın /erkek)	48 / 52
Doğum Yeri (ma / ka / da / ga / ia / eg / ak)*	34 / 19 / 22 / 8 / 12 / 3 / 2
Eğitim Durumu (yok/ ilk-orta/ lise /üniver / diğer)	5 / 63 / 18 / 12 / 2
Medeni Durum (evli / bekar / dul)	72 / 21 / 7
Çocuk Sayısı (0 / 1/ 2/ 3 / 4+)	21 / 20 / 33 / 13 / 13
Evde Yaşama Şekli (ya/ eş / eş+ço / ço/ eb)*	9 / 25 / 47 / 7 / 12
Sağlık Güvencesi (var / yok)	99 / 1
Aylık Gelir (0-750tl / 751-1500tl / 1501+)	51 / 34 / 15
Çalışma Durumu (evet / hayır)	27 / 73
Hastalık Nedeniyle Çalışamayanlar (0-6 ay/ 6 ay+)	16 / 8

*Veriler olgu sayısı ve standart sapma olarak verilmiştir. ma: marmara bölgesi, ka: karadeniz bölgesi, da: doğu anadolu bölgesi ga: güney doğu anadolu bölgesi. ia: iç anadolu bölgesi eg: ege bölgesi ak: akdeniz bölgesi.ya: yalnız eş: eşi ile eş+ço: eşi ve çocuğu ile ço: çocuğu ile eb: ebeveyni ile

Araştırma kapsamına alınan nöroşirurji hastalarının tanıtıcı özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; hastaların %48'inin (n=48) kadın, %52'sinin (n=52) erkek; tüm hastaların yaş ortalamasının da 46.6 ± 13.9 yıl olduğu saptandı. Araştırmaya katılan kadın ve erkek hastaların yaş ortalaması sırası ile 47.5 ± 13.1 , 45.8 ± 14.6 yıl olarak saptandı ve cinsiyetler arasında istatistiksel olarak yaş farkı bulunmadı ($p= 0.546$). Hastaların %34'ünün (n=34) Marmara Bölgesi'nde doğduğu, %63'ünün (n=63), ilk-ortaöğretim mezunu, %72'sinin (n=72) evli, %21'inin (n=21) çocuğunun olmadığı, % 47'sinin (n=47) eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı, %99'unun (n=99) sağlık güvencesinin olduğu, %51'inin (n=51) 0-750 TL aylık geliri olduğu, %73'ünün (n=73) çalışmadığı ve %16'sının (n=16) 0-6 aylık süre boyunca hastalıkları nedeniyle çalışmadığı belirlendi (Tablo 4-1).

Tablo 4-2: Hastaların Hastalık ve Ameliyatla İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı (N=100)

Hastalık ve Ameliyatla İlgili Özellikler	n
Ameliyat Öncesi Hastane Kalış Süresi (gün)	1.5 ± 1
Ameliyat Süresi (saat)	5.1 ± 1.2
Tanı (kranial / spinal)	60 / 40
Malignite Varlığı (var / yok)	10 / 90
Hastanın Tanıdan Haberdarlığı (var / yok)	99 / 1
Ameliyat Günü Değişikliği (var / yok)	28 (14-12- 2) / 72
Ameliyat Sonrası Komplikasyon (var / yok)	8 / 92
Kaçıncı Ameliyat (1. / 2. / 3.)	78 / 17 / 5
Ameliyat türü (major / minör)	63 / 37
Yoğun Bakıma Alınma Durumu (evet / hayır)	55 / 45
Yoğun Bakımda Kalış Süresi (gün)	1.5 ± 1.1

*Veriler ortalama ± standart sapma veya olgu sayısı olarak verilmiştir.

Tablo 4-2 incelendiğinde; hastaların ortalama ameliyat öncesi hastanede kalış süresi 1.5 ± 1 gün; ameliyat süresi ortalaması ise 5.1 ± 1.2 saat olarak saptandı. Hastaların %60 'nın (n=60) kranial, %40'ının (n=40) da spinal bir tanısı olduğu; %90'nının (n=90) malignitesinin olmadığı; %99'unun (n=99) tanıdan haberi varken; %72'sinin (n=72) ameliyat günü değişikliğinin olmadığı; % 8'inin (n=8) ameliyat sonrası komplikasyon yaşadığı; %78'inin (n=78) hastalıkla ilgili ilk ameliyatı olduğu ve %63'ünün (n=63) majör bir operasyon geçirdiği görüldü. Hastaların yoğun bakımda kalma durumuna bakıldığında, hastaların yarısından fazlasının (n=55) yoğun bakımda kaldığı ve ortalama yoğun bakımda kalış süresinin 1.5 ± 1.1 gün olduğu belirlendi.

4.2. Hastaların Ameliyat Öncesi Bulguları

Bu bölümde hastaların anesteziye ilişkin bilgi alma ve kaygı durumları ile ilgili bulgular Tablo 4-3, Tablo 4-4 ve 4-5’de; ameliyata ilişkin bilgi alma ve kaygı durumu ile ilgili bulgular ise Tablo 4-6, Tablo 4-7, Tablo 4-8 ve Tablo 4-9’da incelendi.

4.2.1.Hastaların Ameliyat Öncesi Anesteziye İlişkin Bilgi Alma ve Kaygı Durumları İle İlgili Bulguları

Tablo 4-3:Hastaların Anesteziye İlişkin Bilgi Alma Durumuna Göre Dağılım (N:100)

Daha Önce Anestezi Alma Durumu	n
Evet	69
Hayır	31
Daha Önce Aldığı Anestezi Türü	
Genel Anestezi	57
Lokal Anestezi	9
Genel Anestezi ve Lokal Anestezi	3
Anestezi ile İlgili Bilgi Alma Durumu	
Bilgi Alan	100
Anestezi İle İlgili Bilgi Kaynağı	
Anestezist	98
Hemşire	2

*Veriler olgu sayısı olarak verilmiştir.

Hastaların anesteziye ilişkin bilgi alma durumu incelendiğinde; %69' unun (n=69) daha önce anestezi deneyimi yaşadığı, %57'sinin (n=57) genel anestezi aldığı, tamamının (n=100) anestezi ile ilgili bilgilendirildiği ve %98'sinin (n=98) de anesteziistten bilgi aldığı saptandı (Tablo 4-3).

Tablo 4-4: Hastaların Anestezi Kaygısı Duyup Duymama Durumunun ve Anesteziye İlişkin Kaygı Nedenlerinin Dağılımı (N=28)

Anestezi ile ilgili kaygınız var mı?	n	%
Evet	28	28
Hayır	72	72
Anestezi Kaygı Nedenleri		
Ameliyat Sonrası Uyanmamak	17	60
Ameliyat Sonrası Ağrı Duymak	17	60
Ameliyat Sonrası Bulantı-Kusma	12	43
Enjeksiyon	12	43
Yoğun Bakımda Kalmak	9	32
Ameliyat Sırasında Uyanmak	2	7
Ameliyat Sonrası Uzun Süre Uyumak	1	3
Hipotermi	1	3

*Hastalardan birden fazla şık tercih etmişlerdir.

Hastaların anestezi ile ilgili kaygı durumuna bakıldığında; %28'inin (n=28) anestezi ile ilgili kaygılı olduğu, %72'sinin (n=72) ise kaygılı olmadığı görüldü. Hastaların kaygı nedenlerinin dağılımı incelendiğinde; %60'ının (n=17) ameliyat sonrası uyanmama, yine hastaların %60'ının (n=17) ameliyat sonrası ağrı duyma, %43'ünün (n=12) ameliyat sonrası bulantı-kusma ve %43'ünün (n=12) enjeksiyon konusunda kaygı duydukları belirlendi (Tablo 4-4).

Tablo 4-5: Hastaların Anesteziye ilişkin Kaygı Duymama Nedenlerinin Dağılımı (N=72)

Anestezi Deneyimi	n	%
Anestezi Deneyimi	31	43
Doktorlara Güveniyorum	17	23
Kadere İnanırım	14	19
Kötü Bir Şey Düşünmüyorum	8	11
Üniversite Hastanesine Güveniyorum	7	9
Anesteziyi Bilmiyorum	5	6
Korkulacak Bir Şey Yok	3	4
Kötü Alışkanlığım Yok (alkol- sigara)	1	1
Teknoloji İlerledi	1	1

*Hastalardan birden fazla cevap vermişlerdir.

Anestezi ile ilgili kaygısı olmayan 72 hastanın yanıtları incelendiğinde, hastaların %43'ünün (n=31) anestezi deneyimi olduğu, %23'ünün doktorlara güvendiği ve %19'unun (n=14) da kadere inandığı saptandı (Tablo 4-5).

4.2.2. Hastaların Ameliyat Öncesi Ameliyat İlişkin Bilgi Alma ve Kaygı Durumları İle İlgili Bulgular

Tablo 4-6: Hastaların Ameliyata İlişkin Bilgi Alma Durumunun Dağılımı (N=100)

Daha Önce Ameliyat Olma Durumu	n
Ameliyat Olan (Evet)	64
Ameliyat Olmayan (Hayır)	36
Ameliyatla İlgili Bilgi Alma Durumu	
Bilgi Alan	95
Bilgi Almayan	5
Ameliyatla İle İlgili Bilgi Kaynağı	
Cerrah	50
Ameliyatı Yapacak Cerrah	41
Cerrah ve Diğer Hasta ve Hasta Yakınları	1
Ameliyatı Yapacak Cerrah ve Diğer Hasta ve Hasta Yakınları	3
Bilgi Almak İsteddiği Kişi	
Ameliyatı Yapacak Cerrah	55
Ameliyatı Yapacak Cerrah ve Hemşire	1

Araştırmaya katılan hastaların %64' ünün (n=64) daha önce ameliyat deneyimi yaşadığı, hastaların tamamına yakınının (n=95) ameliyat ile ilgili bilgilendirildiği, ameliyat ile ilgili bilgiyi hastaların yarısının sadece (n=50) cerrahtan, %41'inin (n=41) de sadece ameliyatı yapacak cerrahtan bilgi aldığı ve %55'inin (n=55) bilgi almak istedikleri kişinin ameliyatı yapacak cerrah olduğu belirlendi (Tablo 4-6).

Tablo 4-7: Hastaların Ameliyata İlişkin Kaygı Duyup Duymama Durumunun Dağılımı (N=100)

Ameliyatla İle İlgili Kaygınız Var Mı?	n	%
Evet	63	63
Hayır	37	37

Hastaların ameliyatla ilgili kaygı durumuna bakıldığında; %63'ünün (n=63) ameliyatla ilgili endişesi varken, %37'sinin (n=37) ise endişesinin olmadığı görüldü (Tablo 4-7).

Tablo 4-8: Hastaların Ameliyat ile İlgili Kaygı Duyma Nedenlerinin Dağılımı (N= 63)

Ameliyattan Kaygı Duyma Nedenleri	n	%
Fiziksel Yetilerini Kaybetmek	46	73
Tekrar Ameliyat Olmak	33	52
Zihinsel Yetilerini Kaybetmek	26	41
Ailesine ve Kendisine Yeterli Olamamak	24	38
Ameliyatta ve Sonrasında Yaşamımı Kaybetmek	16	25
Ameliyatı Yapacak Cerrahı Tanımamak	16	25
Beden İmajının Olumsuz Etkilenmesi	16	25
Ameliyatın Başarısız Olacağına İnanmak	14	22
Ameliyatı Yapacak Cerrah ile İletişim Kuramamak	13	20
Ameliyatla İlgili Bilgi Sahibi Olamamak	12	19
Ameliyat Sonrası Bağımsızlığını Kaybetmek	12	19
Mali Sıkıntı Yaşama ve Giderleri Karşıluyamamak	12	19
Ameliyat Sonrası Ağrı Hissetmek	7	11
Ameliyat Sonrası Yeterlilik ve Değerliliğini Kaybetmek	7	11
Yaşam Biçimi ve Süresinin Değişebileceği	6	9
Sosyal Amaç ve Sosyal Yetilerini Kaybetmek	5	7
Ameliyathane Ortamı	5	7
Cinsel Yetilerini Kaybetmek	4	6
Mesleğine Devam Edebilme Durumum	2	3
Toplum Tarafından Kabul Görmemek	2	3

*Hastalardan birden fazla cevap vermişlerdir.

Hastaların ameliyatla ilgili kaygı duyma nedenleri incelendiğinde; %73'ünün (n=46) ameliyat sonrası fiziksel yetilerini kaybetmekten, %52'sinin (n= 33) tekrar ameliyat olmaktan, %41'inin (n=26) zihinsel yetilerini kaybetmekten ve %38'inin (n=24) de ailesine ve kendine yeterli olamamaktan kaygı duydukları saptandı (Tablo 4-8).

Tablo 4-9: Hastaların Ameliyata İlişkin Kaygı Duymama Nedenlerinin Dağılımı (N= 37)

Ameliyattan Kaygı Duymama Nedenleri	n	%
Cerrahlara güveniyorum	28	75
İyileşeceğimi düşünüyorum	17	45
Üniversite hastanesine güveniyorum	14	37
Tedavisi olan bir hastalık	9	24
Kadere inanırım	7	19
Teknoloji ilerledi	2	5

*Hastalar birden fazla cevap vermişlerdir.

Araştırmaya katılan hastaların ameliyata ilişkin kaygı duymama nedenleri incelendiğinde, hastaların %75'inin (n= 28) cerraha güven duydukları, %45'inin (n=17) iyileşeceğini düşündüğü ve %37'sinin (n=14) üniversite hastanesine güvendiği belirlendi (Tablo 4-9).

4.3. Hastaların Ameliyat Sonrası Kaygı Durumlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde hastaların ameliyat sonrası kaygı durumlarına ilişkin bulgular Tablo 4-10 ve Tablo 4-11’de incelendi.

Tablo 4-10: Hastaların Ameliyat Sonrası Kaygı Duyup Duymama Durumunun Dağılımı (N=100)

Ameliyatla Sonrası Kaygınız Var Mı?	n	%
Evet	46	46
Hayır	54	54

Hastaların ameliyat sonrası kaygı durumuna bakıldığında; %54’ünün (n= 54) kaygılı olmadığı, % 46’sının (n=46) kaygılı olduğu saptandı (Tablo 4-10).

