

T.C.  
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**CERRAHİ HASTALARDA PREOPERATİF ANKSİYETENİN  
POSTOPERATİF KOMPLİKASYONLARLA İLİŞKİSİNİN  
İNCELENMESİ**

Cennet KAYHAN

124192

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

124192

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU  
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Osman Nuri DİLEK

Tez No: 2003/124192

2003 - AFYON

II

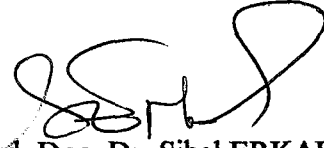
**KABUL ve ONAY**

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü  
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği programı  
çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından  
**Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 03 / 10 / 2003



Prof. Dr. O. Nuri DİLEK  
ÜYE

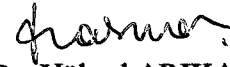


Yrd. Doç. Dr. Sibel ERKAL  
ÜYE



Yrd. Doç. Dr. Gökhan AKBULUT  
ÜYE

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Cennet KAYHAN'ın "Cerrahi hastalarda preoperatif anksiyetenin postoperatif komplikasyonlarla ilişkisinin incelenmesi" başlıklı tezi 06.10.2003 günü saat 11:00'de Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.



Doç. Dr. Yüksel ARIKAN  
Enstitü Müdürü

## ÖNSÖZ

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesindeki katkılarından dolayı;

Tez danışmanı olarak çalışmamı yönlendiren Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimi ve Genel Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Prof. Dr. Osman Nuri Dilek'e,

Çalışmama sağladığı destek ve yardımlarından dolayı Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhemşiresi Sayın Aynur Kaya'ya,

Ameliyat öncesi dönemde anket formlarını uygulama aşamasında yardımcı olan hemşire arkadaşım Fatma Tezgel'e ve postoperatif dönemde hasta gözlemleri aşamasında katkılarından dolayı cerrahi servis hemşirelerine,

Yabancı kaynakların çevirisinde yardımcı olan Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Yrd. Doç. Dr. Ayşe Orman'a,

Çalışmamın istatistiksel değerlendirilmelerini yönlendiren Afyon Kocatepe Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Matematik Bölümü Öğretim Üyesi Sayın Yrd. Doç. Dr. İsmet Doğan'a,

Çalışmam süresince destek ve ilgilerinden dolayı anne ve babama, eşim Alpaslan'a ve sabrından dolayı minik kızım Buse Şevval'e,

İçtenlikle teşekkür ederim.

**İÇİNDEKİLER**

Kabul ve Onay	II
Önsöz	III
İçindekiler	IV
Simgeler ve Kısaltmalar	VIII
Şekiller	IX
Tablolar Dizini	X
<b>ÖZET</b>	<b>1</b>
<b>SUMMARY</b>	<b>2</b>
<b>1. GİRİŞ</b>	<b>3</b>
1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	4
<b>2. KONU İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER</b>	<b>5</b>
2.1. Korku	5
2.2. Anksiyete Nedir?	5
2.3. Stres Nedir?	6
2.3.1. Uyarıcı Modeline Göre Stres	6
2.3.2. Tepki Modeline Göre Stres	6
2.3.3. Transaksiyonel Modele Göre Stres	7
2.4. Anksiyetenin Organizmaya Etkisi	8
2.5. Anksiyete Kuramları	10
2.5.1. Antik Köken	10
2.5.2. Başlıca Dinler	11
2.5.3. Rönesans, Aydınlanma ve Romantizm	11
2.5.4. Psikanalitik Kuram	12
2.5.5. Ego Psikolojisi Kuramı	13
2.5.6. Davranışçı Kuram	14
2.5.7. Bilişsel Kuram	14
2.5.8. Spilberger'in Anksiyete Kuramı	15
2.6. Anksiyete Düzeyleri	16
2.6.1. Hafif Anksiyete (Mild Anxiety)	16
2.6.2. Orta Düzeyde Anksiyete (Moderate Anxiety)	16
2.6.3. Şiddetli Anksiyete (Severe Anxiety)	16

2.6.4. Panik Düzeyde Anksiyete	17
2.7. Anksiyetenin Belirti ve Bulguları	17
2.7.1. Fizyolojik Belirtiler	17
2.7.2. Genel Görünüm	17
2.7.3. Konuşma ve İlişki Kurma	17
2.7.4. Duygulanım	18
2.7.5. Bilişsel (Kognitif) Yetiler	18
2.7.6. Düşünce Akımı ve İçeriği	18
2.8. Cerrahi Hastalar ve Anksiyete	18
2.8.1. Cerrahinin Hastalar Üzerine Etkisi	18
2.8.2. Ameliyata Karşı Stres Tepkisinin Oluşması	18
2.8.3. Enfeksiyona Karşı Direncin Azalması	19
2.8.4. Vasküler Sistemin Bozulması	19
2.8.5. Organ Fonksiyonlarının Bozulması	20
2.9. Preoperatif Anksiyete Nedenleri	20
2.9.1. Narsistik Bütünlüğü Tehdit Eden Anksiyete	20
2.9.2. Yabancı Korkusu	21
2.9.3. Ayrılık Anksiyetesi	21
2.9.4. Beden İmajının Değişmesi ve Beğenilmeme Anksiyetesi	21
2.9.5. Kendi Vücudunu Kontrol Edemeyeceği Korkusu	21
2.9.6. Vücut Parçalarını Kaybetme Korkusu	22
2.9.7. Ağrı Anksiyetesi	22
2.9.8. Ölüm Anksiyetesi	22
2.10. Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı	22
2.10.1. Psikolojik Hazırlık	22
2.10.2. Fizyolojik Hazırlık	23
2.10.2.1. Yaş	23
2.10.2.2. Ağrı	24
2.10.2.3. Beslenme	24
2.10.2.4. Sıvı-Elektrolit Dengesi	25
2.10.2.5. Enfeksiyon	25
2.10.2.6. Kardiyovasküler Fonksiyon	25

2.10.2.7. Pulmoner Fonksiyon	26
2.10.2.8. Renal Fonksiyon	26
2.10.2.9. Karaciğer fonksiyonu	27
2.10.2.10. Endokrin Fonksiyon	27
2.10.2.11. Nörolojik Fonksiyon	28
2.10.2.12. Hematolojik Fonksiyon	28
2.10.2.13. Kullanılan İlaçlar	28
2.10.3. Yasal Hazırlık (Ameliyat İzni)	29
2.10.4. Preoperatif Eğitim	29
2.10.4.1. Derin Solunum Egzersizleri	30
2.10.4.2. Öksürük Egzersizleri	31
2.10.4.3. Dönme Egzersizleri	31
2.10.4.4. Ekstremitte Egzersizleri	31
2.10.5. Hastanın Ameliyattan Önceki Gece Hazırlığı	32
2.10.5.1. Cilt Hazırlığı	32
2.10.5.2. Gastrointestinal Sistem Hazırlığı	32
2.10.5.3. Anestezi Hazırlığı	33
2.10.5.4. Uyku ve Dinlenmenin Sağlanması	33
2.10.6. Hastanın Ameliyat Günü Hazırlığı	33
2.10.6.1. Premedikasyon	34
2.10.7 Hastanın Ameliyathaneye Gönderilmesi	34
2.11. Postoperatif Dönemde Olası Komplikasyonlar	35
2.11.1. Solunum Sistemi İle İlgili Komplikasyonlar	35
2.11.1.1. Atelektazi	35
1.11.1.2. Pnömoni	36
1.11.1.3. Pulmoner Emboli	36
2.11.2. Dolaşım Sistemi İle İlgili Olası Komplikasyonlar	37
2.11.2.1. Hemoraji	37
2.11.2.2. Hipovolemik Şok	37
2.11.2.3. Tromboflebit	38
2.11.2.4. Trombüs	38
2.11.3. Üriner Sistemle İlgili Olası Komplikasyonlar	39

2.11.3.1. Üriner Retansiyon	39
2.11.3.2. Üriner Enfeksiyon	39
2.11.4. Gastrointestinal Sistem İle İlgili Olası Komplikasyonlar	39
2.11.4.1. Konstipasyon	39
2.11.4.2. Hıçkırık	40
2.11.4.3. Paralitık İleus (Adinamik İleus)	40
2.11.4.4. Karında Gerginlik	40
2.11.4.5. Bulantı ve Kusma	40
2.11.5. Deri Bütünlüğü İle İlgili Olası Komplikasyonlar	41
2.11.5.1. Yara Enfeksiyonu	41
2.11.5.2. Yara Açılması	42
2.11.5.3. Yara Eviserasyonu	42
2.11.6. Olası Psikiyatrik Komplikasyonlar	42
2.12. Postoperatif Hemşirelik Bakımı	43
<b>3. YÖNTEM VE GEREÇ</b>	<b>46</b>
3.1. Araştırmanın Şekli	46
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	46
3.3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklem Seçimi	46
3.4. Veri Toplama Yöntemi	46
3.5. Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	48
3.6. Araştırmanın Etik Yönü	48
3.7. Süre ve Olanaklar	48
<b>4. BULGULAR</b>	<b>49</b>
<b>5. TARTIŞMA</b>	<b>71</b>
<b>6. SONUÇ</b>	<b>83</b>
<b>KAYNAKLAR</b>	<b>85</b>
<b>EKLER</b>	<b>90</b>
Ek-1 Hasta Tanıtım ve Durumluk Anksiyete Düzeyi Formu	90
Ek-2 Sürekli Anksiyete Düzeyi Formu	91
Ek-3 Preoperatif Hazırlık Kontrol Listesi	92

**SİMGELER ve KISALTMALAR**

- ASA** : American Society Anesthesiologists (Amerikan Anesteziyoloji Derneği);  
Hastaları genel durumları ve risklerine göre ayırdıkları gruplamadır(60).
- DAP** : Durumluk Anksiyete Puanı
- HKS** : Hastanede Kalış Süresi
- SAP** : Sürekli Anksiyete Puanı
- SAI** : Stay Anxiety Inventory (Durumluk Anksiyete Envanteri)
- SH** : Standart Hata
- TAI** : Trait Anxiety Inventory (Sürekli Anksiyete Envanteri)
- X** : Ortalama





**ŞEKİLLER**

Şekil 1. Anksiyetenin Oluşumu	8
Şekil 2. Stresin Homeostatik Sistem Tarafından Dengelenmesi	10

**GRAFİKLER**

Grafik 1. Hastaların Ameliyat Grupları Bakımından Hastanede Kalış Süresi Ortalamalarının Karşılaştırılması	56
Grafik 2. Hastaların Ameliyat Grupları Bakımından DAP ve SAP Ortalamalarının Karşılaştırılması	56
Grafik 3: Hastaların ASA Gruplarına Göre Hastanede Kalış Süreleri	59
Grafik 4: Hastaların ASA Gruplarına Göre DAP ve SAP'ları Karşılaştırılması	59
Grafik 5: Hastaların ASA Gruplarına Göre Yaş Ortalamalarına Göre Dağılımları	60
Grafik 6. Hastaların Komplikasyon Görülüp-Görülme Açısından DAP ve SAP'larının Karşılaştırılması	62
Grafik 7. Hastaların Komplikasyon Görülüp-Görülme Açısından Hastanede Kalış Süreleri	62
Grafik 8. Hastalarda Komplikasyon Görülüp- Görülmemesinin Yaş İle İlişkisi	63

## TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1: Hastaları Tanıtıcı Bazı Özelliklerine Göre Dağılımları	49
Tablo 2: Hastaları Tanıtıcı Diğer Bazı Özelliklerine Göre Dağılımları	50
Tablo 3: Araştırmaya Katılan Hastaların Cinsiyetlerinin HKS, DAP, SAP ve Yaş Grupları Ortalamalarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi	51
Tablo 4: Hastaların Meslek Gruplarına Göre HKS, DAP, SAP ve Yaş Grupları Ortalamalarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi	52
Tablo 5: Hastaların Meslek Gruplarına Göre HKS, DAP, SAP ve Yaş Gruplarının Varyans Analizi İle Değerlendirilmesi	52
Tablo 6: Hastaların Eğitim Düzeylerinin HKS, DAP, SAP ve Yaş Grubu Ortalamalarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi	53
Tablo 7: Hastaların Eğitim Düzeylerinin HKS, DAP, SAP ve Yaş Gruplarının Varyans Analizi İle Değerlendirilmesi	54
Tablo 8: Hastaların Geçirdikleri Ameliyat Grupları Bakımından HKS, DAP, SAP, Yaş Grubu Ortalamalarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi	55
Tablo 9: Hastaların Geçirdikleri Ameliyat Grupları Bakımından HKS, DAP, SAP ve Yaş Gruplarının Varyans Analizi İle Değerlendirilmesi	55
Tablo 10: Hastaların ASA Grupları Bakımından HKS, DAP, SAP ve Yaş Grupları Ortalamalarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi	58
Tablo 11: Hastaların ASA Grupları Bakımından HKS, DAP, SAP ve Yaş Gruplarının Varyans Analizi İle Değerlendirilmesi	58
Tablo 12: Değişkenler Arasındaki Pearson İlişki Katsayıları Tablosu	61
Tablo 13: Komplikasyon Görülen ve Komplikasyon Görülmeyen Hastaların DAP, SAP, HKS ve Yaş Grupları Bakımından Karşılaştırılması	61
Tablo 14: Komplikasyon Görülen Hastalar İle Komplikasyon Görülmeyen Hastaların ASA Grupları Bakımından Karşılaştırılması	64
Tablo 15: DAP grupları ile SAP Gruplarının Karşılaştırılması	64
Tablo 16: Sürekli Anksiyete Puan Gruplarının Yaş Grupları İle Karşılaştırılması	65
Tablo 17: Hastaların Durumluk Anksiyete Puan Gruplarının Yaş Grupları İle Karşılaştırılması	65

<b>Tablo 18: Hastaların Durumluk Anksiyete Puan Gruplarının Komplikasyon Grupları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi</b>	<b>66</b>
<b>Tablo 19: Sürekli Anksiyete Puan Gruplarının Komplikasyon Görülen ve Komplikasyon Görülmeyen Hasta Grupları İle Karşılaştırılması</b>	<b>66</b>
<b>Tablo 20: Hastaların Yaş Grupları İle Komplikasyon Görülen ve Komplikasyon Görülmeyen Hasta Gruplarının Karşılaştırılması</b>	<b>67</b>
<b>Tablo 21: Hastalarda Görülen Komplikasyonların Meslek Gruplarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi</b>	<b>67</b>
<b>Tablo 22: Komplikasyonların Hastaların Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımlarının İncelenmesi</b>	<b>68</b>
<b>Tablo 23: Hastaların Cinsiyetlerine Göre Komplikasyonların Dağılımı</b>	<b>68</b>
<b>Tablo 24: Hastalarda Görülen Komplikasyonların ASA Gruplarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi</b>	<b>69</b>
<b>Tablo 25: Hastalarda Görülen Komplikasyonların Ameliyat Gruplarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi</b>	<b>70</b>

## ÖZET

### **Cerrahi Hastalarda Preoperatif Anksiyetenin Postoperatif Komplikasyonlarla İlişkisinin İncelenmesi.**

Bu araştırma Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Hastanesi cerrahi servisindeki hastalarda preoperatif anksiyetenin postoperatif dönemde olası komplikasyonlarla ilişkisini incelemeyi amaçlamaktadır. Bu çalışma tanımlayıcı bir çalışma olarak planlandı.

Çalışmaya 52'si herni, 38'ini tiroid hastalıkları, 60'ı kolelitiazis nedeniyle opere edilen toplam 150 hasta alınmıştır. Hastaların sosyodemografik özellikleri belirlendi ve Stait –Trait Anxiety Inventory=(Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri) ile anksiyete düzeyleri ölçüldü.

Elde edilen veriler kodlanarak SPSS programına yüklendi. İstatistiksel analiz için Perason  $X^2$  testi, student t-testi ve varyans analizi uygulandı.

Sonuç olarak; elektif ameliyat olmak için cerrahi servisine yatan hastalarda preoperatif anksiyetenin postoperatif komplikasyonlarla ilişkili olabileceği saptanmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Anksiyete, preoperatif anksiyete, cerrahi hasta, elektif cerrahi, postoperatif komplikasyon

## **SUMMARY**

### **The Relation Between Preoperative Anxiety and Complications at Postoperative Period in Surgical Patients**

This research aims to investigate the relation between preoperative anxiety and possible complications at postoperative period in the patients at surgical wards of Afyon Kocatepe University Ahmet Necdet Sezer Hospital. This study was planned as supplementary study.

Totally 150 patients were included in the study, 52 of them operated for hernia, 38 of them operated for thyroid diseases and 60 of them operated for cholelithiasis. Socio-demographic characteristics were collected and anxiety level of patients were measured by State-Trait Anxiety Inventory. Available data coded and transferred to SPSS program. Pearson Chi-square, student t-test, variance analysis were performed for statistical analysis.

In conclusion; postoperative complications the patients who are admitted to surgery department for elective operations, could be related to preoperative anxiety.

**Key words:** Anxiety, preoperative anxiety, elective surgery, surgery patients, postoperative complication.

## 1. GİRİŞ

Anksiyete ya da günlük yaşamda kullanım ifadesiyle bunaltı ya da sıkıntı, birey için rahatsızlık oluşturan herhangi bir durum veya tehlike algısına karşı ortaya çıkan evrensel bir yanıtıdır (1). Başka bir ifadeyle anksiyete; her zaman her koşulda görülebilen, sıklıkla fizyolojik belirtilerin eşlik ettiği tedirginlik, kaygı, bunaltı biçiminde hissedilen hoş olmayan bir duygusal durumdur (1, 2). Kişi bunu sanki kötü bir şey olacakmış gibi nedeni belirsiz bir sıkıntı, endişe duygusu olarak algılar. Oysa “korku” da neden (kedi, köpek, şimşek, fırtına, yüksek yerler, kan görme, uçağa binme gibi) bellidir. Anksiyete, çok hafif bir tedirginlik veya gerginlik duygusundan panik derecesine kadar varan değişik yoğunluklarda yaşanabilir (3, 4).

Hastalanma ve hastaneye yatma, ameliyat olma gibi durumlar insanın yaşamında büyük önem taşıyan olaylardır. Bireyi ve yakınlarını birçok yönden üzen bu gibi olaylar, bireyin yaşamında güç ve sıkıntılı dönemler oluşturmaktadır. Duygusal dengesi bozulan bireyde içsel gerginlik artar, anksiyete belirtileri görülür ve duygusal huzursuzluk ortaya çıkar (5, 6).

Cerrahi girişim, bireyde doğrudan fiziksel tehdit altında hissetme ve bir yaşam krizine neden olur. Cerrahi girişim uygulanacak hastalarda genel olarak anestezi kaygısı, ölüm riskine ilişkin endişeler, özürlü olacağı endişesi, ağrıdan korkma, beden üzerinde denetimini kaybedeceği endişesi, cinsel yeterliliğini kayıp korkusu, çalışabilirliğini kaybedeceği endişesi gibi şekillerde gelişir (7-9).

Yukarıdakilere ilave olarak; hasta yakınmalarının giderilip giderilemeyeceği, beslenme ve boşaltım gibi gereksinimlerinin karşılanıp karşılanamayacağı gibi, sorunları biriyle paylaşıp paylaşamayacağı konusunda da kaygılanır. Dolayısı ile hasta iyileşebilmek için sağlık çalışanlarına, bakım için çevresindeki insanlara ihtiyaç duyar (9, 10).

Günümüzde çağdaş hemşirelerin görevleri arasında eğitici rolünün önemi bilinen bir gerçektir. Preoperatif dönemde bilgi eksikliği hastalarda anksiyeteye neden olmaktadır. Preoperatif dönemde hastaya verilecek etkili bir eğitim, hastaların anksiyetesini azaltmakta, postoperatif dönemde ağrı kontrolüne yardım etmekte, bakıma katılımlarını ve kendi yaşamlarını kontrol etme duygusunu artırmaktadır.

Ayrıca preoperatif eğitim, erken taburcu olma ve hastanın günlük yaşantısına dönmesine yardımcı olmaktadır (11, 12).

Bu araştırmada; bütün bu açıklamalardan yola çıkarak preoperatif dönemde ortaya çıkan anksiyete düzeyinin postoperatif dönemde gelişebilecek olası komplikasyonlarla ilişkisinin olup olmadığı araştırılmıştır.

### **1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi**

Cerrahi servisinde uygulanmakta olan preoperatif eğitimin hasta bakım sonuçları üzerine etkisinin yanı sıra, ameliyat öncesi anksiyetenin ameliyat sonrası dönemde olası komplikasyonlarla ilişkisinin olup olmadığı incelenmiştir.

Yapılan araştırmalar ve gözlemler; cerrahi hastalarının ameliyata hazırlanmaları konusunda preoperatif hazırlık ve özellikle psikolojik destek sağlamada hemşirelerin günlük yoğun çalışma koşulları nedeniyle etkili bir şekilde yapılamadığını göstermektedir (7, 13).

Ameliyat öncesi dönemde preoperatif eğitimin hemşirelik uygulamaları açısından önemi büyüktür. Hastalar açısından ameliyat ve sonrası dönemde yaşayacakları ağrı, belli bir süre hareketlerinin kısıtlanması, beslenme konusunda yaşayacakları kısıtlılıklar v.b. gibi durumlar nedeniyle anksiyete oluşmakta ve postoperatif dönemde birtakım komplikasyonlara neden olabilmektedir. Dolayısı ile preoperatif dönemde uygulanacak etkili bir eğitim ve psikolojik destek sonucunda hastaların anksiyeteleri azalmakta, postoperatif dönemde kendi bakımlarına katılımları artmakta ve ağrı kesiciye olan gereksinimleri azalmaktadır. Ayrıca erken taburcu olma konusunda büyük önem taşımaktadır (14, 15).

## 2. KONU İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

### 2.1. Korku

Korku ve anksiyete, günlük yaşamda çok sık ve yanlış olarak birbirlerinin yerine kullanılan iki terimdir. Korku kesin bilinen ve dıştan gelen bir tehdit karşısında hissedilen tepki; anksiyete ise nedeni bilinmeyen, karmaşık ve içten gelen bir tehde verilen tepkidir. Bu fark şöyle bir örnekle de anlaşılabilir: Hızla yaklaşan bir arabadan duyulan korku, ancak yabancılarla dolu kalabalık bir salonda duyulan ise anksiyetedir (1, 16).

### 2.2. Anksiyete Nedir?

Anksiyete sözcüğü, sıkışma ve darlık anlamına gelen indogermanik “angh” kökünden türetilmiştir. Değişik kültür ve dillerde farklı anlamlar çağrıştırır. Örneğin, Almanca “angst” sözcüğü, İngilizce “dread” (önceden korkma) veya “foreboding” (kötü bir şey olacağını hissetme) anlamında kullanılır. İngilizce konuşan ülkelerde “anxiety” sözcüğü yaygın olarak kullanıldığı gibi dünya literatürüne de bu şekilde girmiştir. Türkçe’de “bun”, “bunaltı”, “can sıkıntısı” veya “hoş olmayan heyecansal bir endişe hali” olarak tanımlanabilir (17).

Anksiyete, belirsiz bir tehlike hissiyle kendini gösteren, yaygın ve çoğunlukla otonom belirtilerle bir arada görülen herkesin zaman zaman hissettiği bir duygudur. Aynı zamanda anksiyete, kişiye tehlikeyi haber veren ve bu tehlikeyle başa çıkması için önlem almaya iten bir sinyaldir (18).

Herkes yaşamında bir çok kez çeşitli boyutlarda anksiyete yaşamaktadır. Anksiyete çoğu zaman herhangi bir hastalık belirtisi olmaksızın yaşamın olağan bir parçası olarak yaşanır. Bireyler anksiyeteyi genellikle; bir kayıp ya da bir tehdit olarak algıladıkları şu gibi durumlarda yaşarlar: sağlığın sürdürülmesi ve korunmasında tehdit, benlik saygısında azalma ve benlik algısında azalma, bireyin kendini ve yaşamını kontrol etmede yetersizlik, statü ve prestij korunmasında güçlük, emosyonel, fiziksel, ekonomik, sosyal ve kültürel sorunlar, sevilen kişilerin kaybı, özgürlük ve bağımsızlığın kaybı, gereksinimlerin karşılanamaması, istekler ve beklentilerin gerçekleşmemesi. (19).



Normalde anksiyete uyum sağlayıcı bir işlev görür. Kişiyi içten ve dıştan gelen tehditlere karşı önlem alması konusunda uyarır (20). Anksiyete yaşantısının iki temel bileşeni vardır. Kişi, anksiyete yaşadığının hem bilişsel hem de fizyolojik olarak farkına varır. Bilişsel açıdan anksiyete kişide düşünme, algılama ve öğrenmeyi etkiler. Algılamada çarpıtma, kişi, yer ve zaman yönelimiyle ilgili bozukluklar, yoğunlaşma zorlukları ortaya çıkabilir. Anksiyete düzeyi yüksek kişilerin tehlike olarak algıladıkları uyarılarla ilgili dikkatleri seçici olarak artmıştır (18).

Anksiyete hisseden kişide bazı fizyolojik değişiklikler ortaya çıkar. Bunlar anksiyetenin periferik belirtileri olarak tanımlanır. Bu belirtiler, çarpıntı, huzursuzluk (yerinde duramama), sersemlik, titreme, terleme, reflekslerde canlılık, hipertansiyon, pupillerde genişleme, senkop, ekstremitelerde karıncalanma, epigastrik rahatsızlık, sık idrar yapma olarak sıralanabilir (18, 21).

### **2.3. Stres Nedir?**

Stres, günlük hayat süreci içinde sıkça karşılaştığımız bir durum olup adeta normal hayatın gereklerinden birisidir. Kelime olarak zorlanma-yüklenme anlamına gelir. Stresi tanımlamada üç büyük yaklaşım vardır. Bunlar :

- Uyarın modeli
- Tepki modeli
- Tranksaksiyonel model

#### **2.3.1. Uyarın Modeline Göre Stres**

Bireyin dışında, çevresinde onu etkileyen zorlayan bir durumun (aşırı gürültü, aşırı soğuk gibi) varlığı ile ortaya çıkar. Çevredeki değişiklikler hoş olsun ya da olmasın stresin düzeyi doğrudan doğruya bireyin uyum sağlayıcı düzeneklerinde değişiklik oluşturan gereksinimlerin miktarı ile ilgilidir.

Bu modele göre ortaya çıkan tüm etkilerin nedeni aynı olup bunların farklı bireylerdeki etkileri benzerdir (22).

#### **2.3.2. Tepki Modeline Göre Stres**

Bu yaklaşıma göre stres yaşayan birey buna karşı fizyolojik, heyecansal ve zihinsel yanıtlar verir. Bu modeli ele alarak açıklamaya çalışan Hans Selye'nin

görüşü büyük kabul görmüştür. Selye'ye göre stres dinamik bir durum olup oluştuğu anda bireyin vücut direncini tehlikeli ve tehditkar objeye karşı artırır.

Hans Selye, bedenin stresörlere; hücre ve doku düzeyinde lokal olarak tepki verebileceğini ya da kan basıncında, kalp hızında, beden ısısında ve sıvı- elektrolit dengesindeki değişikliklere yol açan sistemik tepki verebileceğini genel adaptasyon sendromu ile açıklar (22).

