



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**AMELİYAT OLACAK HASTALARDA
DİSTRES TERMOMETRE ÖLÇEĞİNİN
KULLANILABİLİRLİĞİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Gül ÇAKIR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doç. Dr. Ayla GÜRSOY

TRABZON- 2016

ONAY

Bu tez Yüksek Lisans Tezi Standartlarına Uygun Bulunmuştur

Doç. Dr. Ayla GÜRSOY

Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı

Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Gül ÇAKIR'ın hazırladığı "Ameliyat Olacak Hastalarda Distress Termometre Ölçeğinin Kullanılabilirliğinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez Karadeniz Teknik Üniversitesi Lisansüstü Eğitim – Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca kapsam ve bilimsel kalite yönünden değerlendirilerek Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman Doç. Dr. Ayla GÜRSOY

Yüksek Lisans Sınavı Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Ayla GÜRSOY

Doç. Dr. Dilek ÇİLİNGİR

Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ

Tarih:02 /06/ 2016

Bu tez KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun / ... / ... tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ali Osman KILIÇ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kılavuzu standartlarına uygun olarak yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel eser olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazım aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

02/06/2016

Gül ÇAKIR

İthaf

Yüksek lisans tezimi, bugüne kadar gelmemde en büyük paya sahip olan ve her anımda bana destek olan aileme ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim ve tez çalışmamın tüm süreçlerinde bilgisinden ve tecrübesinden yararlandığım, desteğini her an yanımda hissettiğim, mesleki değerleriyle bana öncülük eden, manevi desteğini ve sabrını esirgemeyen, birlikte çalışmaktan onur duyduğum çok değerli hocam ve danışmanım Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Doç. Dr. Ayla GÜRSOY' a,

Sabır ve anlayış çerçevesinde hiçbir zaman manevi ve bilimsel desteğini esirgemeyen değerli hocam Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Doç. Dr. Dilek ÇİLİNGİR' e,

ROC analizlerinin yapılmasında katkıda bulunan Öğr. Gör. Sayın Hande Şenol'a

Araştırmanın gerçekleştirilmesinde katkıları olan hastalara ve klinik çalışanlarına,

Birlikte olmaktan her zaman mutlu olduğum ve varlıklarıyla bana güç veren arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Arş. Gör. Gül ÇAKIR

İÇİNDEKİLER**Sayfa****KABUL ve ONAY****BEYAN****TEŞEKKÜR****TABLolar DİZİNİ****ix****ŞEKİLLER DİZİNİ****x****KISALTMALAR ve SİMGELER****xi****1. ÖZET****1****2. SUMMARY****2****3. GİRİŞ ve AMAÇ****3****4. GENEL BİLGİLER****6**

4.1. Stresin Tanımı ve Stres Kavramının Ortaya Çıkışı

6

4.2. Cerrahinin Tarihçesi

7

4.3. Stres Evreleri

8

4.3.1. Alarm Evresi

8

4.3.2. Direnme Evresi

9

4.3.3. Tükenme Evresi

9

4.4. Stresin Belirtileri

10

4.4.1. Fiziksel Belirtiler

10

4.4.2. Duygusal Belirtiler

10

4.4.3. Zihinsel Belirtiler

11

4.5. Ameliyat ve Stres İlişkisi

11

4.6. Stres Nedenleri

12

4.7. Stresin Ameliyat Olan Hasta Üzerindeki Sonuçları

13

4.8. Stresi Ölçmede Kullanılan Araçlar

14

4.8.1. Distres Termometresi

14

4.8.2. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

15

4.8.3. Beck Depresyon Ölçeği

15

4.8.4. Durumluluk Süreklilik Kaygı Ölçeği

15

4.9. Ameliyat Öncesi Stresi Olan Hasta ve Hemşirelik Bakımı

16

5. GEREÇ ve YÖNTEM	18
5.1. Araştırmanın Tipi	18
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	18
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	18
5.4. Veri Toplama Araçları	19
5.4.1. Soru Formu	19
5.4.2. Distres Termometresi	19
5.4.3. Stres Nedenleri Listesi	20
5.4.4. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği	21
5.4.5. SF12 (Short Form-12, Kısa Form-12) Kısa Sağlık Ölçeği	21
5.5. Verilerin Toplanması	22
5.6. Verilerin Değerlendirilmesi	22
5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	23
5.8. Araştırmanın Etik Yönü	23
5.9. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı	23
5.10. Araştırmanın Planı	24
6. BULGULAR	25
7. TARTIŞMA	37
8. SONUÇ ve ÖNERİLER	45
8.1. Sonuçlar	45
8.2. Öneriler	47
9. KAYNAKLAR	48
10. EKLER	60
10.1. Ek 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu	60
10.2. Ek 2. Soru Formu	61
10.3. Ek 3.Özgün Distres Termometresi ve Problem Listesi	62
10.4. Ek 4. Distres Termometresi ve Stres Nedenleri Listesi	63
10.5. Ek 5. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği	64
10.6. Ek 6. SF12 (Short Form-12, Kısa Form-12) Kısa Sağlık Ölçeği	66
10.7. Ek 7. SF12 Kısa Sağlık Ölçeği Puanlaması İçin Kullanılan	
Fiziksel ve Mental Standardizasyon Değerleri	67
10.8. Ek 8. Kurum İzni	68

11. ETİK KURUL ONAYI

69

12. ÖZGEÇMİŞ

70



TABLOLAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo 1. Ameliyat Olacak Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri	25
Tablo 2. Hastaların Distres Termometresine Göre Dağılımı	26
Tablo 3. HADÖ-Anksiyeteye Göre Distres Termometresi Puanlarının Duyarlılık ve Özgüllük Değerleri	27
Tablo 4. HADÖ-Depresyona Göre Distres Termometresinin Puanlarının Duyarlılık ve Özgüllük Değerleri	28
Tablo 5. HADÖ-Toplam Puana Göre Distres Termometresi Puanlarının Duyarlılık ve Özgüllük Değerleri	29
Tablo 6. Hastaların Stres, Anksiyete, Depresyon, Toplam ve SF 12 Kısa Sağlık Ölçeği Puan Ortalamaları	30
Tablo 7. Hastaların Stres, Anksiyete, Depresyon ve Toplam Puan Kesme Noktalarına Göre Dağılımı	30
Tablo 8. Bazı Değişkenlere Göre Hastaların Stres, Anksiyete, Depresyon ve SF-12 Kısa Sağlık Ölçeği Puan Ortalamaları	31
Tablo 9. Ameliyata Bağlı Stres Nedenleri Listesi	33
Tablo 10. Bazı Değişkenlere Göre Hastaların Ortalama Stresör Sayıları	35
Tablo 11. Hastaların Stres, Anksiyete, Depresyon, Stresör Sayısı ve Kısa Sağlık Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki	36

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	Sayfa
Şekil 1. Araştırma Planı	24
Şekil 2. Hastaların Distres Termometresine Göre Stres Puanlarının Dağılımı	26
Şekil 3. HADÖ Anksiyeteye Göre Distres Termometresi İçin ROC Eğrisi	27
Şekil 4. HADÖ Depresyona Göre Distres Termometresi İçin ROC Eğrisi	28
Şekil 5. HADÖ Toplam Puana Göre Distres Termometresi İçin ROC Eğrisi	29