Tablo 4-11: Hastaların Ameliyat Sonrasına İlişkin Kaygı Duyma Nedenlerinin Dağılımı (N= 46)

Ameliyattan Sonrasında Kaygı Duyma Nedenleri	n	%
Ameliyatın Başarısı	26	56
Ameliyatın Tekrarı	15	32
Mesleğini Yapabilme Durumu	11	23
Patoloji Sonucu	9	19
Fiziksel Yetersizlik	8	17
Kendine Yeterli Olamama	6	13
Evde Bakım	4	8
Değerliliğini Kaybetme	3	6
Hastanede Kalma Süresi	3	6
Cerrahını Tanımamak ve İletişim Kuramamak	2	4
Ameliyatla İlgili Bilgi Alamamak	2	4
Cerrahın Ameliyatla İlgili Güven Verici Konuşmaması	2	4
Ağrı	2	4
Enfeksiyon	2	4
Cevap vermedi	2	4

*Hastalar birden fazla cevap vermişlerdir

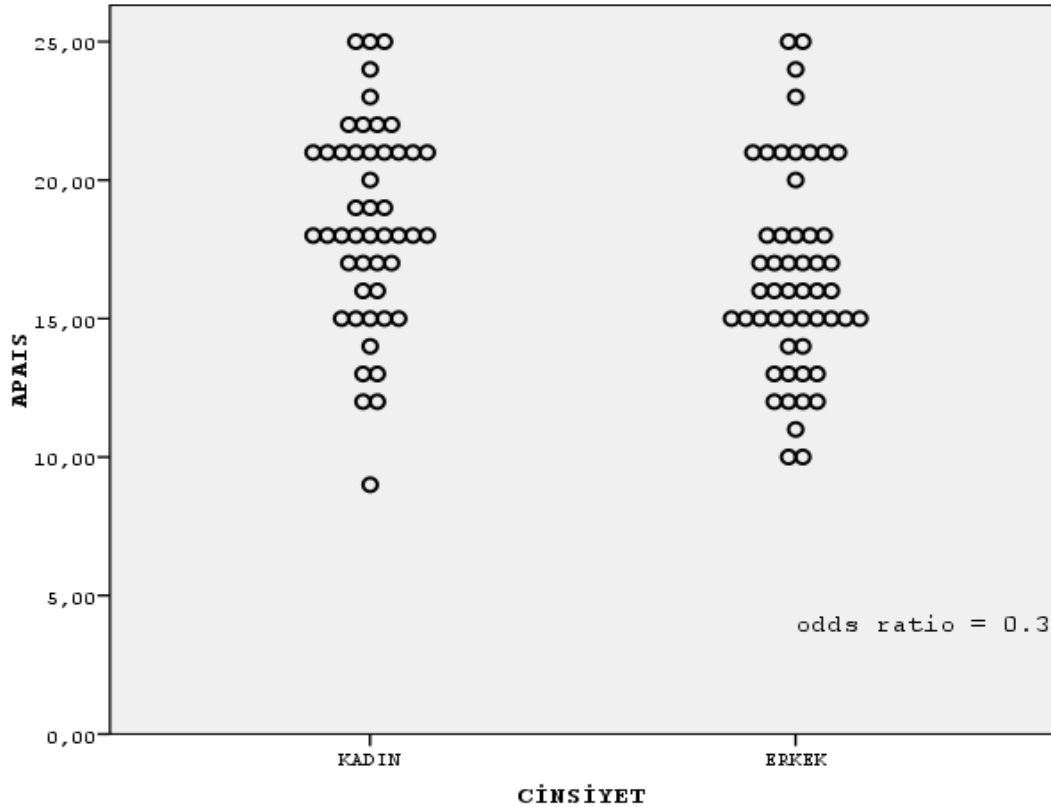
Hastaların ameliyat sonrası kaygı nedenleri incelendiğinde; %56'sının (n=26) ameliyatın başarısı, %32'sinin (n=15) ameliyatın tekrarı, %23'ünün (n=11) mesleğini yapabilme ve devam ettirebilme durumu, %19'unun (n=9) patoloji sonucu ve %17'sinin (n=8) fiziksel yetersizlikle ilgili kaygı duydukları belirlendi (Tablo-11).

Ameliyat sonrası kaygısı olmadığını ifade eden 54 hastanın kaygılı olmama nedenine bakıldığında; 54 hastanın da ameliyatlarının başarılı geçtiği görüldü.

4.4. Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve Bilgi Skoru Ölçeği (APAIS) ve Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI) İle İlgili Bulgular

Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve Bilgi Skoru Ölçeği (APAIS) İle İlgili Bulgular

Bu bölümde; Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve Bilgi Skoru Ölçeği (APAIS) ile elde edilen verilere ilişkin bulgulara ve karşılaştırmalara yer verildi. Hastaların ölçülen APAIS skoru ortalaması 17.4 ± 3.7 olarak saptandı. APAIS için 0-17 arası normal, 18 üstü endişeli ve bilgi ihtiyacının varlığını gösteren bir değerler doğrultusunda; hastanın tanıtıcı özellikleri için regresyon analizi yapıldı. APAIS'i bağımlı değişken hasta cinsiyeti, doğum yeri, medeni durumu, eğitim durumu, aylık geliri ve meslek bağımsız değişken olarak alınıp logistik regresyon analizi yapıldığında sadece **Kadın (P=0.03, odds ratio = 0.3, 95% CI: 0.003 - 0.299)** cinsiyetin yüksek APAIS için hafif risk faktörü olduğu saptandı (Şekil 1).



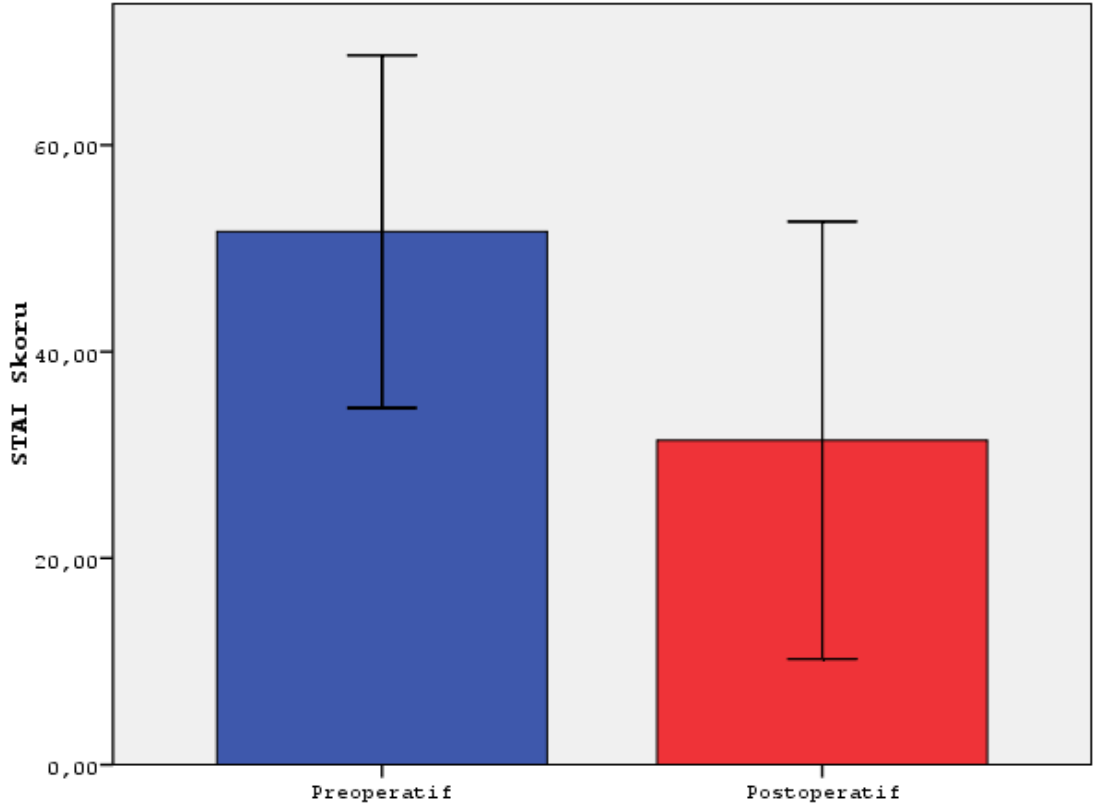
Sekil 1: APAIS skorunun cinsiyete göre dağılımı.

Hastaların tıbbi özellikleri, anestezi ve ameliyat deneyimi ile ilgili regresyon analizi yapıldı. APAIS'i bağımlı değişken tanı, malignite durumu, ameliyat öncesi yatış süresi, ameliyat gününde değişiklik olması, daha önce geçirdiği ameliyat sayısı, daha önceden anestezi alıp almaması, bağımsız değişken olarak alınıp logistik regresyon analizi yapıldığında hiç birinin yüksek APAIS için risk faktörü olmadığı saptandı.

Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI) İle İlgili Bulgular

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

Hastaların ameliyat öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI) skoru 51.6 ± 8.5 olarak saptanırken, ameliyat sonrasında ölçülen Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI) skoru ise 31.4 ± 10.5 olarak tespit edildi. Ameliyat sonrası STAI skorunda anlamlı ölçüde azalma saptandı ($p < 0.001$) (Şekil 2).



Şekil 2: Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası STAI Skorlarının Karşılaştırılması

4.5. Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Döneme İlişkin Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI) Korelasyon Analiz Bulguları

Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI) için 0-40 arası normal 41 üstü endişeli olarak kabul edilen değerler doğrultusunda, ameliyat öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI) değerlerine göre hastaların %91'inin (n=91) yüksek kaygılı olduğu saptandı. Ameliyat öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI) değerleri ile kaydedilen verilerin korelasyon analizi Tablo 4-12'de gösterildi.

Tablo 4-12: Ameliyat Öncesi Döneme İlişkin Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI) Korelasyon Analiz Dağılımı

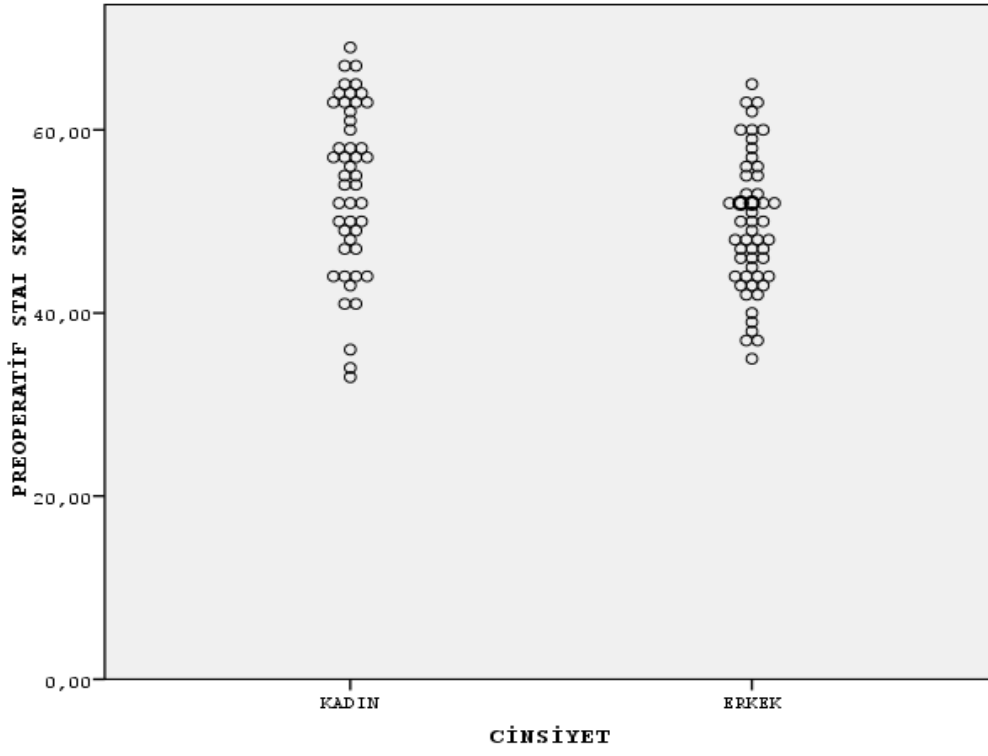
	r veya V değeri	p
Cinsiyet	0.623	0.032*
Yaş	-0.033	0.741
Tanı	0.576	0.507
Malignite Varlığı	0.555	0.658
Tanıdan Haberdarlık	0.398	0.997
Ameliyat Gün Değişikliği	0.592	0.418
Kaçıncı Ameliyat	0.930	0.065
Ameliyat Türü	0.593	0.415
Doğum Yeri	0.559	0.793
Eğitim Durumu	0.547	0.841
Medeni Durumu	0.545	0.813
Çocuk Sayısı	0.641	0.191
Hastanın Çalışma Durumu	0.605	0.350
Hastalık Nedeniyle Çalışmama Süresi	0.223	0.021*
Aylık Geliri	-0.365	<0.001*
Evde Yaşama Şekli	0.627	0.064
Ameliyat İle İlgili Bilgi Alma Durumu	0.449	0.974

Ameliyat öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI) skoru ile **cinsiyet** arasında pozitif korelasyon saptandı (**r=0.623, p=0.032**). Cinsiyeti kadın olan hastalarda ameliyat öncesi STAI skorunun yüksek olduğu görüldü (Şekil 3)

Ameliyat öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI) skoru ile yaş, tanı, malignite varlığı, tanıdan haberdar olma, ameliyat günü değişikliği, hastalığıyla ilgili kaçınıcı ameliyatı olduğu, ameliyat türü, doğum yeri, eğitim durumu, medeni durumu, çocuk sayısı, çalışma durumu, evde yaşama şekli, ameliyatla ilgili bilgi alma arasında bir korelasyon saptanmadı.

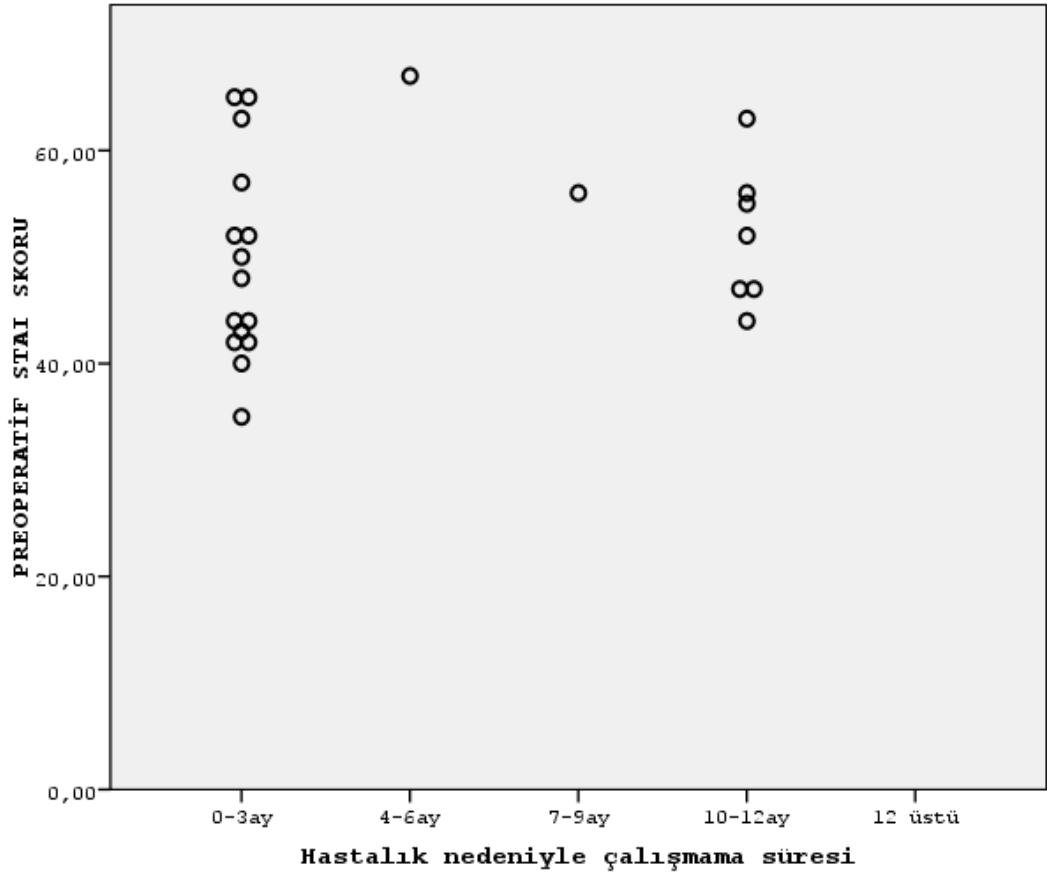
Ameliyat öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI) skoru ile **hastalık nedeniyle çalışmama süresi** arasında pozitif korelasyon saptandı (**r= 0.223, p=0.021**). Hastalık nedeniyle uzun süre çalışmayan hastaların ameliyat öncesi STAI skorlarının daha yüksek olduğu belirlendi (Şekil 4).

Ameliyat öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI) skoru ile **aylık gelir** arasında **negatif** korelasyon saptandı (**r=-0.365, p=<0.001**). Aylık geliri düşük olan hastaların ameliyat öncesi STAI skorunun daha yüksek olduğu görüldü (Şekil 5).