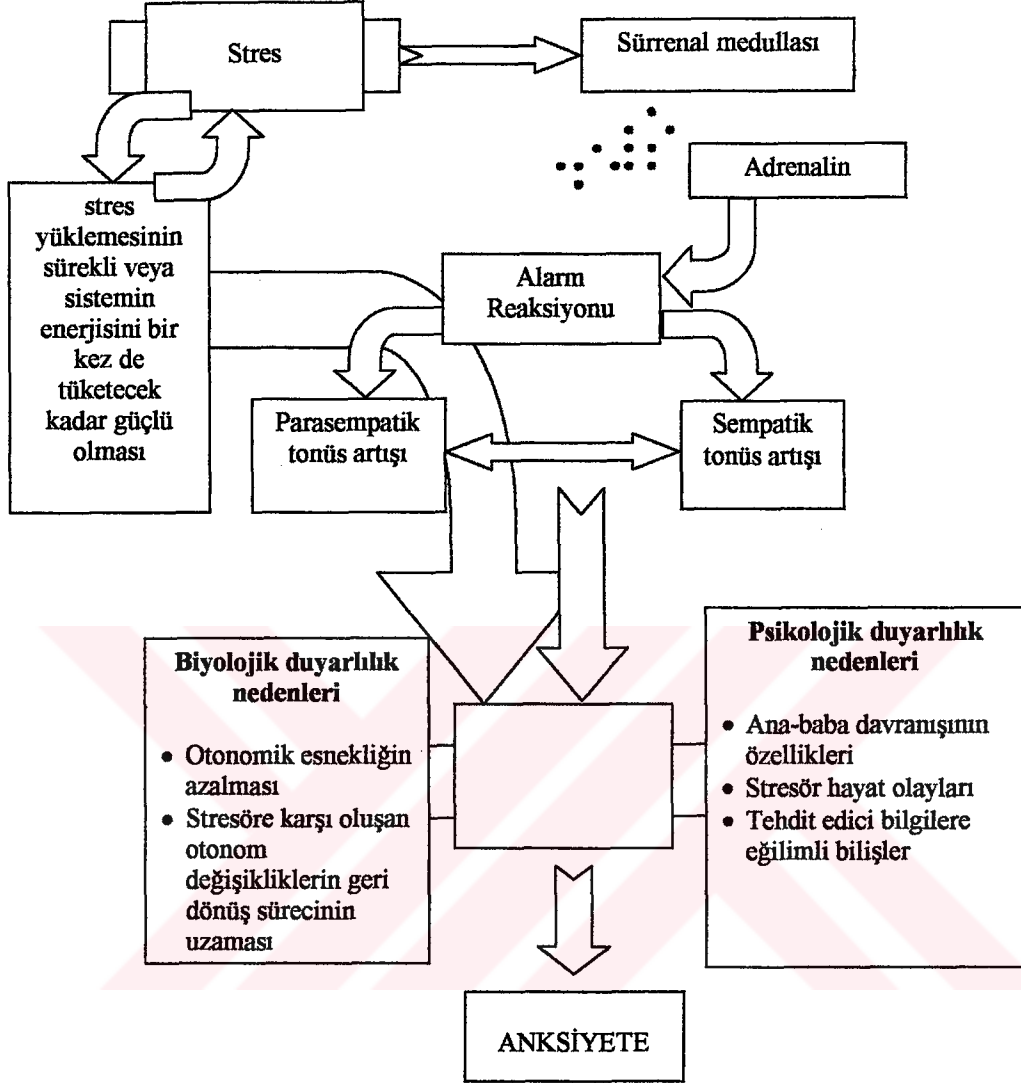
### **2.3.3. Transaksiyonel Modele Göre Stres**

Lazarus, bireylerin düşünme, hatırlama, olaylara verdiği anlam ve değer ile çevre arasındaki etkileşime bağlı olarak stres yaşadıklarını ileri sürer. Dolayısıyla Lazarus strese kognitif, fenomenolejik ve transaksiyonel yönden bir yaklaşım getirir (22).

Freudien; İnsan davranışları ve duygularının oluşması için gerekli tepkimeler "id" isimli katmandan gelir. İd'den gelen istekler "ego" ya ulaşır ve ego "süperego'nun" kuralları çerçevesinde istekler uygular veya uygulamaz. İlkel benin istekleri ve üst benin sınırlamaları arasında ortaya çıkan çatışmanın çözümünde, ego'nun kullandığı araçlardan en önemlileri savunma düzenekleri ile başa çıkma yöntemleridir (21).

Beklenmedik kayıplar, stres yaratıcı olaylar, tecavüz ve savaş gibi olağanüstü hayat olaylarının stresin ortaya çıkmasına neden olması çok doğaldır. Tehlikeli ve tehdit edici olarak algılanan tüm olaylar stresle sonuçlanabilirler (7).

Stresin ortaya çıkması tek başına önemli bir problem oluşturmaz çünkü daha önce de belirtildiği gibi stres zaten normal hayatımızın bir parçasıdır ve ortaya çıkan stres vücudun 'homeostatik sistemi' tarafından dengelenir (21).



**Şekil 1: Anksiyetenin Oluşumu (21).**

#### 2.4. Anksiyetenin Organizmaya Etkisi

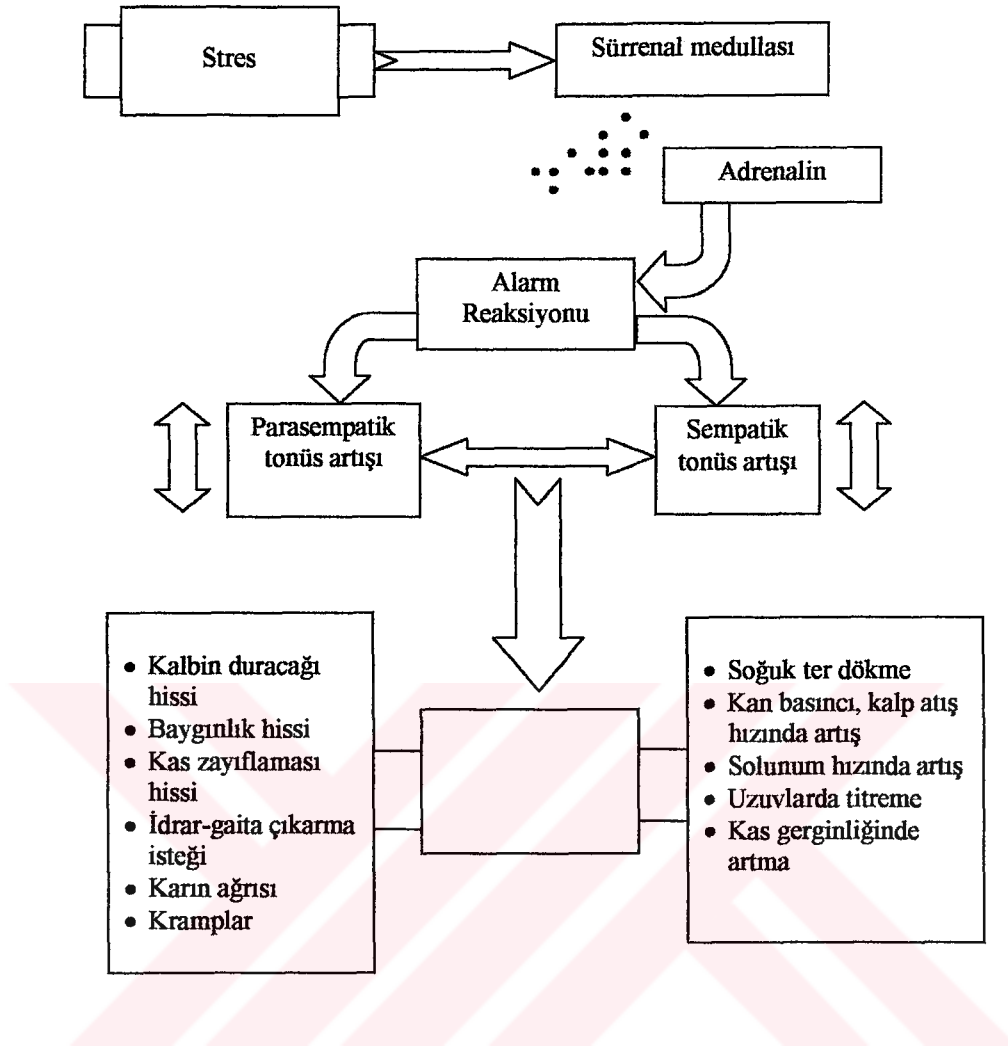
Organizma herhangi bir stresör ile karşılaştığı zaman ya bununla mücadele eder ya da kaçar. Böylece iç dengeyi sağlamaya çalışır. Bu sırada organizmanın tüm sistemlerinin işleyişinden sorumlu olan hipotalamus uyarılır. Uyarılan hipotalamus adenohipofizi etkileyerek glikokortikoidlerin ve mineralokortikoidlerin (özellikle aldosteron) salgılanmasına neden olur. Otonom sinir sisteminin etkilenmesi ile sempatik sinirler adrenal medullayı etkileyerek adrenalin ya da noradrenalin salgılanmasına neden olur. “Savaş ya da kaç” hormonu olarak adlandırılan bu hormonlar vücudu acil durumlara hazırlar. Örneğin arter duvarlarını daraltarak kalp

atım sayısını artırır. Kan basıncının yükselmesine neden olurlar (böylece hayati organlara kan takviyesi yapılır). Karaciğerdeki glikojenin glikoza çevrilip kana karışmasına, dolayısıyla yüksek enerji salıverilmesine neden olurlar. Bronş çeperlerini açarak vücuda daha çok oksijen alınmasını sağlarlar. Diğer taraftan kortizon hormonunun salgılanması, vücudun strese karşı olan direncini yükseltir (22).

Stresörler ortadan kalktığı zaman stresin etkileri kısa sürede kaybolur. Bireyler stresörle karşılaştıkları zaman oldukça geniş sınırlar içinde dalgalanan bir otonom cevap verirler ve bu cevabın yansıması olan belirtileri geçici olarak yaşarlar. Asıl problem denge kurulamadığı zaman ortaya çıkar çünkü dengenin kurulamaması stres'in anksiyeteye dönüşmesine neden olur (9, 21).

Stresin anksiyeteye dönüşmesine neden olan faktörler şu şekilde sıralanabilir:

- Stres yükselmesinin sürekli veya sistemin enerjisini bir kerede tüketecek kadar şiddetli olması
- Biyolojik duyarlılık; otonomik esnekliğin azalması, stresöre karşı oluşan otonom değişikliklerin geriye dönüş sürecinin uzaması
- Psikolojik duyarlılık; ana-baba davranışının özellikleri, stresör hayat olayları, tehdit edici bilgilere eğilimli kişiler (21).



Şekil 2: Stresin Homeostatik Sistem Tarafından Dengelenmesi (21).

## 2.5. Anksiyete Kuramları

### 2.5.1. Antik Köken

Anksiyete, Hint-Germen kökeninden ortaya çıkan “Angh” sözcüğünden türemiş olup “sıkıca bastırmak, boğazını sıkıkmak, sıkıntı ve tasalanma” anlamına gelmektedir (Lewis). Anksiyete kavramının batı tarihinde gösterdiği değişim McReynolds tarafından incelenmiştir. Bu duygu ile ilgili ilk yazılı kanıt, Sümerler’in Gılgamış Destanı’nda bulunmaktadır. Milattan önce 3. bin yıldan günümüze kadar gelen bu destanda Gılgamış, kendi ölümlülüğü ile ilgili endişelerini dile getirmektedir. Antik çağlardan beri, insanlar anksiyeteyi açıklamaya ve onunla başa

çıkarmaya çalışmıştır. Çoğu zaman anksiyetenin tanrılardan, kötü ruhlardan ya da büyüden kaynaklandığı düşünülmüştür (23).

Doğaüstü güçlere daha az inanan eski Yunanlılar anksiyeteyi dinginliğe ulaşarak kontrol etmeye çalışmışlardır. Atomik kuramın beşinci yüzyılda yaşamış olan babası Abdera'lı Demokritos'a göre "Hareketin sonu dinginliktir. Dinginlik, ruhun huzurlu ve güçlü olduğu, korku, doğaüstü güçler ya da diğer duygular tarafından rahatsız edilmediği bir durumdur." Aeschylus, bir kişinin kendi hareketlerinin sorumluluğunu alması ve seçenekler arasında seçim yapması gerekliliği kavramıyla, anksiyetenin günümüzdeki çatışma kuramını önceden sezmiştir. Eflatun, akıl ile tutku arasındaki ayırımın önemini vurgulamıştır. Aristo ise "korku, yıkıcı ve acı verici türde bir kötülüğün zihinsel görüntüsünden kaynaklanan acı ya da rahatsızlıktır" diye yazmıştır. Cicero, Freud'un gerçekçi korku ile anksiyete ayırımını ve Cattell'in anksiyete hali ve anksiyete özelliği kavramlarını önceden sezerek, "angor" (öfke)- geçici bir durum ve "anxietas" (anksiyete)- sonsuz bir eğilim kavramlarını birbirinden ayırmıştır (23).

### 2.5.2. Başlıca Dinler

Doğuda, Budizm, anksiyeteyi azaltmak için, acı ve zevke kayıtsız kalınarak kişinin kaderini kabul etmesini önermiştir. Taoizm evrenle uyum içinde olmayı önermiştir. Konfüçyüs'e göre doğru olanı yapmak kişiyi anksiyeteden kurtarabilir. Hıristiyanlık günah fikrini ortaya çıkarmıştır. Hıristiyanlar için anksiyetenin nedeni, kişinin sorumluluklarını yerine getirememesi ya da suçluluktadır (23).

### 2.5.3. Rönesans, aydınlanma ve romantizm

Rönesans anksiyetenin kökenini insanın içine yerleştirerek kendi kendini incelemenin önemini vurgulamıştır. Montaigne, değiştirilmiş haliyle İkinci Dünya Savaşında bir slogan haline alan "en çok korktuğum şey korkunun kendisidir" sözünü söylemiştir. Spinoza'ya göre korkuyla karışmamış umut olmadığı gibi, umutla karışmamış korkuda yoktur. On sekizinci yüzyılda James Long, belirsizliğin anksiyeteye yol açabileceği görüşünü ortaya atmıştır. On dokuzuncu yüzyılda Kierkegaard, anksiyetenin özgürlük ve suçluluk bilincinden kaynaklanan, hiçlik ve var olmama korkusuyla oluşan bir duygu olduğu ve bu nedenle insan ruhunun

ulaşacağı doğal bir sonuç olduğunu vurgulamıştır. Yine Kierkaard, “bir kişi için gerçek, onu kendi hareketleriyle nasıl oluşturduğudur. Kişilik, bireyin anksiyeteye başa çıkabilme ve onu aşabilme kapasitesine bağlıdır” demiştir. Aralarında Sartre, Tillich ve May’in de bulunduğu diğer varoluşçu filozoflar da benzer düşünceler ileri sürmüşlerdir (23).

#### 2.5.4. Psikanalitik kuram

Erken psikanalitik kuramcılar anksiyetenin çatışma sonucunda oluştuğunu kabul etmişlerdir (Trautman). Cicero gibi Freud da korkuyu gerçek bir tehdide, anksiyeteyi ise içsel bir tehlikeye karşı geliştirilen tepki şeklinde ayırmıştır. Freud’a göre insan davranışları tüm yönleriyle uyumu sağlamaya yönelik bir amaç taşır. Hiçbir davranış rastlantısal değildir ve organizmanın yaptığı her şey yaşamı sürdürme çabasının farklı biçimleridir. Freud anksiyete kavramını üç başlık altında toplamıştır:

1. Objektif ya da Gerçek Anksiyete: Birey dıştan gelen tehlikeleri algılar ve sıkıntı duyar. Bu korku ile eş anlamlıdır. Benlik, alt benliğin gereksinimlerine doyum sağlamaya çalışırken, dış dünyanın gerçekleri karşısında zorlandığında ortaya çıkan anksiyete durumudur.

2. Moral Anksiyete: Benliğin bilinçaltı gereksinimlere doyum sağlama çabası aynı zamanda üstbenliğin moral isteklerine de uygun olmalıdır. Bunun gerçekleştirilemediği durumlarda üstbenlikten yöneltilen, suçlama, utanma, aşağılama gibi suçluluk yaratan duyguların neden olduğu bir anksiyete halidir.

3. Nevrotik Anksiyete: Benlik, altbenlikten kaynaklı dürtüsel baskılar karşısında zorlandığında, dürtüsel baskıların şiddetlendiği durumlarda yaşanan “benlik bütünlüğü”nün tehdit altında olduğu duygusudur (17, 23).

Freud’u izleyenlerden Sullivan, anksiyete oluşumunda kişiler arası ilişkiye önem vermiştir. Ona göre insan, bir yandan sevgi, yakınlık gereksinimleri, diğer yandan bağımsızlık gereksinimi yaşayan bir varlıktır. Sullivan, kişinin, önemli olarak kabul edilen kişilerce onaylanmayacağı ya da reddedileceği beklentisinin anksiyete oluşumundaki rolü ile, bastırılmış düşmanlık duygularının öneminden söz eder. Savunma düzeneklerine “kendilik sistemi” kavramıyla yaklaşır, bireyi kendisine zarar verecek olan anksiyeteden korumaya yönelik olarak kullanılan ruhsal

düzeneklerden söz eder. Bunlar bazı olaylar ya da dürtülerin bilinçten uzaklaştırılması amacıyla, farkındalığın kontrol edilmesini temel alırlar. Seçici dikkatsizlik, yer değiştirme ya da çözüme gibi, gerçekliği bozarak anksiyeteyi azaltırlar (17).

Karen Horney ise “temel anksiyete” (basic anxiety) kavramını geliştirmiştir. Kaygı ve korkuyu eşanlamlı kullanır. Ona göre temel anksiyete doğuştan itibaren mevcuttur ve ortaya çıkmasında doğadaki çeşitli güçler ve ölüm duygusu rol oynar (17).

Eric From ise anksiyetenin kültürel bir olay olduğunu, kişinin yaşadığı çaresizlik, yalnızlık ve çevreye yabancılaşma duygularının rollerini vurgular (17).

### 2.5.5. Ego Psikolojisi Kuramı

Bu kuramcılar; Mahler, Hartmann, Jacobson’a göre anksiyete, çocuk ile yaşadığı ortam arasındaki ilk ilişkilerle ilgilidir (17). Bebek dış dünyayı ve kendisini bir bütün olarak değil, parçalardan oluşmuş imajlar olarak algılar. Bu imajlar içinde bebeğe acı verenler kötü, bu acılardan kurtarıp rahatlatanlar ise iyi parçalardır. Bu algılamalar imajlar ve daha sonra tasarımlar halinde giderek bütünleşirler. Bu süreç içinde yeterli ve gerekli miktarda doyum verici yaşantılar yoksa, olumsuz kötü yaşantı imaj veya tasarımları daha çoğunluktaysa, bütünlüğün oluşması zorlaşır. Kötü yaşantı parçacıkları bütüne katılmakta zorlanır ve bütünleşmeyi tehdit eder. İşte bu olumsuz yaşantı parçalarının bütünlüğü tehdit ediyor olması durumlarında, benlik bölünme (splitting), yansıtma (projeksiyon) vb. düzeneklerle kötü parçaları bütünden ayrı tutmaya çalışır. Bu da erişkin dönemde “persekütuar anksiyete’nin” (kötülük görme anksiyetesi) oluşmasına yol açar (17).

Ego psikolojisi ile uğraşanlar ve özellikle obje ilişkileri kuramcıları (Kernberg, Kohut, Volkan) bu noktada şu önemli katkıyı yapmışlardır. Onlara göre savunma düzenekleri iki ana gruba ayrılır (17):

1. Aşağı düzeydeki savunma düzenekleri: bunlar bölünme ve bölünmeyi destekleyen savunma düzenekleri; inkar (denial), yansıtma (projeksiyon), yansıtımlı özdeşim (projektif idantifikasyon) vb. savunma düzenekleridir.

2. Yukarı düzeydeki savunma düzenekleri: bastırma ve bastırmayı destekleyen savunma düzenekleri; çözüme, bedenselleştirme, yer değiştirme, yalıtma



(izolasyon), karşıt tepki oluşturma (reaksiyon formasyon), yapma-bozma, akla uydurma (rasyonalizasyon), gerileme (regresyon) vb. savunma düzenekleridir.

Bu yaklaşıma göre, ruhsal aygıtın dizgelerinin (üstbenlik, benlik, altbenlik) bütünlüklerinin oluştukları durumlarda, ortaya çıkabilecek intersistemik çatışmalarda, bastırma düzeneğinin ve bu düzeneğe yardımcı olan diğer savunma düzeneklerinin devreye girmesi ile anksiyete bozuklukları ortaya çıkar (17).

Öğrenme kuramcılarına (Watson, Mergan, Rayner) göre anksiyete, öğrenilmiş bir süreçtir ve açlık, cinsellik gibi biyolojik kökenli birincil dürtüler yanında anksiyete, insanı güdüleyici bir güç olarak görev yapan ikincil bir dürtüdür (24).

### **2.5.6. Davranışçı Kuram**

Bu kuramda, Pavlov ve sonradan gelen davranışçı psikologlar anksiyeteyi açıklamak için değişik bir yol kullanmıştır. Pavlov, anksiyeteyi, daha önceden nötr olan bir uyarının hoşlanılmayan başka bir uyarıcıyla birleştirilmesi sonucunda ortaya çıkan koşullandırılmış bir tepki olarak görmüştür (23). İki uyarının defalarca birlikte verildiklerinde, daha önceden nötr halde bulunan uyarının, kaçınmalı uyarının affektif ve fizyolojik özelliklerini kazandığı görülmüştür. Daha sonra Skinner, Hall ve Lindzey, korku tepkisine yol açan ve güçlendiren olasılıkları incelemiştir. Mowrer ise anksiyetenin uyarın tepki modelini geliştirmiştir (23).

### **2.5.7. Bilişsel Kuram**

Bilişsel kuramın öncüleri Beck, Clark, Emery, Mathews'e göre anksiyetenin nedeni olayların kendisi değil, kişinin beklentileri, bu olayları nasıl ve ne biçimde algılayıp yorumladığı ile ilgilidir. Kişiler bazı uyarınları zarar ve tehlike beklentisi olarak değerlendirmeyi öğrenirler. Bu öğrenme gözlemlerle, bilgilendirilme ya da tepkisel koşullanma ile oluşur. Tehlike ve ya zarar görme beklentisi ne kadar çoksa anksiyetede o oranda artar. Clark ve Beck, bilişsel şemaların çocukluk döneminde oluştuğunu ve bunların duygusal tepkileri otomatik olarak tetiklediğini öne sürmüşlerdir (23).

Bütün bu yaklaşımlar "anksiyete'yi" değişik boyutlarda algılamamıza ve öğrenmemize yardımcıdır. Sonuç olarak anksiyetenin dört elemanı vardır:

1. Bilişsel yanı (kişinin yaşadığı kaygı durumu).

2. Duygusal yanı (korku, huzursuzluk, endişe, çaresizlik, alarm duygusu, panik vb. hoş olmayan duyguların yaşanması).
3. Davranışsal yanı (anksiyete yaratan durumdan kaçınma davranışıdır).
4. Fizyolojik yanı (anksiyetenin neden olduğu bedensel belirtiler) (17, 23).

### 2.5.8. Spilberger'in Anksiyete Kuramı

Anksiyete (kaygı), insanın temel duygularından biri olarak kabul edilebilir. Hepimiz, tehlikeli gördüğümüz durumlarda bir miktar kaygı duyarız. Dışçı koltuğunda otururken, sınav kapısında beklerken, uçağa binmeden ya da bir ameliyata girmeden önce tedirgin ve huzursuz oluruz. Tehlikeli koşulların oluşturduğu bu kaygı türü genellikle her bireyin yaşadığı geçici, duruma bağlı bir kaygı oluşturur. Buna "Durumluk Kaygı" denir.

Durumluk Kaygı (A-State), bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği subjektif korkudur. Fizyolojik olarak da otonom sinir sisteminde meydana gelen bir uyarılma sonucu terleme, sararma, kızarma ve titreme gibi fiziksel değişimler, bireyin gerilim ve huzursuzluk duygularının göstergeleridir. Stresin yoğun olduğu zamanlar durumluk kaygı seviyesinde yükselme, stres ortadan kalkınca da düşme olur.

Kimileri sürekli, olarak huzursuzluk içinde yaşar. Genellikle mutsuzdur. Doğrudan doğruya çevreden gelen tehlikelere bağlı olmayan bu kaygı türü içten kaynaklanır. Özdeğerlerinin tehdit edildiğini zannetmesi ya da içinde bulunduğu durumları stresli olarak yorumlaması sonucu birey kaygı duyar. Buna da "Sürekli Kaygı" denir.

Sürekli Kaygı (A-Trait), bireyin kaygı yaşantısına olan yatkınlığıdır. Buna, kişinin içinde bulunduğu durumları genellikle stresli olarak algılama ya da stresli olarak yorumlama eğilimi de denilebilir. Objektif kriterlere göre nötr olan durumların bireyler tarafından tehlikeli ve özünü tehdit edici (küçültücü) olarak algılaması sonucu oluşan hoşnutsuzluk ve mutsuzluk duygusudur. Bu tür kaygı seviyesi yüksek olan bireylerin kolaylıkla incindikleri ve karamsarlığa büründükleri görülür. Bu bireyler durumluk kaygıyı da diğerlerinden daha sık ve yoğun yaşarlar (25, 26).

## **2.6. Anksiyete Düzeyleri**

Anksiyetenin varlığını gösteren belirtiler; hafif, orta, şiddetli ve panik düzeylerde yaşanır. Hay anksiyetede dört düzey tanımlamaktadır.

### **2.6.1. Hafif Anksiyete (Mild Anxiety)**

Hafif düzeyde anksiyete uyanıklık ile eşdeğerdir. Bu düzeyde birey görür, işitir ve daha öncesine göre durumu daha çok kavrar. Birey olaylar arasındaki bağlantıyı görebilir, bu bağlantıları sözel olarak diğer kişilere açıklayabilir. Konuşma hızı ve şiddeti, konuşma içeriği ile uyumludur. Sözel olmayan davranışlar bireyin tetikte, güvenli ve göreceli olarak tehlikeden uzak olduğunu yansıtır.

### **2.6.2. Orta Düzeyde Anksiyete (Moderate Anxiety)**

İletişim ve kavrama becerisinde azalma vardır. Kas gerginliği, tansiyon, nabız ve solunum sayısında artma, hafif terleme ve baş ağrısı mide şikayetleri gibi hafif somatik belirtiler görülebilir. Güven duygusu azalmıştır, endişeli, ürkek, hassas, sabırsız, heyecanlı olabilir. Algılama alanı daralmıştır. Öğrenme ve problem çözme az da olsa devam eder. Bu kişiler anksiyetenin azaltılması için yönlendirilebilirler. Birey uzun süre bir yerde oturamaz, uyarılar yanlış yorumlanabilir. Konuşma hızı ve şiddeti çoğu kez artar, vücut pozisyonu sık sık değişir ve ara sıra göz teması kurulur. Bu düzeyde anksiyetesi olan bireyler sorumluluk alma ve sosyal toplantılara katılma konusunda çekimserdirler.

### **2.6.3. Şiddetli Anksiyete (Severe Anxiety)**

Birey çevresinde olup bitenleri algılamada güçlük çeker. Bu düzeyde anksiyetede öğrenme ve problem çözme mümkün değildir. Birey sadece ayrıntıları kavrar, fiziksel ve duygusal huzursuzluk vardır. Ayrıntılar kavrandığı halde, bunlar arasındaki bağlantı ayırt edilemez. Baş ağrısı, bulantı, titreme, baş dönmesi, korku, ürperme, isteksizlik bu düzeyde görülür. Yüksek sesle ve hızlı bir şekilde konuşur, göz teması zayıftır. Sözsüz davranışlar, elleri ovuşturma, yüzün buruşturulması ve aşağı yukarı yürüme şeklinde olabilir.

#### **2.6.4. Panik Düzeyde Anksiyete**

Anksiyetenin en yoğun yaşandığı düzeydir. Birey iletişim ve işlev yapmada yetersizdir. Birey başkası tarafından uyarılsa bile kendine gelmez. Rahatlaması için yardıma gereksinimi vardır. Dispne, boğulma tıkanma hissi, baş dönmesi, baygınlık hissi, çarpıntı, göğüs ağrısı gibi belirtilerin yanı sıra tabloya sıklıkla ölüm korkusu, delirme ya da kontrolü kaybetme konusu gibi belirtiler eklenir. Birey kendisini ya da çevresini değişmiş ve gerçek dışı olarak algılayabilir (2, 19, 22).

#### **2.7. Anksiyetenin Belirti ve Bulguları**

Anksiyete belirti ve bulguları şu şekilde özetlenebilmektedir:

##### **2.7.1. Fizyolojik Belirtiler**

Anksiyetenin düzeyine göre fizyolojik belirtilerin şiddeti ve niteliği çok değişik olabilmektedir. En sık gözlenen belirtiler; kas gerginliği, çarpıntı, sık nefes alma, hava açlığı, nefes almada güçlük, baş dönmesi ve mide rahatsızlık hissi bazen öğürme ve kusma, sık idrara çıkma ve defekasyon ihtiyacıdır. Ayrıca pupillerde dilatasyon, yüzde ateş basması ya da solukluk, ağız kuruluğu, tremor ve terleme gözlenebilir. Ellerde ve ayaklarda uyuşukluk ve karıncalanma görülebilmektedir (2, 3, 27).

##### **2.7.2. Genel Görünüm**

Anksiyeteli birey huzursuzdur, yerinde duramaz, oturduğu yerde sürekli hareket halindedir, elleriyle parmaklarıyla oynar, elbiselerini çekiştirir. Endişeli yüz, hareketlerinde tedirginlik, gergin duruş, seslerden irkilme, çabuk kızma ve sabırsızlık görülür (27, 28).

##### **2.7.3. Konuşma ve İlişki Kurma**

Anksiyeteli birey heyecanlı ve sesi titrektir. Zor konuşma olabilir, fakat konuşma düzgündür. Kişiler arası ilişkilerde gergin, endişeli ve tedirgindir (3, 27).

#### **2.7.4. Duygulanım**

Bireyler daha çok “içinin kabarması”, “boğazına bir şeyin düğümlemesi”, “kötü bir şey olacakmış gibi heyecan ya da korkunun olması”, içinde ne olduğunu bilemediği huzursuzluk bulunması vb. tümcelerle kendilerini ifade ederler. Anksiyete uzun sürdüğünde bazı bireylerde yılgınlığa neden olabildiğinden, bazen ruhsal çökkünlük belirtileri de görülebilir (2, 28).