KISALTMALAR ve SİMGELER DİZİNİ**Kısaltmalar**

ark.	: Arkadaşları
DT	: Distres Termometresi
HADÖ	: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
HADÖ-A	: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği- Anksiyete
HADÖ-D	: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği- Depresyon
KSÖFD	: Kısa Sağlık Ölçeği Fiziksel Durum
KSÖMD	: Kısa Sağlık Ölçeği Mental Durum
KVC	: Kalp ve Damar Cerrahisi
MCS	: Mental Compenent Summary
NCCN	: National Comprehensive Cancer Network
PCS	: Physical Compenent Summary
ROC	: Receiver Operating Characteristic
SF12	: Short Form-12
SF36	: Short Form -36
vb.	: Ve Benzeri

1. ÖZET

Ameliyat Olacak Hastalarda Distres Termometre Ölçeğinin Kullanılabilirliğinin Değerlendirilmesi

Ameliyat öncesi stres bireyleri psikolojik olduğu kadar fizyolojik ve sosyolojik olarak da etkilemektedir. Araştırma ameliyat olacak hastalarda Distres Termometre Ölçeğinin kullanılabilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla yapıldı. Cerrahi servislerine ameliyat olmak üzere yatan 200 hasta ile gerçekleştirilen çalışmada veriler; soru formu, Distres Termometresi (DT), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ), SF12 Kısa Sağlık Ölçeği ve stres nedenleri listesi ile ameliyattan bir gün önce toplandı. Araştırmada katılımcıların kadın ve erkek oranı yaklaşık olarak yarı yarıyadır. Yaş ortalaması yaklaşık olarak 50 olan hastaların yarısı ilköğretim düzeyinde eğitime sahiptir. Hastaların stres puan ortalamasının 4.7 ± 2.5 olduğu ve %49.0'ının stres düzeyinin bu ortalamanın üzerinde olduğu belirlendi. ROC eğrisine göre HADÖ-A ölçüt alındığında; DT için %69.2 duyarlılık ve % 58.3 özgüllük ile kesme noktasının *beş ve üzeri*, HADÖ-D ölçüt olarak alındığında ise ROC analizine göre; %70.5 duyarlılık ve %59.3 özgüllük ile DT'nin kesme noktasının *beş ve üzeri* olduğu hesaplandı. Hastaların %88.5'inin 0-10 arasında ve %11.5'inin 11 ve üstünde stres nedeni belirttiği saptandı. Ameliyattan sonra enfeksiyona yakalanma, ameliyathanenin soğuk bir ortam olması ve ameliyattan sonra rahat hareket edememe en sık ifade edilen stres nedenleri arasındadır. Hastaların yaşam kalitesi puan ortalamalarının 100 puan üzerinden; KSÖFD için 38.5 ± 9.9 , KSÖMD için ise 41.9 ± 9.1 olduğu belirlendi. Distres termometresi ameliyat olacak hastalarda stres düzeyini ve çalışmada oluşturulan stres nedenleri listesi stres nedenlerini belirlemede kullanılabilir. Anksiyete ve stresör sayısı stresi belirlemede bir ölçüt olarak kullanılabilir ancak yaşam kalitesi ameliyat öncesi stres için belirleyici bir ölçüt değildir. Bu çalışmada DT için ölçüt olarak HADÖ kullanıldı; araç farklı stres ölçekleri ile birlikte kullanılarak yeniden test edilebilir.

Anahtar Sözcükler: Ameliyat, stres, preoperatif, hemşirelik bakımı.

2. SUMMARY

Evaluation of the Applicability of the Distress Thermometer Scale for Preoperative Patients

Preoperative stress affects individuals psychologically as well as physiologically and sociologically. The study was conducted that patients will have surgery to evaluate the usability of the Distress Thermometer Scale. The data, questionnaire, Distress Thermometer, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), SF12 Health Questionnaire and reasons for patients' stress were gathered one day prior to the surgery in the study carried out with 200 patients who were admitted to surgery services to be operated. The ratio of male and female participants in the study is approximately fifty-fifty. Half of the patients, with an average age of approximately 50, had received a primary school education. The average stress score of the patients was 4.7 ± 2.5 , and it was determined that the stress levels of 49% of them were above this average. When HADS-A was taken as a measure according to the ROC curve 69.2% sensitivity and 58.3% specificity and a cutoff point of five or more on the DT was determined and when HADS-D was taken as a measure taken according to the ROC analysis 70.5% sensitivity and 59.3% specificity and a cutoff point of five or more on the DT was determined. It was determined that 88.5% of patients stated between 0 and 10 causes of stress while 11.5% of them mentioned 11 and above causes of stress. Some of the reasons expressed most often as causing stress for patients were getting an infection after surgery, feeling cold after surgery, and the inability to move freely. The average score of quality of life of the patients was determined out of 100 points, and it was found to be 38.5 ± 9.9 for KSÖFD and 41.9 ± 9.1 for KSÖMD. The Distress Thermometer can be used in patients who will have surgery to assess their stress levels and the list of causes of stress which developed in this study can be utilized for determining the causes of stress. The number of anxiety and stressors can be employed as a criterion to determine the stress however quality of life it is not a decisive criterion for preoperative stress. HADS was used as a criterion for DT; the device can be retested by using different stress scales together.

Key Words: Surgery, stress, pre-operative, nursing care.

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Distres, hastalıklar ve tedavisinde sorunlara yol açan, hoş olmayan duygu ve düşünceler olarak tanımlanmaktadır. Başka bir deyişle distres, üzüntü, umutsuzluk, güçsüzlük, korku, heyecan, anksiyete, panik, depresyon, kararsızlık ve bezginlik gibi anlamları içermektedir (1, 2). Dilimizde tam olarak karşılığı olmayan distres terimi için stres kelimesinin kullanılması tercih edilmektedir (3).

Stres, bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanmasıyla birlikte ortaya çıkan sonuçlara verilen tepkilerin oluşturduğu bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Önemli stres nedenleri arasında yer alan cerrahi işlemler, hastaların çoğunda anksiyete ve korkuya neden olmaktadır.

Dünya genelinde yapılan çalışmalarda ameliyat öncesi dönemde hastaların %60-80'inin anksiyete yaşadığı saptanmıştır (4-6). Benzer şekilde yapılan birçok çalışmada, ameliyat öncesinde bireylerin farklı düzeylerde, kaygı, korku, anksiyete ve depresyon yaşadıkları belirtilmektedir (6-9).

Cerrahiye bağlı yaşanan stres nedenleri arasında en yaygın olarak ölüm, zarar görme, acı çekme, organ kaybı, ameliyat sonrası ağrı yaşama korkusu, ameliyatın hasta için taşıdığı anlam, cerrahi girişim için beklemek ve ameliyat sonrası başkalarına bağımlı olma endişesi yer almaktadır. Bunun yanı sıra hastaneye yatma, hastane ortamı, anestezi sırasında kimliğini ve denetimini yitirme, ameliyat süreci hakkında bilgi sahibi olmama, yaşam şartlarının olumsuz etkilenmesi, sevdiklerinden uzak kalma, bakmakla yükümlü olduğu kişilere bakamama, işini kaybetme gibi sosyal ve fizyolojik kaygılar da ameliyat öncesi dönemde anksiyete yaşanmasına neden olan unsurlardandır (10-12).