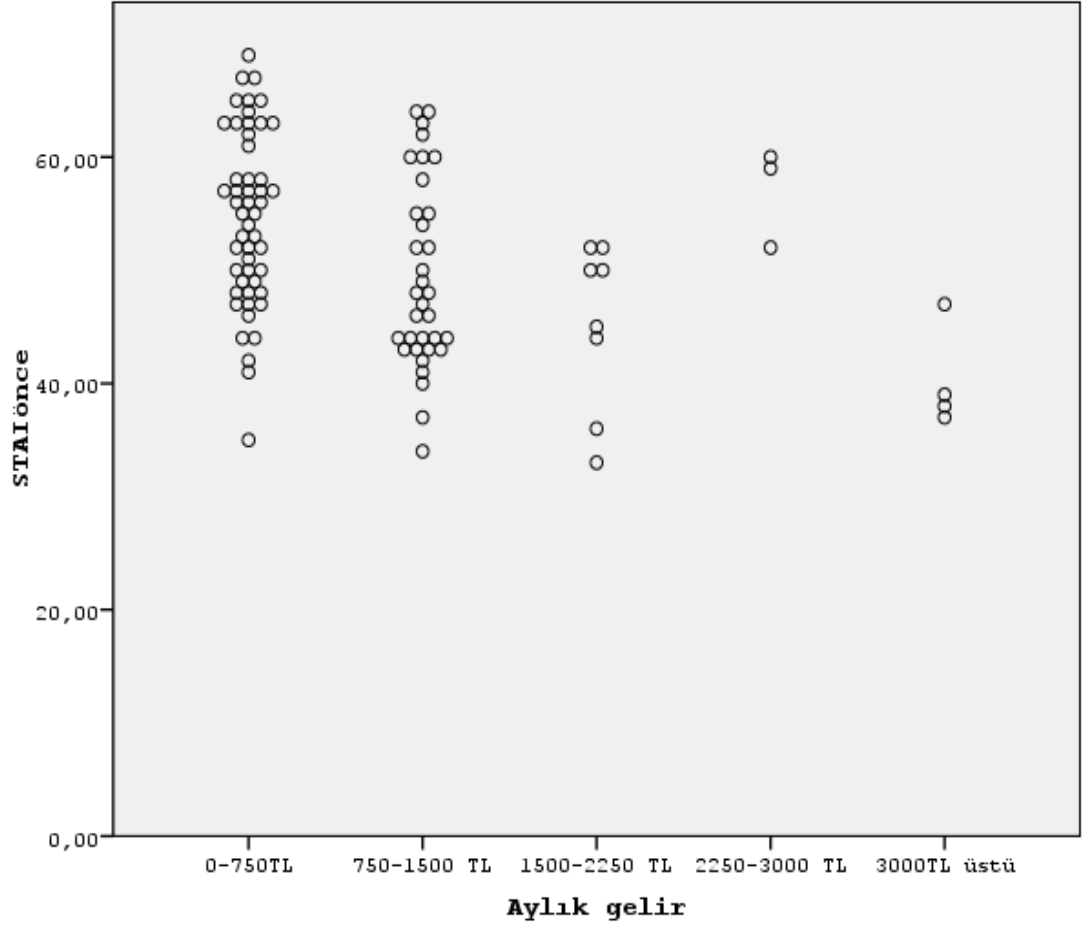


Şekil 3: Ameliyat Öncesi STAI ve Cinsiyet İlişkisi.

Şekil 4: Ameliyat Öncesi STAI ve Hastalık Nedeniyle Çalışmama Süresi İlişkisi



Şekil 5: Ameliyat Öncesi STAI ve Aylık Gelir İlişkisi



Ameliyat Sonrası Döneme İlişkin (STAI) Korelasyon Analiz Bulguları

Ameliyat sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI) değerlerine göre hastaların %86'sının (n=86) düşük, %14'ünün (n=14) ise yüksek kaygılı olduğu görüldü. Ameliyat sonrası dönemde STAI değerleri ile kaydedilen verilerin korelasyon analizi Tablo 4-13'de gösterilmiştir.

Tablo 4-13: Ameliyat Sonrası Döneme İlişkin (STAI) Korelasyon Analiz Dağılımı

	r veya V değeri	p
Cinsiyet	0.528	0.522
Yaş	0.120	0.234
Tanı	0.454	0.873
Malignite Varlığı	0.664	0.039*
Tanıdan Haberdar Olma	0.110	0.274
Ameliyat Günü Değişikliği	0.631	0.087
Kaçıncı Ameliyat	0.517	0.641
Ameliyat Öncesi Yatış Süresi	0.150	0.116
Ameliyat Türü	0.490	0.727
Doğum Yeri	0.518	0.746
Eğitim Durumu	0.547	0.386
Medeni Durumu	0.560	0.283
Çocuk Sayısı	0.105	0.301
Hastanın Çalışma Durumu	0.490	0.727
Hastalık Nedeniyle Çalışmama süresi	0.311	0.005*
Aylık Gelir	0.605	0.121
Evde Yaşama Şekli	0.510	0.828
Ameliyat İle İlgili Bilgi Alma Durumu	0.248	0.013*
Ameliyat Süresi	-0.117	0.245
Komplikasyon	0.488	<0.001*
Yoğun Bakımda Kalma Durumu	0.345	<0.001*
Yoğun Bakımda Kaldığı Gün Sayısı	0.045	0.746

Ameliyat sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI) skoru ile cinsiyet, yaş, tanı, ameliyat günü değişikliği, tanıdan haberdar olma, ameliyat günü değişikliği, hastalığıyla ilgili kaçınıcı ameliyatı olduğu, ameliyat öncesi yatış süresi, ameliyat türü, ameliyat süresi, doğum yeri, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, hastanın çalışma durumu, aylık gelir, evde yaşama şekli, ameliyatla ilgili bilgi alma ve yoğun bakımda kalma süresi arasında bir korelasyon saptanmadı.

Ameliyat sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI) skoru ile **malignite** arasında pozitif bir korelasyon saptandı (**r=0.664, P=0.039***). Malignitesi olan hastalarda ameliyat sonrası STAI skorunun yüksek olduğu görüldü.

Ameliyat sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI) skoru ile **hastalık nedeniyle çalışmama süresi** arasında bir korelasyon saptandı (**r=0.311, P=0.005***). Çalışmama süresi uzun olan hastalarda ameliyat sonrası STAI skorunun yüksek olduğu belirlendi.

Ameliyat sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI) skoru ile **hastanın ameliyat sonrası komplikasyon yaşaması** arasında pozitif bir korelasyon saptandı (**r=0.488, P=<0.001***). Komplikasyon yaşayan hastalarda ameliyat sonrası STAI skorunun yüksek olduğu görüldü.

Ameliyat sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI) skoru ile **yoğun bakımda kalma durumu** arasında pozitif bir korelasyon saptandı (**r=0.345, P=<0.001***). Yoğun bakımda kalan hastalarda ameliyat sonrası STAI skorunun yüksek olduğu tespit edildi.

Ameliyat sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI) değerlerine bakıldığında hastaların %7'sinin (n=7) STAI değeri artmıştır. STAI değeri artan hasta bağımlı değişken cinsiyet, yaş, malignite durumu, ameliyat öncesi yatış süresi, tanısından haberdar olup olmamama ameliyat gününde değişiklik olması, daha önce geçirdiği ameliyat sayısı, daha önceden anestezi alıp almaması, operasyon türü, doğum yeri, medeni durumu, çocuk sayısı, kiminle yaşadığı, eğitim durumu, aylık geliri, sağlık güvencesinin olup olmaması, meslek ve hastalık yüzünden çalışmama süresi, ameliyat sonrası komplikasyon olması, yoğun bakımda kalıp kalmadığı bağımsız değişken olarak alınıp logistik regresyon analizi yapıldığında sadece ameliyat sonrası **komplikasyon olması (P=0.001, odds ratio = 0.44, 95% CI: 0.13 - 0.879)** ameliyat sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI) değerinin artması için risk faktörü olduğu saptandı.

5. TARTIŞMA

Nöroşirurji hastalarında ameliyat öncesi ve sonrası kaygı düzeyinin ve kaygıya neden olabilecek etmenlerin belirlenmesi ve elde edilen veriler doğrultusunda hemşirelik uygulamalarında yararlanabilecek bir kaynak oluşturması amacıyla gözlemsel analitik tipte yapılan araştırmadan elde edilen bulgular beş başlık altında toplanarak literatür bilgileri doğrultusunda tartışıldı.

5.1. Hastaların tanıtıcı ve hastalık/ameliyatla ilgili özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması

5.2. Hastaların ameliyat öncesi,

5.2.1. Anesteziye ilişkin bilgi alma ve kaygı durumları ile ilgili bulguların tartışılması

5.2.2. Ameliyata ilişkin bilgi alma ve kaygı durumları ile ilgili bulguların tartışılması

5.3. Hastaların ameliyat sonrası kaygı durumlarına ilişkin bulguların tartışılması

5.4. Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve Bilgi Skoru Ölçeği (APAIS) ile Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI) ile ilgili bulguların tartışılması

5.5. Ameliyat öncesi ve sonrası döneme ilişkin Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI) korelasyon analiz bulgularının tartışılması.

5.1. Hastaların Tanıtıcı ve Hastalık/Ameliyatla İlgili Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma kapsamına alınan hasta bireylerin yaş ortalaması 46.6 ± 13.9 yıl olarak saptandı (Tablo 4-1). Mıngır ve arkadaşlarının (2012) “Spinal anestezi ve preoperatif anksiyete” çalışmasında hasta bireylerin yaş ortalaması 42.68 ± 18.68 yıl, Özbayır ve arkadaşlarının (2003) “Hastaların perioperatif döneme ilişkin izlenimlerinin incelenmesi” çalışmasında da 46.6 yıl olarak bulunmuştur.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %52’sinin erkek olduğu saptandı (Tablo 4-1). Perks ve arkadaşlarının (2009) “Nöroşirurji hastalarında ameliyat öncesi anksiyete” konulu çalışmasında hastaların %53’ünün ve Sidar ve arkadaşlarının (2013) “Açık kalp cerrahisi ameliyat öncesi ve sonrası hastaların kaygı ve ağrı distressi: ağrı düzeyi ile ilişkinin incelenmesi” çalışmasında da hastaların % 59’unun erkek olduğu,

Topçu'nun (2008) üst abdominal cerrahi girişim geçirmiş hastalarla yaptığı çalışmada hastaların % 51'inin erkek olduğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların % 63'ünün ilk-ortaöğretim mezunu olduğu saptandı (Tablo 4-1). Fındık ve Topçu'nun (2012) "Cerrahi girişime alınış şeklinin ameliyat öncesi anksiyete üzerine etkisi" çalışmasında da ilköğretim mezunu dağılımının yüksek olduğu görülmüştür. Okanlı ve arkadaşlarının (2006) "Cerrahi kliniklerde yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi" amacıyla yaptıkları çalışmada, hastaların %62.7'sini; Yılmaz ve Çiftçi'nin (2010) çalışmada da hastaların %68.9'unu ilköğretim mezunu hastalar oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların % 72'sinin evli , %79'unun çocuk sahibi olduğu ve %49.7'sinin eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı belirlendi (Tablo 4-1). Çelik'in (2013) çalışmasında da hastaların %96,7'sinin evli olduğu, Çevik'in (2012) "Ameliyathanede hastaların hemşirelik bakım kalitesi hakkında düşüncelerinin ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi" çalışmasında hastaların % 76'sının evli olduğu ve Yıldız'ın (2011) "Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde kaygı düzeyinin belirlenmesi" çalışmasında da hastaların %91'inin eşi ve çocuklarıyla yaşadığı görülmüştür.

Yardakçı ve Akyolcu'nun " Ameliyat öncesi dönemde yapılan hasta ziyaretlerinin hastanın anksiyete düzeyi üzerine etkisi" çalışmasında hastaların %87'sini ve Sönmez'in (2013) "Koroner arter bypass greft ameliyatı uygulanan hastaların konfor ve kaygı deneyimlerinin değerlendirilmesi" çalışmasında da olguların %94'ünü sağlık güvencesi olan hastalar oluşturmaktadır. Benzer şekilde bu çalışmada da, hastaların tamamına yakınının (%99) sağlık güvencesi olduğu belirlendi (Tablo 4-1).

Araştırmadaki hastaların büyük çoğunluğunun (%73) çalışmadığı saptandı (Tablo 4-1). Nayir'in (2012)"Açık kalp ameliyatında preoperatif anksiyete ile postoperatif komplikasyonlar arasındaki ilişki" çalışmasında hasta bireylerin %63.3'ünün ve Çetin'in (2014) "Elektif cerrahi planlanan hastaların preoperatif dönemdeki kaygı düzeylerinin belirlenmesi" çalışmasında da bireylerin %49'unun çalışmadığı görülmüştür.

Hastaların %51'inin aylık gelirinin 0-750 TL arasında olduğu saptandı (Tablo 4-1). Çetin'in (2014) "Elektif cerrahi planlanan hastaların preoperatif dönemdeki kaygı düzeylerinin belirlenmesi" çalışmasında hastaların % 74'ünün ve Yıldız'ın (2011)

‘‘Ameliyat öncesi ve sonrası kaygı düzeyinin belirlenmesi’’ çalışmasında da hastaların %55’ inin gelirlerinin giderlerine denk olduğu görülmüştür.

Litaretürde, hastaların nöroşirürji kliniğine kranial (tümör, anevrizma ,hidrosefali v.b.) ya da spinal (servikal spondiloz, servikal ve lomber disk hernisi v.b.) bir tanı ile yattığı bildirilmektedir (Çobanoğlu ve ark, 2002). Kaya ve arkadaşlarının (2007) ‘‘Nöroşirürji hastalarında iyimser yaşam eğiliminin ameliyat öncesi anksiyete ile baş etme durumuna etkisi’’ çalışmasında hastaların % 41’inin kranial, Saymalı’nın (2006) ‘‘Nöroşirürji servisinde yatan hastalarda doktor istem formları ile hemşire takip formları arasındaki uyum’’ çalışmasında ise hasta bireylerin %88’inin spinal kaynaklı bir tanı ile hastaneye yattıkları saptanmıştır. Bu çalışmada da önceki çalışmalardan farklı olarak hastaların %60’ının kranial, %40’nın ise spinal bir tanı ile klinikte yattığı görüldü (Tablo 4-2).

Litaretürde intrakranial ameliyatların majör ameliyatlar olduğu, kafatası içinde hem alanın dar olmasından, hem de solunum, dolaşım gibi merkezlerin bulunduğu ortamda yapılmasından dolayı diğer cerrahi girişimlere göre daha riskli olduğu bildirilmektedir (Erdil ve Elbaş 2008; İlçe ve ark, 2010). Bu araştırmaya katılan hastaların da %63’ünün majör bir operasyon geçirdiği saptandı (Tablo 4-2). Bu durum örneklem grubunun %60’ının kranial tanısının olmasının doğal bir sonucu olarak yorumlanabilir.

İntrakraniyal ameliyatlardan sonra hastaların yoğun bakım ünitesine alındığı, durumu stabil oluncaya kadar burada kaldığı daha sonra da nöroşirürji kliniğine gönderildiği belirtilmektedir (Erdil ve Elbaş, 2008). Araştırmadaki hastaların %55’inin yoğun bakıma alındığı saptandı (Tablo 4-2). Bu durumun intrakranial ameliyatların büyük ameliyatlar olması ve hastaların yakın takip, tedavi ve bakım için yoğun bakıma alınması gerekliliği ve tüm hastaların yaş, kronik hastalıklar, ameliyat süresi ve sürecindeki değişiklikler nedeniyle yakın izlem gereksinimi olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

5.2.1. Hastaların Ameliyat Öncesi Anesteziye İlişkin Bilgi Alma ve Kaygı Durumları İle İlgili Bulguların Tartışılması

Literatürde ameliyat öncesi dönemde anesteziist tarafından yapılan görüşme ve bu görüşmede verilen bilgilerin hastaların kaygı seviyesini düşürmek amacıyla kullanılan yöntemler arasında olduğu bildirilmektedir (Taşdemir ve ark, 2013).

Erdem ve arkadaşlarının (2011) ‘‘Perianal bölge ameliyatı yapılacak hastalarda uygulanan anestezi yöntemlerinin preoperatif ve postoperatif anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisi’’ çalışmasında da hastaların %58’inin daha anestezi deneyimi yaşadığı, Ayan’ın (2012) ‘‘Anestezi polikliniğine başvuran hastaların anestezi ve anestezi uzmanı ile ilgili bilgi ve görüşleri’’ çalışmasında da hasta bireylerin %48’inin daha önce genel anestezi ile ameliyat olduğu görülmüştür. Sağır ve arkadaşlarının (2012) ‘‘Spinal anestezi planlanan hastalarda görsel bilgilendirmenin preoperatif anksiyete üzerine etkisi’’ çalışmasında hastaların tamamının (n=210) anestezi yöntemiyle ilgili anestezist tarafından bilgilendirildiği bildirilmiştir. Bu çalışmada da hastaların %69’unun daha önce anestezi deneyimi yaşadığı, %57’sinin genel anestezi aldığı ve %98’ine de anestezistin bilgi verdiği belirlendi (Tablo 4-3). Çalışma bulguları daha önce yapılan çalışma bulgularına benzerlik göstermektedir.