#### **2.7.5. Bilişsel (Kognitif) Yetiler**

Bireyin bilişsel yetilerinde temelde bir bozukluk yoktur. Anksiyetenin düzeyine göre, bireylerde dikkatini toplayamama, öğrendiklerini anımsayamama ve olaylar ya da kişiler arasında gerekli bağlantıları kuramama görülür (3, 28).

#### **2.7.6. Düşünce Akımı ve İçeriği**

Düşünce içeriğinde yakınmaları dışında bir bozukluk yoktur. Yakınmalarını büyük bir sabırsızlıkla anlatmak istediğinden düşünce hızlanmış olabilir (2, 27).

### **2.8. Cerrahi Hastalar ve Anksiyete**

#### **2.8.1. Cerrahinin Hastalar Üzerine Etkisi**

Cerrahi girişim büyük ya da küçük, acil ya da planlanmış olsun, hastayı hem psikolojik hem de fizyolojik olarak etkiler. Her ameliyat kendine özel sorunlar yaratabilir. Bunun yanı sıra ameliyatın hasta üzerine bazı genel etkileri vardır. Bu etkiler; ameliyata karşı stres tepkisinin oluşması, enfeksiyona karşı direncin azalması, vasküler sistemin bozulması, organ fonksiyonlarının bozulması, beden imajının ve yaşam tarzının değişmesi olara değerlendirilebilir (9, 29).

#### **2.8.2. Ameliyata Karşı Stres Tepkisinin Oluşması**

Stres tepkisi, çeşitli fizyolojik ve psikolojik faktörlerin (stresörlerin) neden olduğu sinirsel ve hormonal (nöro-endokrin) değişiklikleri ifade eder.

Ameliyata bağlı stres tepkisinin oluşmasında hem psikolojik (anksiyete, bilinmeyen korkusu gibi) hem de fizyolojik (kan kaybı, anestezi, hareketsizlik gibi) stresörler rol oynar. Stres tepkisinin büyüklüğü stresörlerin büyüklüğü ile ilişkilidir.

Ameliyat için hastaneye yatmak, pek çok kişi için orta derecede stres yaratabilir. Ameliyat olmayı beklemek preoperatif dönemde nöro-endokrin tepkinin gelişmesine neden olabilir ve bu durum hem fizyolojik olarak örneğin kalp hızının artması, kan basıncının yükselmesi hem de psikolojik olarak iştahsızlık ve halsizlik belirti ve bulgularıyla izlenir.

Cerrahi girişimin kendisi de hastada stres tepkisinin ortaya çıkmasına neden olabilir. Cerrahi travma, hipotalamus aracılığıyla hem hipofizi hem de sempatik sinir sistemini uyatarak çeşitli hormonların etkisiyle de stres tepkisinde birbirini izleyen çeşitli kardiyovasküler ve metabolik değişikliklerin ortaya çıkmasına neden olur.

Örneklenecek olursa aldesteron ve ADH (Anti Diüretik Hormon) salınmasına bağlı bedende  $\text{Na}^+$  (sodyum) ve su tutulumu, K (potasyum) kaybı; epinefrin salınmasıyla kardiyak debinin artması, kan glikoz düzeyinin yükselmesi, bronşlarda dilatasyon, norepinefrinin etkisiyle periferik damarların konstriksiyonuna bağlı, kan basıncının yükselmesi, soluk ve soğuk cilt, ameliyatın neden olduğu stres tepkisinin belirti ve bulgularıdır.

Stres tepkisi, bedeni ameliyat travmasından korur ve homeostatik dengenin sürdürülmesi, geniş ölçüde stres tepkisinin etkinliğine bağlıdır. Bu tepkinin etkinliği ise, ameliyat olacak kişinin yaşı, fizyolojik ve psikolojik durumu ve stresin süresiyle ilişkilidir (9, 22, 30).

### **2.8.3. Enfeksiyona Karşı Direncin Azalması**

Bedenin mikroorganizmalara karşı ilk savunma hattını deri oluşturur. Ameliyat, derinin oluşturduğu bu savunma hattını bozarak enfeksiyona neden olabilir. Sağlık ekibi üyeleri enfeksiyonu önleyici tedbirleri alsalar bile, ameliyat olacak hasta için enfeksiyon riski her zaman vardır (30).

### **2.8.4. Vasküler Sistemin Bozulması**

Ameliyat sırasında dokuların kesilmesi kan damarlarının da kesilmesine neden olur. Kan kaybını azaltmak için büyük damarlar kesilmeden önce klempenir. Tüm ameliyatlarda bir miktar kan kaybı olur. Kan kaybının en aza indirilmesi ya da kontrol edilmesi hemostaz olarak bilinir. Aşırı kan kaybı ameliyat sırasında ya da ameliyat sonrası dönemde şoka neden olabilir (30).

### **2.8.5. Organ Fonksiyonlarının Bozulması**

Ameliyat sırasında organların ellenmesi, organ fonksiyonlarının geçici bir süre bozulmasına neden olabilir. Örneğin, batin ameliyatlarından sonra bağırsak hareketleri bir süre durabilir. Bazen ameliyatla organın bir kısmı ya da tamamı çıkartılabilir. Böyle bir durumda bedenin fizyolojik fonksiyonları etkilenebilir. Beyin tümörü ameliyatında; kol ya da bacaklarda kuvvet kaybı, felç ve görme bozuklukları gelişebilir (30).

### **2.9. Preoperatif Anksiyete Nedenleri**

Cerrahi girişimler, teknoloji ve tedavi yöntemlerindeki ileri gelişmelerin yanında ciddi psikolojik ve psikososyal sorunlara yol açma eğilimindedir (10).

Operasyona alınacak hastaların preoperatif dönemdeki psikolojik durumlarının postoperatif dönemdeki gidişi etkileyebildiği iyi bilinmektedir. Olacağı operasyonla ilgili karamsar, umutsuz bir duygu durumu olan hastaların postoperatif dönemde de olumsuz bir gidişleri olmakta, daha sık komplikasyona rastlanabilmektedir (3, 5).

Preoperatif dönemdeki bu anksiyetenin çeşitli etkenlere bağlı olabileceği bildirilmektedir. Bu etkenler hastaneye yatış anksiyetesinden ölüm anksiyetesine kadar değişebilmekte ve çoğu hastada bu etkenlerin birden fazlası bulunmaktadır.

Cerrahi hastası olsun olmasın her hastada hastaneye yattıktan sonra belli belirsiz bir anksiyete olmaktadır. Hastaneye yatış başlı başına bir stres kaynağı olarak kendini göstermektedir. Ameliyat, bu etkene ek bir stres yükü getirmektedir. Bu nedenle hastanın stresle “başa çıkma” mekanizmaları yaşanan anksiyetenin düzeyini belirlemektedir. Etkili ve olumlu başa çıkma mekanizmaları uygulayan hastalarda postoperatif dönemde iyileşme hızının fazla olduğu belirtilmektedir (3).

Preoperatif anksiyete nedenlerini şu şekilde özetlemek mümkündür;

#### **2.9.1. Narsistik Bütünlüğü Tehdit Eden Anksiyete**

Özellikle ani oluşan hastalıklarda, ani operasyon kararlarında oluşabilmektedir. O zamana kadar (çoğu kişide normal olarak bulunan) gizli bir “her zaman kendime yeterim, hiç ölmeyeceğim” duygularının yanlışlığının hissedilmesiyle ilişkilidir (3).

### **2.9.2. Yabancı Korkusu**

Hastaneye yatan kişide “hiçbir şey benim elimde değil, birileri bir şey yapıyor, söylüyor; her şey benim kontrolümün dışında ve ben tamamen onların elindeyim” duygusuyla ortaya çıkan bir anksiyete oluşturmaktadır (3, 11).

### **2.9.3. Ayrılık Anksiyetesi**

Hastaneye yatan kişinin kendi sosyal destek sisteminden birdenbire ayrılmasıyla oluşmaktadır. Sosyal destek hem operasyon öncesi hem de operasyon sonrası prognoz açısından en önemli bileşenlerden biri olarak görülmektedir. Yaşlı hastalar bu tip sosyal destek yokluğuna daha duyarlıdır. Hastaneye yatmadan önce, normal yaşamında sosyal desteğin az olduğu hastalarda prognoz daha olumsuz olduğu bildirilmektedir (3, 29).

### **2.9.4. Beden İmajının Değişmesi ve Beğenilmeme Anksiyetesi**

Bir ekstremitenin ampute edilmesi; boyun diseksiyonu, mastektomi gibi şekil bozukluğuna neden olan bir ameliyat ya da psikolojik ve sembolik önemi olan bir organın çıkarılması (örneğin uterusun çıkarılması) beden imajında değişikliklere neden olabilir. Bu durum bayan hastalarda eşleri tarafından beğenilmeme duygusuna neden olabilir. Psikiyatrik destek sağlanmadığı durumlarda, ameliyat sonrası psikiyatrik bir komplikasyon olarak bu anksiyetenin yol açtığı depresif durum yıllarca kalabilmektedir. (3, 6, 29).

### **2.9.5. Kendi Vücudunu Kontrol Edemeyeceği Korkusu**

Ameliyat ve anestezi, geçici veya bazen kalıcı olarak bedensel bazı işlevlerin kaybolmasına yol açabilmektedir (fiziksel güçsüzlük, barsak ve mesane kontrolsüzlüğü, konuşma bozukluğu gibi). Bir çok hasta kendi vücuduyla ilgili kontrol kaybı korkusu yaşayabilir ya da operasyon öncesi böyle bir anksiyete olmasa da, ameliyat sonrası dönemde çeşitli nedenlerle beden işlevlerinin geç düzelmesi kimi hastalarda psikiyatrik bir komplikasyon olarak panik bozukluğu gibi çeşitli anksiyete bozukluklarına yol açabilmektedir (3, 29).



### **2.9.6. Vücut Parçalarını Kaybetme Korkusu**

Ameliyat öncesi hastaların bir kısmı, vücut bütünlüğünü kaybedecekleri anksiyetesi yaşamaktadırlar. Özellikle önceden belirlenmiş bir organın çıkarılma operasyonları yapılacak hastaların (histerektomi gibi vücut biçimine etki etmeyen organ çıkarmalarında bile) hemen hepsinde bu tip bir anksiyete görülmektedir. Bazı ameliyatlarda, bireyin yaşam tarzında köklü değişikliklerin yapılmasını gerektirebilir. Örneğin, larenjektomi ameliyatı uygulanan bir öğretmenin ya da bacağı ampute edilen şoförün yeni bir meslek edinmeleri gibi. (3, 6, 8).

### **2.9.7. Ağrı Anksiyetesi**

Ameliyat sırasında ve sonrasında çok acı çekeceği beklentisi biçiminde kendini göstermektedir. Genellikle önceden benzeri ağrıları yaşamış olan hastalarda daha sık görülmektedir (3, 6).

### **2.9.8. Ölüm Anksiyetesi**

Ameliyat sırasında bir şeylerin yolunda gitmeyeceği ve kendini kurtarmak için hiçbir şey yapamayacağı anksiyetesi olarak yaşanır. Örneğin genel anestezi almadan opere edilecek kişilerde “kendisine olabilecek olumsuz gelişmelerin farkında olma” anksiyetesi sıklıkla görülmektedir (3, 8, 11).

## **2.10. Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı**

Tüm ameliyatlarda hasta ve ailesi için olumsuz yaşam deneyimidir. Hastalığa ve ameliyata gösterilen tepkiler, kişiden kişiye ve hastalığın türüne göre farklılık gösterse de genel olarak anksiyetenin yükselmesine ve başatma yeteneğinin azalmasına neden olmaktadır. Ameliyat öncesi dönemde hastanın fizyolojik hazırlıklarının yanı sıra psikolojik hazırlığının iyi yapılması ameliyat sonrası dönemi daha iyi geçirmesine katkıda bulunmaktadır (8).

### **2.10.1. Psikolojik Hazırlık**

Hastalar ameliyatın kendileri için yararlı olduğunu kabul etseler de, ameliyatın risklerinden korkarlar. Ameliyat öncesi anksiyete nedenlerinin en önemlilerinden birisi, bilinmeyen korkusudur. Bu dönemde hastalarda görülen diğer korkular

arasında ameliyat sonrası ağrı, kanser olma ihtimali, organ kaybı, ölüm tehlikesi, anestezi tehlikesi, işini kaybetme, sevdiği kişi ve aktivitelerden uzak kalma korkusu sayılabilir. Ameliyata ilişkin korkular her zaman ameliyatın büyüklüğü ile doğru orantılı değildir. Ameliyatın küçük olması hastanın az korkmasını ya da korkmamasını gerektirmez.

Ameliyat öncesi dönemde psikolojik olarak iyi hazırlanmayan ya da depresyon paranoya gibi psikolojik sorunları olan hastalar, ameliyat stresine uyum sağlayamaz, buna bağlı olarak komplikasyonlar gelişebilir ve hastanın iyileşmesi gecikebilir.

Psikolojik hazırlıkta hastanın emosyonel yaşantısı, içsel endişe, korku ve çatışmalarını ifade edebilmesi sağlanmalıdır.

Ameliyat öncesi dönemdeki kaygının azaltılmasında, hastanın korkularını, endişelerini serbestçe ifade edebilmesinin sağlanması, bilgilendirme ve gerçekçi güvence verilmesi önemlidir.

Hasta için önemli olan kaygı kaynakları araştırılmalıdır.

Anestezi korkusu, mahremiyetini kaybedeceği endişesi, cinsel işlevselliğinin, çocuk yapabilme yeteneğinin (kadın hastalar), toplumsal işlevselliğinin zedeleneceği endişeleri araştırılmalı, bilgi verilmeli, seçenekler tartışılmalı ve endişeleri giderilmelidir (18).

Psikolojik hazırlık; anksiyetenin azaltılmasına, ameliyatta az anestetik, ameliyat sonrasında az analjezik kullanılmasına ve ameliyat sonrası dönemde yaşam bulgularının kısa sürede düzene girmesine yardımcı olmaktadır. Ayrıca strese tepki olarak salınacak olan kortikosteroid hormonların az salınmasına, ameliyat sonrasında hızlı iyileşmeye ve erken taburcu olmaya yardımcı olmaktadır (5, 9, 31, 32).

### **2.10.2. Fizyolojik Hazırlık**

Ameliyat riskini en aza indirebilmek için hastanın genel sağlık durumu en iyi düzeye getirilmeli ve bunun için de iyi bir fizyolojik değerlendirme yapılmalıdır. Fizyolojik değerlendirme:

#### **2.10.2.1. Yaş**

Çocuklar, gençler ve orta yaştaki erişkinler ameliyatı iyi tolere ederler, küçük bebekler ve yaşlıların ameliyat riski yüksektir. Bebeklerde organizmanın dengesi

fizik etkenlerle kolayca bozulabilir. Soğuk, ağır travma, ameliyat, vücut sıvılarının kaybı kolayca dengeyi bozar. Yaşlı bireylerin kardiyovasküler, pulmoner ve renal sistemlerinde yaşlılığa bağlı olarak gelişen fizyolojik değişiklikler, ameliyat sonucunu etkileyebilir. Ayrıca bu sistemlere ilişkin bir hastalığın bulunması risk oluşturabilir. Yaşlılarda sıklıkla görülen ateroskleroz, beslenme bozukluğu, anemi ve dehidratasyon ameliyat olacak hasta için önemli sorunlardır dolayısı ile bu hastaların ameliyat öncesi dönemde beslenme durumlarının ve sıvı-elektrolit dengelerinin düzenlenmesi ve sistemik bozukluklarının kontrol altına alınması önemlidir(30, 32).

#### **2.10.2.2. Ağrı**

Ağrı kompleks ve kişisel bir fenomen olup sadece anatomik yapıları ve fizyolojik davranışları değil psikolojik, sosyal, kültürel ve bilişsel faktörleri içerir. Ağrı aynı zamanda önemli bir fizyolojik belirleyicidir ve dikkatle izlenmelidir. Hemşire hastadan ağrının nasıl başladığını, nasıl azaldığını, ağrı düzenini (aralıklı, sürekli) tanımlamasını istemelidir. Hastanın ağrıya tepkisinin değerlendirilmesi de önemlidir. Çünkü ağrıya karşı tepki kişiden kişiye farklılık gösterir. Ameliyat sonrası dönemde hastanın ağrı giderici ilaçlara ihtiyacı olacaktır. Bununla beraber iyileşme döneminde hastanın ağrı giderilmesi, ağrının azalmasına yol açarak daha az analjezik kullanılmasını sağlayacaktır (30, 32).

#### **2.10.2.3. Beslenme**

Hastanın ameliyat öncesi dönemdeki beslenme durumu, ameliyat riskinin belirlenmesinde önemlidir. Ameliyatın başarısı ve ameliyat sonrası iyileşme, beslenme durumuyla doğrudan ilişkilidir. Ameliyat öncesinde beslenmesi iyi olan hastalar, ameliyat stresiyle daha kolay baş edebilir ve kısa sürede iyileşebilir. Ameliyat öncesi dönemde beslenmeye ilişkin iki önemli sorun; protein, demir ve vitamin yönünden yetersiz beslenmiş olmak ve obesitedir (32).

Beslenme yetersizliği olan hastalara, enerji ihtiyacını karşılamak ve yara iyileşmesini kolaylaştırmak amacıyla ameliyat öncesi dönemde, karbonhidrat ve proteinden zengin, yeterli vitamin ve mineralleri içeren besinler verilmelidir.

Ağızdan alamayan hastalara total parenteral beslenme ya da enteral beslenme uygulanabilir (30).

Obez hastalar, operasyonun aciliyeti yok ise ameliyat öncesi dönemde normal kilolarına inmeleri sağlanmalıdır. Bu hastaların ameliyat riski yüksektir. Hipertansiyon, kalp yetmezliği ve diyabetes mellitus bu hastalarda sık görülür. Bu sorunlar hem ameliyat hem de ameliyat sonrası için risk oluşturur. Obez hastalarda yağ dokusunun fazla olması, teknik açıdan güçlük oluşturur ve ameliyat yarası normalden daha geniş olur. Bu nedenle ameliyat sonrası insizyonel herni ve yara açılması riski yüksektir. Ayrıca kilolu hastaların solunum kasları etkin fonksiyon görmediğinden, pulmoner komplikasyonlar da gelişebilir (32).

#### **2.10.2.4. Sıvı-Elektrolit Dengesi**

Vücudumuzdaki tüm hücreler ve sistemler sıvı-elektrolit dengesini sürdürecektir şekilde fonksiyon görerek sağlığı güvence altına alırlar. Sıvı-elektrolit dengesizlikleri, bedendeki tüm sistemleri etkileme özelliğine sahip olduğundan, ameliyat olacak hasta için önemli risk faktörüdür. Bu nedenle, ameliyat öncesi dönemde sıvı-elektrolit dengesizlikleri kesinlikle düzeltilmelidir (30, 32).

#### **2.10.2.5. Enfeksiyon**

Her enfeksiyon, basit bir soğuk algınlığı bile ameliyatı kötü yönde etkileyebilir. Ayrıca ameliyat yapılacak yer, enfeksiyonun drene olduğu lenf düğümlerine yakınsa, ameliyat sonrasında yara enfeksiyonu riski artar. Bu nedenle cerrah ve hemşire hastalarda; hapsirik, boğaz ağrısı, yüksek ateş ve deri lezyonları gibi bulguları enfeksiyon yönünden değerlendirmelidir. Gerek duyulursa ameliyat ertelenebilir (30).

#### **2.10.2.6. Kardiyovasküler Fonksiyon**

Ameliyat riskini artıran, kalbe ilişkin sorunlar arasında angina pectoris, son altı ay içinde geçirilmiş miyokart infarktüsü, hipertansiyon ve konjestif kalp yetmezliği sayılabilir. Ayrıca periferik vasküler hastalığı olanların ekstremitelerine ilişkin ameliyat uygulanırsa, doku iyileşmesi gecikebilir.

Kardiyovasküler hastalık şüphesi olanlar, ameliyat öncesinde kan basıncı, nabız hızı ve ritmi, ödem, ekstremitelerde ısı ve renk değişimi, halsizlik ve nefes darlığı yönünden değerlendirilmelidir.

Kardiyovasküler problemi olan hastalar ameliyat öncesi dönemde tedavi edilmelidir. Bu tedavi genellikle; istirahati, Na<sup>+</sup> ve kolesterolden fakir diyeti, digital gibi kalp ilaçlarını ve sıvıların uygun bir şekilde verilmesini kapsar (30, 32).

#### **2.10.2.7. Pulmoner Fonksiyon**

Amfizem ve bronşektazi gibi pulmoner hastalıklar CO<sub>2</sub> ve O<sub>2</sub> değişimini engelleyerek ameliyat riskini artırır ve pulmoner enfeksiyonların gelişmesine neden olurlar.

Pulmoner fonksiyon bozukluklarını saptayabilmek için hasta; nefes darlığı, hırıltılı solunum, çomak parmak, göğüs ağrısı ve öksürürken bol miktarda temiz ya da pürülan balgam çıkarması yönünden gözlenmelidir. Ayrıca hastanın sigara içme durumu, solunum alerjisi ve solunum yolu enfeksiyonu araştırılmalıdır. Cerrah, tanı koymak amacıyla akciğer filmi, solunum fonksiyon testleri ve kan gazları testlerini isteyebilir.

Pulmoner fonksiyon bozukluğu olan hastalara ameliyat öncesi dönemde aerosol tedavisi, postüral drenaj, antibiyotik uygulanabilir ve hastanın sigara içmesi yasaklanır. Ameliyat sonrası solunum komplikasyonlarını önlemek için derin solunum ve öksürük egzersizleri öğretilir (9, 30, 32).

#### **2.10.2.8. Renal Fonksiyon**

Ameliyat olacak hastanın renal fonksiyonu; sıvı elektrolit dengesinin korunması ve artık ürünlerin bedenden atılabilmeleri için yeterli olmalıdır.

Renal yetmezlik, akut nefrit ve prostat hipertrofisi ameliyat riskini artırır. Yaşlı erkeklerde prostat hipertrofisi idrar akışını engelleyerek, üriner enfeksiyona neden olur. Renal fonksiyonu değerlendirmek için hasta; sık idrar, disüri ve anüri yönünden değerlendirilmelidir. Ayrıca tam idrar tetkiki yapılması önemlidir. İdrarda eritrosit ya da lökositlerin bulunması (enfeksiyon, taş ya da tümörü); protein bulunması (renal hastalığı); glikoz bulunması (diabetes mellitusu) düşündürülebilir. İdrar dansitesinin

1010'un altında olması, böbreklerin idrarı konsantre etmediğini; dansitenin 1025'in üzerinde olması ise hastanın dehidratasyonda olduğunu gösterir.

Ameliyat öncesinde renal fonksiyonun değerlendirilmesi için kan üre nitrojeni ya da nonprotein nitrojen testleri yapılır. BUN ve NPN testleri, böbreklerin üre ve diğer protein yıkım ürünlerini atma durumunu gösterir. BUN ve NPN değerleri yüksek olan hastalarda, ameliyat sonrasında renal yetmezlik gelişebileceğinden bu hastaların ameliyat riski yüksektir. Renal fonksiyon bozukluğu olan hastaların ameliyattan önce tedavi edilmeleri gereklidir (30, 32).

#### **2.10.2.9. Karaciğer fonksiyonu**

Karbonhidrat, protein ve yağ metabolizmasında, ilaçların detoksifikasyonunda ve pıhtılaşmada rol oynayan karaciğerin, siroz gibi ciddi hastalık durumunda ameliyat riski önemli derecede artar. Ayrıca karaciğer fonksiyonları yetersizse, yara iyileşmesi gecikir ve enfeksiyon riski artar. Bu nedenle alkolizm hikayesi olan ya da batında asit bulunan hastalar karaciğer fonksiyonları yönünden dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir. Bu hastalar genellikle zayıf ve kötü beslenmiş olduklarından ameliyat öncesinde hastalara yüksek kalorili diyet, IV sıvılar ve vitaminler verilebilir (30, 32).

#### **2.10.2.10. Endokrin Fonksiyon**

Endokrin bezlerin fonksiyonu, özellikle tiroid bezin fonksiyonu, ameliyat riskini en aza indirmek için değerlendirilmelidir. Hipertroidizm, ameliyat sırasında ve sonrasında tiroid krizine, hipotiroidizm ise ameliyat sırasında hipotansiyon ve kardiyak arreste neden olabilir. Bu nedenle tiroid bezine ilişkin sorunlar ameliyat öncesi dönemde tedavi edilmelidir.

Kontrol altına alınmamış diabetes mellitus da ameliyat riskini artırır. Diyabetli hastalarda yara daha geç iyileşir ve enfeksiyon daha kolay gelişir (30, 32).

#### **2.10.2.11. Nörolojik Fonksiyon**

Ameliyat öncesinde, nörolojik muayeneyle hastanın kraniyal sinirleri, alt ve üst ekstremitelerdeki refleksleri, duyu refleksleri değerlendirilmelidir. Çünkü nörolojik değerlendirme hastanın ameliyat öncesi genel sağlık durumu hakkında fikir verir;

anestetik ve analjezikler santral sinir sistemini etkileyeceğinden, bu ilaçlara karşı oluşabilecek reaksiyonların önceden saptanmasına izin verir; özellikle ameliyat hastanın nörolojik fonksiyonlarını etkileyecekse, ameliyat sonrası durumun, ameliyat öncesi nörolojik durumla karşılaştırılmasına olanak sağlar.

Ameliyat riskini artıran ciddi nörolojik durumlar arasında epilepsi ve Parkinson hastalığı sayılabilir. Ameliyat öncesi dönemde baş ağrısı, baş dönmesi, kulak çınlaması, pupillerin eşit olmaması ve konvülsiyon hikayesi önemli nörolojik bulgulardır (30).

#### **2.10.2.12. Hematolojik Fonksiyon**

Tüm ameliyatlarda az da olsa kan kaybı olur. Ameliyat pıhtılaşma sorunu olan hastalarda kanama ve şok riskini önemli ölçüde artırır. Bu nedenle hasta hematolojik yönden dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir. Hastanın değerlendirilmesinde kanamaya yatkın olma; diş çekiminden ve tıraştan sonra aşırı kanama, burun kanaması, hepatik ya da renal hastalık, antikoagülan ilaç kullanma, anormal kanama zamanı ve protrombin zamanı ya da trombosit sayısı dikkate alınmalıdır. Bunun gibi sorunu olan hastalarda ameliyat sırasında ya da sonrasında kan transfüzyonuna ihtiyaç olabilir bu nedenle yeterli miktarda kan hazır bulundurulmalıdır (30).

#### **2.10.2.13. Kullanılan İlaçlar**

Ameliyat öncesinde hastanın tedavi amacıyla (reçeteli) ya da kendi isteğine bağlı (reçetesiz) kullandığı ilaçlar pıhtılaşmayı etkileyerek ve anestetiklerle istenmeyen etkileşime girerek ameliyat riskini artırabilir. Ameliyat olacak hastalarda sorun oluşturabilecek ilaçların başlıcaları şunlardır:

- Antikoagülanlar; kanamaya neden olabilirler.
- Antibiyotikler; anestetiklerle etkileşerek istenmeyen etki oluşturabilirler.
- Trankilizanlar; kan basıncını düşürerek şoka neden olabilirler.
- Tiazid diüretikler; potasyum ve sıvı kaybına neden olabilirler.
- Steroidler; uzun süre kullanıldıysa, adrenal bezlerin korteksi baskılanır. Stres durumunda yeterince steroid hormon salınamaz ve hastanın anestezi ve ameliyat stresiyle baş etmesi güçleşir.

Ayrıca hastanın, herhangi bir ilaca alerjisi olup olmadığı öğrenilmelidir (30).

### **2.10.3. Yasal Hazırlık (Ameliyat İzni)**

Ameliyat olacak her hastadan, ameliyat küçük bile olsa kesinlikle bilgilendirilmiş onam alınmalıdır. Yazılı ameliyat izin formu hem hasta hem de sağlık personeli için yasal güvencedir. Ameliyat izin formu imzalatılmadan önce, hastaya ameliyat hakkında yeterli açıklama yapılmalı, gerekirse şekil ve tablolardan yararlanılmalıdır. Ayrıca hastaya ameliyatın olası komplikasyonları, gelişebilecek şekil bozuklukları da söylenmelidir. Hasta herhangi bir organı çıkarılacaksa da bilmelidir. Kısaca hasta, ameliyatta ve ameliyat sonrasında nelerle karşılaşacağını bilmelidir.

Erişkin hastalar bilinçleri açıksa, ameliyat izin formlarını imzalayabilirler. Bilinci açık olmayan ve 18 yaşından küçük olan hastaların ameliyat izinleri, aileleri ya da yakınları tarafından imzalanır. Ameliyat izin formu hastanın kalıcı kayıtlarından biridir ve hasta ameliyata alınmadan önce mutlaka kontrol edilmelidir (30).