Ameliyat öncesi dönem, çoğu birey için stresli bir dönemdir ve bu dönemde bireylerde distres tanımının içinde yer alan duygu ve düşüncelerin çoğu ortak olarak yaşanmaktadır (1, 13, 14). Yaşamın her döneminde karşılaştığımız ancak hastalık ve ameliyat gibi durumlarda önemi daha çok artan anksiyete, stres, korku ve kaygı gibi olumsuz düşünceler bireylerde farklı psikolojik ve fizyolojik değişimlere neden olur (15, 16). Bu düşüncelerin varlığı, stres artışına neden olarak alınan anestezi miktarını, çevreye uyumu, morbidite düzeyini ve postoperatif iyileşme sürecini olumsuz etkilemektedir. Ayrıca, ameliyat öncesi dönemde stres, kişilerde bulantı, kusma, baş ağrısı, ağrı, sersemlik gibi fiziksel sorunlara yol açmaktadır (15, 17, 18). Bu süreçte

bireylerde immün sistem zayıflar ve enfeksiyon belirtileri açığa çıkar, analjezik kullanımında artış, vasküler sistemde değişiklikler gözlemlenir; hipertansiyon, taşikardi meydana gelir. Ayrıca stresin bir sonucu olarak yara iyileşmesinde gecikme gözlemlenebilmekte ve bunun sonucunda da hastanede yatış süresi uzayarak bireylerin yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenebilmektedir (13, 17).

Hastanın kliniğe kabulünden taburculuğuna kadar geçen süre içinde bireylerin bakım ve tedavisinde birincil role sahip olan hemşirelerin ve diğer sağlık ekibi üyelerinin bu süreçteki ortak amaçları, bireylerin psikolojik ve fizyolojik dengesini korumak, hastaların gereksinimlerini belirlemek ve güçlüklerle baş etmelerine yardımcı olmaktır. Ayrıca hastaların korkularını dile getirmeleri için uygun ortamı hazırlamak ve hastanın kendini kolaylıkla ifade etmesini sağlamakta tüm sağlık ekibinin ortak amaçları arasında yer almaktadır. Stres ve beraberindeki benzer duyguların yaşandığı ameliyat öncesi dönemde, hastaya yönelik gereksinimler belirlenirken duygusal destek de göz ardı edilmemelidir. Hemşirenin bu dönemde hastanın stresini belirlemesi ve ameliyat sonrası dönemde buna yönelik bakım vermesi yaşanabilecek komplikasyonları azaltarak, iyileşmeyi hızlandırmaktadır. İyileşme süresinin hızlanması ise, hastanede kalış süresini azaltarak, maliyeti azaltmakta ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir. Ayrıca, duygusal anlamda verilen destek hastanın kaygı düzeyini azaltarak, kendini daha güvenli bir ortamda hissetmesini sağlamakta ve olumsuz düşünceleri ortadan kaldırmaktadır (15-17, 19-22).

Dünya genelinde yapılan çalışmalarda distres kanser hastaları için araştırılan bir konudur. Olumsuzlukların azaltılması ve kanser hastalarında var olan psikososyal distresi tanımlamak amacıyla Roth ve ark. tarafından geliştirilen distres termometresi kullanılarak yapılan birçok çalışma bulunmaktadır (23-34). Ayrıca ülkemizde Özalp ve ark.'nın kanser hastaları ile yaptıkları çalışmada termometrenin geçerliliği araştırılmıştır (23). Alanyazın incelendiğinde stresi belirlemek için çeşitli araçlar bulunmaktadır; ancak bu araçların soru sayısı fazladır ve uzun zaman harcanmasını gerektirmektedir (35-36). Distres Termometresi ile ameliyat olacak hastalarda stres düzeyinin ve strese neden olan unsurların belirlenmesi, bu hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik halinin artırılmasında rehber olacağı düşünülmektedir. Bu nedenle, daha kısa sürede uygulanabilen kolay bir araca gereksinim duyulmaktadır. Distres Termometresi stresi ölçmek için diğer ölçeklerden daha kolay ve uygulanabilir bir araçtır. Bu araç

kullanılarak kanser hastalarında yapılan birçok çalışma bulunmasına rağmen ameliyat olacak hastalarda kullanılabilirliğini araştıran çalışmaya rastlanmadı. Araştırma; ameliyat olacak hastalarda distres termometre ölçeğinin kullanılabilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirildi.



4. GENEL BİLGİLER

4.1. Stres Tanımı ve Stres Kavramının Ortaya Çıkışı

Türkçe karşılığı zorlanma, yüklenme, gerilim yaşama anlamına gelen stres kelimesi organizmanın dengesini bozabilen herhangi bir durum ve bireyin yaşamını etkileyen bir olgudur. Stresi tanımlamada üç önemli yaklaşım vardır. Bunlar uyaran modeli, tepki modeli ve transaksiyonel modeldir (15, 17).

Uyaran modeline göre stres; bireyin dışında, çevresinde onu etkileyen zorlayan bir durumun varlığı ile ortaya çıkar. Ortaya çıkan tüm etkilerin nedeni aynı olup bunların farklı bireylerdeki etkileri benzer özellikler gösterir şeklinde tanımlanmaktadır (15, 17, 37, 38). Tepki modeline göre stres yaşayan birey; strese karşı fizyolojik, heyecansal ve zihinsel yanıtlar verir. Bu modeli ele alarak stresi tanımlayan Hans Selye beden stresörlere; hücre ve doku düzeyinde lokal olarak tepki verebileceği ya da kan basıncında, kalp hızında, beden ısısında ve sıvı-elektrolit dengesindeki değişikliklere yol açan sistemik tepki verebileceğini genel adaptasyon sendromu ile açıklamaktadır (15, 17, 37, 39, 40). Transaksiyonel model ise; bireyin düşünme, hatırlama, olaylara verdiği anlam ve değer ile çevre arasındaki etkileşime bağlı olarak stres yaşadıklarını ileri sürer. Aysal’a göre transaksiyonel modelin yaratıcısı olan Lazarus, strese kognitif, fenomenolojik ve transaksiyonel yönden bir yaklaşım getirerek beklenmedik kayıplar ve olağanüstü hayat olayları gibi durumlarda bireylerde stres görülebileceği görüşündedir (15, 17, 37, 38).

Fransızca da “estrece” Latince “estrica” sözcüğünden dilimize geçmiş olan stres, insanların sağlığı ve huzuru için bir tehlike işareti, bir uyarı olarak algılanan ve olaylara gösterilen, fizyolojik ve psikolojik tepkileri ifade eder (41, 42). Stres kelimesi 17. yüzyılda “felaket, musibet, bela, dert, keder, elem gibi anlamlarda kullanılırken, 18. ve 19. yüzyıllarda “güç, baskı, zor” gibi anlamlarla insanlara ve beraberinde objelerle ilişkilendirilmiştir (43). On dokuzuncu ve yirminci yüzyıllarda ise stresin bedensel ve psikolojik hastalıklara etkisi tartışılmaya başlanmıştır (43-45). İngiliz hekim Thomas Curling 1842’de, ağır bir yanık vakasında; 1867’de Albert Billreth, enfeksiyon nedeniyle yapılan önemli cerrahi girişimlerde strese ait belirtilerin ortaya çıktığını belirtmişlerdir. Lazarus 1960 yılından itibaren stresi, insan ile içinde yaşadığı ortam arasındaki karşılıklı ilişkinin yarattığı tepki olarak tanımlamıştır (40, 46). Hause stresi

insanın alışlagelen davranış kalıplarının yetersiz kaldığı hallerde ortaya çıkan tepki, Mandler zararlı etkenlerin yarattığı tehlike ve bunun ortaya çıkışında organizmanın rolü olarak, Hann ise, insanın içinde yaşadığı ortamı kötü olarak değerlendirmesi sonucu içine düştüğü durum olarak tanımlamıştır (43, 47). On dokuzuncu yüzyılın ikinci yarısında Fransız Fizyolog Claude Bernard stres kavramını bugünkü anlamı ile ele alan kişi olup “milieuinterieur” iç ortam dengesinin korunması zorunluluğu görüşünü ortaya koymuştur ve iç ortamın sürekliliğinin arzu edilen bir durum olduğunu ispatlamıştır (47, 48). Günümüzde modern toplumun hastalığı olarak gösterilen stres, fiziksel ve psikolojik olarak bizi güç durumda bırakan karşısında yeni bir adaptasyon sürecine girmemiz olarak ifade edilmektedir.