Litaretürde tüm anestezi uygulamalarının hasta için bir tehlike olarak algılandığı ve bu algılamaya ile hastaların hem ameliyat öncesi hem de ameliyat sonrası kaygı ve endişe yaşayabileceği vurgulanmaktadır (Çevik ve ark, 2006; Kehlet ve ark, 2008).

Yapılan bir çalışmada anesteziye bağlı endişe nedenleri sırasıyla uyanamamak, maske ve iğne korkusu, ameliyat sırasında ağrı duymak, ameliyat sonrası dönemde bulantı ve kusma, anestezi sırasında anlamsız konuşma ve ameliyat ağrı olarak bildirilmiştir (Caumo ve ark, 2001). Shevde ve Panagopoulos'un (1991) çalışmasında ise anesteziye bağlı endişe nedenleri ile anestezistin bilgi yetersizliği, anestezistin deneyim eksikliği, uyanamamak ve ameliyat sonrası ağrı olarak rapor edilmiştir. Chew ve arkadaşları (1998) en çok endişe duyulan nedenleri, ağrı ve ameliyat sonrası uyanamamak olarak bildirmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda anesteziye bağlı endişe nedenlerini Şekerci ve arkadaşları (2001) da, ameliyat sonrası uyanamamak, herhangi bir aksilik olması, ameliyat sırasında ağrı duymak ve anestezistin tecrübesizliği olarak bildirmişlerdir. Turhan ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında da ameliyat sonrası uyanamamak ve ağrı ilk sıralarda yer almıştır. Demir ve arkadaşlarının (2010) ‘‘ Kalp cerrahisi geçirecek olgularda anksiyete sağaltımı’’ çalışmasında da ilk iki sırada, ameliyat sonrası uyanmama ve ağrı duymak anestezi endişe nedeni olarak hastalarda görülmektedir.

Araştırmadaki hastaların %28’inin ameliyat öncesinde anestezi ile ilgili kaygı duyduğu, hastaların %72’sinin ise kaygı duymadığı belirlenmiştir. (Tablo 4-3).

Ameliyat öncesi anesteziyle ilgili endişe duyan 28 hastanın endişe nedenleri sorulduğunda da, ilk dört neden olarak %60 ameliyat sonrası uyanmama, %60 ameliyat sonrası ağrı duyma, %43 ameliyat sonrası bulantı –kusma ve %43 enjeksiyon olduğu belirlendi (Tablo 4-4). Bu bulgular önceki çalışmaları desteklemektedir.

Literatürde, daha önce yaşanan anestezi deneyiminin hastaların kaygı düzeyini etkilediği belirtilmektedir (Karayurt, 1998). Moerman ve arkadaşlarının (1996) çalışmasında da erkeklerde anestezi deneyiminin kaygıyı azalttığı, kadınlarda değiştirmedeği bildirilmiştir. Duman ve arkadaşlarının (2003) “Preoperatif korku ve endişeyi etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi” çalışmasındaki 506 hastadan 270’inin anestezi deneyimi olduğu ve hastaların %71.3’ünün anestezi ile ilgili korku ve endişe duymadıkları görülmüştür. Bu araştırmada hastaların %72’sinin ameliyat öncesinde anestezi ile ilgili kaygı ve endişe yaşamadığı (Tablo 4-4) saptandı. Çalışma bulguları Duman ve arkadaşlarının çalışmasına paralellik göstermektedir.

Ameliyat öncesi dönemde anestezi ile ilgili kaygı duymayan 72 hastanın yanıtları incelendiğinde, %43’ünün daha önce anestezi deneyimi yaşadığı, %23’ünün doktorlara güven duyduğu ve %19’unu da kadere inandığı belirlendi (Tablo 4-5). Çalışmada anestezi deneyimi yaşayan hastaların anestezi ile ilgili kaygı duymama nedeni koşullu öğrenme modeline bağlanabilir. Ayrıca, hastaların kötü anestezi deneyimi yaşamamasının da kaygılarını azaltmış olabileceği söylenebilir.

Duman ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında da, hastaların anestezi ile ilgili kaygı duymama nedeninin %62 oranında kadere inanmak olduğu ve ilk sırada yer aldığı görülmüştür. Duman ve arkadaşlarının çalışmasından farklı olarak bu çalışmada üçüncü sırada yer alan kadere inanma, toplumun geleneksel ve kültürel yapısı gereği, manevi gücün etkisiyle olayları olurlarına bıraktıklarının bir göstergesi olarak yorumlanabilir.

5.2.2. Hastaların Ameliyat Öncesi Ameliyata İlişkin Bilgi Alma ve Kaygı Durumları İle İlgili Bulguların Tartışılması

Ameliyat öncesi dönemde hastanın eğitimi ve bilgilendirmesi psikolojik açıdan ameliyata hazırlanmada ilk basamaktır. Ayrıca gerçekçi bilgilendirme ameliyat öncesi sürecin daha sorunsuz geçmesini sağlar ve ameliyat seyrinde olumsuz etkileri azaltmaktadır (Karabulut ve Arıkan, 2009; Özorak, 2010).

Sidar ve arkadaşlarının (2013) ‘‘Açık kalp cerrahisi öncesi ve sonrası kaygı ağrı distressesi’’ çalışmasında hastaların %63’ünün ameliyat deneyimi olduğu, Gürsoy’un (2001) ‘‘Ameliyat öncesi hastaların kaygı düzeyleri ve kaygıya neden olabilecek etmenlerin belirlenmesi’’ çalışmasında bireylerin %92’sinin cerrahattan ameliyatla ilgili bilgi aldığı, Yıldırım ve arkadaşlarının (2013) ‘‘Cerrahi hastalarında ortak oda kullanımının ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisi’’ çalışmasında da hastaların tümünün (n=62) cerrah tarafından bilgilendirildiği görülmüştür. Bu çalışmada da hastaların %64’ünün daha önce ameliyat olduğu ve %95’inin de bu ameliyatıyla ilgili bilgilendirildiği saptandı (Tablo 4-6). Tedavi ve bakım girişimleri açısından olumlu bir yaklaşım olarak değerlendirilebilecek bu sonuç, daha önce yapılan çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Literatürde ameliyat olmanın bireyi fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden etkileyen hayatındaki en önemli deneyimlerden biri olduğu bildirilmektedir. (Douki ve ark, 2011; Sidar ve ark, 2013). Bireyin ameliyat öncesi yapılacak işlemler hakkında bilgi sahibi olamamak, ameliyatla ilgili bilinmezlik korkusu, vücut bütünlüğünün bozulması, özürlü kalma, ağrı duyma, ölüm, kendine ve ailesine yeterli olamama korkusu, ameliyat sonrası yeti yitimi ve bağımlılık yaşama, sosyo-ekonomik statüde düşme gibi konular bireyin kaygı duymasına neden olabilir. (Cimilli, 2001; Atilla, 2003; Aksoy ve ark, 2012).

Özbayır ve arkadaşlarının (2003) hastaların ‘‘Perioperatif dönem ilişkin izlenimlerinin incelenmesi’’ çalışmasında hastaların %62’sinin ameliyatlarına ilişkin kaygı yaşadıkları görülmüştür. Bu çalışmada da hastaların ameliyat öncesinde dönemde %63’ünün ameliyatla ilgili kaygı duyduğu saptandı (Tablo 4-7). Çalışma bulguları Özbayır ve arkadaşlarının çalışma bulguları ve literatür ile uyumludur.

Perks ve arkadaşlarının (2009) nöroşirurji hastalarında ameliyat öncesi kaygı nedenlerine yönelik çalışmasında da hastaların ameliyat sonucunda fiziksel ve zihinsel fonksiyonlarını kaybetmekten korktukları görülmüştür. Bu çalışmada ameliyatla ilgili kaygı duyan 63 hastanın kaygı nedenleri sorulduğunda, hastaların %73’ünün ameliyat sonrası fiziksel yetilerini kaybetme, %52’sinin tekrar ameliyat olma ve %41’inin zihinsel yetilerini kaybetme olarak belirttiği saptandı (Tablo 4-8). Önceki çalışma sonuçlarına ve literatür bilgisine benzerlik gösteren çalışma bulgusunun, hastaların

yaşamsal işlevlerin kontrolünün sağlandığı merkezi sinir sistemi ile ilgili bir ameliyat geçirecek olmalarından kaynaklandığı söylenebilir.

Literatürde hastaların cerrahiyi tanımasının, cerrah tarafından ameliyatla ilgili bilgilendirilmesinin kaygı ve korkuları azaltmada etkili olduğu, bakım ve tedaviye olumlu katkılar sağladığı belirtilmektedir (Karaman, 2008). Duman ve arkadaşlarının (2003) "Preoperatif korku ve endişeyi etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi" çalışmasında hastaların %64'ünün ameliyatla ilgili endişe duymadığı, ameliyatla ilgili endişe duymama nedenlerinin %52 kadere inanma, %28 cerraha güvenme ve %18 ise üniversite hastanesine güven duyma olduğu görülmüştür. Bu çalışmada hastaların %37'sinin ameliyatla ilgili endişe duymadığı saptandı (Tablo 4-7). Ameliyatla ilgili endişe duymayan hastaların kaygı duymama nedenleri, %75 cerraha güvenme, %45 iyileşeceğini düşünme ve %37 ise üniversite hastanesine güvenme olarak belirlendi (Tablo 4-9). Çalışma bulguları Duman ve arkadaşlarının çalışması ve literatür ile kısmen benzerlik göstermektedir.

5.3. Hastaların Ameliyat Sonrası Kaygı Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Literatürde ameliyatın zamanı, süresi, başarı oranı, yaşanan tıbbi sorunlar (örneğin, paralizi, infeksiyon, konuşma bozukluğu), drenaj, katater gibi bilinmeyen aletler, tıbbi işlemler, ameliyattan hemen sonra, ağrı, bulantı-kusma, boğaz ağrısı, çevreyi tanımama, titreme, üşüme, bir başkasına bağımlı olma ve ameliyat sonrası yaşam biçimi değişiklikleri konusundaki bilgi gereksiniminin de kaygıyı arttırıcı nedenler arasında olduğu belirtilmektedir (Varol ve Özbayır, 2000; Carmichael ve Agre, 2002; Keleş ve ark., 2005; Erdil ve Elbaş, 2008).

Bu çalışmada ameliyat sonrasında hastaların % 46'sının kaygı yaşadığı belirlendi (Tablo 4-10). Hastaların ameliyat sonrası kaygı nedenlerinin de %56 ameliyatın başarısı, %32 ameliyatın tekrarı, %23 mesleğini yapabilme ve devam ettirebilme durumu ve % 19 patoloji sonucu ile ilgili konular olduğu saptandı (Tablo 11). Tüm invaziv girişimlerde gözlenen farklı kaygıların, bu hasta grubunda da görüldüğünü gösteren çalışma sonucu literatür bilgilerine kısmen benzemektedir.

Nöroşirurji hastalarında başarısızlıkla sonuçlanan ameliyat, hasta ve yakınları için büyük bir psikofizyolojik travma yaratabilir (Erdil ve Elbaş, 2008). Bu çalışmada

hastaların %54'ünün ameliyat sonrası kaygısı olmadığını ifade ettikleri; nedenini de ameliyatlarının başarılı geçmesine bağladıkları saptandı. Yarıdan fazla hastanın ameliyat sonrası kaygı duymaması ile ilgili bu sonuç, ameliyat tekniği ve başarısının hastanın kaygısını azaltmada ne kadar önemli olduğunun da bir göstergesi olarak yorumlanabilir.

5.4. Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve Bilgi Skoru Ölçeği (APAIS) ve Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI) İle İlgili Bulguların Tartışılması

Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve Bilgi Skoru Ölçeği (APAIS) İle İlgili Bulguların Tartışılması

Bilgi açığı ameliyat öncesi anksiyeteyi arttırabildiği gibi gereksiz ayrıntılı bilginde anksiyeteyi olumsuz etkilediği gösterilmiştir (Demircan, 2013).

Aykent ve arkadaşlarının (2007) "Perioperatif anksiyete nedenleri ve değerlendirilmesi: APAIS ve STAI skorlarının karşılaştırılması" çalışması ile Perks ve arkadaşlarının (2009) nöroşirurji hastalarında preoperatif anksiyete konulu çalışmasında elde edilen APAIS skorlarının, kadın hastalarda erkek hastalardan yüksek olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada ameliyat öncesi dönemde APAIS skoru ortalaması 17.4 ± 3.7 olarak bulundu. APAIS için 0-17 arası normal, 18 üstü ise endişeli ve bilgi ihtiyacının varlığını gösteren bir değer olarak kabul edilmektedir. APAIS skorunda, cinsiyet açısından farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan istatistiksel değerlendirmede, **kadın** cinsiyetinin hafif risk faktörü olduğu belirlendi (**P=0.03, odds ratio = 0.3, 95% CI: 0.003 - 0.299**) (Şekil:1). Bu sonuç, daha önce yapılan Aykent ve arkadaşlarının (2007) çalışması ile Perks ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında elde edilen APAIS skorlarının, kadın hastalarda erkek hastalardan yüksek olduğu sonucuna kısmen benzerlik göstermektedir. APAIS skorunun düşük-orta düzeyde saptanması sonucu ile ilişkili olarak araştırmanın yapıldığı klinikte, hastaların anestezi ve cerrahlar tarafından bilgilendirilmiş olmalarının etkili olduğu söylenebilir.

Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI) İle İlgili Bulguların Tartışılması

Klinik olarak belirgin belirtilerle seyreden kaygı durumu için kullanılan durumluk kaygı düzeyi (STAI) için 0-40 arası normal 41 üstü endişeli olarak kabul edilmektedir. Bunun da nedeni STAI'nın kişinin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini göstermesidir (Wetsch ve ark, 2009). Dönder'in (2005) belirttiğine göre; Spielberg, Durumluk kaygı düzeyinin tehlike gibi tehdit edici bir durum algılandığında yükseldiğini ve göreceli olarak tehlike olmayan durumlarda düştüğünü vurgulamaktadır. Turhan ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında da kadınlarda ameliyat öncesi durumluk kaygı düzeyi (STAI) $46,80 \pm 10,62$, ameliyat sonrası ise $38,29 \pm 9,25$ olarak bulunmuş ve STAI skorunda azalma görülmüştür. Çetinkaya (2008)'nin batın ameliyatı olacak hastalarla yaptığı çalışmada da ameliyat sonrasında bireylerin kaygı düzeyinde anlamlı düzeyde azalma olduğu belirlenmiştir.

Bu araştırmadaki hastaların ameliyat öncesinde Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI) skoru 51.6 ± 8.5 , ameliyat sonrasında ise 31.4 ± 10.5 olarak saptandı ($p < 0.001$) (Şekil 2). Çalışma bulgularına bakıldığında, araştırmaya katılan hastaların kaygı düzeylerinin yüksek olduğu, ameliyat sonrası iyileşme döneminde düştüğü ve anlamlı bir şekilde azaldığı söylenebilir. Bu durum hastaların ameliyatının başarılı geçmesine, komplikasyon yaşamamasına, yoğun bakımdan normal sürede çıkmasına ve ağrı kontrolünün sağlanmasına bağlanabilir.

5.6. Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI) Ameliyat Öncesi ve Sonrası Korelasyon Analiz Bulgularının Tartışılması

Perks ve arkadaşlarının (2009) "Nöroşirurji hastalarında ameliyat öncesi kaygı" konulu çalışmasında hastalarının %89'unun kaygı düzeyinin yüksek olduğu görülmüştür. Bu çalışmada da hastaların ameliyat öncesi ve sonrası kaygı düzeylerinin belirlenmesi amacıyla uygulanan Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI) skorunun ameliyat öncesinde hastaların %91'inde yüksek olduğu belirlendi (51.6 ± 8.5) (Şekil 2). Ameliyat öncesi olağan bir durum olarak yorumlayabileceğimiz bu sonuç, Perks ve arkadaşlarının çalışma sonucunu desteklemektedir.