### **2.10.4. Preoperatif Eğitim**

Ameliyat olacak hastanın hazırlığında “açıklama” ve “öğretim” anahtar kelimedir. Basit bir kelimenin açıklanması, hastanın korkusunu gidererek ciddi anksiyete gelişmesini önleyebilir. Ameliyat öncesi dönemde hastaya; her aşama, tüm testler ve uygulamalar önceden açıklanmalıdır. Testler genellikle karmaşık olduğundan, hemşire tarafından hastaya anlayabileceği şekilde açıklanmalıdır. Ameliyat sonrası dönemin sorunsuz geçirilebilmesi için hastaya belli konularda eğitim yapılmalıdır (30).

Preoperatif dönemde uygulanacak eğitim, yapılacak ameliyata ve hastanın durumuna göre farklılık gösterirse de, ameliyat olacak hastalara, derin solunum, öksürük, dönme ve ekstremitte egzersizleri öğretilmelidir (9).

Yapılan araştırmalar, preoperatif dönemde iyi hazırlanıp yeterli bilgi verilen hastaların, yeterli bilgi verilmeyen hastalara göre daha kısa sürede iyileştiklerini ve hastaneden daha çabuk taburcu olduklarını göstermiştir. Hemşirenin öğretme işlevi her hasta için farklılık gösterebilir, bununla beraber hemşire hasta öğretiminde temel öğretim ilkelerini esas almalıdır.



- Cerrahin hastaya ne kadar açıklama yaptığı öğrenilerek, hastada kuşkuya neden olacak farklı açıklamalar yapılmamalıdır.
- Gerektiğinden fazla bilgi verilmesi hastada anksiyeteye neden olabileceğinden, hastayla ilgili bir görüşme yapılarak ne kadar bilgiye ihtiyacı olduğu belirlenmeli ve bu doğrultuda açıklama yapılmalıdır.
- Hastanın eğitim düzeyine göre anlayabileceği terimlerle açıklama yapılmalıdır.
- Hastaya bir seferde fazla bilgi verip bunaltmamak için eğitim kısa sürmeli ve belirli aralıklarla tekrarlanmalıdır.
- Hastanın soru sorabilmesi için yeterli zaman ayrılmalıdır.
- Hasta eğitiminde gerekli görsel ve işitsel araçlardan yararlanılmalıdır.
- Hastadan öğretilen yeni beceri ya da tekniği yaparak göstermesi istenmelidir.
- Hasta ailesi ya da yakınları ameliyat öncesi hazırlık ve eğitim aktivitelerine katılmalıdır (9, 14, 30).

Ameliyat öncesinde yapılan eğitimin etkinliği, ameliyat sonrası dönemde hastanın kendi bakımına aktif olarak katılmasıyla ve komplikasyon gelişmeksizin kısa sürede iyileşmesiyle değerlendirilebilir (9, 12, 14).

Ameliyat öncesi dönemde hastaya derin solunum, öksürük ve ekstremitte egzersizlerinin öğretimi için en uygun zaman ameliyattan önceki günün öğleden sonrası ya da gecesidir. Açıklamalar ameliyattan birkaç gün öncesinde yapılırsa hasta unutulabilir ya da ameliyattan hemen önce yapılırsa hasta endişeli olduğu için dinlemeyebilir (7, 11).

#### **2.10.4.1. Derin Solunum Egzersizleri**

Ameliyat sonrasında hastalar için uygun solunum şekli diyafragmatik-abdominal solunumdur. Hastaya, bu solunumun nasıl yapılacağı gösterilmeli ve hastadan bunları yaparak göstermesi istenmelidir. Bu solunum hareketleri hastaya şu şekilde açıklanabilir:

- Yatak kenarına oturun ya da sırtüstü uzanın ve dizlerinizi bükerek karın kaslarınızın gevşemesini sağlayın.
- Ellerinizi karın bölgesinin yan tarafına yerleştirin.

- Karnınızın üst kısmını dışa doğru şişinceye kadar burnunuzdan nefes almaya devam edin.
- Karın kaslarınızı kasarak, havayı ağzınızdan yavaşça üfleyin.
- Hastaya, derin solunum egzersizlerinin ameliyat sonrası dönemde sık aralarla yapılması gerektiği, saatte 5-10 kez yapılmasının uygun olacağı açıklanmalıdır (9, 11, 30).

#### **2.10.4.2 Öksürük Egzersizleri**

Hasta, bu egzersizleri oturur ya da yatar pozisyondayken yapabilir, önemli olan ameliyat bölgesinin desteklenmesidir. Bu amaçla küçük bir yastık ve katlanmış havlu kullanılabilir. Hastaya ameliyat yerini nasıl destekleyeceği gösterilmelidir. Öksürük egzersizi için hastaya önce derin soluk alması, havayı ağzından çıkarırken patlama sesi yapması söylenir. Derin solunum egzersizleri, öksürüğü uyaracağından, öksürük egzersizlerinden önce yapılmalıdır. Derin solunum ve öksürük egzersizleri ameliyat sonrası dönemde solunum komplikasyonlarının gelişmesini önler. Bu egzersizler ameliyat olacak her hasta için önemli olmakla birlikte, solunum problemi olan ve 50 yaş üstündeki hastalar için özellikle önemlidir (30, 33).

#### **2.10.4.3. Dönme Egzersizleri**

Ameliyat öncesi dönemde, hastaya, karyola kenarlıklarını kullanarak bir taraftan diğer tarafa dönme uygulaması yaptırılmalıdır. Dönme hareketi venöz dolaşımı geliştirir ve solunum problemlerinin gelişmesini önler. Hastaya, eğer sakıncası yok ise saatte bir kez ya da iki saatte bir kez yatak içinde sağa sola dönmesi gerektiği anlatılmalıdır (30, 33).

#### **2.10.4.4. Ekstremitte Egzersizleri**

Hastaya ameliyat öncesi dönemde ekstremitte egzersizleri de yaptırılmalıdır. Hastalara tüm eklemlerini özellikle kalça, diz ve ayak bileği eklemlerini hareket ettirmeleri ve ayaklarını çevirmeleri (sirküler hareket) söylenmelidir. Bu egzersizler venöz dönüşü kolaylaştırır, tromboflebit gibi dolaşım problemlerini önlemeye yardımcı olur. Ayrıca dize kadar uzanan elastik çorap ve bandajlar venöz durgunluğu

azaltmada yardımcıdır. Aynı zamanda, ameliyat sonrasında gelişebilecek gaz ağrıları da önler.

Ameliyat sonrası dönemde, uygun ise hasta erken dönemde ayağa kaldırılmalıdır. Erken ambulasyon ameliyat sonrası komplikasyonların önlenmesinde yardımcıdır (30, 33).

### **2.10.5. Hastanın Ameliyattan Önceki Gece Hazırlığı**

Ameliyattan önceki gece hastanın cilt hazırlığı, gastrointestinal sistem hazırlığı, anestezi hazırlığı yapılır ve hastanın geceyi dinlenerek ve yeterince uyuyarak geçirmesi sağlanmalıdır (30).

#### **2.10.5.1. Cilt Hazırlığı**

Bedenin mikroorganizmalara karşı ilk savunma hattı deridir. Ameliyat deri bütünlüğünü bozarak enfeksiyon riskini artırır. Bu nedenle cilt hazırlığı önemlidir. Deri hazırlığı ameliyattan önceki akşam ya da ameliyat sabahı yapılabilir. Hastaya mümkün ise ameliyattan bir gün önce banyo yaptırılmalıdır. Tüylerin temizlenmesinde tıraş etme yerine kesiye neden olup enfeksiyon oluşturmamak amacıyla tüy dökücü kremler tercih edilmelidir. Cilt hazırlığı yapılacak bölge ameliyata göre farklılık gösterir (9, 11, 30).

#### **2.10.5.2. Gastrointestinal Sistem Hazırlığı**

Gastrointestinal sistem hazırlığı anestezi sırasında kusma olasılığını ve aspirasyonu, aspirasyon pnömonisini önlemek, mide ve bağırsak ameliyatlarında bu sistemin açılmasından kaynaklanacak enfeksiyon riskini azaltmak, operasyon alanının daha iyi görülmesini sağlamak amacıyla yapılır.

Bu hazırlık sıvı ve besin alımının kısıtlamasını, lavman yapılmasını ve bazı durumlarda gastrointestinal sisteme tüp yerleştirilmesini kapsar. Lavman gastrointestinal sistem, pelvik ve perineal bölge ameliyatları dışında rutin bir uygulama değildir. Belirtilen bu ameliyatlarda lavman, genellikle ameliyattan önceki gece uygulanır. Üç kez lavman yapılmasına rağmen bağırsaklar temizlenemiyorsa, lavman tekrar yapılmamalı, durum doktora iletilmelidir. Fazla sayıda lavman uygulanmasına bağlı sıvı-elektrolit dengesizliğinin gelişebileceği unutulmamalıdır.

Hastaya genel anestezi uygulanacaksa ameliyattan 8-10 saat öncesi, spinal anestezi uygulanacaksa ameliyattan 6-8 saat öncesi besin ve sıvı verilmemelidir. Hastaya oral besin ve sıvıların verilmeyiş nedeni açıklanmalı, hastanın oral almaması gerektiğini belirten uyarı yazısı görülebilecek uygun bir yere konulmalı ve durum diyetisyene de bildirilmelidir (9, 11, 30).

#### **2.10.5.3. Anestezi Hazırlığı**

Genellikle ameliyattan önceki gece anestezi, hastayı ziyaret ederek hastanın solunum, kardiyovasküler ve nörolojik fonksiyonlarını değerlendirmek için muayene eder. Böylece hastaya ameliyatta ne tür anestezi uygulanacağı belirlenir. Bu konuda hastaya açıklama yapılır ve hastanın soruları yanıtlanır. Hastanın bu konudaki anksiyetesi giderilmeye çalışılır (9, 30).

#### **2.10.5.4. Uyku ve Dinlenmenin Sağlanması**

Hasta psikolojik ve fizyolojik olarak iyi hazırlanmışsa, ameliyattan önceki geceyi rahat geçirir. Hasta odasının havalandırılması, sırt masajı ve bir bardak süt verilmesi hastanın rahat uyumasına yardımcı olabilir. Bakım verirken hastaya, korku ve endişelerini açıklaması için fırsat verilmesi de hastayı rahatlatır. Ameliyat nedeniyle oluşan anksiyete nedeniyle uyku problemi yaşayan hastalar için geceyi rahat geçirmeleri için uyku ilacı doktor tarafından önerilebilir. Bu ilaçlar sayesinde hasta geceyi rahat bir şekilde uyuyarak geçirebilir (9, 11, 30).

#### **2.10.6. Hastanın Ameliyat Günü Hazırlığı**

Ameliyat günü sabahı hasta genellikle premedikasyon yapılma saatinden bir saat önce uyandırılır. Hemşire hasta için yapılan ameliyat öncesi hazırlığı kontrol eder ve hastanın soruları varsa yanıtlar. Hastanın ameliyata alınması gecikirse hasta ve ailesine durum açıklanır.

Hasta ameliyata gitmeden önce hemşire şunları yapmalıdır:

- Hastanın yaşam bulgularını alır ve kaydeder. Kan basıncı ve nabız anksiyete nedeniyle biraz yüksek olabilir, normal değerden önemli sapma varsa durum doktora bildirilmelidir.
- Cilt hazırlığı klinikte yapılmışsa kontrol eder.

- Lavman, gastrointestinal tüp ve IV sıvı uygulaması gibi özel istem varsa bunları uygular.
- Hastaya idrarını yapmasını söyler ve miktarını kayıt eder.
- Hastaya dişlerini fırçalamasını, takma dişleri varsa bunları çıkarmasını söyler ve takma dişleri uygun bir şekilde saklar.
- Hastanın takıları varsa (yüzük, küpe, bilezik, saç tokası ve saat gibi) bunları çıkarmasını söyler, ayrıca hastanın parası varsa, hastaya ya da yakınlarına verilmek üzere uygun bir yerde saklar.
- Kadın hastaların tırnaklarında oje varsa, ojenin silinmesini sağlar.
- Hastanın ameliyat gömleğini ve istem varsa varis çoraplarını giymesine yardımcı olur (30).

#### **2.10.6.1. Premedikasyon**

Ameliyat öncesinde anksiyeteyi gidermek, farenksteki sekresyonları azaltmak, anestetik ilaçların yan etkilerini azaltmak ve hafıza kaybını azaltmak için bazı hastalarda çeşitli ilaçlar kullanılır. Bu ilaçların belirlenmesinde hastanın yaşı, fiziksel ve psikolojik durumu, yapılacak ameliyat ve uygulanacak anestezi dikkate alınır. Premedikasyonda kullanılan ilaçlar başlıca dört grupta toplanır. Bunlar; Trankilizanlar, sedatifler, aneljezikler ve antikolinerjiklerdir.

Hemşire premedikasyonda kullanılan ilaçların dozlarını, veriliş yollarını, veriliş zamanını, etki sürelerini ve istenmeyen etkilerini bilmelidir. Tüm ilaç uygulamaları dikkatli bir şekilde kayıt edilmelidir.

Premedikasyondan sonra yatak kenarlıkları kaldırılmalı, hastaya ilaçların etkisiyle baş dönmesi olabileceği için yardım istemeden kendi başına yataktan kalkmaması gerektiği söylenmelidir (9, 30).

#### **2.10.7 Hastanın Ameliyathaneye Gönderilmesi**

Hasta ameliyathaneden çağırıldığında ameliyat gömleği giydirilmiş olarak sedyeye alınır, üzerine battaniye örtülür. Hastayla birlikte hastanın dosyası, hemşire gözlem kağıdı, röntgen filmleri, doktor istemi varsa sıvı ve ilaçları gönderilir.

Hasta ameliyata gönderildikten sonra, hastanın yatağı yapılır. IV sıvı askısı, böbrek küvet, tansiyon aleti, aspiratör ve oksijen tüpü ve oksijen maskesi hasta odasına getirilir ve aletlerin çalışıp çalışmadığı kontrol edilir.

Hasta yakınlarına, ameliyattan sonra hastanın görünümünün nasıl olacağı (hastada IV mayi, nazogastrik tüp, göğüs tüpü ve sargıların bulunabileceği) açıklanmalıdır. Hastanın ameliyattan çıkma durumunu öğrenmeleri için varsa, telefon numarası verilmelidir (5, 6, 9, 33).

## **2.11. Postoperatif Dönemde Olası Komplikasyonlar**

Ameliyat edilen hastalarda anestezinin bitimi ile hastanın tamamen iyileşip hastaneden çıkabilecek duruma geldiği zamanki süre postoperatif dönem olarak adlandırılır (32).

Ameliyat ne kadar küçük olursa olsun komplikasyon gelişme riski vardır. Komplikasyonlar geliştikten sonra tedavisinin güçlüğü nedeniyle komplikasyonlar gelişmeden gerekli önlemlerin alınması büyük önem taşımaktadır (9).

Postoperatif komplikasyonların gelişme sıklığı ve önem derecesi çok sayıda faktöre bağlıdır. Bunlar arasında anestezinin yöntem ve süresi, ameliyat tekniği, hastanın genel durumu, yaşı, önemli organik ya da metabolik bir sorununun (kalp yetmezliği, kronik obstruktif akciğer hastalığı, diyabet, hipertansiyon, kronik böbrek yetmezliği v.b.) olup olmaması, girişimin acil ya da elektif yapılmış olması ve doğrudan ameliyata neden olan hastalığın bizzat kendisi önem taşır.

Günümüzde; anestezi ve ameliyat yöntemlerinin gelişmesi, preoperatif ve postoperatif bakımın eskiye oranla çok daha bilinçli yapılması sonucunda, komplikasyonlarda belirgin bir azalma sağlanmıştır (32).

### **2.11.1. Solunum Sistemi İle İlgili Komplikasyonlar**

#### **2.11.1.1. Atelektazi**

En sık görülen postoperatif komplikasyondur. Karın ve toraks ameliyatı geçirenlerde daha fazladır. Yetersiz ventilasyona bağlı akciğer kollapsı, trakeabronşial sekresyonların birikmesi, mukus tıkaçları, üst karın ve toraks

ameliyatlarında ağrının solunum ve öksürmeyi kısıtlaması v.b. faktörler atelektaziye neden olabilmektedir.

Belirgin dispne, siyanoz, plevral ağrı, halsizlik, taşikardi, solunum sayısında artma, ateş, öksürük, hırıltılı solunum başlıca belirtilerdir. Fizik muayenede akciğer kaidesinde yaş raller ve solunum seslerinde azalma saptanır. Akciğerlerin tümünde atelektazi olmuşsa o taraftaki sesler kaybolmuştur.

Postoperatif atelektaziler derin solunum ve öksürme egzersizleri, yatakta pozisyon değiştirme, erken mobilizasyon ve balon üfleme gibi basit tedbirlerle önlenabilir. Sırtın kuvvetli perküsyonu ve öksürtme veya nazotrakeal aspirasyon ile tedavi sağlanabilir. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda veya mukus tıkaçı oluşarlarda bir nebülizatör aracılığı ile solunum havasının nemlendirilmesi oldukça yararlıdır. Ayrıca hastanın yeterli sıvı alması sağlanmalıdır (9, 30, 32).

#### **2.11.1.2. Pnömoni**

Alveollerin inflamasyonudur. Reflekslerin henüz geri dönmediği devrede kusmuk, kan ve sekresyonların solunum yollarına aspire edilmesi ile gelişir. Yüksek ateş, öksürük, kanlı balgam, iltihaplı tükürük, dispne ve göğüs ağrısı başlıca belirtilerdir.

Derin nefes alma ve öksürük egzersizleri, yatakta hareket ve erken mobilizasyon korunmada önemlidir (9, 32).

#### **2.11.1.3. Pulmoner Emboli**

Akciğere giden bir kan pıhtısının pulmoner arteri tıkaması, bu nedenle bir veya birkaç loba giden kan akışının durmasıdır. Hareketsizlikten dolayı dolaşımın durması cerrahi işlem sırasında oluşan ven yaralanmaları, östrojeni yüksek oral kontraseptif kullanmış olma, daha önceden var olan pıhtılaşma ve dolaşım bozuklukları neden olmaktadır.

Ani göğüs ağrısı, nefes alımının kısıtlanması, siyanoz, şok (taşikardi ve kan basıncının düşmesi) en sık görülen belirtilerdir.

Derin nefes alma ve öksürme egzersizleri, döndürme, ayağa kaldırma ve emboliyi önleyen çoraplar korunmada yararlıdır (9, 30).

## **2.11.2. Dolaşım Sistemi İle İlgili Olası Komplikasyonlar**

### **2.11.2.1. Hemoraji**

Damar dikişlerinin sağlam olmaması nedeni ile dikişlerin açılması sonucu kanama oluşur. İç ve dış kanamaya neden olabilir.

Hızlı ve zayıf nabız, solunum sayısının artması, kan basıncı düşüklüğü, soğuk ve nemli deri, susuzluk, idrar miktarının azalması başlıca belirtilerdir.

Hemodinamik monitörizasyon ve hastanın ilk 24 saat sık aralıklarla vital bulgularının takip edilmesi, belirtilerin erken tanınması ve hızlı müdahale edilmesi erken tanıda önemlidir (9).

### **2.11.2.2. Hipovolemik Şok**

Hemoraji nedeniyle yetersiz doku perfüzyonu sonucu vücuttaki kan volümünün belirgin bir şekilde azalması ve sıvı elektrolit kaybı ile meydana gelir.

Hızlı ve yüzeysel nabız, solunum sayısının artması, kan basıncının düşmesi, soluk, soğuk ve nemli bir deri, susuzluk hissi ve idrar miktarının azalması başlıca belirtilerdir.

Erken postoperatif dönemde hemodinamik monitörizasyon ve hasta takibi, belirtilerin erken tanınması ve koruyucu önlemlerin alınmasında oldukça önemlidir.

Şoktaki hastaya uygulanacak tedavi ve hemşirelik bakımı:

1. Solunum yolu açık tutulmalı, sekresyon varsa temizlenmelidir. Bunun için hastanın başı yana çevrilmelidir. Gerekiyorsa endotrakeal tüp, suni solunum cihazları kullanılmalı ve derin aspirasyon sağlanmalıdır.

2. Hastanın vital bulguları stabil oluncaya kadar her 15 dakikada bir izlenmelidir.

3. Geniş lümenli bir kateter kullanılarak damar yolu açılmalıdır. Gereksinimine göre kan veya elektrolit solüsyonu verilebilir.

4. Santral venöz basınç için kateter takılmalıdır.

5. Saatlik idrar miktarını ölçmek için idrar kateteri takılıp, saatlik idrar miktarı ölçülmelidir.



6. Hasta sırt üstü başı yana çevrilerek yatırılmalı, başının altına küçük bir yastık konmalıdır. Hastada dispne yoksa, alt ekstremitelerde, venöz dönüşü artırmak için ayaklar 45° yükseltilebilir.

7. Doktor istemine göre kardiyotonik, diüretik gibi ilaçlar verilebilir.

8. Hastanın oda ısısı ayarlanmalı, hasta normal ısıda tutulmalıdır.

9. Hasta yalnız bırakılmamalı, hasta ailesi durumdan haberdar edilmelidir (9, 30).

### 2.11.2.3. Tromboflebit

Bir kan pıhtısından dolayı, genellikle bacak venlerinin iltihaplanmasıdır. Genellikle ameliyattan 7 - 14 gün sonra ortaya çıkar. Tromboflebit gelişmesinde, ven duvarının yaralanması rol oynayacağı gibi kan akışının yavaşlaması ve kanın pıhtılaşma bozukluğu da rol oynar. Ameliyat sonrası gelişen dehidratasyon, kan akımının yavaşlamasına ve kanın pıhtılaşmasına neden olabilir. Uzun süre hareketsizlik ve şişmanlık da bu komplikasyonun gelişmesinde rol oynar. Tromboflebitin en büyük tehlikesi ven duvarından kopan pıhtının dolaşıma katılarak hastanın akciğer, kalp ya da beyin damarlarını tıkaması sonucu oluşan embolidir.

Belirtiler arasında ağrı, kramp şeklinde ağrı, etkilenen alanda şişme, kızarıklık, dokunulduğunda sıcaklık artışı ve ven sert olarak hissedilir. Hasta yürürken veya ayak dorsofleksiyona getirildiğinde baldırında ağrı hissedilir (Homan's belirtisi).

Ameliyattan sonra hastaya bacak eksersizlerinin yaptırılması, varis çorabı giydirilmesi ya da elastik bandaj uygulaması ve hastanın erken dönemde ayağa kaldırılmasıyla tromboflebit gelişimi önenebilir (9, 30).

### 2.11.2.4. Trombüs

Genellikle bacak venlerinde veya arter duvarına tutunmuş bir kan pıhtısıdır. Venöz dolaşımda durma, bacak, pelvis, karın ameliyatlarından sonra ven yaralanmaları, östrojen kullanımı gibi kan pıhtılaşmasını artıran faktörler neden olmaktadır.

Emboli kalp ve beyine ilerlerse kardiyak ve nörolojik belirtiler oluşur.

Erken ayağa kaldırma, bacak eksersizleri, elastik bandaj ve varis çorabı uygulanabilir. Ayrıca hastanın yeterli sıvı alımı sağlanmalıdır (9).

### **2.11.3. Üriner Sistemle İlgili Olası Komplasyonlar**

#### **2.11.3.1. Üriner Retansiyon**

Mesanenin kendi kendini boşaltma yeteneğinin olmaması, idrarın mesanede toplanmasıdır. Narkotik ve anestetiklerden mesanenin kas döngüsünün bastırılmış olması, komşu organlara (rektum, vajina gibi) ameliyat sırasında elle dokunulması sonucu oluşur.

Alınan sıvının çıkarılan sıvıdan fazla olması, idrar yapamama veya az miktarda sık idrara çıkma, mesanenin şişmesi, suprapubik rahatsızlık vardır.

Aldığı – çıkardığı sıvının takip edilmesi, idrar yapmayı kolaylaştırıcı önlemlerin alınması gereklidir (9, 32).

#### **2.11.3.2. Üriner Enfeksiyon**

Postoperatif üriner enfeksiyona yol açan başlıca faktörler idrar yolunun önceden kontaminasyonu, enstrümantasyonu ve idrar retansiyonudur.

Sonda çıkartıldıktan 48 saat sonra dizüri ve ateş görülür. Devamlı rezidüel idrar kalması assendan enfeksiyonu ve piyelonefriti kolaylaştırır. Piyelonefritte 40 °C'yi bulan ateş ve lomber bölge ağrısı saptanır.

Cerrahi girişimden önce üriner sistem kontaminasyonunun önlenmesi ve enfeksiyonun tedavisi, idrar retansiyonunun önlenmesi, steriliteye dikkat edilerek enstrümantasyon yapılması gibi tedbirlerle profilaksi sağlanır. Tedavi için rezidüel idrar kalması önlenir, spesifik antibiyotikler verilir ve hastanın aldığı sıvı artırılır (9, 32).

### **2.11.4. Gastrointestinal Sistem İle İlgili Olası Komplasyonlar**

#### **2.11.4.1. Konstipasyon**

Yumuşak gıdalara başladıktan sonra 48 saat içinde gaita çıkaramamadır. Selülozlu yiyeceklerden yoksun kalma, analjeziklerin barsak hareketlerini azaltması nedeniyle meydana gelir.

Dışkılamanın olmayışı, karında gerginlik ve rahatsızlık başlıca belirtilerdir. Yeterli sıvı alımı, lifli diyet, erken mobilizasyon koruyucu önlemlerdir (9, 32).

#### 2.11.4.2. Hıçkırık

Diyafraamın aralıklı olarak kasılması. Frenik sinirin irritasyonu, abdominal gerginlik, anksiyete, asidoz ya da diyafragmaya yakın bölgedeki ameliyatlardan nedeniyle gelişir.

Uzun süren hıçkırık nedeniyle kusma, sıvı-elektrolit dengesizliği, beslenme bozukluğu, yara açılması görülebilir.

Neden ortadan kaldırılmaya çalışılır. Hıçkırığı gidermeye yönelik olarak hastaya bir torba verilerek bir süre bu torbaya nefes verip alması söylenir; sedatif ilaç verilebilir ve uzun süren hıçkırık durumunda frenik sinir bloke edilebilir (9, 30, 32).

#### 2.11.4.3. Paralitik İleus (Adinamik İleus)

Ameliyattan sonra hastada paralitik ileus (bağırsak hareketlerinin durması); anestezi, ameliyat sırasında batın içindeki organların ellenilmesi, sıvı-elektrolit dengesizlikleri nedeniyle gelişebilir.

Bağırsak seslerinin olmaması, hastanın gaz ve dışkı çıkaramamasıdır.

Bu durumda hastaya nazogastrik ya da intestinal tüp yerleştirilir serbest drenaja alınır, İV mayi takılır ve elektrolit dengesizliği varsa tedavi edilir (9, 30).

#### 2.11.4.4. Karında Gerginlik

Bağırsaklarda gaz birikmesi nedeniyle meydana gelir. Anestezinin etkisi ve ameliyat sırasında dokunulmaya bağlı barsak hareketlerinin yavaşlamış olması nedeniyle gelişir.

Gözlenebilir şekilde distansiyon, karında rahatsızlık (gaz sancısı), barsak seslerinin yokluğu saptanabilir.

Karında gerginliğin giderilmesinde, erken mobilizasyon, intravenöz gereksinimin karşılanması, peristaltizm geriye döndüğünde bol sıvı ve düzenli diyet uygulanmalıdır (9, 30).

#### 2.11.4.5. Bulantı ve Kusma

Ağrı, karında gerginlik, peristaltizm başlamadan gıda ve yiyecek almaya başlamak, belirli ilaçlar, anksiyete bulantı ve kusmaya neden olabilir.

Mide rahatsızlığı hissettiren şikayetler, öğürtü ve kusma görülebilir.

Peristaltizm başlayıncaya kadar intravenöz sıvılar, düzenli diyet, gerekirse antiemetik ilaçlar, ağrı için analjezikler verilebilir (9).

### **2.11.5. Deri Bütünlüğü İle İlgili Olası Komplikasyonlar**

#### **2.11.5.1. Yara Enfeksiyonu**

İnsizyonun veya dren yerinin enfeksiyonu ve inflamasyonu. Yara enfeksiyonu genellikle ameliyattan sonraki 5. günde ortaya çıkar. Yara enfeksiyonunun gelişiminde rol oynayan başlıca faktörler;

- Şişmanlık: Yağ dokusunun dikilmesi ve iyileşmesi güçtür.
- Zayıflık: Kansere, malnütrisyona, ülseratif kolit gibi nedenler bedenin tüm mikroorganizmalara direncini düşürür.
- Yaşlılık: Özellikle ateroskleroza olan yaşlı hastaların enfeksiyona direnci düşüktür.
- Uzun süren komplikasyonlu ameliyatlar: Bu ameliyatlar hastada daha fazla stres yaratarak direnci düşürür.
- Steroid, radyasyon ve kemoterapi ilaçlarının kullanımı: Bu ilaçlar ve tedaviler lökosit sayısını çok azalttıkları için enfeksiyona direnç azalır.
- Ameliyathanede ve pansumanların yapılması sırasında asepsi ilkelerine uyulmaması.

Yara yerinde cerahatli akıntı, kızarıklık, hassasiyet, beden ısısında yükselme ve yarada koku başlıca belirtilerdir.