4.2. Cerrahinin Tarihçesi

Cerh, yara; cerrahi, yara ile uğraşan bilim; cerrah ise yara ile uğraşan kişi anlamındadır. Tıbbın en eski dallarından biri olan cerrahinin tarihi oldukça eskiye dayanmaktadır. Latince el ile yapılan iş anlamına gelen “chirurgia” sözcüğü Latin tıp kitaplarının çevirisi sırasında “amel niyed” olarak ifade edilmiş ve zamanla bu terim “ameliyat” olarak tıpta kullanılmaya başlanmıştır (15).

Cerrahinin fazla gelişmediği MÖ 3000 yıllarında, Ebers ve E. Smith’e ait papiruslarda, çeşitli cerrahi uygulamaların yanı sıra meme kanseri tanısı ve tedavisine ilişkin bilgiler yer alırken, bu dönemde ısı ve koterizasyonun yaygın olarak kullanıldığı belirtilmiştir (49, 50). Tıbbın babası olarak adlandırılan, İlkçağ’ın en büyük hekimi ve cerrahı olan Hipokrat’ın “Teşhis Kitabı” isimli eserinde, baş yaralanmaları, ülser, hemoroid, kafatasını açma, kan alma, burun poliplerinin çıkarılması, göğüs boşluğunda toplanan cerahati boşaltma, yara iyileşmesi, sargı ve ortopedik araçların nasıl kullanılacağı gibi konulara yer verilmiştir (15, 49, 51). Ayrıca MÖ 1700’lü yıllarda mesaneden taş çıkarılması, kırık tedavisi, katarakt ameliyatlarına ilişkin girişimler “Hammurabi” kanunlarında yer almaktadır (49, 51).

Yedinci yüzyılda, özellikle Razi ve İbni Sina gibi büyük hekimler yetişmiştir. İbni Sina’nın “Tıp Kanunu” isimli eserinin böbrek ve safra taşları ile kemik tümörlerinin ameliyatlarına, sonda ile idrar boşaltılmasına, hastayı uyutmada afyon, banotu, şarap kullanımına ve soluk borusu tıkanmalarında trakeostomi açılmasına yer verilmiştir (15, 49). On sekizinci yüzyılda, anatomist John Hunter anatomi ve fizyoloji üzerine

yoğunlaştığı çalışmaları ile birlikte, cerrahinin ayrı bir bilim dalı olmasına zemin hazırlamıştır (49, 51).

Tarihsel süreç incelendiğinde hekimlerden önce başta berberler olmak üzere farklı meslek gruplarının cerrahlık yaptığı belirtilmektedir. Bu dönemde berberler abseleri drene etme, abseli dişleri çekme, yüzeysel tümörleri çıkarma, yaraların tedavisi, kirli kanın yüzeysel venlerin kesilmesiyle akıtılması gibi işleri yapmıştır (49). On dokuzuncu yüzyılın ikinci yarısından sonra, antisepsi-asepsi ortaya çıkmıştır ve ameliyat sırasında oluşan ağrının giderilmesine yönelik anestezi yöntemleri geliştirilerek modern cerrahinin temelleri atılmıştır (15, 49).

Türkiye de ilk cerrahi kitabı, Şerafettin Sabuncuoğlu tarafından (Mücerrebnâme-Cerrahiyeyi İlhanıye) 1465 yılında yazılmıştır. Dr. Cemil Topuzlu Türkiye’de modern cerrahinin kurulmasında ilk adımı atarak aseptik ilkelerin henüz kullanılmadığı bir dönemde, içinde ameliyathanenin de bulunduğu bir hastane yapımını gerçekleştirmiş ve asepsi kavramına dikkat çekmiştir (15, 49). Cerrahi’nin tarihsel gelişimi geçmişten günümüze incelendiğinde hastaları merkezde tutan, bütüncül, nitelikli, bilinçli ve ekip yaklaşımı odaklı bakım yöntemlerinin uygulanmasına olanak sağlamayı hedeflediği gözlemlenmiştir (15).

4.3. Stres Evreleri

Strese karşı verilen tepki bireyden bireye farklılık göstermektedir. Kişide stres etkisinin açığa çıkması için kişinin yaşadığı olaylar karşısında baş etme becerilerinin yetersiz kaldığını hissetmesi gerekmektedir. Stres durumunda bedenin oluşturduğu alarm, direnme ve tükenme evresi olmak üzere üç evreden oluşmaktadır (52-54).

4.3.1. Alarm Evresi

Alarm tepkisi bedenin stresle ilk karşılaştığında verdiği tepkidir. Bu evrede stresi oluşturan durumu azaltmak amaçlanmıştır. Stresör önce beyin korteksi tarafından algılanır ve sonra hipotalamusa gönderilir. En önemli stres hormonu olan Adreno Kortikotropik Hormonu’nun (ACTH) etkisi ile böbrek üstü bezinde yer alan adrenal ve kortizol hormonlarının salınması uyarılır. Bu evre fizyolojik olarak kasların gerginleştiği, duyguların kontrol edilemediği, duygu patlamalarının yaşandığı evredir. Bu evrede santral sinir sistemi ve savunma sistemi hücreleri harekete geçer, stresör hipofiz bezini ve sempatik sinir sistemini etkiler. Bu evre savaş ya da kaç dönemi olarak

da ifade edilir. Beden şoka girer, beden ısısı ve kan basıncı yükselir, sindirim işlevleri yavaşlar, mesane ve bağırsak kasları gevşer, kalp atım hızı artar. Stres faktörü ortadan kalkarsa bireylerde uyku, sindirim ve metabolizmada yavaşlama gözlemlenir. Stres durumu devam ederse direnme evresine geçilir (11, 52-55).

4.3.2. Direnme Evresi

Alarm evresinin belirtilerinin ortadan kalktığı direnç evresinde, birey var olan stres durumu ile baş etmeye çalışır. Baş etme becerileri yeterli ise kişi stresle etkili bir biçimde baş eder ve stres tepkisi azalır. Eğer beden alarm evresinde gösterdiği tepkilerle strese cevap veremediyse savunma geliştirecektir. Beden bu evrede strese karşı aşırı derecede direnç geliştirir. Stresin çok uzun sürmesi bedenin bütün enerji kaynaklarını tüketir. Bilinçsiz hareket merkezi olan beyin sapı bu evrede devreye girdiği için birey bilinçsizce hareket etmeye başlayabilir. Direnç evresinde, adrenal hormonun salınımı artar, adrenal hormonlardan kortizol, norepinefrin ve epinefrin yüksek düzeyde salgılanır. Hazımsızlık, ülser, gastrit gibi rahatsızlıklar yaşanmaya başlar. Bu evrede, stres verici olaylar bedenin direncinin düşmesine neden olarak daha kolay hastalanmasına yol açmaktadır. Strese karşı direnç geliştirmesine rağmen stresi ortadan kaldıramadığında ve enerji kaynakları tükendiğinde beden, uyum sürecinin üçüncü evresi olan tükenme evresine geçer (15, 53, 54, 56).