Literatürde kaygı düzeyinin gençlerde yaşlılara, kadınlarda erkeklere, yalnız gelenlerde ailesi ve arkadaşları tarafından ameliyata getirilenlere göre, kardiyak ve

vertebra cerrahisi uygulanacak hastalarda diğerlerine göre ve kötü anestezi deneyimi olanlarda olmayanlara göre daha fazla olduğu bildirilmiştir (Cimilli, 2001; Güz ve ark, 2003; Özcengiz, 2006; Turhan, 2007; Rosen ve ark, 2008). Yaşın ameliyat öncesi kaygı düzeyleri ile ilişkisi konusunda literatürde çelişkili sonuçlar vardır. Daha önceki çalışmalarda ileri yaştaki hastalarda ameliyat öncesi kaygı düzeyi daha düşük olarak bildirilmiştir (Moerman ve ark, 1996; Shafer ve ark; 1996). Demir ve arkadaşlarının (2010), Turhan ve arkadaşlarının (2012) ve Yıldız'ın (2011) çalışmasında da yaşın kaygı düzeyini etkilemediği görülmüştür.

Bu çalışmada hastaların ameliyat öncesi durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması ile yaşı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($r=0.033$: 0.32^*). Yaşın kaygı düzeyini etkilemediğini belirten çalışma bulgularına paralellik gösteren sonuç, ameliyatın her yaş dönemi için tehdit edici bir durum olarak algılandığı ve kaygı kaynağı olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Literatürde epidemiyolojik olarak depresyon ve anksiyete bozukluklarının genel olarak kadınlarda erkeklere göre daha sık görüldüğü bildirilmektedir. (Taparlı, 2004). Moerman ve arkadaşlarının (1996) 320 hastada yaptıkları çalışmada cinsiyetle kaygı arasındaki ilişkiyi değerlendirmişler ve kadınlarda anksiyetenin anlamlı olarak yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Yapılan araştırmalarda, kadınlarda ameliyat öncesi kaygı düzeyinin erkeklere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Badner ve ark, 1990; Boker ve ark, 2002). Güz ve arkadaşlarının (2003), Turhan'ın (2007), Turhan ve arkadaşlarının (2012), Taşdemir ve arkadaşlarının (2013) ve Erdem ve arkadaşlarının (2011), Aykent'in (2001), Dönder'in (2005) araştırmalarında, kadınlarda kaygı düzeyinin daha yüksek olduğunu bulgulayan sonuçlara ulaşılmıştır. **Bu çalışmada da kadın hastaların kaygı düzeyinin erkeklere göre fazla olması literatür bulguları ile uyumludur. ($r=0.623$, $p=0.032$) (Tablo 4-12).** Bunun nedeni olarak, kadınların kaygılarını erkeklere göre daha rahat ifade edebildikleri ve ailedeki yüklendiği sorumluluklara bağlı olarak aileden uzaklaşmanın, kadın hastaları daha çok etkilediği söylenebilir.

Literatürde, eğitim düzeyi arttıkça bireylerin, daha çok sorguladıkları, araştırdıkları, bilgileri arttıkça da her konuda daha bilinçli kararlar verebildikleri ve etkin baş etme stratejileri geliştirdikleri belirtilmektedir (Özcengiz ve ark, 2001; Kayhan, 2003; Ertuğrul, 2007). Bu bilgi doğrultusunda eğitim düzeyi yüksek olan

bireylerin daha az kaygı yaşamaları beklenmektedir. Turhan ve arkadaşlarının (2012) ameliyat öncesi ve sonrası STAI puanı eğitim düzeyinin hastaların ameliyat öncesi ve sonrası kaygı düzeyleri üzerinde herhangi bir etkisi olmadığını belirtmiştir. Bu çalışmada eğitim durumu ile ameliyat öncesi ve sonrası STAI puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı. ($r=0.547$, $p=0.386$) (Tablo 4-12); ($r=0.547$, $p=0.841$) (Tablo 4-13). Çalışma bulgusu Turhan ve arkadaşlarının araştırma bulgularına paralellik göstermektedir.

Literatürde medeni durumun kaygı düzeyi üzerinde etkili olduğu, evli olmayan bireylerin destek faktörlerinin yetersizliği, toplumun bakış açısı ve yalnızlık duygusu gibi faktörler nedeniyle daha çok kaygı yaşayabilecekleri belirtilmektedir (Bahar ve Taşdemir, 2008; Tel ve ark., 2005). Gökgündüz'ün (2005) ve Demir ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında medeni durumun ameliyat öncesi ve sonrası STAI puan ortalamasını etkilemediği görülmüştür. Bu çalışmada, medeni durum ile ameliyat öncesi ve sonrası STAI skoru arasında bir ilişki saptanmadı ($r=0.545$, $p=0.813$) (Tablo 4-12); ($r=0.560$, $p=0.283$) (Tablo 4-13). Çalışma sonucu Gökgündüz'ün (2005) ve Demir ve arkadaşlarının (2010) çalışma sonuçlarına benzerlik göstermektedir.

Literatürde ameliyat öncesi dönemde hastaların bilgilendirilmesinin kaygıyı ve analjezik gereksinimini azalttığı, memnuniyeti arttırdığı gösterilmiştir (Taşdemir ve ark, 2013). Hughes'in 2002' de yaptığı çalışmada da hastalara ameliyat öncesi dönemde cerrahi ile ilgili bilgi verildiğinde kaygının azaltılacağı kanıtlanmıştır (Hughes, 2002). Bahar ve Taşdemir'in (2008) çalışmasında ameliyat öncesi bilgi alanlar ile almayanlar arasında ameliyat öncesi ve sonrası Durumluk kaygı ölçeğinde anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu çalışmada da Bahar ve Taşdemir'in bulgularına uyumlu olarak, ameliyat ile ilgili bilgi almanın ameliyat öncesi ve sonrası STAI skorunu anlamlı bir şekilde etkilemediği saptandı ($r=0.449$, $p=0.974$) (Tablo 4-12); ($r=0.248$, $p=0.013$) (Tablo 4-13). Hughes'in çalışma bulgularından farklı olan bu durum, bilgili olmanın kaygıyı azaltacağına ilişkin literatür bilgilerini doğrulamamaktadır.

Bazı çalışmalarda daha önceki anestezi ve cerrahi deneyiminin, uygulanacak ameliyatın türünün, geçirilecek ameliyatın küçük veya büyük olmasının da kaygı düzeyini etkilediği belirtilmektedir (Ala, 2007; Kayahan ve Sertbaş, 2007; Mitchell, 2000; Özberksoy, 2006). Genel olarak tümör cerrahisi veya organ kaybıyla

sonuçlanacak operasyonlarda hastaların kaygılarının daha yüksek olduğu kabul edilmektedir (Mackezia,1991). Turhan'ın (2007) araştırmasında, ameliyat türü ile kaygı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığını belirlemiştir. Bu çalışmada ameliyat türü ile yüksek kaygı arasında bir ilişki saptanmadı ($r=0.490$, $p=0.727$) (Tablo 4-13). Çalışma bulgusu Turhan'ın çalışması ile benzerlik göstermektedir.

Cerrahi girişimler hastaların yaşam şeklinde değişimler meydana getirdiği için sosyo-ekonomik statüde değişme, ailesine ve kendisine yeterli olamama, mali sıkıntılar yaşama gibi konularının da içinde olduğu birçok alanda kaygı duyabilirler (Aksoy ve ark, 2012). Yel'in (2009) çalışmasında hastaların aylık gelir ile kaygı arasındaki ilişki incelendiğinde, gelir düzeyi azaldıkça durumluk kaygı düzeyinin arttığı görülmüştür. **Bu çalışmada da ameliyat öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI) skoru ile aylık gelir arasında negatif korelasyon saptandı ($r=-0.365$, $p<0.001$) (Tablo 4-12). Aylık geliri düşük olan hastaların ameliyat öncesi STAI skorunun daha yüksek olduğu belirlendi (Şekil 5).** Yel'in bulgularına paralellik gösteren sonuç, bireylerin var olan ekonomik yetersizliklerine, ameliyatın da ek bir yük getireceği endişesinin etkili olduğu söylenebilir.

Çalışma durumu ve ameliyat öncesi kaygı düzeyi ile ilgili konuda Çetin'in (2014) "Elektif cerrahi planlanan hastaların preoperatif dönemdeki kaygı düzeylerinin belirlenmesi" adlı araştırması incelendiğinde, çalışma durumunun kaygı düzeyini etkilemediği görülmüştür. Yıldız'ın (2011) araştırmasında da çalışma durumunun hastaların kaygı düzeyinden bağımsız olduğunu saptanmıştır. **Bu araştırmada da hastaların çalışma durumunun kaygı düzeyini etkilemediği, ancak hastalık nedeniyle uzun süre çalışmayan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası STAI skorlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi ($r= 0.223$, $p=0.021$; $r=0.311$, $P=0.005^*$) (Tablo 4-12) (Tablo 4-13).** Bu durum hastaların hem kendi, hem de ailesinin gereksinimlerini karşılayamama, hastalığı nedeniyle mesleğine devam edememe ve sosyo-ekonomik statüde düşmeyle ilgili konularda kaygı yaşamakta olduğunun somut bir göstergesi olarak değerlendirilebilir.

Literatürde yoğun bakıma alınan hastaların kaygı düzeyinin yüksek olduğu bildirilmiştir. (Cimilli, 2003; Gündöndü, 2014). Yoğun bakıma alınan hastaların çoğunda, uyku bozukluğu, ağrı, anksiyete ve deliryum ortaya çıkmaktadır (Seyhan,

2011; Gündöndü, 2014). Rattray ve Hull'un (2008) yaptıkları çalışmada, yoğun bakımda yatan pek çok hastanın önemli psikolojik sorunlar yaşayabildikleri belirtilmiştir. **Bu çalışmada da ameliyat sonrası durumluk kaygı skorunun yoğun bakımda kalan hastalarda anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı ($r=0.345$, $P=<0.001$) (Tablo 4-13).** Bu durumun, yaşamın tehdit altında olması, alışık olunmayan çevre ve kişiler, hareket kısıtlılığı, yatağa bağımlı olma, yakınlarını ve ailelerini görememe, araçlara veya yoğun bakım ünitesine bağımlılık duygusu, sık tekrarlanan ağrılı girişimler, hastalık, tedavi ve bakım girişimleri hakkında yeterince bilgilendirilmeme, gibi faktörlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Literatürde kanser tanısı yaşam ve ölüm arasında dayanılmaz uyumsuzluk olarak tanımlanmıştır (Karaveli ve ark, 2014) Malignite belirlenen hastalar yaşamlarını önemli bir şekilde etkileyebilecek fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimleri içine olan bir süreçte girmekte, bu süreçte de hem hastada hem de yakınlarında duygu-durum bozuklukları görülebilmektedir. Ülkemizde yapılan araştırmalarda depresyon ve kaygının kanserli hastalarda yüksek düzeyde görüldüğü belirtilmiştir (Kapçı, 2006). Turgut ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada kanser olduğunu düşünen hastaların kaygı düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmektedir. Fındık ve Topçu'nun (2012) yaptığı çalışmada da kanser olasılığı olduğunu düşünen hastaların, acil ve gününbirlik cerrahi girişimlerde kaygı düzeylerinin anlamlı bir şekilde arttığı görülmüştür. **Bu çalışmada da ameliyat sonrası durumluk kaygı ölçeğinde, malignitesi olan hastaların kaygı düzeyinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($r=0.664$, $P=0.039$) (Tablo 4-13).** Literatür bilgileri ve önceki çalışma bulguları ile uyumlu olan çalışma sonucu, yaşamın tehdit altında olması, beden işlevlerinin ve beden imajının bozulması, tedavi sürecinin uzun ve yoğun olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Literatürde ameliyatın türü ne olursa olsun komplikasyon gelişebileceği belirtilmiştir. Ameliyat sonrası komplikasyonların gelişme sıklığı ve önem derecesi; anestezi yöntemi ve süresine, ameliyat tekniğine, hastanın genel durumuna, yaşına, önemli organik ya da metabolik bir sorunun (kalp yetmezliği, diyabet, v.b.) olup olmamasına, girişimin acil ya da elektif yapılmasına ve doğrudan ameliyata neden olan hastalığın bizzat kendisine bağlı olabilir (Nayir, 2012). Kayhan'ın (2003) yaptığı çalışmada, ameliyat sonrası komplikasyon görülen hastaların durumluk kaygı puanının komplikasyon görülmeyenlere göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Bu çalışmada da komplikasyon yaşayan hastalarda, ameliyat sonrası STAI skorunun anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı ($r=0.488$, $P=<0.001^*$) (Tablo 4-13). Çalışmadan elde edilen bulgular Kayhan'ın yaptığı çalışma bulguları ile paralellik göstermektedir. Komplikasyon görülmesi, tedavi sürecinin uzaması, bedendeki işlevlerinin bozulması, ağrı duyma, tekrar ameliyat olma, hastanede kalma süresinin uzaması, işe devam edememe ve aileden uzak kalma gibi olasılıkları da beraberinde getirebileceği düşünüldüğünde, sonuç doğal bir durum olarak değerlendirilebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Nöroşirurji hastalarında ameliyat öncesi ve sonrası kaygı düzeyinin ve kaygıya neden olabilecek etmenlerin belirlenmesi ve elde edilen veriler doğrultusunda hemşirelik uygulamalarında yararlanabilecek bir kaynak oluşturması amacıyla yapılan çalışmada araştırmaya katılan hastaların;

- %52'sinin erkek; yaş ortalamasının 46.6 ± 13.9 yıl, %34', %63'ünün ilköğretim mezunu, %72'sinin evli, %21'inin çocuğunun olmadığı, %47'sinin eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı, %99'unun sağlık güvencesinin olduğu, %51'inin 0-750 TL aylık geliri olduğu, %73'ünün çalışmadığı ve %16'sının 0-6 aylık süre boyunca hastalıkları nedeniyle çalışmadığı,
- Ameliyat öncesi hastanede kalış süresi 1.5 ± 1 gün olduğu, ameliyat süresi ortalamasının 5.1 ± 1.2 saat olarak bulunduğu, %60'nın kranial, %40'mın da spinal bir tanısı olduğu; %90'nının malignitesinin olmadığı; %99'unun tanıdan haberdarlığı; %72'sinin ameliyat günü değişikliğinin olmadığı; %8'inin ameliyat sonrası komplikasyon yaşadığı; %78'inin hastalıkla ilgili ilk ameliyatı olduğu ve %63'ünün majör bir operasyon geçirdiği, %55'inin yoğun bakımda kaldığı ve ortalama yoğun bakımda kalış süresinin 1.5 ± 1.1 gün olduğu,
- %69'unun daha önce anestezi deneyimi yaşadığı, %57'sinin genel anestezi aldığı, tamamının (n=100) anestezi ile ilgili bilgilendirildiği ve %98'sinin de anestezi uzmanından bilgi aldığı saptandı.
- %28'inin anestezi ile ilgili kaygılı olduğu, %72'sinin ise anesteziye kaygı duymadığı görüldü. Hastaların %60'mın ameliyat sonrası uyanmama, yine hastaların %60'mın ameliyat sonrası ağrı duyma, %43'ünün ameliyat sonrası bulantı-kusma ve %43'ünün enjeksiyon konusunda kaygı duydukları belirlendi (Tablo 4).
- Anestezi ile ilgili endişesi olmayan 72 hastanın %43'ünün anestezi deneyimi olduğu, %23'ünün doktorlara güvendiği ve %19'unun da kadere inandığı saptandı (Tablo 5).