Öncelikle aseptik tekniğe dikkat etme, hastanın beslenmesine dikkat edilir. Yara enfeksiyonu gelişti ise yara yeri kuru ve temiz tutulur. Ameliyat yarası enfekte olan hastalar, ameliyat yarası temiz olan hastalardan ayrı tutulur. Yara enfeksiyonunu tedavi etmek için genellikle yaradan kültür alınarak tespit edilen mikroorganizmanın duyarlı olduğu antibiyotik hastaya verilir. Yara cerrah tarafından pansuman edilir ve gerekli ise dren yerleştirilebilir (9, 30, 32).

### 2.11.5.2. Yara Açılması

Yara iyileşmeden önce dikişlerin ayrılmasıdır. Bu duruma, malnütrisyon, dolaşım azlığı, enfeksiyon, yaranın aşırı zorlanması neden olabilir.

Artmış insizyon drenajı, deri altındaki dokuların insizyon boyunca görülebilir olması başlıca belirtilerdir.

Yeterli beslenme, insizyon bölgesine yeterli destek sağlanmalı, aşırı ve yara yerini zorlayıcı hareketlerden kaçınılmalıdır (9).

### 2.11.5.3. Yara Eviserasyonu

Yara eviserasyonu, insizyon yerinden iç organların ve dokuların dışarıya çıkmasıdır. Yaranın aşırı zorlanması nedeniyle oluşmaktadır. Açılmış olan insizyon yerinden organ çıkıntıları görülebilir.

Yeterli beslenme, insizyona yeterli destek sağlama, aşırı hareketten kaçınmak suretiyle koruyucu önlemler alınmalıdır. Eviserasyon gelişti ise cerraha hemen bildirilmelidir. Yardım istenmeli, hastanın yanından ayrılmamalıdır. Yara yerinden çıkan bağırsakların üzerini steril serum fizyolojik ile ıslatılmış, steril kompresle örtmelidir ve kompresleri sık sık serum fizyolojik ile ıslatmalıdır. Hastaya semi-fowler pozisyonu verilmeli, hastanın yaşam bulguları kontrol edilmeli ve İV sıvı malzemeleri, gastrik tüp ve aspiratör hazır bulundurulmalıdır. Hasta ameliyat için hazırlanmalıdır (9, 30).

### 2.11.6. Olası Psikiyatrik Komplikasyonlar

Ameliyat sonrası karşılaşılan psikozların etiyolojisi kesin olarak bilinmemektedir. Ameliyat olayı insanlarda korku ve gerginlik yaratır. Ayrıca ağrı, hastalığı kabullenme zorunda kalma, kaybedilen organların üzüntüsü, mastektomi, kolostomi veya trakeostomi gibi yeni ortaya çıkmış değişikliklerin etkisi bazı hastalarda değişik psikozlara yol açmaktadır.

Depresyon, uyku bozuklukları, kendi bakımına katılmama, ağrının artması, fazla analjezik ilaç alma ve aktivitelerde artma, konfüzyon, hallusinasyon gibi değişikliklere rastlanabilir. Bazen hastada strese bağlı olarak gastrointestinal fonksiyon bozukluğu ve kardiyovasküler sorunlar gelişebilir.

Bu durumda yapılması gereken yeterli psikolojik destek sağlamadır. Hemşire hasta ve yakınları ile görüşerek ameliyatın neden olduğu değişiklikleri ve bu değişikliklerin hastayı ve yakınlarını nasıl etkileyeceğini tartışmalıdır. Hastanın kendini ifade etmesi için gerekli ortam hazırlanmalıdır. Yakınlarının desteği alınmalı gerekli durumlarda hasta yakınlarına da psikolojik destek sağlanmalıdır. Şiddetli emosyonel bozukluk görülen hastalarda cerrah tarafından psikiyatrik konsültasyon istenebilmektedir (9, 30, 34).

### **2.12. Postoperatif Hemşirelik Bakımı**

Ameliyattan sonra hasta servisteki yatağına alındıktan sonra hemşire, hastanın genel durumunu belirlemek için: hastanın yaşam bulgularını ölçer, cilt rengi ve ısısını kontrol eder; bilinç durumunu değerlendirir; IV sıvı miktarını ve gidiş hızını kontrol eder; drenleri varsa drenaj miktarını ölçer; ameliyat yarasını ve pozisyonunun uygun olup olmadığını kontrol eder. Bundan sonra hemşire hastanın ameliyat notunu okur ve doktor istemini kontrol eder, istemde yer alan ilaç ve uygulamaları hemşire gözlem formuna kayıt eder (9).

Hastanın servise alınmasından taburcu oluncaya kadar geçen dönemdeki temel bakımın amacı, ameliyat nedeniyle bozulan homeostatik dengenin yeniden düzenlenmesidir. Homeostatik dengenin yeniden düzenlenmesi ise, bedendeki, tüm sistemlerin normal fonksiyonlarını sürdürmelerine bağlıdır (11).

İyi bir doku perfüzyonu için kardiyak debi yeterli olmalıdır. Kardiyak debinin yeterli olup olmadığını belirlemek için hastanın kan basıncı, nabız ve solunumu değerlendirilmelidir.

Hastanın solunum fonksiyonlarının yeterli olabilmesi için hastaya, dilin geriye kayıp solunum yolunu kapatmasını önleyecek uygun pozisyon verilmelidir. Doktor istemi doğrultusunda oksijen verilmelidir. Aspiratör yardımı ile hastanın ağız ve farenksindeki sekresyonlar temizlenmelidir. Derin solunum için kullanılan araçlar varsa bunların nasıl kullanılacağı hastaya açıklanmalı. Bu araçlar alveollerin iyi havalanmasını sağlar, akciğer kapasitesini geliştirir ve solunum kaslarını güçlendirir. Bazı hastalar için kullanılan mekanik ventilasyon araçları solunum hızını ve derinliğini kontrol etme özelliğine sahiptirler.

Hastanın yeterli beslenmesi ve boşaltımı sağlanmalıdır. Ameliyattan sonra hastanın, uygun olan en kısa sürede normal diyet almaya başlaması gastrointestinal sistem fonksiyonlarının kısa sürede normale dönmesini sağlar ve hasta üzerinde olumlu psikolojik etki oluşturur.

Sıvı - elektrolit dengesini sürdürmek tüm sistemlerin normal fonksiyonlarını sürdürmeleri açısından oldukça önemlidir. Sıvı elektrolit dengesinin sürdürülmesine yönelik hemşirelik uygulamaları; hastanın aldığı çıkardığının ölçülüp kayıt edilmesi, normal olmayan laboratuvar bulgularının doktora bildirilmesi, sıvı elektrolit dengesizliği belirti ve bulgularının izlenmesi, bedene yerleştirilmiş olan tüp ve drenlerin dikkatli bir şekilde gözlenmesi ve drenlerden gelenlerin kayıt edilmesi, solunum asidozunu önlemek için hastaya derin solunum ve öksürük egzersizleri yaptırılmalıdır, bağırsak hareketleri başladığında hastaya uygun sıvı ve besinlerin oral yolla verilmesi.

Ameliyattan sonra hastanın renal fonksiyonlarının gelişimine yardımcı olmak amacıyla yeterli sıvı alması sağlanmalıdır. Hastaya sıvı verilmeden önce doktor istemine bakılarak, sıvı kısıtlaması olup olmadığı kontrol edilmelidir. Ameliyat sonrası erken dönemde, ADH ve Aldosteron miktarının artmasına bağlı olarak bedende Na<sup>+</sup> ve su tutulacağından sıvılar dikkatli bir şekilde verilmelidir. Hastanın aldığı ve çıkardığı izlemi ameliyattan sonra en az 48 saat yapılmalıdır.

Hastanın ameliyattan sonra sağlığına kavuşmasında istirahatın önemli rolü vardır. Hastanın yeterince istirahat edebilmesi; ameliyat sonrasında görülen ağrı, huzursuzluk, bulantı ve kusma gibi sorunların giderilmesine bağlıdır.

Yara iyileşmesini sağlamada ameliyat sırasında ve sonrasında asepsi ilkelerine kesin bir şekilde uyulması en önemli faktördür. Enfeksiyon yara onarım sürecini bozduğundan, enfeksiyon gelişmesini önlemek için pansumanların ve drenlerin bakımına özen gösterilmelidir.

Postoperatif dönemde mobilizasyonun önemi büyüktür. Uzun süre hareketsiz kalan hastalarda solunum, dolaşım problemleri, osteoporoz, idrar retansiyonu, böbrek taşları ve negatif nitrojen dengesi gelişir. Bu tür problemler ameliyattan sonra hareketsiz kalan hastalarda da görülebilmektedir. Hareketsizliğe bağlı olarak gelişen bu problemleri önlemek için hastalara; derin solunum ve öksürük, yatak içinde dönme ve ekstremiteler egzersizleri yaptırılmalıdır. Hastanın mümkün olan en kısa

sürede kendi bakımını üstlenmesine yardımcı olunarak hareketsizlik önlenebilir. Sakıncası yoksa hasta erken mobilizasyon için desteklenmelidir. Ameliyattan sonra hastanın erken dönemde, fiziksel aktivitesini yeniden kazanması, iyileşme sürecini hızlandırır. Böylece hasta kısa sürede taburcu olur ve daha az harcama yapar.

Ameliyatın anlamı herkes için farklıdır. Bu farklılığın bilinmesi, hasta ve ailesine uygun psikolojik desteğin sağlanmasında yardımcı olur. Her hastanın psikolojik destek ihtiyacı, uygulanan ameliyat çeşidine bağlı olduğu kadar hastanın sosyal yapısına da bağlıdır. Hastanın durumuna ve ihtiyacına göre gerekli psikolojik destek sağlanmalıdır (9, 11, 17, 35).





### 3. YÖNTEM VE GEREÇ

#### 3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma cerrahi hastalarda preoperatif anksiyete düzeyinin postoperatif dönemde ortaya çıkabilecek olası komplikasyonlar ile ilişkisinin araştırılması amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama Ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülmüştür. Pembe Hastanede poliklinik hizmetleri, Kırmızı Hastanede Dahili Birimler 110 yatak ve Mavi Hastanede Cerrahi Birimler 60 yatak olmak üzere toplam 170 yatak ile bölge halkına hizmet vermektedir.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini 2002-2003 tarihleri arasında Mavi Hastanede tiroidektomi, herni onarımı ve kolesistektomi ameliyatı olmak üzere cerrahi servise yatan toplam 230 hasta oluşturmaktadır. Araştırmanın evrenini oluşturan bu hastaların 100'üne kolesistektomi, 56'sına tiroidektomi ve 74'üne herni onarımı operasyonu uygulanmıştır. Anketin hastaların tümüne uygulanması düşünülmüştür. Ancak araştırmaya katılmayı kabul eden 150 hastaya anket uygulanabilmiştir. Bu hastalardan 52'sine herni onarımı, 60'ına kolesistektomi ve 38'ine tiroidektomi operasyonu uygulanmıştır. Acil opere olacak ve diğer ameliyat grupları çalışma kapsamına alınmamıştır. Hastalar ile ameliyattan bir gece öncesi görüşülmüştür. Bu hastaların tamamı genel anestezi alacak hastalardır ve ameliyat öncesi herhangi bir anksiyolitik ilaç almamışlardır. Hastaların en genci 24, en yaşlısı 75 yaşındadır; hastaların yaş ortalaması  $51,83 \pm 0,95$ 'dir.

#### 3.4. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Anket soruları; araştırmacı tarafından, literatür bilgilerine dayanılarak ve bu konu ile ilgili daha önce yapılan araştırmalarda kullanılan "Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri" uygulanmıştır. Sekiz hasta üzerinde ön uygulama yapılarak ankette gerekli

düzenlemeler yapılarak araştırmaya başlanmıştır. Envantere sosyo demografik özellikleri belirlemek amacıyla sorular eklenmiştir. Hastaların yaşları, cinsiyetleri, eğitim düzeyleri, meslekleri, geçirdikleri ameliyat türleri, ASA değerlendirmeleri, Hastanede kalış süreleri ve postoperatif dönemde görülen komplikasyonlar yer almaktadır. Hastalara ait bilgiler hasta ile birebir görüşmeler, hasta dosyalarının incelenmesi ve postoperatif dönemde taburcu olana kadar hastaların gözlenmesi ve hemşire gözlem formlarının günlük incelenmesi ile elde edilmiştir. Okuma yazma bilmeyen hastalara sorular araştırmacı ve anket uygulama işlemine katılan hemşire tarafından tek tek okunmak suretiyle hastaların verdiği cevaplar işaretlenerek uygulanmıştır.

Hastaların, durumluk ve sürekli kaygı seviyelerini ayrı ayrı saptamak amacı ile Spielberg ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan “Durumluk - Sürekli Kaygı Envanteri’nden” faydalanılmıştır. Durumluk - Sürekli Kaygı Envanteri kısa ifadelerden oluşan bir öz değerlendirme anketidir. Toplam kırk sorudan oluşan iki ayrı ölçeği içerir.

Durumluk Kaygı Ölçeği; bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini betimlemesini; içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını dikkate alarak cevaplamasını gerektirir.

Sürekli Kaygı Ölçeği ise bireyin genellikle kendisini nasıl hissettiğini betimlemesini gerektirir.

Durumluk Kaygı Ölçeği maddelerinde ifade edilen duygu ya da davranışlar bu tür yaşantıların şiddet derecesine göre (1) hiç, (2) biraz, (3) çok ve (4) tamamıyla gibi sıklıkların birini işaretlemek suretiyle cevaplandırılır. Sürekli Kaygı Ölçeği maddelerinde ifade edilen duygu ya da davranışlar ise sıklık derecesine göre (1) hemen hiçbir zaman, (2) bazen, (3) çok zaman ve (4) hemen her zaman şeklinde işaretlenir.

Ölçeklerde iki tür ifade bulunur. Bunlara; doğrudan ya da düz (direct) ve tersine dönmüş (reverse) ifadeler denmektedir. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirmektedir. Durumluk kaygı ölçeğinde on tane tersine dönmüş ifade vardır. Bunlar: 1., 2., 5., 8., 10., 11., 15., 16., 19. ve 20. maddelerdir. Sürekli Kaygı Ölçeğinde ise tersine dönmüş ifadelerin sayısı yedidir. Bunlar: 21., 26., 27., 30., 33., 36. ve 39. maddeleri oluşturur.

Puanlama elle yada bilgisayarla olmak üzere iki şekilde yapılır. Elle puanlamada doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin ayrı ayrı toplam ağırlıkları saptanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puanda ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır. Bu sayıya önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir, durumluk kaygı ölçeği için bu değer 50, sürekli kaygı ölçeği için ise 35'tir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır.

Ölçekler 20'şer sorudan oluşmaktadır. Her iki ölçekten elde edilen puanlar kuramsal olarak 20 ile 80 arasında değişmektedir. Yüksek puan yüksek kaygı seviyesini, düşük puan ise düşük kaygı seviyesini ifade etmektedir. Türkiye'deki uygulamalarda saptanan ortalama puan seviyesi 36-41 arasında değişmektedir (25, 26).

Ayrıca "Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterinin Türk Toplumunda Geçerliliği" 1977 yılında Necla Öner tarafından doktora tezi olarak sunulmuştur. Çalışmanın sonucunda, bulgular; Türkçeleştirilmiş Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterinin Türk toplumunda geçerli olduğunu, danışma, psikiyatri, ruh sağlığı merkezlerinde ve araştırmada kullanılabileceğini göstermiştir.

### **3.5. Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler**

Anket formundan elde edilen bilgilerin değerlendirilmesi yüzdeler hesaplaması, Pearson  $X^2$  yöntemi, student-t testi ve varyans analizi ile bilgisayar kullanarak SPSS (Statistical Package for Social Scientists) programı ile yapılmıştır.

### **3.6. Araştırmanın Etik Yönü**

Anket formu uygulanmadan önce hastalara araştırmanın amacı ve anket formu ile ilgili bilgiler verildikten ve hastaların soruları yanıtlandıktan sonra, araştırmaya katılmak isteyen hastalara anket formu uygulanmıştır.

### **3.7. Süre ve Olanaklar**

Verilerin toplanmasında kullanılan anket formunun uygulanması Mayıs 2002 ve Ocak 2003 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Geriye kalan süre verilerin analizi ve tez yazımı için kullanılmıştır.

#### 4. BULGULAR

Tablo 1: Hastaları Tanıtıcı Bazı Özelliklerine Göre Dağılımları

<b>CİNSİYET</b>	<b>SAYI</b>	<b>%</b>
Erkek	61	40,7
Kadın	89	59,3
<b>YAŞ GRUPLARI</b>		
1 ( 19-29 yaş grubu )	4	2,7
2 ( 30-39 yaş grubu )	20	13,3
3 ( 40-49 yaş grubu )	35	23,3
4 ( 50-59 yaş grubu )	53	35,4
5 ( 60 ve yukarısı yaş grubu )	38	25,3
<b>EĞİTİM DÜZEYİ</b>		
Okur-yazar değil	22	14,7
İlkokul mezunu	61	40,7
Ortaokul mezunu	8	5,3
Lise mezunu	39	26,0
Üniversite mezunu	20	13,3
<b>MESLEK GRUPLARI</b>		
Memur	58	38,7
Ev hanımı	80	53,3
Esnaf - Serbest meslek	7	4,7
İşçi	5	3,3
<b>GENEL</b>	<b>150</b>	<b>100,0</b>

Tablo 1’de araştırmaya katılan hastalar ile ilgili bazı tanıtıcı özellikler yer almaktadır. Tabloda görüldüğü gibi hastaların cinsiyetlerine göre dağılımlarına bakıldığında % 40,7’sinin erkek, % 59,3’nün kadın olduğu anlaşılmaktadır.

Hastaların yaş gruplarına göre dağılımlarına bakıldığında; % 2,7’sinin 19-29 yaş grubunda, % 13,3’ünün 30-39 yaş grubunda, % 23,3’ünün 40-49 yaş grubunda, % 35,4’ünün 50-59 yaş grubunda olduğu ve % 25,3’ünün 60 yaş ve üzeri olduğu belirlenmiştir.

Hastaların eğitim düzeylerine göre dağılımlarına bakıldığında; % 14,7’sinin okur-yazar olmadığı, % 40,7’sinin ilkokul mezunu olduğu, % 5,3’ünün ortaokul mezunu olduğu, % 26’sının lise mezunu ve % 13,3’ünün ise üniversite mezunu olduğu saptanmıştır.

Hastaların meslek gruplarına göre dağılımlarına bakıldığında; % 38,7'sinin memur, % 53,3'ünün ev hanımı, % 4,7'sinin serbest meslek sahibi olduğu ve % 3,3'ünün işçi olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2: Hastaları Tanıtıcı Diğer Bazı Özelliklerine Göre Dağılımları

<b>ASA GRUPLARINA GÖRE</b>	<b>SAYI</b>	<b>%</b>
ASA I ( Hafif risk )	82	54,7
ASA II ( Orta risk )	66	44,0
ASA III ( Riskli )	2	1,3
<b>DAP (Durumluk Anksiyete Puanı)</b>		
Hafif Anksiyete ( 20 - 39 )	79	52,7
Orta anksiyete ( 40 - 59 )	68	45,3
Yüksek anksiyete ( 60 - 79 )	3	2,0
<b>SAP (Sürekli Anksiyete Puanı)</b>		
Hafif Anksiyete ( 20 - 39 )	57	38,0
Orta anksiyete ( 40 - 59 )	92	61,3
Yüksek anksiyete ( 60 - 79 )	1	0,7
<b>AMELİYAT GRUPLARI</b>		
Herni ameliyatı	52	34,7
Tiroidektomi ameliyatı	38	25,3
Kolesistektomi ameliyatı	60	40,0
<b>KOMPLİKASYON GRUPLARI</b>		
Komplikasyon görülen	25	16,7
Komplikasyon görülmeyen	125	83,3
<b>GENEL</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

Tablo 2'de hastaları tanıtıcı bazı diğer özellikler yer almaktadır.

Hastaların ASA gruplarına göre dağılımlarına bakıldığında % 54,7'sinin ASAI risk grubunda, % 44'ünün ASAA risk grubunda ve % 1,3'ünün ASAAA risk grubunda yer aldığı görülmektedir.

Hastaların STI ( Stay Anxiety Inventory ) = durumluk anksiyete puan'larına göre dağılımlarına bakıldığında; % 52,67'sinin hafif anksiyete, % 45,33'ünün orta anksiyete ve % 2'sinin de yüksek anksiyete grubunda yer aldığı belirlenmiştir.

Hastaların TAI ( Trait Anxiety Inventory ) = sürekli anksiyete puan'larına göre dağılımlarına bakıldığında; % 38'inin hafif anksiyete, % 61,33'ünün orta anksiyete ve % 0,67'sinin yüksek anksiyete grubunda olduğu belirlenmiştir.

Hastaların Ameliyat Gruplarına göre dağılımlarına bakıldığında; % 34,7'sinin herni ameliyatı, % 25,3'ünün tiroidektomi ameliyatı ve % 40'ının ise kolesistektomi ameliyatı olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların komplikasyon görülüp görülme durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında; hastaların % 16,7'sinde komplikasyon görülmüş olup, % 83,3'ünde ise komplikasyon görülmemiştir.

Tablo 3: Araştırmaya Katılan Hastaların Cinsiyetlerinin HKS, DAP, SAP ve Yaş Grupları Ortalamalarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi

Cinsiyet	Erkek N=61			Kadın N=89			Genel N=150			P
	$\bar{X}$	$\pm$	SH	$\bar{X}$	$\pm$	SH	$\bar{X}$	$\pm$	SH	
HKS	4,44	$\pm$	0,23	5,00	$\pm$	0,35	6,37	$\pm$	0,37	0,230
DAP	37,57	$\pm$	1,07	40,21	$\pm$	0,78	39,14	$\pm$	0,64	0,040
SAP	40,34	$\pm$	0,83	44,37	$\pm$	0,75	42,73	$\pm$	0,58	0,001
Yaş	51,87	$\pm$	1,45	51,81	$\pm$	1,26	51,83	$\pm$	0,95	0,970

$\bar{X}$  : Ortalama      SH: Standart Hata

Tablo 3'de hastalarda cinsiyet faktörünün HKS, DAP, SAP ve yaş gruplarına göre dağılımları student-t testi kullanılarak karşılaştırılmıştır.

Hastaların cinsiyetleri bakımından hastanede kalış sürelerine bakıldığında kadın hastaların erkek hastalara göre daha uzun süre hastanede kaldıkları görülmüştür. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (  $p>0,05$  )

Hastaların DAP (Durumluk Anksiyete Puan)'larının cinsiyetlere dağılımlarına bakıldığında kadın hastaların durumluk anksiyete puanlarının erkek hastaların durumluk anksiyete puanlarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (  $p<0,05$  ).

Hastaların SAP (Sürekli Anksiyete Puan)'larının cinsiyetlere göre dağılımlarına bakıldığında; kadın hastaların sürekli anksiyete puanlarının erkek hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Hastaların cinsiyetlerine göre yaş gruplarına dağılımlarına bakıldığında, cinsiyetler açısından yaş grupları arasında bir farklılık görülmemiştir ( $p>0,05$ ).

Tablo 4: Hastaların Meslek Gruplarına Göre HKS, DAP, SAP ve Yaş Grupları Ortalamalarına Dağılımlarının İncelenmesi

Meslek Grupları	HKS		DAP		SAP		Yaş	
	$\bar{X}$	$\pm$ SH	$\bar{X}$	$\pm$ SH	$\bar{X}$	$\pm$ SH	$\bar{X}$	$\pm$ SH
Memur N = 58	4,19	$\pm$ 0,22	38,03	$\pm$ 1,04	40,12	$\pm$ 0,87	52,00	$\pm$ 1,49
Ev hanımı N = 80	5,14	$\pm$ 0,38	40,26	$\pm$ 0,83	45,03	$\pm$ 0,78	52,11	$\pm$ 1,34
Serbest meslek N = 7	4,85	$\pm$ 0,74	40,14	$\pm$ 3,92	39,43	$\pm$ 1,89	46,57	$\pm$ 4,56
İşçi N = 5	5,60	$\pm$ 0,81	32,60	$\pm$ 3,30	41,00	$\pm$ 2,30	52,80	$\pm$ 4,55
GENEL N = 150	4,77	$\pm$ 0,22	39,14	$\pm$ 0,64	42,73	$\pm$ 0,58	51,83	$\pm$ 0,95

$\bar{X}$  : Ortalama

SH: Standart Hata

Tablo 5: Hastaların Meslek Gruplarına Göre HKS, DAP, SAP ve Yaş Gruplarının Varyans Analizi İle Değerlendirilmesi.

Meslek Grupları		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	P
HKS	Gruplar Arası	33,835	3	11,278	1,470	0,225
	Grup İçi	1120,458	146	7,674		
	Genel	1154,293	149			
DAP	Gruplar Arası	392,584	3	130,861	2,172	0,094
	Grup İçi	8797,476	146	60,257		
	Genel	9190,060	149			
SAP	Gruplar Arası	907,514	3	302,505	6,718	0,000
	Grup İçi	6573,819	146	45,026		
	Genel	7481,333	149			
YAŞ	Gruplar Arası	206,332	3	68,777	0,501	0,682
	Grup İçi	200042,50	146	137,277		
	Genel	20248,83	149			

Tablo 4’de hastaların meslek gruplarına göre HKS, DAP, SAP ve yaş grupları bakımından dağılımları incelenmiştir. Tablo 5’de hastalar meslek gruplarına göre HKS, DAP, SAP, Yaş grupları bakımından varyans analizi ile değerlendirilmiştir.

Hastaların meslek gruplarına göre hastanede kalış sürelerine bakıldığında; ev hanımı ve işçilerin diğer meslek gruplarındaki hastalardan daha uzun süre hastanede kaldıkları görülmektedir. Ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Hastaların meslek gruplarına göre durumluk anksiyete puanlarına bakıldığında; ev hanımları ile işçilerin durumluk anksiyete puanlarının diğer meslek gruplarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0,05$ ).

Hastaların meslek gruplarına göre sürekli anksiyete puanları incelendiğinde; ev hanımlarının sürekli anksiyete puanlarının diğer meslek gruplarından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ).

Hastaların meslek gruplarının yaş gruplarına göre dağılımlarına bakıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

Tablo 6: Hastaların Eğitim Düzeylerinin HKS, DAP, SAP ve Yaş Grubu Ortalamalarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi

	HKS	DAP	SAP	Yaş
EĞİTİM DÜZEYLERİ	$\bar{X} \pm SH$	$\bar{X} \pm SH$	$\bar{X} \pm SH$	$\bar{X} \pm SH$
Okur-yazar değil N = 22	5,36 $\pm$ 0,81	39,50 $\pm$ 1,55	44,09 $\pm$ 1,16	61,91 $\pm$ 1,92
İlkokul mezunu N = 61	5,03 $\pm$ 0,42	39,92 $\pm$ 1,01	44,90 $\pm$ 0,93	51,02 $\pm$ 1,34
Ortaokul mezunu N = 8	4,14 $\pm$ 0,40	36,86 $\pm$ 1,82	39,00 $\pm$ 1,60	42,29 $\pm$ 3,26
Lise mezunu N = 39	4,46 $\pm$ 0,22	37,44 $\pm$ 1,25	40,38 $\pm$ 1,14	51,59 $\pm$ 2,15
Üniversite mezunu N = 20	4,25 $\pm$ 0,55	40,95 $\pm$ 1,95	40,85 $\pm$ 1,55	47,30 $\pm$ 1,86
GENEL N = 150	4,78 $\pm$ 0,23	39,20 $\pm$ 0,64	42,78 $\pm$ 0,58	51,87 $\pm$ 0,96

$\bar{X}$ : Ortalama SH: Standart Hata



Tablo 7: Hastaların Eğitim Düzeylerinin HKS, DAP, SAP ve Yaş Gruplarının Varyans Analizi İle Değerlendirilmesi.

Eğitim Düzeyleri		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	P
HKS	Gruplar Arası	23,803	4	5,951	0,760	0,553
	Grup İçi	1127,325	145	7,829		
	Genel	1151,128	149			
DAP	Gruplar Arası	254,473	4	63,618	1,035	0,391
	Grup İçi	8851,487	145	61,469		
	Genel	9105,960	149			
SAP	Gruplar Arası	710,682	4	177,671	3,804	0,006
	Grup İçi	6725,009	145	46,701		
	Genel	7435,691	149			
Yaş	Gruplar Arası	3325,449	4	831,362	7,084	0,000
	Grup İçi	16899,87	145	117,360		
	Genel	20225,32	149			

Tablo 6’da hastaların eğitim düzeyleri bakımından HKS, DAP, SAP ve yaş gruplarına göre dağılımları ve Tablo 7’de hastaların HKS, DAP, SAP, yaş grupları bakımından varyans analizi ile değerlendirilmiştir.