4.3.3. Tükenme Evresi

Bedenin bütün enerji kaynaklarının tükenmesi sonucunda girilen tükenme evresinde alarm evresinde görülen tepkiler gözlemlenebilir. Savunma mekanizması zamanla tükenir ve beden savunmasız kalır. Depresyon belirtileri ve boş vermişlik yine bu evrede ortaya çıkar. Stresin uzun süre devam etmesi sonucunda kişi kendisini tükenmiş hisseder. Adaptasyon başarılı olmaz ve stres süreklilik gösterirse; immün sistem baskılanır, kalp ve böbrek sorunları açığa çıkar. Doğal dengenin yeniden kurulmasına çalışan organizma dengeye kavuştuğunda uyum enerjisini tüketmekte ve daha sonra bitkinlik aşaması başlamaktadır (15, 53, 54).

4.4. Stresin Belirtileri

Stres psikolojik ve bedensel belirtiler gösterirken bireylerin stresi yaşama düzeyleri ve bunları dışarıya ifade etme şekilleri farklılık gösterir. Tüm bunlar bireyin tepki eşiğine, geçmiş yaşadığı olaylara ve psikolojik durumuna bağlıdır. Böyle durumlarda bireylerde fiziksel, duygusal ve zihinsel çeşitli belirtiler gözlemlenmektedir. Bu belirtiler; fiziksel, duygusal ve zihinsel belirtiler başlıkları altında ele alındı (57, 58).

4.4.1. Fiziksel Belirtiler

Stres altındaki birey strese karşı çeşitli tepkiler oluşturmaktadır. Stresin fiziksel belirtileri bireyin sürekli çalışmaya zorlanmasından kaynaklanmaktadır. Bu belirtiler şunlardır (57, 58):

- Hipertansiyon,
- Sindirim bozukluğu, konstipasyon,
- Terleme,
- Nefes darlığı,
- Baş ve boyun ağrısı, kas ağrısı,
- Yorgunluk,
- Alerji,
- Mide bulantısı,
- Depresyon,
- Uyku bozuklukları,
- Koroner kalp hastalığı.

4.4.2. Duygusal Belirtiler

Birey stres sonucunda oluşan fizyolojik etkilere karşı, bazı duygusal tepkiler göstererek stresle başa çıkmaya çalışır. Duygusal belirtilerden en önemli olanlar özellikle karamsarlık ve depresyondur, stresin duygusal diğer belirtileri ise (59, 60):

- Sürekli tedirginlik,
- Hayattan sıkılma,
- Yaşamla ilişki kuramama duygusu,
- Ekonomik kaygılar,
- Saldırganlık,

- Kaygı ve endişe,
- Duygu durum bozukluklar,
- Öfke patlamaları,
- Hastalık ya da ölüm korkusu,
- İhmal edilmişlik duygusu,
- Başarısızlık düşüncesi,
- Sorunlarını tartışmama duygusu,
- Konsantrasyon bozukluğu gibi durumlar olabilir.

4.4.3. Zihinsel Belirtiler

Stres, zihinsel işlevleri engelleyerek, duygu ve davranışlarda meydana gelen aksamalar nedeniyle bir takım etkilerin ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır. Stres altında olan bireyde görülebilecek zihinsel belirtiler aşağıda yer almaktadır (57, 61):

- Unutkanlık,
- Düşüncelerin zihne hücum etmesi ve zihin karışıklığı,
- Konsantrasyon ve karar vermede güçlük,
- İlgisizlik,
- Can sıkıntısı,
- Devamlı olumsuz ve bencilce konuşmalar yapma,
- Karar vermede güçlük çekme,
- Karamsarlık,
- Korkular,
- Aşırı derecede hayal kurma,
- İntihar etme düşüncesi.

4.5. Ameliyat ve Stres İlişkisi

Ameliyat fizyolojik olduğu kadar psikolojik olarak da hastayı tehdit eden bir durumdur. Özellikle preoperatif dönem, ameliyatı planlanan birey için en stresli süreçlerden biridir. Çünkü, ameliyat olmak için hastaneye yatma, ameliyat olmayı bekleme ve ameliyat sonrası yaşanacakları bilmeme bireyin korkmasına, anksiyete ve stresinin artmasına neden olmaktadır (1, 62- 64).

Cerrahi işlemin kendisi de hastada stresin ortaya çıkmasına neden olabilir. Cerrahi travma sonucu hipotalamus aracılığıyla hem hipofiz hem de sempatik sinir sistemi uyarılır. Strese tepki olarak çeşitli hormonların etkisiyle birbirini izleyen bazı kardiyovasküler ve metabolik değişiklikler ortaya çıkar. Stres tepkisi bedeni ameliyat sonucu oluşan travmadan korur ve homeostatik dengenin sürdürülmesini sağlar (19, 20, 65, 66).

4.6. Stres Nedenleri

Ameliyat olma ve hastanede yatma bireylerde strese ve beraberinde anksiyeteye, korkuya, kaygıya ve depresyona neden olması bakımından son derece önemlidir. Alan yazın incelendiğinde hastaların öncelikli stres nedenleri arasında; ameliyat öncesi ameliyathanede beklemek, hastalara ameliyata ilişkin bilgilendirilmenin yapılmaması, ameliyat sırasında uyanmak ve anestezi korkusu belirtilmektedir. Bununla birlikte, ameliyathane ortamı, sağlık ekibi üyeleri ile iletişim kopukluğu, bilgi eksikliği, ameliyat sonrası fazla ağrı çekme, hastanede uzun süre kalma, kendine yetememe, sosyal izolasyon, maddi korkular vb. yer almaktadır (6, 65-69).

Çeşitli çalışmalarda ameliyat öncesi anksiyete görülme oranının %60-80 olduğu bildirilmektedir (4-6). Taşdemir ve ark. yaptıkları çalışmada; hastaların büyük kısmının ameliyat öncesinde farklı düzeylerde kaygı ve korku yaşadıklarını belirtmişlerdir (67).

Bahar ve Taşdemir'in yılında yaptıkları çalışmada; hastaların cerrahi kliniklerde yatıyor olmasının, anksiyete ve depresyon düzeylerini etkilediği saptanmıştır (70). Hastanın ameliyata bağlı stres yaşama durumunu: yaşı, cinsiyeti, kişisel özellikleri, ameliyatın türü, daha önceki cerrahi deneyimleri ve genel fizyolojik ve psikolojik durumu etkilemektedir. Ayrıca, ameliyat olmak için beklemenin ve hastanede yatmanın yanında; hastanın ameliyata yüklediği anlamın yoğunluğu, ölüm korkusu, günlük aktivitelerin kesintiye uğraması, kontrol kaybı, yabancı ve aileden uzak bir çevrede bulunmak ve cinsel işlevini yitireceği korkuları stres nedenleri arasında yer almaktadır (8, 12, 67, 71).