- Hastaların %64' ünün daha önce ameliyat deneyimi yaşadığı, %95 ameliyat ile ilgili bilgilendirildiği, %50'sinin ameliyat ile ilgili bilgiyi cerrahtan, %41'inin de ameliyatı yapacak cerrahtan bilgi aldığı ve %55'inin bilgi almak istedikleri kişinin ameliyatı yapacak cerrah olduğu belirlendi (Tablo 4-6).
- Hastaların %63'ünün ameliyatla ilgili kaygılı olduğu, %37'sinin ise endişesinin olmadığı görüldü (Tablo 4-7). Ameliyatla ilgili kaygı duyma nedenleri; %73ameliyat sonrası fiziksel yetilerini kaybetme, %52 tekrar ameliyat olma, %41zihinsel yetilerini kaybetme ve %38 ailesine ve kendine yeterli olamama olarak saptandı (Tablo 4-8).
- Ameliyattan kaygı duymayan 37 hastanın %75'inin cerraha güven duydukları, %45'inin iyileşeceğini düşündüğü ve %37'sinin üniversite hastanesine güvendiği belirlendi (Tablo 4-9).
- Hastaların ameliyat sonrasında % 46'sının kaygılı olduğu, %54'ünün kaygılı olmadığı saptandı (Tablo 4-10).
- Hastaların ameliyat sonrası kaygı nedenleri; %56'sının (n=26) ameliyatın başarısı, %32'sinin (n=15) ameliyatın tekrarı, %23'ünün (n=11) mesleğini yapabilme ve devam ettirebilme durumu, %19'unun (n=9) patoloji sonucu ve %17'sinin (n=8) fiziksel yetersizlikle ilgili kaygı duydukları belirlendi (Tablo 4-11).Ameliyat sonrası kaygısı olmadığını ifade eden 54 hastanın kaygılı olmama nedenine bakıldığında; 54 hastanın da ameliyatlarının başarılı geçtiği görüldü.
- Hastaların ameliyat öncesi ölçülen APAIS skoru ortalaması 17.4 ± 3.7 olarak bulundu. **Kadın (P=0.03, odds ratio = 0.3, 95% CI: 0.003 - 0.299) cinsiyetin yüksek APAIS için hafif risk faktörü olduğu saptandı.**
- Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI) için 0-40 arası normal 41 üstü endişeli olarak kabul edilen değerler doğrultusunda; **hastaların ameliyat öncesinde %91'inin, ameliyat sonrasında da %14'ünün yüksek kaygılı olduğu saptandı. Hastaların, Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI) toplam puan ortalamaları ameliyat öncesi 51.6 ± 8.5 , ameliyat sonrası 31.4 ± 10.5 olarak belirlendi.**

Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası STAI puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ve azalma olduğu görüldü. Elde edilen sonuçlara göre cinsiyet, hastalık nedeniyle çalışmama süresi ve aylık gelirin ameliyat öncesi STAI puan ortalamasını; malignite varlığı, hastalık nedeniyle çalışmama süresi, yoğun bakımda kalma durumu ve komplikasyon yaşanması ameliyat sonrası STAI puan ortalamasını etkileyen değişkenler olarak belirlendi.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda ;

- Nöroşirurji ameliyatları hastaların kaygı düzeyini attırdığından ameliyat öncesi ve sonrasında kaygıya neden olan etmenlerin tüm sağlık profesyonelleri tarafından bilinmesi, bireyi anlama, yardım etme ve tedavi sürecinde dikkate alınması,
- Hastalara hastalıkları, kendilerine uygulanan işlemler ve ameliyatları konusunda anlayabilecekleri dilde ve düzeyde bilgi verilmesi,
- Hemşirelerin hastalara ameliyata ilişkin korkuları, endişeleri ve sorularını paylaşabilecekleri bir güven ortamı sağlayabilmesi,
- Kaygı düzeyi yüksek olan hastalara nitelikli bir bakım sağlanarak ameliyat öncesi kaygıları azaltılmaya çalışılmalı,
- Ameliyat sonrası yoğun bakıma alınan hastalara yoğun bakım ünitesi, cihazlar, yapılan uygulamalar hakkında bilgi verilerek ve ailesi ile iletişime girmeleri sağlanarak kaygı durumları gözlemeli ve azaltılmaya çalışılmalı,
- Nöroşirurji kliniklerinde çalışan hemşirelere, ameliyat olacak hastalarda kaygıya neden olabilecek faktörler, kaygının ameliyat sonrasındaki sürece etkisi ve kaygıyı azaltmaya yönelik girişimler konusunda düzenli aralıklarla hizmet içi eğitimler verilmesi önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

Akdeniz, Y. S. (2013) Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerine Verilen Kardiyopulmoner Resüsitasyon Eğitiminin Değerlendirilmesi ve Kaygı Düzeyi Üzerine Etkisinin Araştırılması. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Güniz Köksal).

Aksoy, G., Kanan, N. ve Akyolcu, N. (2012) Cerrahi Hemşireliği. Cerrahi Hemşireliği. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.

Ala, S. (2007) Tiroidektomi Ameliyatı Öncesi Hemşirenin Bilgilendirici Rolünün Hastaların Ameliyat Sonrası Anksiyete Düzeyine Etkisi. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar, (Danışman: Yrd. Doç. Dr: Dursun Ali Şahin).

Albayrak, N., İlhan, S.E., Ançel, G.Ç. ve Albayrak, A. (2007) Hemşirelik Bakım Planları (Dahiliye Cerrahi Hemşireliği ve Psikososyal Boyut) Birlik Matbaası, 1. Basım, Ankara.

Ançel, G. (2007) Cerrahi ve Dahili Hastalıklarda Anksiyete ve Hemşirelik Yaklaşımı. Birlik Matbaası, Ankara.

Arslan, B. (2010) Gebelerde Anksiyete ve Depresyonla İlişkili Sosyo-demografik Özellikler. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Isparta, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Kurtuluş Öngel).

Arslan, S., Özer N. ve Özyurt F. (2007) Effect Of Music On Preoperative Anxiety in Men Undergoing Urogenital Surgery. Australian Journal of Advanced Nursin, 26:2.

Aslan, F.E. (2009). Cerrahi Hemşireliğinin Tarihçesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12:1.

Ayan, G. G. (2012) Anestezi Polikliniğine Başvuran Hastaların Anestezi ve Anestezi Uzmanı İle ilgili Bilgi ve Görüşleri. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve

Reanimasyon Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Alkın Çolak).

Aydın, S ve Zengin, B. (2008) Yabancı Dil Öğreniminde Kaygı: Bir Literatür Özeti. Journal of Language and Linguistic Studies, 4(1): 81-94.

Aykent, R. (2001). Hastalar Arasında Anestezinin İmajı, Anesteziye Bağlı Endişe Nedenleri ve Preoperatif Anksiyete Değerlendirilmesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Samsun.

Aykent, R., Kocamanoglu, S., Üstün, E., Tür, A. ve Şahinoğlu, H. (2007) Perioperatif Anksiyete Nedenleri ve Değerlendirilmesi: APAIS ve STAI Skorlarının Karşılaştırılması. Türkiye Klinikleri J. Anest. Reanim. 5:7-13.

Ayoğlu (Atilla), T. (2003). Ameliyat Öncesi ve Sırası Bilgi Vermenin Hasta Ailelerinin Anksiyete Düzeylerine ve Kan Basıncı Değerlerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Nevin Kanan).

Bacanlı, H. (1999) Kaygının Kaynakları. Nımn dergisi, 17(5):79-80.

Badner, N. H., Nielso, W.R., Mun, S. ve ark, (1990) Preoperative Anxiety Detection and Contributing Factors. Can Anaesth, 37: 444- 447.

Bahar, A. ve Taşdemir, H.S. (2008) Dahili ve Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 11(2), 9-17.

Başarer, T., Cicik, E., Gazioğlu, N., Özdemir, H. ve Topçuoğlu, E. (2001) T. Oft. Gaz. 31, 301-308.

Bayraktar, N. ve Bulut, H.D. (2000) Ameliyathanede Ameliyat Öncesi Bekleyen Hastaların Gereksinimleri. Hemşirelik Forumu Dergisi, 3(6): 34-38.

Berth, H., Petrowski, K. ve Balck, F. (2007) The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) The First Trial of a German Version, *Psychosoc Med*,4:1.

Biol, L., Akdemir, N. ve Bedük, T. (1997) İç Hastalıkları Hemşireliği. VI. Baskı Ankara.

Biol, L. (2000) Hemşirelik Süreci. 4. Baskı. Bozkaya Matbaacılık, İzmir.

Biol, L. (2005) Hemşirelik Süreci. 7. Baskı Etki Matbaası, İzmir.

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 Anaesthesia*, 49(8):792–798.

Budak, S. (2000) Psikoloji Sözlüğü. Bilim ve Sanat Yayınları, Ankara.

Buldukoğlu, K., Doğan, S., Kum, N., Öz, F., Özaltın, G., Özcan, A. ve diğerleri.(2000) Anksiyete Somatoform ve Disosyatif Bozukluklar. *Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı*. Birmat Matbaacılık. İstanbul (s. 132-157).

Canbaz, S., Sünter A.T, Aker S, Pekşen Y. (2007). Samsun Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Kaygı Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. *Genel Tıp Dergisi* 17(1): 15-19.

Carmichael, J.M ve Agre, P. (2002) Preferences in Surgical Waiting Area Amenities. *Association of Perioperative Registered Nurses Journal*, 75(6):1077-1083.

Caumo, T., Schmidt, A.P. ve Schneider, C.N. (2001) Risk Factors For Preoperative Anxiety in Adults. *Acta Anaesthesiol Scandinavica*, 45(3):298-307.

Chew ,S.T., Tan T., Tan, S.S. ve Ip-Yam, P.C. (1998) A Survey of Patients Knowledge of Anaesthesia and Perioperative Care. *Singapore Med Journey*, 39(9):399-402.

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

Coşkun, H. ve Akbayrak, N. (2001) Hastaların Kliniklerde Kabul ve Taburculuklarında Hemşirelik Yaklaşımlarının Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5(2):63-68.

Cüceloğlu, D. (1991). İnsan ve Davranışı. Remzi Kitabevi, İstanbul.

Cüceloğlu, D. (2011). İnsan ve Davranışı. Remzi Kitabevi, İstanbul.

Çelebioğlu, A. (2002) Hiperbilirubinemi Nedeni İle Hastaneye Yatırılan Yenidoğanların Annelerinin Kaygı Düzeyi, Etkileyen Faktörler ve Bilgilendirmenin Kaygıyı Azaltmadaki Rolü. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Erzurum, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Sevinç Polat).

Çelen, R. (2013) Prematüre Bebeği Olan Anne ve Babaların Kaygı Düzeyleri ve İlişkili Faktörler. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, (Danışman: Doç. Dr. Fatma Taş Arslan).

Çelik, S. (2013) Batın Ameliyatından 24-48 Saat Sonra Hastaların Ağrı Düzeyleri ve Uygulanan Hemşirelik Girişimleri. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(3): 325-330.

Çetin, A. (2014) Elektif Cerrahi Planlanan Hastaların Preoperatif Dönemdeki Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Feride Yiğit).

Çetinkaya, F. ve Karabulut, N. (2010) Batın Ameliyatı Olacak Yetişkin Hastalarda Ameliyat Öncesi Verilecek Eğitimin Kaygı ve Ağrı Düzeyine Etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 13(2):20-26.

Çetinkaya, F. (2008). Batın Ameliyatı Olacak Yetişkin Hastalara Ameliyat Öncesi Verilen Eğitimin Kaygı ve Ağrı Düzeyine Etkisi. Atatürk Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.

Çevik, Ü., Keleş, S. ve Keser, M. (2006) Astımlı Çocuğu Olan Anne ve Babalara Verilen Hemşirelik Eğitiminin Anksiyete Düzeylerine Etkisi. Genel Tıp Dergisi, 16: 53-59.

Çevik, E. (2012) Ameliyathanede Hastaların Hemşirelik Bakım Kalitesi Hakkında Düşüncelerinin ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ümmü Yıldız Fındık).

Çobanoğlu, S., Hamamcıoğlu, M. K., Kılınçer, C, ve ark, (2002). Nöroşirurji Beyin-Omurilik-Sinir Cerrahisi Dersleri. Nobel Tıp Kitabevi.

Demir, A., Akyurt, D., Ergün, B. ve ark, (2010) Kalp Cerrahisi Geçirecek Olgularda Anksiyete Sağaltımı. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi, 18(3):177-182.

Demircan, F. (2013) Histerektomi Vakalarında Preoperatif Anksiyetenin Postoperatif Ajitasyon ve İlk analjezik Tüketimine Etkisi. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Tülay Özkan Seyhan).

Douki, Z. E., Vaezzadeh, N., Shahmohammadi, S.ve Ark, (2011) Anxiety Before and After Coronary Artery Bypass Grafting Surgery: Relationship to QOL. Middle-East Journal of Scientific Research, 7 (1): 103-108.

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

Dönmez, Y.C. ve Özbayır, T. (2008) Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası'nın Türk Hemşire ve Hastaları İçin Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 24(2): 1-25.

Dönmez, Y.C., Dolgun, E., Kabataş, M. ve Özbayır, T. (2010) Lomber Disk Hernili Hastalarda Risk Faktörlerinin İncelenmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi, 24 (2): 89-90.

Duman, A., Öğün, Ö. C., Şahin, K. T., Şarkılar, G. ve Ökeşli, S. (2003) Preoperatif Korku ve Endişeyi Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. S.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 19: 21- 26.

Erdem, D., Uğış, C., Albayrak, D., Akan, B., Aksoy, E. ve Göğüş, N. (2011) Perianal Bölge Ameliyatı Yapılacak Hastalarda Uygulanan Anestezi Yöntemlerinin Preoperatif ve Postoperatif Anksiyete ve Ağrı Düzeylerine Etkisi. Bakırköy Tıp Dergisi, 7(1):11-16.

Erdemir, F. (2005) Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Nobel Kitabevi, İstanbul.

Erdil, F.ve Elbaş, N. (2001). Ameliyatta Hasta Bakımı. Aydoğdu Ofset, Ankara.

Erdil, F. ve Elbaş, N.Ö. (2008). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Aydoğdu Ofset, Ankara.

Eroğlu, H. (2006) Durumluluk-Süreklilik Kaygı Düzeyi ile Algılanan Stres, Kontrol Düzeyi ve Stresle Başa Çıkma Stratejileri Arasında İlişkinin İncelenmesi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Yaşar Özbay).

Ertekin, C. ve Seçil, Y. (2010) Lomber Spinal Dar Kanal ve İntermittan Nörojenik Klodikasyon Türk Nöroloji Dergisi, 16: 59-71.

Ertuğrul, B. (2007) Genel Cerrahi Hastalarında Ameliyat Öncesi Anksiyete Durumu ve Anksiyeteye Yaklaşım. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, Ankara.

Fındık, Ü. Y. ve Topçu, S. (2012) Cerrahi Girişime Alınış Şeklinin Ameliyat Öncesi Anksiyete Düzeyine Etkisi. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 22-33.

Gökgündüz, Ö. (2005) Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastalara Verilecek Eğitimin Kaygı Düzeylerine Etkisi. Erciyes Üniversitesi sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, (Danışma: Yrd. Drç. Dr. Sultan Taşçı).

Göktürk, G. Y. (2011) Ergenlerin Sosyal Kaygı Düzeylerinin Öz Güven ve Bazı Kişisel Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Bolu, (Danışman: Doç. Dr. Zeynep Deniz Yöndem).

Grieve, R. (2002) Day Surgery Preoperative Anxiety Reduction and Coping Strategies. British Journal of Nursing, 11(10):670-678.

Gündöndü, D. (2014) Ameliyat Sonrası Yoğun Bakıma Alınan Hastalarda Ağrı Yönetimiyle Anksiyete Düzeyi Arasındaki İlişki. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Nevin Kanan).

Güleç, C. ve Köroğlu, E. (2007) Psikiyatri Temel Kitabı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Günay, E. Y. (2013) Gebelerde Kaygı Düzeyi: "Cambridge Kaygı Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Asiye Gül).

Güneş, P. (2001) Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastaları Taburculuk Öncesi Bilgilendirmenin Anksiyete Düzeyine Etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Hatice Tel).

Gürol, M.E. (2010) Akut Serebral Kanama Tanı ve Tedavisi. Klinik Gelişim Dergisi, 23(1): 19-20.

Gürsoy, A. A. (2001) Ameliyat Öncesi Hastaların Kaygı Düzeyleri ve Kaygıya Neden Olabilecek Etmenlerin Belirlenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 1 (1):23-29.

Güz, H., Doğanay, Z. ve Güz, T. (2003) Lomber Disk Hernisi Nedeniyle Ameliyat Olan Hastalarda Ameliyat Öncesi Anksiyete. Nöropsikiyatri Arşivi, 40(1-2): 36-39.