Hastaların eğitim düzeyleri bakımından hastanede kalış sürelerine bakıldığında okur yazar olmayan hastaların diğer hastalara göre daha uzun süre kaldıkları görülmüştür. Ancak eğitim düzeyleri bakımından HKS bakımından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Hastaların eğitim düzeylerinin durumluk anksiyete puanlarına göre dağılımlarına bakıldığında; üniversite mezunu olan hastaların diğer hastalara göre durumluk anksiyete puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Hastaların eğitim düzeylerinin sürekli anksiyete puanlarına göre dağılımlarına bakıldığında; ilkökul mezunu olan hastaların diğer hastalara göre sürekli anksiyete puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Eğitim düzeyleri açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Hastaların eğitim düzeylerinin yaş gruplarına göre dağılımlarına bakıldığında; okur-yazar olmayan hastaların diğer hastalara göre daha yaşlı oldukları görülmüştür.

Yaş grupları bakımından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

Tablo 8: Hastaların Geçirdikleri Ameliyat Grupları Bakımından HKS, DAP, SAP, Yaş Gruplarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi.

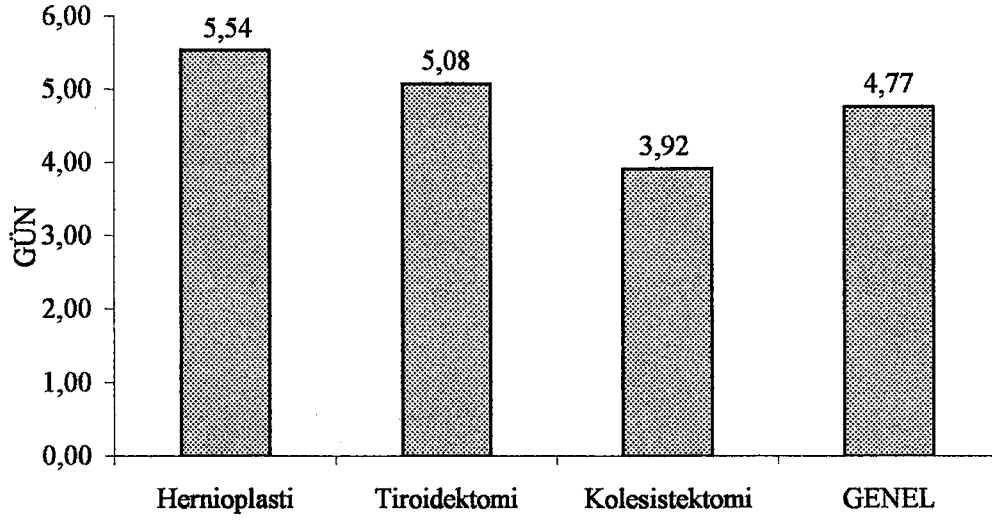
AMELİYAT GRUPLARI	HKS $\bar{X} \pm SH$	DAP $\bar{X} \pm SH$	SAP $\bar{X} \pm SH$	Yaş $\bar{X} \pm SH$
Hernioplasti n = 52	5,54 $\pm$ 0,40	37,42 $\pm$ 1,11	41,92 $\pm$ 0,93	51,33 $\pm$ 1,77
Tiroidektomi n = 38	5,08 $\pm$ 0,29	41,32 $\pm$ 1,40	43,66 $\pm$ 1,37	52,42 $\pm$ 1,84
Kolesistektomi n = 60	3,92 $\pm$ 0,38	39,25 $\pm$ 0,90	42,85 $\pm$ 0,84	51,90 $\pm$ 1,41
GENEL n = 150	4,77 $\pm$ 0,23	39,14 $\pm$ 0,64	42,73 $\pm$ 0,58	51,83 $\pm$ 0,95

$\bar{X}$ : Ortalama      SH: Standart Hata

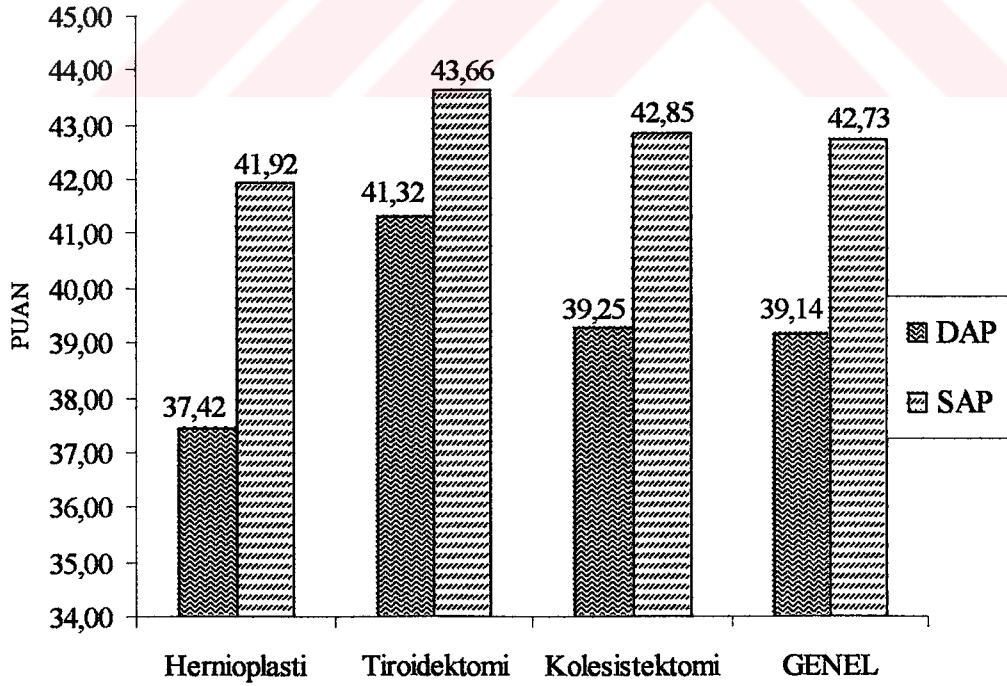
Tablo 9: Hastaların Geçirdikleri Ameliyat Grupları Bakımından HKS, DAP, SAP ve Yaş Gruplarının Varyans Analizi İle Değerlendirilmesi

Ameliyat Grupları	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	P	
HKS	Gruplar Arası	78,024	2	39,012	5,328	0,006
	Grup İçi	1076,270	147	7,322		
	Genel	1154,293	149			
DAP	Gruplar Arası	333,907	2	166,954	2,771	0,066
	Grup İçi	8856,153	147	60,246		
	Genel	9190,060	149			
SAP	Gruplar Arası	67,438	2	33,719	0,669	0,514
	Grup İçi	7413,895	147	50,435		
	Genel	7481,333	149			
Yaş	Gruplar Arası	26,728	2	13,364	0,097	0,907
	Grup İçi	20222,11	147	137,565		
	Genel	20248,83	149			

**Grafik 1. Hastaların Ameliyat Grupları Bakımından Hastanede Kalış Süresi Ortalamalarının Karşılaştırılması**



**Grafik 2. Hastaların Ameliyat Grupları Bakımından DAP ve SAP Ortalamalarının Karşılaştırılması**



Tablo 8’da hastaların ameliyat grupları bakımından HKS, DAP, SAP ve yaş gruplarına göre dağılımları incelenmiştir. Tablo 9’da hastaların ameliyat grupları bakımından HKS, DAP, SAP ve yaş grupları varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Buna göre;

Hastaların ameliyat grupları bakımından hastanede kalış süreleri incelendiğinde; kolesistektomi ameliyatı olan hastaların herni ameliyatı ve tiroidektomi ameliyatı olan hastalara göre hastanede daha az kaldıkları belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (  $p < 0,05$  ).

Hastaların ameliyat grupları bakımından durumluk anksiyete puanlarına bakıldığında; tiroidektomi ameliyatı olan hastaların durumluk anksiyete puanlarının diğer ameliyat gruplarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (  $p > 0,05$  ).

Hastaların ameliyat grupları bakımından sürekli anksiyete puanlarına bakıldığında; tiroidektomi ameliyatı olan hastaların sürekli anksiyete puanlarının diğer ameliyat gruplarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (  $p > 0,05$  ).

Hastaların ameliyat grupları bakımından yaş dağılımlarına bakıldığında; yine tiroidektomi ameliyatı olan hastaların diğer ameliyat gruplarındaki hastalara göre daha yaşlı oldukları görülmüştür. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (  $p > 0,05$  ).

Tablo 10: Hastaların ASA Grupları Bakımından HKS, DAP, SAP ve Yaş Grupları Ortalamalarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi.

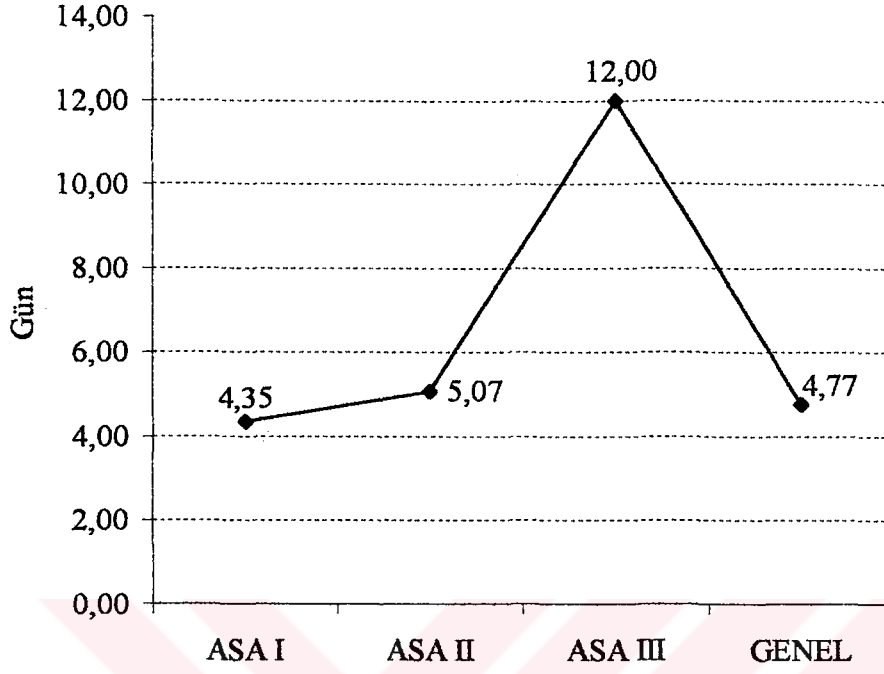
ASA GRUPLARI	HKS	DAP	SAP	Yaş
	$\bar{X} \pm SH$	$\bar{X} \pm SH$	$\bar{X} \pm SH$	$\bar{X} \pm SH$
ASA I n = 82	4,35 $\pm$ 0,27	40,06 $\pm$ 0,94	42,50 $\pm$ 0,80	48,38 $\pm$ 1,29
ASA II n = 66	5,07 $\pm$ 0,35	37,98 $\pm$ 0,86	42,98 $\pm$ 0,86	55,76 $\pm$ 1,25
ASA III n = 2	12,00 $\pm$ 1,00	39,50 $\pm$ 0,50	44,00 $\pm$ 4,00	64,00 $\pm$ 10,00
GENEL n = 150	4,77 $\pm$ 0,23	39,14 $\pm$ 0,64	42,73 $\pm$ 0,58	51,83 $\pm$ 0,95

$\bar{X}$ : Ortalama SH: Standart Hata

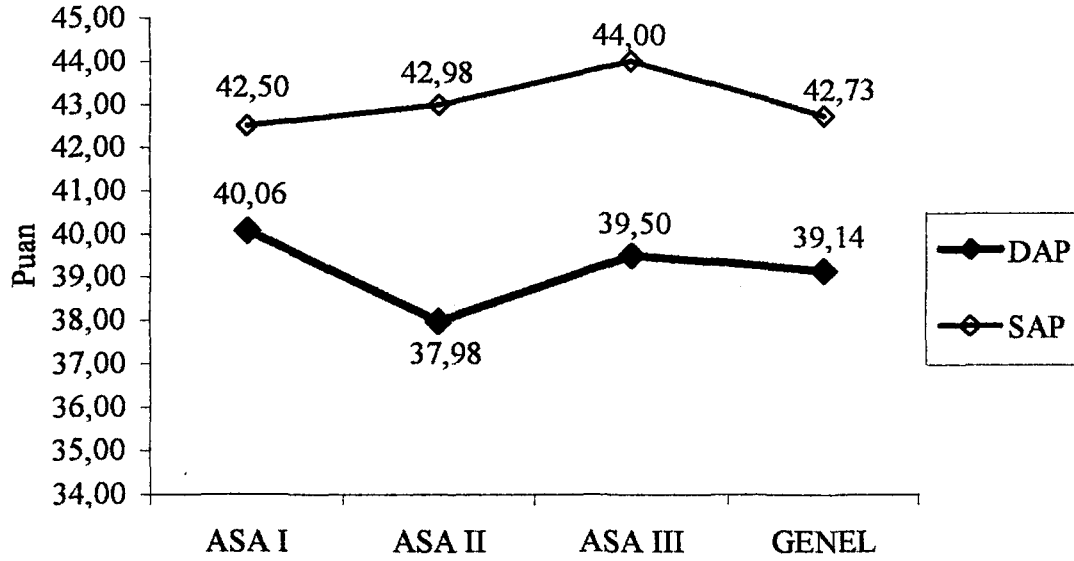
Tablo 11: Hastaların ASA Grupları Bakımından HKS, DAP, SAP ve Yaş Gruplarının Varyans Analizi İle Değerlendirilmesi.

ASA GRUPLARI		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	P
HKS	Gruplar Arası	124,928	2	62,920	8,920	0,000
	Grup İçi	1029,365	147	7,002		
	Genel	1154,293	149			
DAP	Gruplar Arası	157,880	2	78,940	1,285	0,280
	Grup İçi	9032,180	147	61,443		
	Genel	9190,060	149			
SAP	Gruplar Arası	11,848	2	5,924	0,117	0,890
	Grup İçi	7469,485	147	50,813		
	Genel	7481,333	149			
Yaş	Gruplar Arası	2291,432	2	1145,716	9,379	0,000
	Grup İçi	17957,40	147	122,159		
	Genel	20248,83	149			

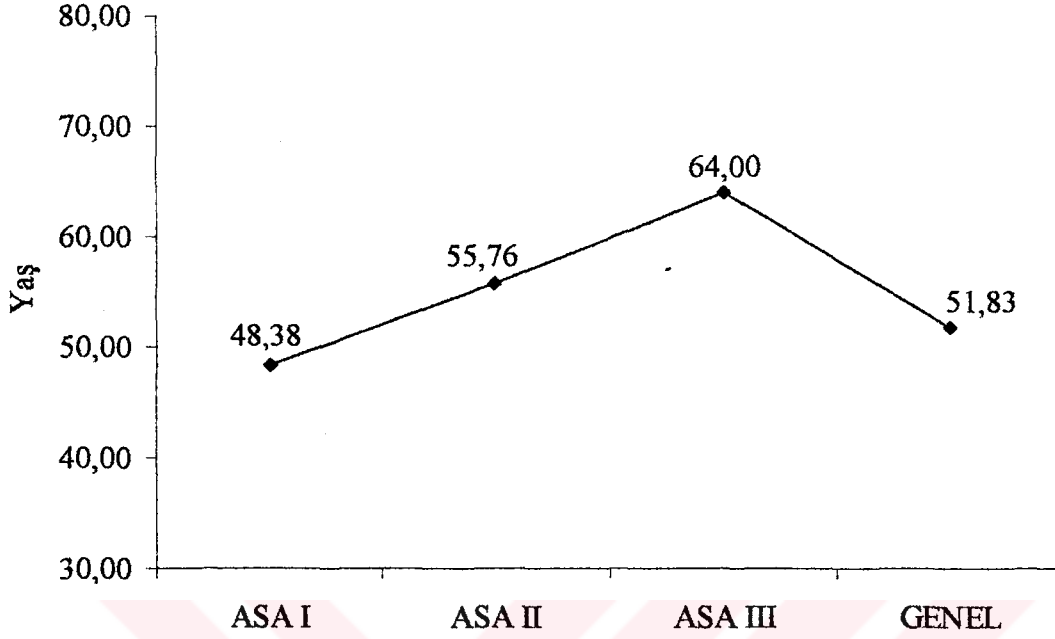
Grafik 3: Hastaların ASA Gruplarına Göre Hastanede Kalış Süreleri.



Grafik 4: Hastaların ASA Gruplarına Göre DAP ve SAP'ları Karşılaştırılması.



Grafik 5: Hastaların ASA Gruplarının Yaş Ortalamalarına Göre Dağılımları.



Tablo 10'da hastaların ASA grupları bakımından HKS, DAP, SAP ve yaş gruplarına göre dağılımları incelenmiştir. Tablo 11'de Hastaların ASA Grupları bakımından HKS, DAP, SAP ve Yaş grupları varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Bunun sonucunda; hastanede kalış süreleri bakımından hastaların ASA gruplarına göre dağılımlarına bakıldığında; ASAIII grubunda olan hastaların diğer ASA gruplarındaki hastalara göre daha uzun süre hastanede kaldıkları saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

Hastaların ASA gruplarına göre durumluk anksiyete puanlarına bakıldığında; ASA I grubunda olan hastaların durumluk anksiyete puanlarının diğer ASA gruplarındaki hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Hastaların ASA gruplarına göre sürekli anksiyete puanlarına bakıldığında; ASAIII grubunda olan hastaların sürekli anksiyete puanlarının diğer ASA gruplarındaki hastalara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Hastaların ASA gruplarına göre yaş dağılımlarına bakıldığında; ASAIII grubunda olan hastaların diğer ASA grubunda olan hastalara göre daha yaşlı

oldukları saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

Tablo 12: Değişkenler Arasındaki Pearson İlişki Katsayıları Tablosu.

	SAI	TAI	YAŞ
HKS	-0,091	-0,018	0,140
	P = 0,266	P = 0,825	P = 0,087
	n = 150	n = 150	n = 150
SAI	-	0,446 *	-0,216 *
		P = 0,000	P = 0,008
		n = 150	n = 150
TAI	-		-0,091
			P = 0,266
			n = 150

\* P < 0,01

Tablo 12'de hastaların hastanede kalış süreleri ile yaşları arasındaki ilişkiye bakıldığında; doğru orantılı bir ilişki görülmektedir. Ancak bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $P > 0,01$ ).

Hastaların durumluk anksiyete puanları ile sürekli anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve doğru orantılı bir ilişki bulunmuştur ( $P < 0,01$ ).

Hastaların durumluk anksiyete puanları ile yaşları arasındaki ilişkiye bakıldığında ters orantılı bir ilişki olduğu görülmüştür ( $P < 0,01$ ).

Hastaların sürekli kaygı puanları ile yaşları arasındaki ilişkiye bakıldığında; ters orantılı bir ilişki olduğu görülmüştür. Ancak bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $P > 0,01$ ).

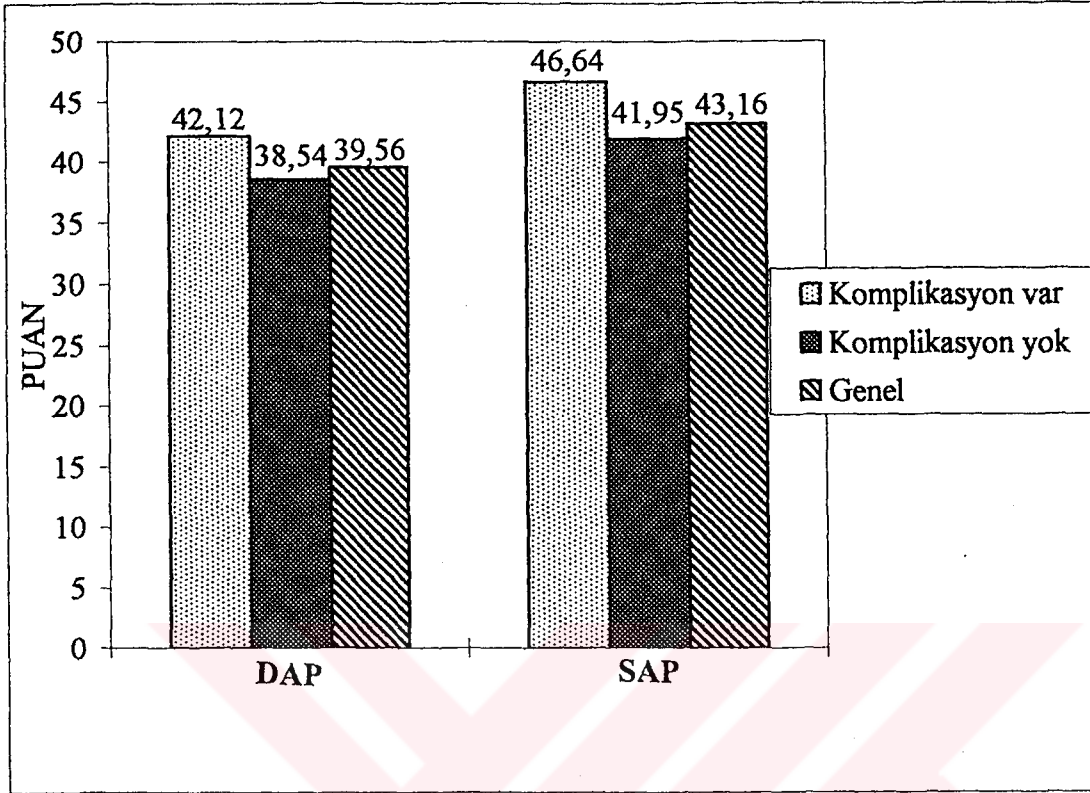
Tablo 13: Komplikasyon Görülen ve Komplikasyon Görülmeyen Hastaların DAP, SAP, HKS ve Yaş Grupları Bakımından Karşılaştırılması

KOMPLİKASYON GRUPLARI	DAP	SAP	HKS	Yaş
	$\bar{X} \pm Sd$	$\bar{X} \pm Sd$	$\bar{X} \pm Sd$	$\bar{X} \pm Sd$
Komplikasyon var n = 25	42,12 $\pm$ 1,96(a)	46,64 $\pm$ 1,45(a)	8,28 $\pm$ 1,14(a)	52,60 $\pm$ 2,34(a)
Komplikasyon yok n = 125	38,54 $\pm$ 0,65(b)	41,95 $\pm$ 0,61(b)	5,99 $\pm$ 0,37(b)	51,68 $\pm$ 1,05(a)
GENEL n = 150	39,56 $\pm$ 0,75	43,16 $\pm$ 0,74	6,26 $\pm$ 0,56	51,97 $\pm$ 1,37

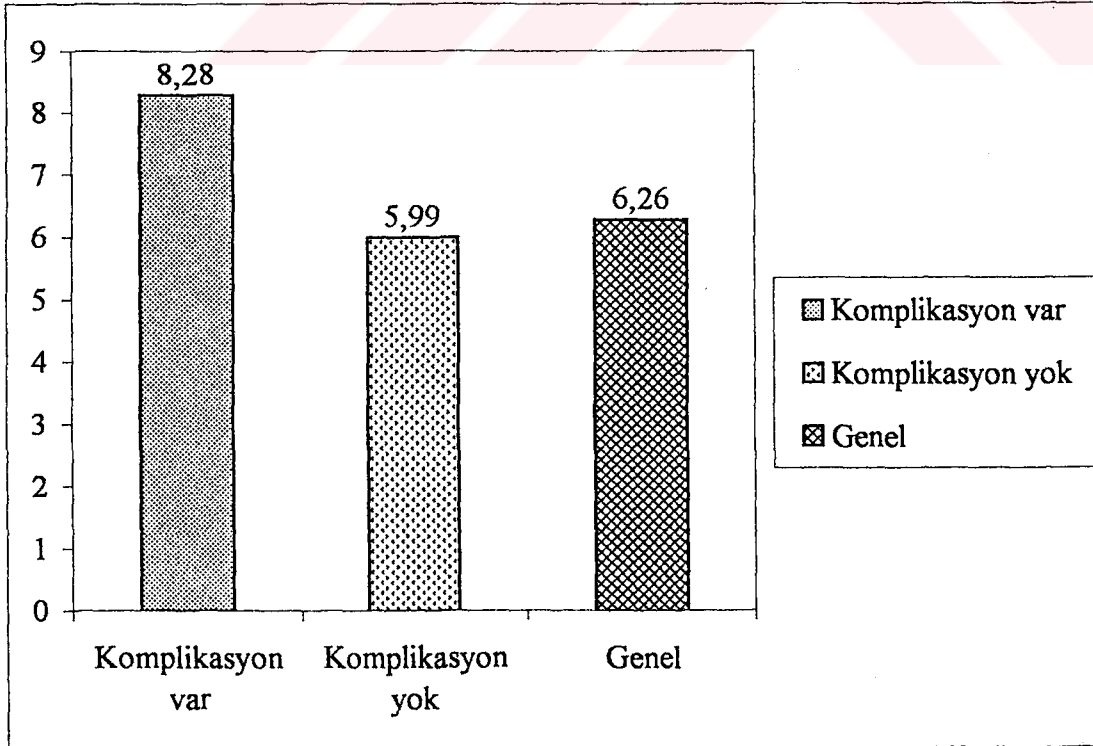
Not: Aynı sütunda farklı harfleri taşıyan gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemlidir ( $P < 0,05$ ).



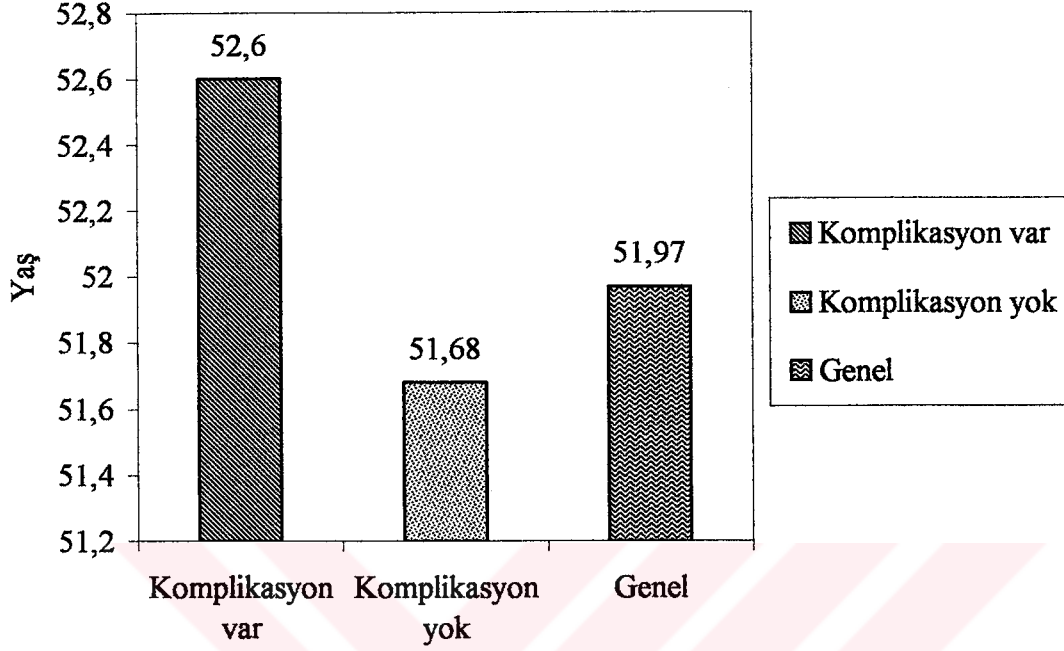
Grafik 6. Hastaların Komplikasyon Görülüp-Görülme Açısından DAP ve SAP'lerinin Karşılaştırılması



Grafik 7. Hastaların Komplikasyon Görülüp-Görülme Açısından Hastanede Kalış Süreleri



Grafik 8. Hastalarda Komplikasyon Görülüp- Görülmemesinin Yaş İle İlişkisi.



Tablo 13'de komplikasyon görülen hastalar ile komplikasyon görülmeyen hastalar DAP, SAP, HKS ve yaş grupları bakımından Student-t Testi kullanılarak karşılaştırılmışlardır.

Yapılan test sonucunda; komplikasyon görülen hastaların durumluk anksiyete puanlarının komplikasyon görülmeyen hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Durumluk anksiyete puanları bakımından komplikasyon görülenler ile komplikasyon görülmeyen hastalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

Benzer şekilde komplikasyon görülen hastalar ile görülmeyen hastaların sürekli anksiyete puanları karşılaştırıldığında; komplikasyon görülen hastaların sürekli anksiyete puanlarının komplikasyon görülmeyen hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak önemlidir ( $p < 0,05$ ).

Hastaların hastanede kalış süreleri bakımından komplikasyon görülen hastalar ile komplikasyon görülmeyen hastalar birbirleriyle karşılaştırıldığında; komplikasyon görülen hastaların komplikasyon görülmeyen hastalara göre hastanede

daha uzun süre ile kaldıkları görülmüştür. Fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

Komplikasyon görülen hastalar ile komplikasyon görülmeyen hastalar yaşları bakımından birbirleriyle karşılaştırıldıklarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p > 0,05$ ).