Turhan ve ark. yaptıkları bir çalışmada ameliyat öncesi dönemde bireylerin endişelenmesine neden olan durumların başında ameliyat sonrası uyanamamak, ameliyat sırasında uyanmak ve ameliyat sonrası ağrı yaşamak olduğu belirtilmektedir (6). Akbulut tarafından gerçekleştirilen farklı bir çalışmada ise, hastaların ameliyat öncesi

yaşadıkları endişe nedenleri; anesteziğin bilgi ve deneyim eksikliği, ameliyat sonrası uyanamamak, ameliyat sonrası ağrı, anesteziğin ameliyat odasında bulunmaması, ameliyat sırasında uyanmak, ameliyat sonrası bulantı-kusma, anesteziğin tavırları, yoğun bakımda kalmak, ameliyat sonrası uzun süre uyumak, iğne korkusu ve personelin sorun çıkarması endişesi olarak belirtilmektedir (58).

4.7. Stresin Ameliyat Olan Hasta Üzerindeki Sonuçları

Ameliyat öncesi yaşanan stres sonucunda bireylerde fizyolojik ve psikolojik olarak birçok değişiklik meydana gelmektedir. Stres, anksiyete ve korku durumunda otonom sinir sisteminin etkilenmesine bağlı olarak sempatik ve parasempatik sinir sistemi etkilenir, adrenalin kan basıncını artırır ve bronşlarda dilatasyona neden olur. Taşikardi, taşipne, beden ısısında değişiklik, deride soğukluk, terleme ve ağız kuruluğu oluşur. Gastrointestinal sistem işlevlerinde ve salgısında azalma olur. Gerginlik, ekstremitelerde titreme, iştahsızlık, hızlı konuşma, huzursuzluk, yüzde kızarıklık, avuç içinde terleme, idrar kaçırma, ayrıca aşırı duyarlılık olabilir (12, 18, 62, 66).

Ameliyat sonrası çeşitli tepkilerin oluşumunda stres hormonları ve sitokinlerin salınımı rol oynamaktadır. Bu metabolik durumları düzenleyen temel unsur insülin hormonunun normal anabolik etkisinin azalması ve insülin direncinin gelişmesidir. Cerrahi işlem gibi strese neden olan durumlarda insülinin etkisi, glukagon, katekolaminler, kortizol ve büyüme hormonu gibi stres hormonlarının salınımı ve sitokinlerce oluşturulan inflamatuvar tepkiler sonucu artar. Katabolik tepkilerin yoğunluğu bedene zarar vererek, enerji deposunun azalması ve kas dokusunun yıkılması sonucunda postoperatif iyileşme süresini uzatır (72).

Cerrahi stres, protein katabolizmasındaki artış ve negatif nitrojen dengesi ile tüm beden protein metabolizmasında değişikliğe neden olur. Buna bağlı olarak ameliyat sonucunda; protein sentezinde azalma ve orta düzeyde protein yıkımı meydana gelir (72-74). Lattermann ve ark. yaptıkları çalışmada, kolektomi yapılan stres altındaki hastalarda postoperatif ilk iki saatte protein sentezinde azalma olduğu belirtilmiştir (75). Başka bir çalışmada da Carli ve ark. intraoperatif dönemde ve postoperatif ilk iki saatte protein katabolizmasında azalma olduğu belirtilmektedir (72, 76).

Yapılan farklı bir çalışma sonucuna göre, ameliyat öncesi yaşanan kaygı ameliyat sonrası dönemde ağrının yoğunluğunu artırmakta ve kontrolünü

zorlaştırmaktadır (77). Beden strese maruz kaldığında, organizma çeşitli hormonlar ve sinir sistemi aracılığı ile iç ve dış ortamda meydana gelen değişikliklere uyum sağlayarak dengesini korumaktadır (45, 78). Preoperatif dönemde yoğun stres altında olan bireyleri sakinleştirmek amacıyla kullanılan anestetik ilaçlar post operatif dönemde bağırsak peristaltizmini olumsuz yönde etkileyerek konstipasyona ve beraberinde ağrı eşliğinin düşmesine ve fazla miktarda analjezik kullanımına yol açar. Ayrıca preoperatif dönemdeki strese bağlı olarak meydana gelen yeme bozuklukları cerrahi iyileşmeyi geciktirerek hastanede yatış süresinin uzamasına ve bazı komplikasyonlara neden olur (45).

Cerrahi stresin organizma üzerinde neden olduğu psikolojik sorunlar ise; iletişim kuramama, uykusuzluk, yemek yiyememe, yapılan faaliyetlerden zevk alamama, psikolojik yorgunluk, çevrede olup bitene karşı duyarsızlık, tükenmişlik, aile üyelerine karşı kendini yetersiz hissetme gibi davranışlardır (41, 45).

Bedensel hastalıklara en sık eşlik eden psikososyal sorunların başında anksiyete ve depresyon gelmektedir. Bu psikiyatrik bozukluklar, hastanın uyumunu, bakımını, yaşam kalitesini, tedavi süresini ve masraflarını, düzelme ve iyilik halini, hastalığın gidişatını, mortalite ve morbiditeyi olumsuz yönde etkilemektedir.

4.8. Stres Ölçmede Kullanılan Araçlar

4.8.1. Distres Termometresi

Distres Termometresi ilk olarak Roth ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Bu termometre gerekli sorular cevaplandırıldığında patolojik olmayan distresin tanımlanmasında kullanılan ve hızlı şekilde sonuç veren bir ölçektir (26). Ölçek esas olarak kanser olan hastalar için geliştirilmiştir ve ölçeğin sorun listesi ile birlikte ameliyat olacak hastalarda kullanıldığı bir çalışmaya rastlanmadı (2, 23, 26, 27). Distres Termometresi'nin beraberinde kullanılan sorun listesi, Ulusal Kapsamlı Kanser Birliği (National Comprehensive Cancer Network; NCCN) tarafından geliştirilmiştir. Termometrenin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Özalp tarafından gerçekleştirildi. Distres Termometresi sorun listesi ile birlikte kullanıldığı gibi tek olarak da kullanılmaktadır (23).

4.8.2. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilen ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması Aydemir tarafından yapılan Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla uygulanan kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek toplam 14 soru içermektedir. Bu sorulardan yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi, diğer yedisi ise (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir (23, 79, 80).

4.8.3. Beck Depresyon Ölçeği

Beck depresyon ölçeği; duygusal, bilişsel, somatik ve motivasyonel bileşenleri ölçmek amacıyla Beck tarafından geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir (81). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği ise Teğin tarafından yapılmıştır (82). Araştırmalarda ve kliniklerde en sık kullanılan, kendi hakkında bilgi verme araçlarından biridir. Her madde depresyona özgü bir davranış belirleyen dört dereceli (0, 1, 2, 3) kendini değerlendirme ifadesini içermektedir (81).

4.8.4. Durumluluk Süreklilik Kaygı Ölçeği

Speilberger tarafından geliştirilen, Öner ve Le Compte tarafından Türk kültürüne uyarlanan, geçerlik ve güvenirlik çalışmalarıyla birlikte norm çalışmalarının da oluşturulduğu Durumluluk Sürekli Kaygı Ölçeği; yirmişer maddeden oluşan durumluk ve sürekli kaygı ölçeği olmak üzere toplam kırk maddeden oluşmaktadır. Durumluk Kaygı Ölçeği, bireylerin belirli bir anda belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini betimlemesini, içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını dikkate alarak maddeleri cevaplamasını gerektirir. Durumluk Kaygı Ölçeği, maddelerinde ifade edilen duygu ya da davranışlar, bireyin içinde bulunduğu durumu hissetme derecesine göre; (1) hiç, (2) biraz, (3) çok, (4) tamamıyla gibi oluşan şıklardan birini işaretleyerek cevaplandırılır. Sürekli Kaygı maddelerinde ifade edilen duygu davranışları ise; sıklık derecesine göre; (1) hemen hiçbir zaman, (2) bazen, (3) çok zaman ve (4) hemen her zaman şeklinde cevaplandırılır (83).