Hughes, S. (2002) The Effects of Giving Patients Pre-operative Information. Nurs Stand, 16(28): 33-37.

Işık, N. (2013) Chiari Malformasyonları ve Siringomiyeli. Türk Nöroşirurji Dergisi, 23(2): 185-194.

Jawaid, M., Mushtaq, A., Mukhtar, S. ve Khan, Z. (2007) Preoperative Anxiety Before Surgery. Neurosciences, 12(2): 145-148.

Kalenderer, Ö., Okatan, Ö., Özel, A. ve Turan, D. (2013) T.C. Sağlık Bakanlığı Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin Cerrahi Kliniği Hemşirelik Rehberi.

Kapçı, E. G. (2006) Ameliyat Olan Kanser Hastalarının Kaygı ve Depresyon Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 3(21):7-13.

Kaplan, S., Bahar, A., Sertbaş, G. (2007) Gebelerde Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluk Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10 (1): 113-121.

Karabulut, N. ve Arıkan, D. (2009) The Effect Of Different Training Programs Applied Prior To Surgical Operation On Anxiety Levels. New/Yeni Symposium Journal, 47:2.

Karadağ, G. ve Uçan, Ö. (2006) Hemşirelik Eğitimi ve Kalite. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 1(3):42-51.

Karaman, N. (2008) Cerrahi Girişim Uygulanan Adölesanlar İle Anne/Babaların Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki ve Anksiyete Nedenlerinin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doc. Dr. Rengin Acaroğlu).

Karancı, N. ve Dirik, G. (2003) Predictors Of Pre-and Postoperative Anxiety in Emergency Surgerympatient. Journal Psychosom Reserch, 55(4):363-369.

Karaveli, S., Özbayır, T. ve Karacabay, K. (2014) Kolorektal Kanser Ameliyatı Geçiren Hastaların Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Dönemde Yaşadıkları Deneyimlerin İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 17(2):90-96.

Karayağız, F., Altuntaş, M., Güçlü, Y.A., Yılmaz, T.T. ve Öngel, K. (2011) Cerrahi Servisinde Yatan Hastalarda Görülen Anksiyete Dağılımı. Smyrna Tıp Dergisi, 22-26.

Karayurt, Ö. (1998) Ameliyat Öncesi Uygulanan Farklı Eğitim Programlarının Hastaların Anksiyete ve Ağrı Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(1):20-26.

Kaughn, F., Wichowski, H. ve Bosworth, G. (2007) Does Preoperative Anxiety Level Predict Postoperative Pain. Association of perioperative Registered Nurses Journal,85(3), 589-604.

Kaya, H., Acaroğlu, R., Şendir, M. ve Güldaş, S. (2007) Nöroşirurji Hastalarında İyimser Yaşam Eğiliminin Ameliyat Öncesi Anksiyete İle Başetme Durumuna Etkisi. İ. Ü. Florance Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 15(59):75-81.

Kayahan, M. ve Sertbaş, G. (2007) Dahili ve Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastalarda Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 8(2):113-20.

Kayhan, C. (2003) Cerrahi Hastalarda Preoperatif Anksiyetenin Postoperatif Komplikasyonlarla İlişkinin İncelenmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık

Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, (Danışman: Prof. Dr. Osman Nuri Dilek).

Kehlet, H., ve Wilmore, D.W. (2008) Evidence-Based Surgical Care and The Evolution of Fast-Track Surgery. *Ann Surg*, 248 (2):189-198.

Keleş, T.G., Toprak, V., Topaloğlu, K. ve Tok, D. (2005) Pediyatrik Günübürlük Cerrahide Ebeveynlerin Postoperatif Dönem Hakkındaki Endişelerinin Değerlendirilmesi. *Anestezi Dergisi*, 13(2):111-115.

Klopfenstein, C.E., Forster, A. ve Gessel, E.V. (2000) Anesthetic Assesment In An Outpatient Consultation Clinic Reduces Preoperative Anxiety. *Can J Anesth*, 47 (6): 511-515.

Koçak Y. Ç. (2007) İlk Kez Anne Baba Olacaklara Antenatal Dönemde Verilen Eğitimin Kaygı Düzeylerine Etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Dilek Çakır).

Kuğu, N., Berkan, Ö., Akyüz, G. ve ark. (2001) Ameliyat Olan ve Olmayan Kronik Vasküler Hastalığı Olan Olgularda Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(4): 213-221.

Lellan, K. (2006) *Management of Pain*. United Kingdom: Nelson Thornes Ltd.

Mackenzie, J.W. (1989). Daycase Anaesthesia and Anxiety: A study of Anxiety Profiles Amongst Patients Attending a Day Bed Unit. *Anaesthesia*, 44(5):437-40.

Manav, F. (2011) Kaygı Kavramı. *Toplum Bilimleri Dergisi*, 5(9): 201-211.

Marakoğlu, İ., Demirer, S., Özdemir, D. ve Sezer, H. (2003) Periodontal Tedavi Öncesi Durumluk Ve Süreklik Kaygı Düzeyi. *Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 6(2): 73-79.

Mıngır, T., Ervatan, Z. ve Turgut, N. (2014) Spinal Anestezi ve Perioperatif Anksiyete. Türk Journal Anaesthesia Reanimasyon, 42: 190-5.

Milli Eğitim Bakanlığı (2012) Cerrahi Hemşireliğine Giriş. Ankara

Mitchell, M. (2000) Anxiety Management: A Distinct Nursing Role in Day Surgery. Ambulatory Surgery, 8(3):119-127.

Moerman, N., Van Dam, F.S., Muller, M.J. ve Oosting, H. (1996) The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). Anesth Analg.,82: 445–51.

Nar, E. (2005) Beni Anlayım. Babıali Kültür Yayıncılığı, İstanbul.

Nayır, N. U. (2012) Açık Kalp ameliyatında Preoperatif Anksiyete İle Postoperatif Komplikasyonlar Arasındaki İlişki. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Osman Mustafa Aldemir).

Nöropatik Ağrı Tanı ve Tedavi Klavuzu. (2013) Baskı. İstanbul.

Okanlı, A., Özer, N., Akyıl, R. ve Koçkar, Ç. (2006) Cerrahi Kliniklerinde Yatan Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9:4.

Ovayolu, N. ve Bahar, A. (2006) Hemşirelik ve Kalite. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(1):104-110.

Öncül, R. (2000) Eğitim Ve Eğitim Bilimleri Sözlüğü. Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları, İstanbul. İkinci Cilt. 101.

Öner, N. ve Lecompte, A. (1998) Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri El Kitabı. Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, İstanbul.

Öz, F. (2004) Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara: İmaj İç ve Dış Ticaret A.S., Ankara.

Öz, F. (2010) Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Mattek Matbaacılık. Ankara.

Öz, G. (2008) Cerrahi Hastalıkları ve Bakımı. Songür Eğitim Hizmetleri, Ankara.

Özalp, G., Sarioğlu, R., Tuncel, G., Aslan, K. ve Kadioğulları, N. (2003) Preoperative Emotional Satates in Aptients With Breast Cancer and Postoperative Pain. Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 47(1): 26-29.

Özbayır, T., Demir, F., Candan, Y., Coşkun, İ. ve Dramalı, A. (2003) Hastaların Perioperatif Döneme İlişkin İzlenimlerinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(1):14-23.

Özbayır T. (2010). Nörolojik Travmalar. Ameliyat Öncesi Bakım. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Nobel Kitabevi, Adana.

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

Özcengiz, D. (2006) Anesteziyle İlgili Bilgilendirmede Kullanılan Farklı Yaklaşımların Çocukları Günübirlik Cerrahi Geçiren Ebeveynlerin Durumluk Kaygılarına Etkisi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Adana, (Danışman: Prof. Dr. Banu İnanç).

Özdemir, M., Bozkurt, M., Kahiloğulları, G., Uğur, H.Ç. ve Egemen, N. (2011) Subaraknoid Kanama ve Komplikasyonlarının Tedavisi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 64(1): 52-54.

Özdemir, A. K., Özdemir, H. D., Coşkun, A. ve Taşveren, S. (2001) Diş Hekimliği Fakültesi'nde Protez Kliniği İle Diğer Kliniklerde Hasta Anksiyetesinin Araştırılması. Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi, 4(2), 71-76.

Özörak, Ö. (2010) Preoperatif Basınç Ağrı Eşiği, Stai Anxiety Inventory ve Stres Hormonu (kortizol'ün) Postoperatif Analjezi İhtiyacı İle Kolerasyonu. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Isparta, (Danışman: Doç. Dr. Pakize Kırdemir).

Padmanabhan, R., Hildreth, A. J. Ve Laws, D. A. (2005) Prospective, Randomised, Controlled Study Examining Binaural Beat Audio and Pre-operative Anxiety in Patients Undergoing General Anaesthesia For Day Case Surgery. Anaesthesia, 60: 874-877.

Peker, İ. (2004) Biyomedikal Cihazlar, Bakımı, Kalibrasyonu, Toplam Kalite Uygulamalarına Katkısı. 2. Uluslararası Perioperatif Hemşirelik Kongre Kitabı s.86, İstanbul.

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(3): 182-190.

Perkin, M. R., Bland, J. M., Peacock, J. L., ve Anderson, H. R. (1993) The Effect of Anxiety and Depression During Pregnancy on Obstetric Complications. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 100 (7): 629–634.

Perks, A., Chakravarti S. ve Manninen P. (2009) Preoperative Anxiety İn Neurosurgical Patients. Journal of Neurosurgical Anesthesiology, 21(2): 127-130.

Pritchard, M. J. (2011) Using Targeted Information To Meet The Needs Of Surgical Patients. Nursing Standard, 25(51): 35-39.

Rattray, J. E. ve Hull, A.M. (2008) Emotional Outcome After Intensive Care: Literature Review. J Adv Nurs, 64:2-13.

Rosen, S., Svensson, M. ve Nilsson, U. (2008) Calm Or Not Calm The Question Of Anxiety in The Perianesthesia Patient. J Perianesth Nurs, 23 (4): 237-46.

Sadosky, A., McDermott A. M., Brandenburg N. A., Strauss M.A. (2008). Review of the Epidemiology of Painful Diabetic Peripheral Neuropathy, Postherpetic Neuralgia, and Less Commonly Studied Neuropathic Pain Conditions. Pain Pract, 8: 45-46.

Sağır, G., Kaya, M., Eskiçırak, H. E., Kapusuz, Ö., Kadioğulları, A. N. (2012) Spinal Anestezi Planlanan Hastalarda Görsel Bilgilendirmenin Preoperatif Anksiyet Üzerine Etkisi. Turk Journal Anesth Reanim, 40(5): 274-278.

Salkım, Ö.Ö. (2010). Kapalı Kolesistektomi Ameliyatı Öncesi Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Hastaların Bilgi Düzeyine ve Ameliyat Sonrası Kaygı ve Ağrı Düzeylerine Etkisi. Ankara Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Doç. Dr. Deniz Çalışkan).

Sarı, H. (1998). Servikal Spondilozda Vertebro-Basiler Yetersizlik Sendromu. Baş Ağrıları- Baş Dönmeleri Sempozyumu, İstanbul, 175-178.

Saymal, M. (2006) Nöroşirürji Servisinde Yatan Hastalarda Doktor İstem Formları İle Hemşire Takip Formları Arasındaki Uyum Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Adem Aslan).

Seyhan, T.Ü. (2011) Yoğun Bakımda Kullanılan Sedatif ve Analjezik Ajanlar, Yoğun Bakım Dergisi, 4(1):45-49.

Shafer, A., Fish, M.P., Greg, K.H. ve ark, (1996) Preoperative Anxiety and Fear: A Comparison of Assessments by Patients and Anesthesia and Surgery Residents. Anesth Analg. 83:1285-1291.

Shevde, K. ve Panagopoulos, G. (1991) A Survey of 800 Patients Knowledge, Attitudes and Concerns Regarding Anesthesia. Anesth Analg, 73(2):190-8.

Sidar, A., Dedeli, Ö. ve Ahmet, İ.İ. (2013) Açık Kalp Cerrahisi Ameliyat Öncesi ve Sonrası Hastaların Kaygı ve Ağrı Distresi: Ağrı Düzeyi İle İlişkinin İncelenmesi. Yoğun Bakım Dergisi, 4:1-8.

Sönmez, A. (2013) Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Uygulanan Hastaların Konfor ve Kaygı Deneyimlerinin Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, (Danışman: Doç. Dr. Ümmü Yıldız Fındık).

Spalding, N. J. (2003) Reducing Anxiety by Pre-operative Education: Make The Future Familiar. Occupational Therapy International, 10(4): 278-293.

Şekerci, S. Akpek, E. Göktuğ, A. ve ark. (2001) Hasta ve Yakınları İle Toplumun Farklı Kesimlerinin Anestezi ve Uygulamaları Konusundaki Bilgi ve Davranışları. Anestezi Dergisi, 9(1): 48-51.

Şelimen, D. ve Eti Aslan, F. (2004) Cerrahide Riski Arttıran Faktörler. Hemşirelik Forumu (7) 4:7.

Taparlı, Z.T. (2004) Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Anksiyete Düzeyleri ve Nedenlerinin Belirlenmesi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Adana, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Gürsel Öztunç).

Taşdemir, A., Erakgün, A., Deniz, M. N. ve Agah, E. (2013) Preoperatif Bilgilendirme Yapılan Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeylerinin State-Trait Anxiety Inventory Test ile Karşılaştırılması. Türk J Anaesth Reanim, 41: 44-9.

Taşkın, M.M. (2008) Normal Basıncılı Hidrosefali: Yeni Kavramlar. Düşünen Adam Dergisi, 21(1-4): 45-50.

Tel, H., Tel, H. ve Sabancıoğulları, S. (2005) Hastanede Yatan Hastalarda Uyku, Anksiyete ve Depresyon. 3. Uluslar arası-10. Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı, İzmir.

Tipa, R.O., Bobirnac, J. ve Davila, C. (2010) Importance of Basic Life Support Training For First and Second Year Medical Students a Personal Statement-. Journal of Medicine and Life, 3: 465-467.

Topçu, S. (2008) Üst Abdominal Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Hemşireler Tarafından Öğretilen Gevşeme Tekniklerinin Ağrı Kontrolü Üzerine Etkisi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ümmü Yıldız Fındık).

Turgut, E.G., Yüksel, B. C., Polat, E., Yıldız, Y. ve ark. (2009) Meme Yakınması ile Başvuran Kadınlardaki Kaygıyı (Anksiyeteyi) Etkileyen Faktörler. Meme Sağlığı Dergisi, 5(2):92-97.

Turhan, Y. (2007) Elektif Cerrahi Operasyon Planlanan Hastalarda Preoperatif ve Postoperatif Anksiyetenin Hasta Memnuniyeti İle İlişkisi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana, (Danışman: Prof. Dr. Dilek Özcengiz).

Turhan, T., Avcı, R. ve Özcengiz, D. (2012) Elektif Cerrahi Hazırlığında Preoperatif ve Postoperatif Anksiyetenin Hasta Memnuniyeti İle İlişkisi. Anestezi Dergisi, 20 (1): 27-33.

Ulusoy, M., Şahin, N. ve Erkman, H. (1998) Turkish Version of The Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. J Cognitive Psychotherapy, 12: 28-35.

Uzun, Ö. (2000) Ameliyat Öncesi Hasta Eğitimi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3(2):36-45.

Varol, S. ve Özbayır, T. (2000) Sedatif Müziğin Preoperatif Kaygı Düzeyine İntraoperatif Kan Basıncı ve Nabız Parametrelerine Etkisi, Hemşirelik Formu Ameliyathane Özel Sayısı, 3(6):15-18.

Wetsch, W. A., Pircher, I. ve Lederer, W. (2009) Preoperative Stress and Anxiety in Day-Care Patients and Inpatients Undergoing Fast-Track Surgery. Br J Anaesth, 103: 199-205.

Yardakçı, R., ve Akyolcu, N. (2004) Ameliyat Öncesi Dönemde Yapılan Hasta Ziyaretlerinin Hastanın Anksiyete Düzeyine Etkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 1 (2):7-13.