Tablo 14: Komplikasyon Görülen Hastalar İle Komplikasyon Görülmeyen Hastaların ASA Grupları Bakımından Karşılaştırılması

KOMPLİKASYON			
ASA GRUPLARI	VAR N=25	YOK N=125	GENEL N=150
ASA I	11	71	82
ASA II	14	52	66
ASA III	-	2	2
GENEL	25	125	150

Ki-kare: 2,006 Sd: 2 P= 0,367

Tablo 14'te Komplikasyon görülen hastalar ile komplikasyon görülmeyen hastalar ASA grupları bakımından Ki- kare testi kullanılarak karşılaştırılmışlardır. Yapılan test sonucunda ASA grupları ile komplikasyon görülüp görülme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $p > 0,05$ ).

Tablo 15: DAP grupları ile SAP Gruplarının Karşılaştırılması.

		SAP GRUPLARI			
		1(20-39) Hafif Anksiyete	2(40-59) Orta Anksiyete	3(60-79) Yüksek Anksiyete	GENEL
DAP GRUPLARI	1(20-39) Hafif Anksiyete	42	37		79
	2(40-59) Orta Anksiyete	14	53	1	68
	3(60-79)Yüksek Anksiyete	1	2		3
	GENEL	57	92	1	150

Ki-kare: 17,208 Sd: 4 P: 0,002

Tablo 15'te hastaların durumluk anksiyete puan değerleri ile sürekli anksiyete değerleri gruplandırılmış ve bu gruplar birbirleri ile ki-kare testi kullanılarak

karşılaştırılmıştır. Yapılan analiz sonucunda gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ( $P < 0,01$ ).

Tablo 16: Sürekli Anksiyete Puan Gruplarının Yaş Grupları İle Karşılaştırılması

SAP GRUPLARI	YAŞ GRUPLARI					GENEL
	(19-9)	(30-39)	(40-49)	(50-59)	(60-↑)	
(20-39) Hafif Anksiyete	2	5	14	24	12	57
(40-59) Orta Anksiyete	2	14	21	29	26	92
(60-79) Yüksek Anksiyete	-	1	-	-	-	1
GENEL	4	20	35	53	38	150

Ki-kare: 9,758 Sd: 8 P= 0,282

Tablo 16'da hastaların sürekli anksiyete puan grupları, yaş grupları ile karşılaştırılmış ve yapılan ki-kare testi sonucunda; hastaların sürekli anksiyete puan grupları ile yaş grupları arasında istatistiksel bir fark bulunamamıştır ( $P > 0,05$ ).

Tablo 17: Hastaların Durumluk Anksiyete Puan Gruplarının Yaş Grupları İle Karşılaştırılması.

DAP GRUPLARI	YAŞ GRUPLARI					GENEL
	(19-29)	(30-39)	(40-49)	(50-59)	(60-↑)	
(20-39) Hafif Anksiyete	2	6	16	30	25	79
(40-59) Orta Anksiyete	2	13	18	22	13	68
(60-↑) Yüksek Anksiyete	-	1	1	1	-	3
GENEL	4	20	35	53	38	150

Ki-kare: 8,769 Sd: 8 P= 0,362

Tablo 17'de hastaların durumluk anksiyete puan grupları ile yaş grupları karşılaştırılmıştır ve yapılan ki-kare testi sonucunda; yaş grupları arasında DAP açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $P > 0,05$ ).

Tablo 18: Hastaların Durumluk Anksiyete Puan Gruplarının Komplikasyon Grupları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

DAP GRUPLARI	KOMPLİKASYON GRUPLARI		
	Komplikasyon yok	Komplikasyon var	GENEL
1 (20-39) Hafif Anksiyete	70	9	79
2 (40-59) Orta Anksiyete	54	14	68
3 (60-↑)Yüksek Anksiyete	1	2	3
GENEL	125	25	150

Ki-kare = 7,735

Sd = 2

P = 0,021

Tablo 18’de hastaların durumluk anksiyete puan grupları ile komplikasyon görülen ve komplikasyon görülmeyen hasta grupları karşılaştırıldığında yapılan ki-kare testi sonucunda; durumluk anksiyete puan grupları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (  $P < 0,05$  ).

Tablo 19: Sürekli Anksiyete Puan Gruplarının Komplikasyon Görülen ve Komplikasyon Görülmeyen Hasta Grupları İle Karşılaştırılması

SAP Grupları	KOMPLİKASYON GRUPLARI		
	Komplikasyon yok	Komplikasyon var	GENEL
1 (20-39 ) Hafif Anksiyete	52	5	57
2 (40-59 ) Orta Anksiyete	73	19	92
3 (60-↑)Yüksek Anksiyete	-	1	1
GENEL	125	25	150

Ki-kare= 8,610

Sd = 2

P = 0,014

Tablo 19’de Hastalar sürekli anksiyete puan grupları ile komplikasyon görülen ve komplikasyon görülmeyen hasta grupları karşılaştırıldığında, yapılan ki-kare testi sonucunda; sürekli anksiyete puan grupları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (  $P < 0,05$  ).

Tablo 20: Hastaların Yaş Grupları İle Komplikasyon Görülen ve Komplikasyon Görülmeyen Hasta Gruplarının Karşılaştırılması

KOMPLİKASYON GRUPLARI	YAŞ GRUPLARI					GENEL
	1(19-29)	2(30-39)	3(40-49)	4(50-59)	5(60-↑)	
( Komplikasyon yok )	4	15	30	45	31	125
( Komplikasyon var )	-	5	5	8	7	25
GENEL	4	20	35	53	38	150

Ki-kare: = 2,121 Sd = 4 P=0,713

Tablo 20’de hastaların yaş grupları ile komplikasyon görülen ve komplikasyon görülmeyen hasta grupları ki-kare testi kullanılarak karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (  $P > 0,05$  ).

Tablo 21: Hastalarda Görülen Komplikasyonların Meslek Gruplarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi

KOMPLİKASYONLAR	MESLEK GRUPLARI				Genel
	Memur	Ev Hanımı	Esnaf - Serbest	İşçi	
Komplikasyon yok	53	63	6	3	125
Enfeksiyon	1	1	1	1	4
Hematom	3	2	-	-	5
KOAH Alevlenmesi	-	1	-	-	1
Ateş	-	3	-	1	4
Hipokalsemi	-	6	-	-	6
Bulantı	-	1	-	-	1
Baş Ağrısı	-	1	-	-	1
Ses Kısıklığı	-	1	-	-	1
Seroma	1	-	-	-	1
Taşikardi	-	1	-	-	1
GENEL	58	80	7	5	150

Ki-kare = 31,041 Sd = 30 P=0,413

Tablo 21’de Hastalarda görülen komplikasyonların meslek gruplarına göre dağılımlarına bakıldığında; komplikasyonların dağılımları ile meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (  $P > 0,05$  ).

Tablo 22: Komplasyonların Hastaların Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımlarının İncelenmesi

Komplikasyonlar	Okur yazar değil	İlkokul Mezunu	Ortaokul Mezunu	Lise Mezunu	Üniversite Mezunu	Genel
Komplikasyon yok	17	47	7	35	19	125
Enfeksiyon	-	3	-	1	-	4
Hematom	-	2	1	1	1	5
KOAH Alevlenmesi	1	-	-	-	-	1
Ateş	1	3	-	-	-	4
Hipokalsemi	2	4	-	-	-	6
Bulantı	-	1	-	-	-	1
Baş Ağrısı	-	-	-	1	-	1
Ses Kısıklığı	-	1	-	-	-	1
Seroma	-	-	-	1	-	1
Taşikardi	1	-	-	-	-	1
GENEL	22	61	8	39	20	150

Ki-kare = 35,117

Sd=40

P=0,690

Tablo 22’de komplikasyonların hastaların eğitim düzeylerine göre dağılımları Ki-kare testi ile incelendiğinde; hastalarda görülen komplikasyonlarla eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (  $P>0,05$  ).

Tablo 23: Hastaların Cinsiyetlerine Göre Komplasyonların Dağılımı.

KOMPLİKASYONLAR	Erkek	Kadın	Genel
Komplikasyon yok	53	72	125
Enfeksiyon	3	1	4
Hematom	3	2	5
KOAH Alevlenmesi	-	1	1
Ateş	1	3	4
Hipokalsemi	-	6	6
Bulantı	-	1	1
Baş Ağrısı	-	1	1
Ses Kısıklığı	-	1	1
Seroma	1	-	1
Taşikardi	-	1	1
GENEL	61	89	150

Ki-kare = 12,290

Sd = 10 P = 0,266

Tablo 23’de hastaların cinsiyetlerine göre komplikasyonların dağılımı ki-kare testi ile incelendiğinde; komplikasyonların cinsiyetlere göre dağılımları arasında istatistikse olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $P>0,05$ ).

Tablo 24: Hastalarda Görülen Komplikasyonların ASA Gruplarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi

KOMPLİKASYONLAR	ASA GRUPLARI			Genel
	ASA I	ASA II	ASA III	
Komplikasyon yok	71	52	2	125
Enfeksiyon	2	2	-	4
Hematom	1	4	-	5
KOAH Alevlenmesi	-	1	-	1
Ateş	2	2	-	4
Hipokalsemi	2	4	-	6
Bulantı	1	-	-	1
Baş Ağrısı	1	-	-	1
Ses Kısıklığı	1	-	-	1
Seroma	1	-	-	1
Taşikardi	-	1	-	1
GENEL	82	66	2	150

Ki-kare = 10,320

Sd = 20

P = 0,962

Tablo 24’de hastalarda görülen komplikasyonların ASA gruplarına göre dağılımları ki-kare testi ile incelenmiştir. Yapılan testin sonucunda; komplikasyonların ASA gruplarına göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $P>0,05$ ).



Tablo 25: Hastalarda Görülen Komplikasyonların Ameliyat Gruplarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi

KOMPLİKASYONLAR	AMELİYAT GRUPLARI			Genel
	Herni Ameliyatı	Tiroidektomi Ameliyatı	Kolesistektomi Ameliyatı	
Komplikasyon yok	43	26	56	125
Enfeksiyon	4	-	-	4
Hematom	3	2	-	5
KOAH Alevlenmesi	1	-	-	1
Ateş	1	-	3	4
Hipokalsemi	-	6	-	6
Bulantı	-	1	-	1
Baş Ağrısı	-	1	-	1
Ses Kısıklığı	-	1	-	1
Seroma	-	1	-	1
Taşikardi	-	-	1	1
GENEL	52	38	60	150

Ki-kare = 47,830

Sd = 20 P = 0,000

Tablo 25’de komplikasyonların ameliyat gruplarına göre dağılımları Ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. Testin sonucunda komplikasyonların ameliyat gruplarına göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $P < 0,0001$ ).

## 5. TARTIŞMA

Tüm ameliyatlar büyük ya da küçük olsun hasta ve ailesinin yaşamında önemli deneyimlerden biridir. Hastalar bir operasyon için hastaneye yattıkları zaman yalnızca yabancı ve değişik bir çevreye değil, aynı zamanda fazla anksiyete ve gerçek korkunun da birlikte olduğu bir ortama girerler. Yabancı oldukları bir ortamda gerçekleştirilen cerrahi girişimin kendisi, ağrı ve vücut işlevlerinde kayıpların veya görünüşlerinde değişikliklerin olabileceği düşüncesi hasta ve ailelerinin korku ve endişe yaşamalarına neden olmaktadır (28, 31, 35). Bu aşamada, hasta ve ailesine cerrahi işlem ve onunla ilgili uygulamaların açıklanması ve iletişim yolunun daima açık tutulması korku ve endişelerin azalmasına yardımcı olmaktadır (36). Bunun dışında hastalara hemşireler tarafından preoperatif dönemde etkili bir eğitim yapılarak ameliyata hazırlanması postoperatif dönemde olası komplikasyonların gelişmesinin önlenmesinde etkili gözlem ve bakımın önemi büyüktür (31, 33, 36).

Ülkemizde N. Kum'un "Yetişkin Cerrahi Hastalarında Anksiyete ve Korku" adlı çalışmasında, hastaneye ameliyat olmak için yatan hastaların anksiyete ve korkuyu temsil eden davranış ve belirtilerini özellikle ameliyat öncesi gecede açıkça gösterdikleri ve hastalara ameliyata ilişkin bilgi verildiğinde anksiyete belirtilerinde ve ifade ettikleri korkularda önemli oranlarda azalma olduğu gösterilmiştir (27).

Ameliyat öncesinde hastanın anksiyete düzeyini; yapılacak işlemler hakkında bilgi sahibi olmamak, hastanın kişisel özellikleri, yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, yapılacak operasyon tipi etkilemektedir. Joseph-Kinzelman ve ark. hastanın ameliyat öncesi dönemde psikolojik olarak hazırlığı; kendisine duygusal bir destek sağlar, postoperatif dönemde anksiyete ve ağrı düzeyini, kullanılan analjezik dozunu azaltır, hastanede kalış süresini kısaltır, normal aktivitesine daha kısa sürede dönmesini sağlamada etkili olabileceğini belirtmişlerdir. (7).

Araştırmamız, Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama Ve Araştırma Hastanesi cerrahi servisinde elektif cerrahi planlanan hastalardan araştırmaya katılmaya istekli olanlar üzerinde yapılmıştır. Tüm opere olacak hastalara preoperatif eğitimin verildiği cerrahi servisinde, preoperatif anksiyetenin postoperatif dönemde olası komplikasyonlarla ilişkisi araştırılmıştır.

Bu bölümde, elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılacaktır.

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetlerine göre dağılımlarına bakıldığında %40,7'sinin erkek, %59,3'ünün kadın olduğu görülmektedir. Hastaların yaş grupları bakımından dağılımları incelendiğinde; %2,8'sinin (19-29), %13,3'ünün (30-39), %23,3'ünün (40-49), %35,3'nün (50-59) ve %25,3'nün (60-↑) yaş grubunda oldukları belirlenmiştir. Eğitim düzeyleri açısından hastaların, %14,7'sinin okur-yazar olmadığı, %40,7'sinin ilkökul mezunu, %5,3'ünün ortaokul mezunu, %26'sının lise mezunu ve %13,3'ünün üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Hastaların meslek gruplarına göre dağılımlarına bakıldığında, %38,7'sinin memur, %53,3'ünün ev hanımı, %4,7'sinin esnaf ve serbest meslek ve %3,3'ünün işçi olduğu belirlenmiştir (Tablo1).

Oflaz F., ve Günaydın N.'in planlı ameliyat olacak hastaların ameliyat öncesi anksiyetelerini incelemelerinde; bireylerin cinsiyetlerine göre anksiyete ortalamalarını karşılaştırdıklarında bayan hastaların anksiyete ortalamalarının (46,83), erkek hastaların anksiyete ortalamalarından (37,71) daha yüksek ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuşlardır ( $p<0,05$ ). Birçok çalışmada bayan hastalarda anksiyete düzeyinin erkek hastalara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (31). Badner ve arkadaşları bu farklılığı, kadınlarda ailelerinden ayrılmaya bağlı anksiyetenin daha yüksek olmasına bağlarken, Shevde ve Panagiolopoulos ile Domar ve arkadaşları kadınların endişelerini erkeklerden daha rahat ifade edebilmelerini etken olarak göstermişlerdir. Aykent R.'nin çalışmasında da bayan hastaların anksiyete skorları erkek hastalara göre daha yüksek bulunmuştur (31). Başa S.'nin araştırmasında da preoperatif anksiyete kadınlarda erkeklere kıyasla iki kat daha sık görülmüştür (27). Genel nüfusta da anksiyetenin kadınlarda erkeklere göre iki kat sık görüldüğü bildirilmektedir (2). Bizim çalışmamızda da bayan hastaların durumluk ve sürekli anksiyete puanları (40,21 - 44,37), erkek hastaların durumluk ve sürekli anksiyete puanlarına (37,57 - 40,34) göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Dolayısı ile literatür ile paralellik göstermektedir.

Yılmaz M.'nin çalışmasında postoperatif dönemde komplikasyon gelişen hastaların cinsiyete göre dağılımları incelenmiş ve yapılan istatistiksel değerlendirmede komplikasyon gelişimi ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki

bulunmamıştır (33). Bizim araştırmamızda da toplam 150 hastanın 25'inde komplikasyon görülmüş olmakla birlikte bu hastaların 17'si bayan hasta ve 8 tanesi de erkek hastadır. Komplikasyon görölme açısından bayan hastaların sayısının fazla olmasına karşın yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Hastaların yaşlarının cinsiyete göre dağılımına bakıldığında, yaş ortalamaları açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Hastalarda cinsiyet faktörünün hastanede kalış süresine etkisine bakıldığında bayan hastaların ortalama kalış süresi 5 gün iken erkek hastaların HKS ortalama 4,44 gün olarak belirlenmiştir. Bu durumda bayan hastaların erkek hastalara göre hastanede kalış sürelerinin daha uzun olduğu görülmektedir. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Bazı çalışmalarında yaşın anksiyete düzeyini etkilemediği bildirilirken (8), Noris ve Baird, 30 yaş altındaki hastaların anksiyete oranlarının, anlamlı olmasa da daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Ramsey de çalışmasında orta yaş grubunda anksiyete düzeyinin yüksek olduğunu belirtmiştir, buna neden olarak da bu yaştaki hastaların mesleki ve ailevi sorumluluklarının fazla olmasını göstermişlerdir (27, 31). Bizim çalışmamızda da istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, yaşlı ve orta yaş grubundaki hastaların durumluk ve sürekli anksiyete düzeylerinin diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo16-17).

Başa S.'nin çalışmasında da yaş için ayrılan alt gruplarda preoperatif anksiyete sıklığı açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (27). Bizim çalışmamızda da 30 yaş altı hastaların anksiyete puanlarının düşük olduğu görülmektedir. Ancak istatistiksel değerlendirmede anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Bulgularımızın literatürle uyumlu olmadığı gözlemlenmiştir. Genç hasta sayımızın az olmasının buna neden olabileceği düşünölmüştür.

Calvin RL, Lane PL., araştırmalarında 106 ortopedi hastası üzerinde genç, orta yaşlı ve yaşlı hastaların preoperatif dönemde anksiyete düzeylerini karşılaştırmışlar ve yapılan değerlendirme sonucunda yaş faktörünün istatistiksel olarak anlamlı olmadığını görmüşlerdir (39).

Preoperatif dönemde yaşlılarda sakat kalma korkusunun ön planda olduğu bilinmektedir. Ayrıca yaşlılarda gençlere kıyasla daha ağır hastalıklar (kanseri gibi)

ameliyat sebebidir. Çoğunlukla büyük ameliyatlara ve de çoğunlukla kronik metabolik hastalıkları nedeniyle de riskli ameliyatlara adaydırlar. Bazı araştırmalarda yaşlılarda anksiyete düzeyleri düşük bulunmaktadır. Yaşlılarda gençlerden farklı olarak, daha kadenci bakış açısının hakim olduğu, kültürel faktörlerin yaşam stresine daha kolay dayanabildikleri düşünülmüştür (27, 31).

Araştırmamızda, hastaların yaş grupları ile komplikasyon görülen ve komplikasyon görülmeyen hasta grupları karşılaştırılmış olup 30 yaş üzerindeki hastalarda komplikasyon görülmekle birlikte 50-60 yaş üzerindeki hastalarda komplikasyon görülme oranı diğer yaş gruplarına göre daha fazladır. Ancak yapılan istatistiksel analiz sonucunda anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Yılmaz M'nin çalışmasında da hastaların ameliyata hazırlık yöntemi ile komplikasyon varlığının yaşa göre dağılımı incelenmiştir. Sonuçta yaş ilerledikçe komplikasyon oranının arttığı görülmüştür, yapılan istatistiksel değerlendirmede yaş grupları arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır (33).

Hastalar açısından ameliyat önemli bir işgücü kaybı nedenidir. Küçük ameliyatlarda bile kişinin normal iş temposuna dönmesi haftaları bulabilir; bu özellikle beden gücünün ön planda olduğu meslekler için geçerlidir. Bazı ameliyatlara (amputasyon gibi) iş kaybıyla sonuçlanabilir. Günlük para kazanılan meslekler için ameliyat, kazanç kapısının bir süre kapanması anlamına gelir (27). Başa S'nin çalışmasında da meslek gruplarında anksiyete açısından anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Shevde ve Panagopoulos çalışmalarında mesleğin anksiyete derecesini etkilemediğini bildirmişlerdir (31). Bizim çalışmamızda da hastaların meslek grupları ile anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde ev hanımlarının durumluk ve sürekli anksiyete düzeyleri diğer meslek gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur ancak fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Literatürde kadın hastaların anksiyete düzeylerinin yüksek olması ile paralellik göstermektedir.

Araştırmamızda hastaların meslek gruplarına göre ve hastanede kalış süreleri bakımından dağılımlarına bakıldığında işçi ve ev hanımlarının hastanede kalış süreleri diğer meslek gruplarına göre daha uzun bulunmuştur. Ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

Hastaların eğitim düzeyleri arttıkça insanlar daha çok sorgulayan, araştıran birey haline gelmekte ve bilgileri arttıkça her konuda daha bilinçli kararlar verebilmektedirler. Preoperatif dönemdeki sıkıntıların büyük oranda bilgisizlikten kaynaklandığı belirtilmiştir. Bu dönemde hastaların bilinmezliğe bağlı korkuları, ölüm, ağrı, sakat kalma korkularından daha ön plandadır. Buradan yola çıkarak, eğitilmiş hastalarda bilinmezlik faktörü daha az etkin olacağından, anksiyetelerinin de düşük olması beklenebilir (29). Başa S'nin çalışmasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç çıkmamış olsa da üniversite mezunlarında anksiyete sıklığı diğer gruplara kıyasla daha düşük bulunmuştur (27).

Bazı çalışmalarda ise eğitim durumunun anksiyete derecesini etkilemediği belirtilirken, bazılarında ise artan eğitim düzeyi ile anksiyetenin de arttığı bildirilmektedir (31). Aykent R'nin çalışmasında da yüksek okul mezunlarının anksiyete düzeyleri yüksek bulunmuştur. Bizim araştırmamızda da istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmamakla birlikte, durumluk anksiyete düzeyi bakımından üniversite mezunu olan hastaların anksiyeteleri diğer eğitim gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur. Aykent R'nin çalışması ile uyumlu bulunmuştur. Ancak sürekli anksiyete düzeyleri açısından bakıldığında bizim çalışmamızda ilkökul mezunu olan hastaların anksiyete düzeyleri yüksek bulunmuştur. Bu durumda Başa S.'nin çalışması ile paralellik göstermektedir (27, 31).

Hastaların eğitim düzeylerinin hastanede kalış süresine etkisine bakıldığında; okur yazar olmayan hastaların hastanede kalış süresinin diğer gruplardan daha uzun olduğu görülmüştür. İstatistiksel değerlendirme sonucunda anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ( $p>0,05$ ). Bunda okur yazar olmayan hastalar postoperatif dönemde bakıma katılımda zorlanmakta ve yapmaları gerekenleri öğrenmede güçlük çekmektedirler. Bunun sonucunda da taburcu olma süreçleri uzamakta ve dolayısı ile hastanede kalış sürelerinin uzamış olabileceği düşünülmektedir.

Hastaların eğitim düzeylerinin yaş gruplarına göre dağılımlarına bakıldığında, okur yazar olmayan hastaların yaş ortalamalarının diğer gruplardaki hastalardan daha yüksek olduğu görülmekte, yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Geçirilecek ameliyatın küçük veya büyük bir girişim olması preoperatif anksiyeteyi etkileyebilir. Büyük ameliyatlarda mortalite ve morbidite riski daha

yüksektir. Literatürde büyük cerrahi girişim geçirecek hastaların en yüksek anksiyeteli gruba dahil olduğu belirtilmektedir. Büyük cerrahi girişimlerde, cerrahi sonrası sakat kalma ihtimali en çok anksiyete yaratan faktördür, bu korku özellikle ileri yaşlarda belirgindir. İkinci sırada anesteziye bağlı kalıcı şuur kaybı gelir. Küçük girişimlerde ise anesteziye bağlı kaygılar ön plandadır (22, 27).

Bizim bulgularımıza göre, tiroidektomi ameliyatı planlanan hastaların durumluk ve sürekli anksiyete puanları herni ve kolesistektomi ameliyatı planlanan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak, tüm ameliyat grupları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Ameliyat grupları bakımından hastaların hastanede kalış süreleri incelendiğinde; herni ameliyatı olan hastaların hastanede kalış süresinin diğer ameliyat gruplarındaki hastalara göre daha uzun olduğu görülmüştür. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Hastaların yaşlarının ameliyat grupları bakımından dağılımlarına bakıldığında tiroidektomi ameliyatı olan hastaların yaş ortalamalarının diğer ameliyat gruplarındaki hastaların yaş ortalamalarına göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Preoperatif anksiyete sıklığı ile ameliyat sebebi olan hastalığın dışında başka bir kronik hastalığa sahip olma arasında anlamlı bir ilişki görülmektedir. Diyabet, hipertansiyon gibi eşlik eden kronik rahatsızlıklar tek başlarına anksiyete ya da depresyon sebebi olabilirler. Ameliyat olacak hasta için ek stresör faktör oluşturmaları beklenen bir durumdur (27). Bizim çalışmamızda ASA I hafif risk grubunda olan hastaların durumluk anksiyete düzeyi ASA II ve ASA III gruplarından daha yüksek bulunmuştur, sürekli anksiyete düzeyi bakımından ASA III risk grubunda olan hastaların anksiyete puanlarının diğer ASA gruplarındaki hastalardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ancak istatistiksel olarak yapılan değerlendirme sonucunda gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Hastaların ASA gruplarının hastanede kalış süresine etkisine bakıldığında ASA III riskli grubundaki hastaların hastanede kalış sürelerinin diğer ASA gruplarındaki hastalara göre daha uzun olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ).

Hastaların yaşlarının ASA gruplarına göre dağılımlarına bakıldığında ASA III riskli grubundaki hastaların yaş ortalamalarının diğer ASA gruplarındaki hastalara

göre daha büyük olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Komplikasyon görülen hastalar ile komplikasyon görülmeyen hastalar ASA grupları bakımından değerlendirildiğinde, ASA grupları ile komplikasyon görülüp görülmemeye durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Buna ASA gruplarındaki hasta sayılarının eşit olmaması ve ASAIII grubundaki hastaların sayısının oldukça az olmasının neden olabileceği düşünülmektedir.

Bazı çalışmalarda operasyon türünün anksiyete düzeyini etkilemediği bildirilmiştir. Norris ve Baird plastik cerrahi ve jinekoloji hastalarında anksiyete görülme oranının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Ramsey de çalışmasında majör cerrahi tanımlanan hastalarda anksiyete oranının %77, minör cerrahi uygulananlarda ise %71 olarak göstermiş, operasyon türünün preoperatif emosyonel durum üzerinde etkili olduğu sonucuna varmıştır (27).

Hastalarda postoperatif dönemde görülen komplikasyonlar; hastanın yaşı, tanısı, ASA değerlendirmesi, ameliyatı gerçekleştiren doktor ve diğer ekibin steriliteye uyup uymaması, ameliyatta kullanılan aletlerin sterilitesi, v.b. gibi bir çok faktöre bağlı olabilmektedir. Bunun yanı sıra hastanın psikolojik durumunun da postoperatif dönemde komplikasyon görülmesi üzerine etkili olabileceği bir çok araştırmada bildirilmektedir (38, 40, 50).

Araştırmamıza katılan hastaların preoperatif dönemde yapılan anksiyete değerlendirmesinde, postoperatif dönemde komplikasyon görülen hastaların durumluk ve sürekli anksiyete puanlarının komplikasyon görülmeyen hastalara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca yine araştırmamızda komplikasyon görülen hastaların hastanede kalış sürelerinin komplikasyon görülmeyen hastalara göre daha uzun olduğu belirlenmiştir. Komplikasyon görülüp görülmemesi bakımından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Komplikasyon görülen ve komplikasyon görülmeyen hasta gruplarının yaş dağılımlarına bakıldığında; komplikasyon görülen hastaların yaş ortalamalarının komplikasyon görülmeyen hastalara göre daha büyük olduğu görülmüştür. Ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).



Toogood L., cerrahi anksiyetenin azaltılması ile postoperatif dönemde hastalarda daha az komplikasyon görülebileceğini, daha iyi düzelme sağlanabileceğini ve erken taburcu olmada etkili olabileceğini belirtmiştir (38).

Majima T. ve Sato R., preoperatif anksiyete ve postoperatif iyileşme ilgili ile ilgili faktörleri araştırdıkları çalışmalarında; preoperatif anksiyete düzeyinin postoperatif düzelme ile ilişkisi olduğunu belirtmişlerdir (40). Literatür bulguları ile bizim çalışmamızdaki bulgular uyumlu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastaların durumluk ve sürekli anksiyete puanlarının komplikasyon görülüp görülmemeye üzerine etkisine bakıldığında, anksiyete düzeyi ile komplikasyon görülmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Tüm hastalarda komplikasyon görülüp görülmemeye oranlarına bakıldığında; hastaların % 16,67'sinde komplikasyon görülmüş olup, %83,33'ünde komplikasyon görülmemiştir. Komplikasyonların daha çok, hafif ve orta düzeyde anksiyete yaşayan hastalarda görüldüğü belirlenmiştir. Komplikasyon görülen hastaların durumluk anksiyete düzeylerine bakıldığında %15,33'ünün hafif ve orta düzeyde anksiyete yaşadığı, komplikasyon görülen hastaların sürekli anksiyete düzeylerine bakıldığında %15,99'unun hafif ve orta düzeyde anksiyete yaşadıkları görülmüştür. Yüksek anksiyete düzeyindeki hasta sayısının az olması nedeniyle istatistiksel olarak değerlendirmeye alınmamıştır (Tablo 18-19).