4.9. Ameliyat Öncesi Stresi Olan Hasta ve Hemşirelik Bakımı

Hastanın bakım ve tedavisinde birincil role sahip olan hemşireye ameliyat öncesi ve sonrası dönemde önemli görevler düşmektedir. Hemşire hastanın kliniğe kabulü ile başlayıp taburcu olana kadar geçen süreyi kapsayan bakım verici rolünü eğitimle tamamlayarak stresin neden olduğu komplikasyonları azaltabilir. Ayrıca hastasını etkili bir şekilde gözlemleyerek ve gerekli girişimlerde bulunarak oluşabilecek komplikasyonları azaltabilir ya da hastanın stresini azaltmaya yönelik girişimlerde bulunabilir (45, 77).

Cerrahi girişim öncesinde gerçekleştirilen eğitim, hastanın cerrahi girişiminin her bir evresinde ne olacağını bilmesine, fiziksel ve ruhsal olarak kendini daha iyi hissetmesine ve ameliyat sonuçlarının olumlu olmasına katkı sağlamaktadır (84). Bu durumun nedenleri arasında ise hemşirelerin sahip oldukları zor çalışma koşulları, iş yükü fazlalığı, kendilerini eğitim verme konusunda yeterli görmemeleri gibi faktörler yer almaktadır (85-88). Hastaları zihnen ve bedenlen fiziksel bir aktiviteyle uğraşmaya yöneltmek; endişe, dert etme, sinirlilik duygularını ortadan kaldırmaktadır. Cerrahi işlem öncesi fiziksel aktivite ve egzersizler ile bireylerin stresi azaltılabilir (45, 77).

Benzer şekilde, stres altında olan bireylerde oksijene olan ihtiyaç artacağı için solunum egzersizleri rahatlatıcı bir yöntem olabilir. Basit tekniklerle ağızdan ve burundan nefes alıp verirken dikkati bir noktada toplamak rahatlamayı, kalp ve akciğerlerin daha iyi çalışmasını sağlamaktadır (45). Cerrahi işlem öncesi hasta ve ailesini bilgilendirme, kendini güvende hissedeceği bir ortam sağlama, düzenli uyku, moral verme ve hastanın kendini ifade etmesini sağlama bireyi sakinleştirebilir. Ayrıca yapmak istediği sosyal aktiviteler konusunda cesaretlendirme, gülmesini sağlama, dua ve ibadet imkanı sunma, korku ve endişeleriyle yüzleşmesine yardımcı olma, gelecekte yaşanabilecek güzel olaylardan bahsetme ve hayal kurmasını sağlama bireyleri mutlu edecektir (45, 59).

Ameliyat öncesi eğitim, hastanın cerrahi girişiminin her bir evresinde ne olacağını bilmesine, fiziksel ve ruhsal olarak kendini daha iyi hissetmesine ve ameliyat sonuçlarının olumlu olmasına önemli katkı sağlamaktadır (85-87). Ameliyat öncesi verilen bu eğitimin uygun bir ortamda yapılması gerekmektedir. Ancak Avşar ve

Kayıkçı'nın yaptıkları çalışmada hemşirelerin büyük bir kısmının eğitim için zaman ve ortam belirlemedikleri bulunmuştur (86).

Ülkemiz dışındaki çalışmalar incelendiğinde Distres Termometresi'nin yalnız kanser hastaları için yapılan çalışmalarda (2, 28, 32, 88) kullanılmakta olduğu görölmüştür. Ülkemizde ise Distres Termometresi, 2007 yılında Özalp ve ark. tarafından yine kanser hastalarında psikososyal distresi ölçmek amacıyla kullanılmıştır (23). Yapılan çalışmalar incelendiğinde, stresi ölçmek için birçok aracın olduğu fakat kullanımı açısından uzun zaman aldığı ifade edilmektedir (35, 36). Distres Termometresi hızlı uygulanabilirliği açısından, hastalarda stres düzeyini belirlemek için kullanılabilir, sorun listesi ise stres nedenlerinin belirlenmesine katkıda bulunabilir. Bu araştırma; stres düzeyini saptamak için ameliyat olacak hastalarda, Distres Termometre Ölçeğinin kullanılabilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirildi. Ayrıca çalışmada hastaların stres nedenlerinin belirlenmesi de hedeflenmektedir.

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, ameliyat olacak hastalarda Distres Termometre ölçeğinin kullanılabilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı türde yapıldı.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Mart 2015- Mayıs 2016 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Veriler, Ekim 2015- Kasım 2015 tarihleri arasında Trabzon il sınırları içinde yer alan Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi'nde toplandı. Çalışmaya söz konusu hastanenin, Beyin Cerrahisi, Genel Cerrahi, Göğüs Cerrahisi, Kalp-Damar Cerrahisi, Kulak-Burun-Boğaz, Ortopedi ve Travmatoloji, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi ve Üroloji Kliniği olmak üzere sekiz cerrahi klinik dahil edildi. Ancak Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği ve Kulak-Burun-Boğaz Kliniği için izin alınamadığından bu iki klinik araştırma kapsamına alınmadı. Genel cerrahi kliniği 64, beyin cerrahi kliniği 52, ortopedi ve travmatoloji kliniği 44, göğüs cerrahisi kliniği 16, kalp- damar cerrahisi kliniği 21, üroloji kliniği 34 yatak sayılıdır.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, araştırma kapsamına alınan cerrahi kliniklere bir yıl içinde ameliyat olmak için yatan hastalar oluşturdu. Hastanenin istatistik biriminden elde edilen bir yıllık hasta sayısına göre %95 güven aralığı ve %80 güç ile yapılan güç analizi sonucu 200 hasta örneklemimizi oluşturdu.

Örneklem kabul ölçütleri şu şekildedir:

1. Planlı ameliyat olan,
2. Görsel ve yazılı ölçekleri yorumlama yeteneğine sahip,
3. Türkçe konuşabilen,
4. Araştırmaya katılmayı gönüllü kabul eden,
5. Ameliyattan en az bir gün önce kliniğe yatan,
6. Genel ve spinal anestezi ile ameliyat olacak hastalar,

Örneklem dışlama ölçütleri

1. Acil ameliyat olan,
2. İletişim kurmakta sorun yaşayan,
3. Bilinci kapalı olan,
4. Amputasyon olması planlanan,
5. Tam görme ve işitme kaybı olan,
6. Kanseri olan,
7. Lokal anestezi ile ameliyat olacak,
8. 18 yaşından küçük 65 yaşından büyük olan hastalar.

Araştırmanın örneklemine ulaşılan 250 hasta ile görüşüldü; belirtilen ölçütlerin dışında kalan 40 ve araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan 10 hasta olmak üzere 50 hasta araştırma kapsamına alınmadı. Araştırma kapsamına alınan hastaların araştırmaya katılım oranı %80'dir.

5.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak sosyodemografik özellikleri içeren “Soru Formu”, “Distres Termometresi”, “Stres Nedenleri Listesi”, “Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği” ve “SF12 Kısa Sağlık Ölçeği” kullanıldı.