Yaylacı, A. (2010) Genel Anestezi Altında Dental Tedavi Gören Çocuk Hastaların Ebeveyninin Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılmalı Olarak Değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti Anabilim Dalı, Bitirme Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Özant Önçağ).

Yel, P. (2009). Kroner anjiyografi Uygulanacak Hastaların Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Serap Ünsar).

Yıldırım, M., Mızrak, C. ve Sevinç, Y.H., F. (2013) Cerrahi Hastalarında Ortak Oda Kullanımının Ameliyat Öncesi Anksiyete Düzeyine Etkisi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 8 (24):55-66.

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

Yılmaz, D. M. (2005) Spontan Subaraknoid Kanama ve Sonrası Gelişen Vazospazm ve Geç İskemik Defisitte Serum ve Beyin Omurilik Sıvısında Sitokin Düzeylerinin Araştırılması. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirürji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana, (Danışman: Prof. Dr. Bülent Boyar).

Yılmaz, M. ve Çifçi, S. (2010) Açık Kalp Ameliyatı Geçirmiş Bireylerin Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesinde Bir Model: Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri. Turk J Thorac Cardiovasc Surgery, 18(3):189-183.

Yiğitoğlu, S. (2009) Adölesan Gebe ve Eşlerinin Antenatal ve Postnatal Kaygı Düzeyleri ile Evlilikte Uyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Ahsen Şirin).

Yücel Ç., Ş. (2011) Bilinci Kapalı Hastanın Psikososyal Gereksinimlerini Karşılama Hemşiresinin Rolü. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 4(1):174-180.

Kırış, T., Gürsoy, G. ve Tuncay, R. (2009). Beyin Kanaması.

(file:///C:/Users/Asus/Desktop/BEYİN%20KANAMASI%20talat%20kırış.html.

(Erişim Tarihi: 04. 04. 2015).

Türk Dil Kurumu Genel Sözlük, <http://www.tdk.gov.tr> . (Erişim 21.03.2015).

Türk Nöroşirurji Derneği (<http://www.turknorosirurji.org.tr/menu/68/beyin-tumorleri>)

(Erişim Tarihi: 15. 03. 2015).

8. EKLER

Ek-1

GÖNÜLLÜ OLUR FORMU.

Araştırmanın açıklaması:

Bu araştırma, nöroşirurji hastalarının ameliyat öncesi ve sonrası dönemde duydukları kaygının düzeyini belirlemek ve kaygı düzeyini etkilebilecek faktörleri tespit etmek ve elde edilen veriler doğrultusunda hemşirelik uygulamalarında yararlanabilecek bir kaynak oluşturması amacıyla planlanmıştır. Bu araştırma; İstanbul ili bir üniversite hastanesi Nöroşirurji servislerine ameliyat olmak üzere yatan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası dönemde duydukları kaygı düzeylerinin belirlenmesi ve bu doğrultuda hemşirelik bakımının daha etkili bir şekilde planlanıp yürütülebilmesi için önemlidir. Araştırmaya katılmaya karar verdiğinizde sizin hakkınızda kısa tanıtıcı bilgiler ve Amsterdam Preoperatif Anksiyete Ölçeği ile beraber Durumluk Kaygı Ölçeği'nde bulunan sorular karşılıklı görüşme tekniği kullanılarak sorulacaktır. Görüşme en fazla 25 dakika sürecektir. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Katılmaya karar verdiğinizde bir neden göstermeksizin istediğiniz zaman araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmadan elde edilen veriler sadece araştırmacıda saklı kalacak ve bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışma kesinlikle size fiziksel ve ruhsal yönden zarar vermeyecektir. Zarar görmeniz durumunda tedavi tarafımızca sağlanacaktır. Doğru, samimi ve eksiksiz cevaplarınız ölçüsünde çalışmamız anlamlı ve geçerli olacaktır. Araştırmaya vereceğiniz değerli katkılarınızdan ve işbirliğinizden dolayı teşekkür ederiz. Saygılarımızla. Bu araştırma İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Nevin KANAN tarafından koordine edilmektedir. Okuduğunuz için teşekkür ederim.

Aysel GEDİK

Katılımcının/Hastanın Beyanı

Sayın Aysel Gedik tarafından, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Anabilim Dalı'nda bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramızda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük bir özen ve saygı ile yaklaşacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmenin uygun olacağını bilincindeyim). Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte araştırmacı Aysel Gedik'e hangi telefon ve adresten arayabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına herhangi bir zarar getirmeyeceğini biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünce süresi sonunda adı geçen bu araştırmada katılımcı olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı :

Adı, Soyadı:

Adres:

Tel:

Tarih:

İmza:

Ek-2 Anket No:

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1-) Yaşınız?

1. () 18-28
2. () 29-38
3. () 39-48
4. () 49-58
5. () 59 ve üzeri

2-) Cinsiyetiniz?

1. () Kadın
2. () Erkek

3-) Hastalık Tanınız?

1. () Kraniyal
2. () Spinal

4-) Malignite ?

1. () Var
2. () Yok

5-) Hastanın Tanıdan Haberi Var Mı?

1. () Var
2. () Y

6-) Ameliyat Süresi Kaç Saat

1. () 2-4 saat
2. () 5- 7 saat

3. () 8-10 saat

4. () Diğer

7 -) Ameliyat Öncesi Hastanede Kalma Süresiniz?

1. () 1-3 gün

2. () 4-8 gün

3. () 9-12 gün

4. () 13-15 gün

5. () 16- 18 gün

6. () Diğer

8-) Ameliyat Günü Değişikliğiniz Var Mı?

1. () Var

2. () Yok

9-) Ameliyat Günü Değişikliğiniz Varsa kaç kez?

1. () Bir defa

2. () İki defa

3. () Üç defa

4. () Diğer

10-) Ameliyat Sonrası Komplikasyon Var Mı?

1. () Var

2. () Yok

11-) Hastalıkla İlgili Kaçınıcı Ameliyatınız?

1. () Birinci

2. () İkinci

3. () Üçüncü

4. () Diğer

12-) Ameliyatın Türü?

1. () Majör

2. () Minör

13-) Yoğun Bakımda Kaldınız Mı?

1. () Evet

2. () Hayır

14-) Cevabınız evet ise yoğun bakımda kaç gün kaldınız?

1. () 1 gün

2. () 2 gün

3. () 3 gün

4. () Diğer

15-) Yoğun bakımda kalma nedeniniz?

1. () Ameliyat sonrası takip

2. () Enfeksiyon

3. () Kanama

4. () Diğer

16-) Doğum Yeriniz?

1. () Marmara Bölgesi
2. () Karadeniz Bölgesi
3. () Doğu Anadolu Böl.
4. () Güneydoğu Anadolu Bölgesi
5. () İç Anadolu Bölgesi
6. () Ege Bölgesi
7. () Akdeniz Bölgesi

17-) Eğitim Durumunuz?

1. () Okur-yazar değil
2. () İlkokul- Ortaokul
3. () Lise mezunu
4. () Üniversite
5. () Diğer

18-) Medeni Durumunuz?

1. () Evli
2. () Bekâr
3. () Dul (Boşanmış)
4. () Dul (Eşi Ölmüş)

19-) Çocuğunuz var mı?

1. () Evet
2. () Hayır

20-) Cevabınız evet ise çocuk sayısını?

1. () Bir
2. () İki
3. () Üç
4. () Dört
5. () Beş ve yukarısı

21-) Çalışıyor musunuz?

1. () Evet
2. () Hayır

22-) Cevabınız evet ise mesleğinizi yazınız.

23-) Cevabınız Hayır İse nedenini yazınız.....

24-) İşinizde Çalışamama Süreniz?

1. () 1-3 ay
2. () 4-6 ay
3. () 7-9 ay
4. () 10-12 ay
5. () Diğer

25-) Aylık Geliriniz?

1. () 0- 750
2. () 751-1500
3. () 1501-2250
4. () 2251-3000

5. () 3001 ve üzeri

26-) Sağlık güvenceniz var mı?

1. () Evet

2. () Hayır

27-) Cevabınız evet ise yazınız

1. () EMS

2. () BK

3. () SGK

4. () YK

5. () Diğer (Belirtiniz)...

28-) Evinizde kimlerle yaşıyorsunuz?

1. () Yalnız

2. () Eşimle

3. () Eşim ve çocuklarımla

4. () Çocuklarımla

5. () Diğer.....

29-) Daha önce anestezi aldınız mı?

1. () Evet

2. () Hayır

30-) Cevabınız Evet ise hangi anestezi türünü aldınız?

1. () Genel anestezi

2. () Lokal Anestezi

31) Anestezi ile ilgili bilgi aldınız mı ?

1. () Evet
2. () Hayır

32-) Cevabınız Evet ise anestezi ile ilgili bilgiyi kimden aldınız?

1. () Anestezist
2. () Hemşire
3. () Broşür, el kitapçığı
4. () Diğer hasta ve hasta yakınları
5. () Diğer...

33-) Anestezi ile ilgili endişe duyuyor musunuz?

1. () Evet
2. () Hayır

34-) Cevabınız Evet ise anestezi ile ilgili ne tür endişeleriniz var? (Birden fazla şık seçebilirsiniz).

1. () Anestezistin bilgi yetersizliği,
2. () Anestezistin deneyim eksikliği,
3. () Ameliyat sonrası uyanmamak,
4. () Ameliyat sonrası ağrı duymak,
5. () Anestezistin ameliyat odasında bulunmaması,
6. () Ameliyat sırasında uyanmak,
7. () Ameliyat sonrası bulantı- kusma
8. () Anestezistin tavırları,
9. () Yoğun bakımda kalmak,

10. () Ameliyat sonrası uzun süre uyumak,
11. () İğne,
12. () Personelin tavırları.
13. () Diğer.....

35-) Cevabınız hayır ise nedenini yazınız.....

36-) Daha önce ameliyat oldunuz mu?

1. () Evet
2. () Hayır

37-) Ameliyatınızla ilgili bilgi aldınız mı ?

1. () Evet
2. () Hayır

38-) Cevabınız Evet ise ameliyatınızla ilgili bilgiyi kimden aldınız?

1. () Cerrah
2. () Hemşire
3. () Anestezist
4. () Broşür, el kitapçığı
5. () Diğer hasta ve hasta yakınları
6. () Ameliyatı yapan cerrah

39-) Ameliyatınızla ilgili bilgiyi kimden almak istersiniz?

1. () Ameliyatı yapacak cerrah
2. () Hemşire

3. () Broşür, el kitapçığı
4. () Diğer hasta ve hasta yakınları
5. () Diğer.....

40-) Ameliyatınızla ilgili endişe duyuyor musunuz?

1. () Evet
2. () Hayır

41-) Cevabınız Evet ameliyatınızla ilgili ne tür endişeleriniz var? (Birden fazla şık seçebilirsiniz).

1. () Ameliyat yapacak hekimi tanımama,
2. () Ameliyatla ilgili bilgi sahibi olmama,
3. () Ameliyat yapacak hekim ile iletişim kuramama,
4. () Ameliyatın başarısız olacağına inanmak,
5. () Ameliyathane ortamı
6. () Ameliyatta veya sonrasında yaşamımı yitirmek
7. () Ameliyat sonrası ağrı hissetmek
8. () Ameliyat sonrası beden imajının olumsuz olarak etkilenmesi
9. () Yaşam biçimi ve süresinin değişebileceği
10. () Ameliyat sonrası zihinsel yetilerini kaybetmek,
11. () Ameliyat sonrası fiziksel yetilerini kaybetmek
12. () Ameliyat sonrası yeterlilik ve değerliliğini kaybetmek,
13. () Ameliyat sonrası bağımsızlığımı kaybetme
14. () Tekrar ameliyat olmak,
15. () Ameliyat sonrası cinsel yetilerimi kaybetmek,
16. () Sosyal amaç ve sosyal yetilerini kaybetmek,
17. () Toplum tarafından kabul görmeme
18. () Ailesine, kendisine yeterli olmamak
19. () Mali sıkıntı yaşama ve giderlerini karşılayamamak
20. Diğer (belirtiniz).....

42-) Cevabınız hayır ise nedenini yazınız.....

43-)Ameliyat sonrası kaygınız var mı?

1. () Evet

2. () Hayır

44-) Cevabınız evet ise nedenini yazınız.....

45-) Cevabınız hayır ise nedenini yazınız.....

Ek-3

Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve Bilgi Ölçeği (APAIS)

Hiç =1 Hafif=2 Orta =3 Şidetli=4 Aşırı=5

1. Anestezi ile ilgili kaygılıyım.	1	2	3	4	5
2. Anestezi sürekli aklımda.	1	2	3	4	5
3. Anestezi ile ilgili mümkün olduğu kadar bilgi almak istiyorum.	1	2	3	4	5
4. Cerrahi işlemle ilgili kaygılıyım.	1	2	3	4	5
5. Cerrahi işlem sürekli aklımda.	1	2	3	4	5
6. Cerrahi işlemle ile ilgili mümkün olduğu kadar bilgi almak istiyorum.	1	2	3	4	5

Ek-4**Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI – I)**

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

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



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSİZ OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

SAYI : 31
KONU:

25/12/2014

Sayın, Prof.Dr.Nevin KANAN

Haliç Üniversitesi Etik Değerlendirme Kurulunca yapmış olduğunuz başvuruyu incelemiş olup, danışmanı olduğunuz Aysel GEDİK'in "Nöroşirurji Hastalarının Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Kaygı Düzeyinin Belirlenmesi" isimli araştırması kurulumuzca 15.12.2014 tarihli toplantısında etik yönden uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr.Önder ÖZKAZANÇ
Etik Kurul Başkanı

Tarih ve Sayı: 09/03/2015-25873



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı :89969066-044-
Konu :Aysel GEDİK'in anket çalışması

**HALIC ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

İlg: 27/11/2014 tarih ve 463 sayılı yazınız.

Müdürlüğünüze bağlı Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Nevin KANAN'ın danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Aysel GEDİK'in yürüteceği "*Nörojenitriji Hastalarının Ameliyat Öncesi ve Sonrası Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi*" konulu araştırma anket çalışmasına, Fakültemizde uygulanmasına 04/03/2015 tarihinde toplanan Fakülte Yönetim Kurulunca karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

e-İmza
Prof. Dr. Yeşim ERBİL
Dekan Yardımcısı

EK :
04/03/2015 tarihli Fakülte Yönetim Kurulu Kararı

Dogrulamak için http://184.27.128.68/enyis/enyis/Sorgula/Validate_Doc.aspx?Y=BENU2UPHR

Armad - 2015/03/09 10:54 : Esel BOHRULER Daldı: 1/367

İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı Çarşı Yolu, İSTANBUL

Tel : 0 212 414 21 38/414 20 00 3 3561 Fax : 0 212 414 21 38 / 637 11 98

e-posta : ic-dekanlik@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : http://istanbul.tip.istanbul.edu.tr/

9. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Aysel GEDİK
Doğum Yeri ve Tarihi :Keşan/ 22.05.1980
Medeni Hali : Bekar
Yabancı Dil :İngilizce
E-posta Adresi :ayselg.80@hotmail.com
Tel : 0 505383 63 82

Eğitim ve Akademik Durumu

Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lise: Keşan Sağlık Meslek Lisesi	1998
Lisans: Karadeniz Teknik Üniversitesi G.S. Y.	2002
Yüksek Lisans: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2015

İş Tecrübesi Görev Süre (yıl-yıl)

Ankara Ü. İbn-i Sina Hastanesi Anes. ve Reanimasyon Ünitesi	2002-2003
Gambro Hemodiyaliz Merkezi	2003-2004
Amasya Taşova Devlet Hastanesi (Acil-Çocuk-Dahiliye Ser.)	2004-2009
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Nöroşirurji Y. B.Ü.	2009 -

Mesleki Dernek/Kurum Üyeliği

Çapa Hemşireler Derneği
Nöroşirurji Hemşireler Derneği

Bildiriler / Yayınlar

Nöroşirurji 9. Bilimsel Kongresi, Sözel Bildiri

Hastanelerde Hekim-Hemşire Arasındaki Çatışma Nedenleri ve Çatışmaların Hemşireler Üzerine Etkisi. (Yeliz Kara, Aysel Gedik, Tuba Ak, Meryem Kubaş).