Ameliyat olacak hastanın kendi içinde yaşadığı yoğun çatışmalar hastaların ihtiyaçları doğrultusunda hazırlanan planlı bir ameliyat öncesi bakımla ve eğitimle en aza indirilebilir. Ameliyat öncesi bakım ve eğitimin amacı hastanın mümkün olan en iyi ruhsal ve fiziksel durumda olmasını sağlamak ve postoperatif dönemde olası komplikasyonları önlemektir. Yapılan çalışmalar eğitim verilen hastalarda verilmeyenlere göre daha az komplikasyon görüldüğünü ve bu hastaların daha hızlı iyileştiklerini göstermiştir (5).

Karakula S. ve Özgür G., çalışmalarında hastalara verilen bilgilendirici hemşirelik eğitiminin durumluk – sürekli anksiyete puan ortalamalarını etkilediğini, ameliyattan 24 saat önce verilen bilgilendirici hemşirelik eğitiminin durumluk - sürekli anksiyete puan ortalamasının azalmasında 10 gün önce verilen eğitimden daha etkili olduğunu, bu sonuca göre bilgilendirici hemşirelik eğitiminin hastalara 24 saat önce verilmesini önermişlerdir (7).

Hughes S., preoperatif eğitimin hastalar üzerine etkisi araştırmışlar ve; Cerrahiye ilişkin bilgi vermenin hastaların anksiyetelerini azaltabileceğini, hastaları bilgilendirmenin hasta hastaneye kabul edilmeden önce yapılır ise daha faydalı olabileceğini, daha iyi hasta bakımı sağlamak için preoperatif grubun üyeleri ile birlikte çalışmak fizyolojik ve psikolojik olarak cerrahi sonuçlar için de faydalı olabileceğini belirtmişlerdir (14).

Shuldham C., araştırmasında preoperatif bilginin genel cerrahi hastalarındaki postoperatif stresi, ağrıyı ve anksiyeteyi azaltmada etkili olduğunu görmüşlerdir (35).

Cowan SA ve arkadaşları, anesteziye bağlı anksiyete, memnuniyet ve bilgilendirme üzerine yaptıkları çalışmada, hastalara anestezi ve yan etkileri konusunda yeterli bilgi verilmediği, özellikle genç hastalar ile bayan hastalarda anesteziye bağlı anksiyetenin daha fazla olduğu ve preoperatif viziten sonra hastaların daha az anksiyeteli olduklarını bildirmişlerdir (37).

Kettunen T, Poskiparta M., cerrahide emosyonel destek sağlamak için hemşirenin sağlanması gerektiğine ve yakın bir cerrahi hakkında bilgi için soru sormaya ve onların korku ve anksiyeteleri hakkında konuşarak hastaların cesaretlendirilmelerinin önemli olduğunu belirtmişlerdir (41).

Komplikasyon görülen hastaların meslek gruplarına göre dağılımlarına bakıldığında, ev hanımlarında diğer meslek gruplarına göre daha fazla komplikasyon görüldüğü bulunmuştur. Ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p < 0,05$ ).

Komplikasyon görülen hastaların eğitim düzeylerinin komplikasyon görülüp görülmemesi üzerine etkisine bakıldığında, okur yazar olmayan hastalar ile ilkökul mezunu hastalarda daha fazla komplikasyon görüldüğü ve en az komplikasyonun üniversite mezunu olan hastalarda görüldüğü belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Ancak eğitim düzeyinin artması ile hastalarda komplikasyon görülme oranının azaldığı ve eğitimin iyileşme ve erken taburcu olmada hastaya ek bir katkı sağladığı düşünülmektedir.

Hastalarda ameliyat gruplarının komplikasyon görülüp görülmemesi üzerine etkisine bakıldığında, tiroidektomi ameliyatı olan hastaların komplikasyon görülme oranı herni ve kolesistektomi ameliyatı olan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur

(Tablo 25). Bazı çalışmalarda ameliyatın büyüklüğü arttıkça olası komplikasyonların da artabileceği bildirilmektedir (10, 22, 27). Bizim çalışmamızdaki bulgular ile literatür arasında paralellik olduğu görülmektedir.

Araştırmanın yapıldığı cerrahi servisinde kullanılan preoperatif hazırlık kontrol formu Ek 3'te yer almaktadır. Cerrahi servisine opere olmak üzere yatan tüm hastalara ameliyattan bir gece öncesi ve ameliyat sabahı hemşireler tarafından bu form kullanılarak bilgi verilmektedir. Araştırmamızda hemşirelerin hastalara verdikleri bilginin etkinliğinin değerlendirilmesi tez konumuzun dışında olmakla birlikte, araştırmaya katılan toplam 150 hastanın % 16,83'ünde komplikasyon görülürken, % 83,33 ünde komplikasyon görülmemiştir.

Genel olarak bireylerin hastalığa gösterdikleri en belirgin tepki endişe ve korkudur. Aynı zamanda hastalarda gerginlik, bağımlılık, çaresizlik ve öfke duyguları da gözlenebilir. Ameliyat olacak hastalarda bu tepkiler daha yoğundur. Bu yoğun tepkiler bilinmeyen bir şeyle karşılaşmanın verdiği korkudan ya da organ kaybı, anestezi korkusu, bilinçsizken sırlarını açıklama, ameliyat sonrası ağrı, ölüm gibi nedenlerden kaynaklanabilir (10, 22).

Pierantognetti P. Ve arkadaşları, preoperatif cerrahi hemşireliği, anksiyete, stres üzerine yaptıkları çalışmalarında cerrahi prosedürün genellikle hastalarda anksiyete düzeyini arttırdığını ve anksiyetenin hastalığın şiddeti ile ilgili olarak değiştiğini ve bu nedenle hasta ve yakınlarına cerrahi prosedürlerle ilgili verilen eğitimin hastanın iyileşmesine katkıda bulunacağını belirtmişlerdir (42).

Walker JA., yetişkin hastalarda preoperatif dönemde emosyonel ve fizyolojik hazırlıkta hemşirelerin önemli bir rol oynadığını belirtmişlerdir. Ayrıca yazılı veriler ile bilgi verilmesi ve hastanın soru sormaya cesaretlendirilmesinin önemi üzerinde durmuşlardır (43).

Mitchell M., preoperatif anksiyete için hemşirelik girişimleri üzerine yaptıkları çalışmada, hastalara verilecek eğitimin yapılacak ameliyata göre planlanmasının servis hemşiresinin daha az zamanını alabileceğini göstermişlerdir (44).

Morrel G., katarakt ameliyatı öncesinde hastaların anksiyete düzeylerini "State-Trait Anxiety Inventory" ile ölçmüşler ve preoperatif hazırlık ve eğitim yapılan hastalarda anksiyete düzeyinin azaldığını belirtmişlerdir (45).

Norred CL., hipnoz, aromaterapi, müzik ve masajdan oluşan alternatif tedavinin anksiyeteyi azaltabileceğini belirtmişlerdir (46).

Malkin KF., kliniğe kabul öncesi hastaların algılamalarının incelendiği bu çalışmada, hastalara verilen eğitimin anksiyeteyi azaltmada önemli olduğunu ve her hastanın bireysel başa çıkma yöntemlerinde bilgilendirmenin etkili olabileceği gösterilmişlerdir (47).

Wong FY. ve Arthur DG, hemşirelerin preoperatif vizitleri ile tekrar edilen açıklamalar ve hasta ailelerinin bilgilendirilmesinin, hastalarda ağrının azalmasına ve rahat uyuyabilmelerine yardımcı olduğu belirtilmiştir (48).

Freixa Garcia J, ve Marcos Saiz M., çalışmalarında hastalar ameliyat öncesi korku, anksiyete ve sınırliliklerini konuşmaksızın nonverbal iletişimle ifade etmişler ve cerrahiye ilgili tahmini bilgilerin tümüne sahip hastanın detaylı bilgiye sahip olmayan hasta ile benzer derecede anksiyeteye eğilimli olabileceklerini bildirmişlerdir (49).

Munofa MR.ve Stevenson J., cerrahinin sebep olduğu anksiyete ile hastaların nasıl baş edebilecekleri ve ne hissettiklerini ifade etmelerinde preoperatif görüşmenin yapılmasının önemini belirtmişlerdir. Anksiyetenin preoperatif değerlendirilmesi ve postoperatif moral ve ağrı arasındaki ilişkiyi rapor edilmişlerdir (50).

Mitchell M., günübirlik cerrahi işlemi için yapılan preoperatif hazırlığın hastalar tarafından algılanması üzerine yapılan bir çalışmada; günübirlik cerrahi işlemlerin hayata geçmesiyle birlikte medikal girişimlerin kalitesinin büyük miktarda artışına rağmen, psikolojik hazırlıkların miktarı hemen hemen hiç değermediğini, eğer bireysel başa çıkma yöntemleri preoperatif hazırlık aşamasında kullanılabilirse anksiyete düzeyini belirgin olarak azaltabileceğini ifade edilmiştir (51).

Lancaster K.A., günübirlik cerrahide hasta eğitimi, profesyonel hemşirelik girişimlerinin başında gelmektedir. Hastanede önceden alınan eğitim evdeki düzelmeye karşı güven artışına ve günübirlik cerrahiye olan eğilimi artırmaktadır. Hastaların ve hasta ailelerinin bilgilendirilmesi anksiyetenin azaltılmasında etkili olduğu belirtilmektedir (52).

Fortner P.A., psikolojik hazırlık ve hasta bilgilendirme hastaların cerrahi tecrübesinin artışına yarar sağlamakta ve de günübirlik cerrahiye doğru eğilimi

artırmaktadır. Hemşirelerin harcadığı zamanı azaltmakta, hastalara daha ayrıntılı destek verme imkanı sağladığını bildirilmektedir (53).

James D., hastalar için opere olmanın daima anksiyeteye neden olabileceğine, belki de çoğu hastada korkuya sebep olabileceğini belirttikleri bu çalışmada, aktif ve potansiyel problemleri olanların araştırılmasının gerekliliği belirtilmiştir (54).

Ruiz-Lopez E, ve ark., anestezi ve cerrahi prosedürün hastalarda anksiyeteye neden olabileceğini, multidisipliner bir ekip hastanede hastalara yeterince bilgi sunmaya sorumlu olabilmekte, ancak preanestezik değerlendirme anksiyetenin insidansının azaltılmasında etkili olduğu bildirilmektedirler (55).

Lithner M ve Zilling T., açık kolesistektomi ameliyatı olan hastalarda pre ve postoperatif bilgilere olan gereklilik üzerine yaptıkları araştırma sonucunda; hastalar hem yazılı hem de sözel bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir (56).

Şelimen D. ve Gürkan D., laparoskopik kolesistektomide ortaya çıkan komplikasyonların önlenmesinde hemşirelere düşen önemli görevlerden birinin de taburculuk döneminde olası komplikasyonların belirtileri açısından hasta ve ailesini eğitmelerinin gerekliliğini ifade etmişlerdir (57).

Grieve RJ., Preoperatif dönemde anksiyeteyi azaltmada hemşirelik bakımının ve eğitiminin önemine değinmişlerdir (58).

Williams SA, holistik hemşirelik bakımı hasta odaklı bakım olarak isimlendirilmekte, iyileşme ve ileri sağlık potansiyeli ile hasta ve hemşire arasındaki bağlantıya bağlı olmaktadır. Hastaneye yatan hastalar birçok stresör ile yüz yüze gelmektedirler. Hemşire bakımının anksiyete düzeyini etkilediği belirtilmektedir (59).

## 6. SONUÇ

Araştırmadan elde edilen sonuçlar;

1. Hastaların ameliyattan bir gün önce hafif ve orta düzeyde anksiyete yaşadıkları, yüksek düzeyde anksiyete yaşayan hastaların azınlıkta olduğu görülmüştür.

2. Bayan hastaların erkek hastalara göre anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p>0,05$ ).

3. Yaş, eğitim düzeyi, meslek gruplarının durumluk ve sürekli anksiyete düzeyleri üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

4. Hastalar ameliyat grupları açısından değerlendirildiğinde tiroidektomi ameliyatı olan hastaların durumluk ve sürekli anksiyete puanları herni ve kolesistektomi ameliyatı olan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. İstatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Ayrıca tiroidektomi ameliyatı olan hastalarda diğer ameliyat grubundaki hastalara oranla daha fazla komplikasyon görülmüştür ( $p<0,0001$ ).

5. Hastalar ASA Gruplarına göre değerlendirildiğinde, ASAIII grubundaki hastaların hastanede kalış süreleri, durumluk ve sürekli anksiyete puanları ve yaş ortalamaları ASAI ve ASAII grubundaki hastalara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır.

6. Komplikasyon görülen hastalar ile komplikasyon görülmeyen hasta grupları karşılaştırıldığında, komplikasyon görülen hastaların hastanede kalış süreleri, durumluk ve sürekli anksiyete puanları ve yaş ortalamaları komplikasyon görülmeyen hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

7. Hastalarda eğitim düzeyleri, meslek grupları, cinsiyetleri, ASA grupları ve yaş grupları gibi değişkenlerin komplikasyon görülmesi bakımından etkili olup olmadığı değerlendirilmiş ve bu faktörlerin istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığı görülmüştür ( $p<0,05$ ).

Literatür taramalarının sonucunda da görüldüğü gibi preoperatif anksiyetenin hastaları olumsuz etkilediği, postoperatif dönemde komplikasyonlara neden olabileceği belirtilmektedir. Preoperatif anksiyetenin azaltılmasında; holistik (bütüncül) hemşirelik bakımının ve preoperatif eğitimin anksiyetenin azaltılmasında

etkili olabileceği belirtilmektedir. Dolayısı ile preoperatif anksiyetenin azaltılmasının postoperatif dönemde olası komplikasyonları azaltmada etkili olabileceği ve hastaların daha erken taburcu olmasına katkı sağlayabileceği belirtilmektedir. Hastaların erken taburcu olmaları, bir an önce aile ve iş yaşamlarına geri dönmelerinin, ülkenin sosyal yapısına ve ekonomisine olumlu katkıları olabileceği belirtilmektedir.

Bizim çalışmamız sonucunda da literatürle uyumlu sonuçlar elde edilmiştir. Preoperatif anksiyetenin, postoperatif dönemde gelişebilecek komplikasyonlarla ilişkisinin olabileceği saptanmıştır. Halen uygulanmakta olan preoperatif bilgi vermenin daha etkili kılınması amacıyla, hastaların ameliyat öncesi yapmaları gereken egzersizleri ve erken mobilizasyon için gerekli uygulamaları içeren bir kitapçık hazırlanmalıdır. Kitapçıkta; ameliyathane ve ameliyata ilişkin kısa bilgilerin yer aldığı resimler ve açıklamalar da yer almalıdır. Böylece, preoperatif hazırlık döneminde, zamanı etkili kullanarak hastaların soru sormalarına ve kendilerini ifade etmelerine olanak verilebileceği ve daha fazla psikolojik destek sağlanabileceği düşünülmektedir.

## KAYNAKLAR

- 1 Alper Y., Bayraktar E., Karaçam Ö. (2001) *Herkes İçin Psikiyatri*, İstanbul, Gentaş A. Ş. Kaya Matbaacılık
- 2 Aydemir Ö., Bayraktar E., Özmen E. (1997) *Genel Tıpta Psikiyatrik Sendromlar*, Hekimler Yayın Birliği, Ankara
- 3 Boratav C. (1999) *Cerrahide Psikiyatri, Genel Tıpta Ruhsal Bozukluklar*, Parem, İstanbul
- 4 Çelikkol A. (1999) *Ruh Hastalıklarından Korunma*, Ed: Özer A., Kaya Matbaacılık, Gentaş A.Ş., İstanbul
- 5 Bölükbaş N. (1992) Ameliyat Olacak Hastaların Hemşirelerden Beklentileri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*; 8(2):21-28
- 6 Büyükoktay N. (1972) Yetişkin Cerrahi Hastalarında Anksiyete ve Korku, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doçentlik Tezi, Ankara
- 7 Karakula S., Özgür G. (2000) Koroner Bypass Ameliyatı Geçiren Hastalarda Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımının Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi, *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi K.D.C. Ad. İzmir, VI. Ulusal Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Kongresi Özet Kitabı*, Antalya
- 8 Oflaz F., Günaydın N. (1998) Planlı Ameliyat Olacak Hastaların Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi, *Gata Bülteni*; 40(1):6-10
- 9 Erdal E. (1993) *Hemşirelikte Temel İlke ve Uygulamalar*, Dağışan Ofset, İzmir
- 10 Özmen E. (2001) Hasta Hekim İlişkileri Üzerine Notlar, *Parem Psikiyatri Notları*; 2(1):1-2
- 11 Karayurt Ö. (1997) Ameliyat Öncesi Uygulanan Farklı Eğitim Programlarının Hastaların Anksiyete ve Korku Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*, İzmir
- 12 Karadağ M. (1999) Ayaktan Cerrahi Uygulamalarında Hasta Eğitimi, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*; 3(2):4-6
- 13 Kırıklı S. (2000) *Anksiyete Bozukluklarının Oluşumu ve Farmakolojik Tedavisi*, Psikiyatri ve Sanat Yayınevi, Bursa
- 14 Hughes S. (2002) The Effects of Giving Patients Pre-Operative Information, *Nursing Standarts* ;16(28):33-7



- 15 Gökalp G.P. (2000) Anksiyete Bozuklukları, Edit: Tükel R., Pfizer İlaçları A.Ş., Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara
- 16 Güleç C. (1999) Psikiyatrinin Abc'si *Ruhsal Bozukluklar, Tanısı ve Tedavisi*, (Ed).Özer A., Gentaş A. Ş., I.Basım, İstanbul
- 17 Sürmeli A. (1997) Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış, *Psikiyatri Temel Kitabı*, Cilt: 1, Hekimler Yayın Birliği, Ankara
- 18 Tükel R. (1998) Anksiyete Bozuklukları, *Psikiyatri Ders Kitabı*, İstanbul Üniversitesi Yayınları No: 4139, Emek Matbaacılık, İstanbul
- 19 Akdağ A. (2001) Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
- 20 Arıkan M.K. (1999) *Temel Psikiyatrik Sendromlar*, Çantay Kitapevi, İstanbul
- 21 Kırklı S. (2003) *Anksiyete*, Psikiyatri ve Sanat Yayınevi, F. Özsan Matbaacılık Sanayi Ltd. Şti., Bursa
- 22 Pektekin Ç. (1996) *Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı*, (Ed). Kum N., Birlik Ofset Ltd. Şti. İstanbul
- 23 Noyes R., Saric R.H. (1998) *The Anxiety Disorders*, Çev: Baysoy N.G., Anksiyete Bozuklukları, (Ed). Şar V., Medikal& Paramedika Yayıncılık, İstanbul
- 24 Ceyhun B., Ceyhun G. (1994) Anksiyete Kuramları, Anksiyete Monografaları Serisi, Hekimler Yayın Birliği
- 25 Öner N., Le Compte A. (1998) Durumluluk Süreklilik Kaygı Envanteri El Kitabı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, 2.Baskı, İstanbul
- 26 Öner N. (1977) Durumluk- Sürekli Kaygı Envanterinin Türk Toplumunda Geçerliliği, Hacettepe Üniversitesi Sosyal ve İdari Bilimler Fakültesi Psikoloji Bölümü Doçentlik Tezi, Ankara
- 27 Başa S. (1998) Yetişkin Hastalarda Preoperatif Anksiyete, Uzmanlık Tezi, İstanbul
- 28 Yazan C., (2000) Genel Olarak Anksiyete, (Ed) Göka E., *Araştırma ve Klinik Uygulamalarda Biyolojik Psikiyatri*, I.Baskı, Atlan Matbaacılık, İstanbul.

- 29 Özkan S. (1993) *Konsültasyon Liyezyon Psikiyatrisi*, Roche Mustahzarları Sanayi A.Ş., İstanbul
- 30 Erdil F., Elbaş Özhan N. (2001) *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, IV. Baskı*, Aydoğdu Ofset, Ankara
- 31 Aykent R. (2001) Hastalar Arasında Anestezinin İmajı, Anesteziye Bağlı Endişe Nedenleri ve Preoperatif Anksiyete Değerlendirmesi: Altıyüz Hastada Uygulanmış Bir Anket Çalışması, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.B.D. ,Uzmanlık Tezi, Samsun
- 32 Değerli Ü. (1990) *Genel Cerrahi-1*, Acar Matbaacılık, İstanbul
- 33 Yılmaz M. (2000) Ameliyat Öncesi Öğretimin Ameliyat Sonrası Komplikasyonlara ve Hasta Memnuniyetine Etkisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora Tezi, Ankara
- 34 Dolu Ş. (2000) Meme Biyopsisi Öncesi Hastaların Yaşadıkları Anksiyete ve Depresyonun Azaltılmasında Hemşirenin Rolü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
- 35 Shuldham C. (1999) A Review of The Impact of Pre-Operative Education On Recovery From Surgery, *Int J Nurs Stud*; 36(2):171-7
- 36 Kiliç G. (1995) Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ameliyat Öncesi ve Sonrası Hasta Bakımına İlişkin Bilgi ve Uygulama Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, Sivas
- 37 Cowan SA, Engbaek J., at all. (2000) Information, Satisfaction and Anxiety in Connection With Anesthesia. A Questionnaire Study, *Ugeskr Leager* ; 162(9):1231-5
- 38 Toogood L. (1999) White-Knuckle Ride To Theatre, *Nurs Times*; 95(14):50-1
- 39 Calvin RL., Lane PL. (1999) Preoperative Uncertainty and State Anxiety of Orthopedic Surgical Patients, *Orthop Nurs*; 18(6):61-6
- 40 Majima T., Sato R. (1994) A Study of Factors of Anxiety and Nursing Intervention Among Cardiac Surgical Patients, *Nihon Kango Kagakkaishi*; 14(1):11-8
- 41 Kettunen T., Poskiparta M. (1998) Preoperative Interviewing: The Possibility of A Nurse Anesthetist To Provide Emotional Support To Patient Concerning Surgery, *Hoitotiede*; 10(5):271-8

- 42 Pierantognetti P., Covelli G., et al. (2002) Anxiety, Stress and Preoperative Surgical Nursing, *Prof Infirm*; 55(3): 180-91
- 43 Walker JA. (2002) Emotional and Psychological Preoperative Preparation in Adults, *Br J Nurs*;11(8):567-75
- 44 Mitchell M. (2000) Nursing Intervention For Pre-Operative Anxiety, *Nurs Stand*; 14(37):40-3
- 45 Morrel G. (2001) Effect of Structured Preoperative Teaching On Anxiety Levels of Patients Scheduled For Cataract Surgery, *Insight*; 26(1):4-9
- 46 Norred CL. (2000) Minimizing Preoperative Anxiety With Alternative Caring-Healing Therapies, *Aorn J*; 72(5):838-40,842-3
- 47 Malkin KF. (2000) Patients' Perceptions of A Pre-Admission Clinic, *J Nurs Manag*; 8(2):107-13
- 48 Wong FY., Arthur DG. (2000) Hong Kong Patients' Experiences of Intensive Care After Surgery: Nurses' and Patients' Views, *Intensive Crit Care Nurs*; 16(5):290-303
- 49 Freixa Garcia J., Marcos Saiz M. (1999), Nonverbal Communication By The Presurgical Patient, *Rev Enferm*; 22:103-10
- 50 Munafò MR., Stevenson J., Anxiety and Surgical Recovery. Reinterpreting The Literature, *J Psychosom Res* 2001;51(4):589-96
- 51 Mitchell M. (1997) Patients' Perceptions of Pre-Operative Preparation For Day Surgery, *J Adv Nurs*; 26(2):356-63
- 52 Lancaster KA. (1997) Patient Teaching in Ambulatory, *Nurs Clin North Am*; 32(2):417-27
- 53 Fortner PA. (1998) Preoperative Patient Preparation: Psychological and Aspects *Semin Perioper Nurs*; 7(1):3-9
- 54 James D. (2000) Patient Perceptions of Day Surgery., *Br J Perioper Nurs*; 10(9):466-72
- 55 Ruiz-Lopez E., Muñoz\_Cuevas Jh., et al. (2000) Ansiedad Preoperatoria En El Hospital General De Mexico, *Rev Med Hosp Gen Mez*; 63 (4): 231-236
- 56 Lithner M., Zilling T. (2000) Pre and Postoperative information Needs. *Patient Educ Couns*; 40 (1): 29-37

- 57 Şelimen D., Gürkan A. (1997) Laparoskopik Kolesistektomide Ortaya Çıkan Komplikasyonların Önlenmesi ve Hemşirenin Rolü, Edit: Avcı C., Endoskopik Laparoskopik Cerrahi Dergisi; 4(3):151-154
- 58 Williams SA. (1997) Caring in Patient-Focused Care: The Relationship of Patients' Perceptions of Holistic Nurse Caring To Their Levels of Anxiety, *Holist Nurs Pract*; 11(3):61-8
- 59 Grieve RJ (2002) Day Surgery Preoperative Anxiety Reduction and Coping Strategies, *British Journal of Nursing*; 11(10):670-678
- 60 Kayhan ZE. (1995) *Klinik Anestezi*, Logos Yayıncılık, Tic. A.Ş., Samsun



EK : 1

## AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ

### AHMET NECDET SEZER UYGULAMA ve ARAŞTIRMA HASTANESİ

#### CERRAHİ HASTALARDA PREOPERATİF ANKSİYETENİN POSTOPERATİF KOMPLİKASYONLARLA İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

ADI SOYADI : TANI :  
DOĞUM TARİHİ : AMELİYAT :  
PROTOKOL NUMARASI : KOMPLİKASYON :  
MESLEĞİ :

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun sonra da nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

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

I.C. YÜKSEKÜRETİM KURULU  
BORDURMANTASYON MERKEZİ

**EK : 2**

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin

	Hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Tamamıyla
21 Genellikle keyfim yerindedir	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
22 Genellikle çabuk yoruluyorum	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
23 Genellikle kolay ağlarım	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
24 Başkaları kadar mutlu olmak isterim	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
25 Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
26 Kendimi dinlenmiş hissederim	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
27 Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
28 Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
29 Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
30 Genellikle mutluyum	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
31 Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
32 Genellikle kendime güvenim yoktur	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
33 Genellikle kendimi güvende hissederim	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
34 Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
35 Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
36 Genellikle hayatımdan memnunum	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
37 Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
38 Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
39 Akli başında ve kararlı bir insanım	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
40 Son zamanda kafama takılan konular beni tedirgin eder	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )

## EK 3: PREOPERATİF HAZIRLIK KONTROL LİSTESİ

AMELİYATTAN ÖNCEKİ AKŞAM	Saat	Hemşire
1-Anestezi konsültasyonu yapıldı		
2-Ameliyat sahası hazırlandı		
3-Postoperatif eğitimi		
a)Yarın ameliyat olacağı söylendi		
b)Derin soluk alma, öksürme ve ayak egzersizleri gösterildi		
c)Ameliyata gidiş ve dönüşünün tahmini saatleri söylendi		
d)Postoperatif dönem için beklentiler anlatıldı		
*Planlanan Ameliyat		
*İnsizyon ve pansuman bölgesinin yeri		
*Ağrı takibinin nasıl yapılacağı		
*N.G. Uygulama, ne kadar süre ağızdan almayacağı: diyet geçişleri		
*I.V. Uygulama ve drenler için tahmini süreler		
4- İstem yapılan sedatif uygulandı		
5- " Aç kalacak" tabelası asıldı		
6- Lavman yapıldı ve sonuçlar kaydedildi.		
AMELİYAT SABAHI		
1-Kontakt lens, takı, makyaj, oje çıkarıldı.		
2-Diş protezi çıkarıldı		
3-Cihaz olmadan duyamayan hastalar için işitme cihazı hastada bırakıldı. Ameliyat hemşiresine haber verildi.		
4-Deri hazırlığı kontrol edildi.		
5-Mesane boşaltıldı ve zamanı kayıt edildi.		
6-Premedikasyonu yapıldı ve kayıt edildi.		
7-Günlük tedavisi yapıldı ve kayıt edildi.		
8-Yaşamsal belirtiler alındı ve kayıt edildi (en az 1 saat önce)		
9-Özel bir istem varsa yerine getirildi (idrar sondası, nazogastrik tüp)		
10-Bütün giysileri çıkartılıp, ameliyat gömleği giydirildi.		
11-Ameliyatta kullanılacak malzeme, ilaçlar hasta ile gönderildi		
Hasta hemşire ile ameliyathaneye giderek teslim edildi.		