5.4.1. Soru Formu

Soru formu; araştırmacı tarafından oluşturuldu. Bu form hastaların cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvencesi, yattığı klinik gibi soruları içeren toplam yedi sorudan oluşmaktadır. Soru formu hastalara ameliyattan önce bir kez uygulandı. Hastaların verdiği yanıtlar araştırmacı tarafından soru formuna kayıt edildi. Anlaşılmayan sorular olup olmadığını değerlendirmek için on hasta üzerinde ön uygulama yapıldı ve ankette gerekli düzenlemeler yapılarak forma son şekli verildi (Ek 2).

5.4.2. Distres Termometresi

"Distres Termometresi", Roth ve ark. tarafından kanser hastalarında psikolojik distressi belirlemek amacıyla geliştirilen bir ölçektir (26). Distres Termometresi Distres Termometresi ile Termometre 0'dan (stres yok) 10'a (aşırı stres) kadar puanları olan likert tipi bir ölçektir. Kısa ve anlaşılması oldukça kolay olan ölçekte, hastalar kendi

stres düzeylerini termometre üzerinde belirtilen aralıklarda kolaylıkla işaretleyebilmektedirler. Ulusal Kapsamlı Kanser Birliği'ne (NCCN) göre kanser olan hastalarda distres termometresi için önerilen kesme noktası 3/4 tür (32, 89, 90). Distres Termometresinin Türkçe geçerlik- güvenilirlik çalışması Özalp ve ark. tarafından yapılmıştır ve bu çalışmada termometre için önerilen kesme noktası dört ve üstü olarak belirtilmiştir. Orjinal Distres Termometresi ile birlikte kanser hastalarının stres nedenlerini belirlemek için kullanılan bir problem listesi bulunmaktadır (23) (Ek 3).

5.4.3. Stres Nedenleri Listesi

Çalışmada, kanser hastalarına özel sorular içerdiği için Distres Termometresi'ne ait sorun listesi kullanılmadı. Stresi belirlemek için araştırmacı tarafından konu ile ilgili kaynaklar ve yapılmış benzer çalışmalardan yararlanılarak ameliyat olacak hastalara yönelik bir liste oluşturuldu (6, 65, 67, 68). Hazırlanan stres nedenleri listesi, toplam on altı başlıktan oluşmaktadır. Bu alt başlıklar; anestezi ilgili unsurlar (dört madde), ameliyat ile ilgili unsurlar (dört madde), ameliyathane ile ilgili unsurlar (beş madde), hastalık ile ilgili unsurlar (dört madde), hastane ile ilgili unsurlar (dört madde), ameliyattan sonra yaşanabilecek fizyolojik sorunlar ile ilgili unsurlar (13 madde), duygusal sorunlarla ilgili unsurlar (11 madde), var olan deneyimler ilgili unsurlar (dört madde), ekonomik sorunlarla ilgili unsurlar (üç madde), ve taburculuk sonrası yaşanabilecek sorunlar (bir madde) şeklindedir.

Stres nedenleri listesi; uzman görüşü kapsamında; adı geçen kliniklerde görev yapan üç genel cerrah, bir beyin cerrahı ve bir ürolog olmak üzere beş hekime sunuldu. Aynı şekilde belirtilen kliniklerde çalışan; aralarında lisans eğitimi tamamlamış ve yüksek lisans eğitimi alan on klinik hemşiresinin görüşü alındı. Alınan uzman görüşleri ve hemşirelerin geri dönüşleriyle birlikte gerekli düzenlemeler yapılarak listeye son şekli verildi.

Orjinal Distres Termometresi ile birlikte hastalardan kendilerinde ameliyat öncesi strese yol açan nedenleri işaretlemeleri istendi ve seçilen her bir madde bir puan olarak değerlendirildi. Böylece stres nedenleri listesinden toplam “stresör sayısı” hesaplanmakta ve her bir birey listeden “0-63” arasında puan alabilmektedir (Ek 4).

5.4.4. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ), hastada anksiyete ve depresyon riskini belirlemek, anksiyete ve depresyon düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla uygulanan kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek, Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilmiş, ülkemizde geçerlik çalışması Aydemir ve ark. tarafından yapılmıştır (79, 80). Ölçeğin anksiyete (HADÖ-A) ve depresyon (HADÖ-D) olmak üzere iki alt ölçeği bulunmaktadır. Toplam 14 soru içeren ölçeğin sorularının yedisi anksiyeteyi, yedisi ise depresyonu ölçmeye yöneliktir. Ölçekte her maddenin puanlaması farklıdır. Anksiyete alt ölçeğine ait sorular ; “1, 3, 5, 7, 9, 11, 13” şeklinde ifade edilmektedir. Anksiyete alt ölçeğine ait bu sorularda; maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlaması “3, 2, 1, 0” şeklindedir. Depresyon alt ölçeğine ait sorular ise; “2, 4, 6, 8, 10, 12, 14” şeklinde belirtilmektedir ve maddeler; “0, 1, 2, 3” biçiminde puanlanırlar. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan “0”, en yüksek puan “21”dir Türkiye’de yapılan çalışma sonucunda anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği için ise 7/8 bulunmuştur. Bu kesme noktasına göre bu puanların üzerinde alanlar risk altında olarak değerlendirilirler (79, 80, 91-93) (Ek 5).

5.4.5. SF12 (Short Form-12, Kısa Form-12) Kısa Sağlık Ölçeği

SF36 (Short Form-36; SF-36 Short Health Survey); Kısa Sağlık Ölçeği yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Ware ve ark. tarafından geliştirilmiştir (94). Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği ise Koçyiğit ve ark. tarafından yapılan SF36’nın farklı sekiz alt başlığından 12 farklı madde alınarak daha kısa bir form olan SF12 kısa sağlık ölçeği oluşturulmuştur (95). Genel sağlık durumunun iki ana bileşeni olan fiziksel (SF12-PCS) ve mental (SF12-MCS) sağlığın değerlendirilmesinde kullanılan ölçekte; alt ölçekler sağlığı “0” ve “100” arasında değerlendirmektedir. “0” kötü sağlık durumunu gösterirken, “100” iyi sağlık durumunu göstermektedir (94, 96). SF12, SF36’nın sadeleştirilmesiyle elde edilmiş, geçerlik ve güvenilirliği yapılmış olup, uygulanabilirliği açısından oldukça kolaydır. SF12, SF36’ya yakın güvenilirliği olduğu ve daha az soru içerdiği için tercih edilmektedir (97).

SF12’nin fiziksel (SF12-PCS) ve mental (SF12-MCS) durum değerlendiren iki alt ölçeği bulunmaktadır. SF36’da puanlama hesaplanırken kullanılan T-skoru SF12’de

kullanılmamaktadır. Fakat SF36 dan farklı olarak, SF12’de eksik veri bulunuyorsa hesaplama yapılamamaktadır. SF12 de kelimeler kısaltılmış ve basitleştirilmiş, eksik cevap oluşmasını engellemek için sorular ve cevaplar okuması daha kolay bir hale getirilmiş, altı olan yanıt seçenekleri beşli hale getirilerek sadeleştirilmiştir. Ayrıca bireylerin son bir ay içerisinde yaşadıkları durumu anlatmalarına yardımcı sorular bulunmaktadır (94, 96, 97) (Ek 6).

SF12 Kısa Sağlık Ölçeği hesaplaması yapılırken, eksik veri varlığında hesaplama yapılamadığından ilk olarak eksik veri olup olmadığı kontrol edilir. Her bir soru için fiziksel ve mental standardizasyon değerleri bulunmaktadır (96) (Ek 7). İkinci olarak, bireylerin verdikleri cevaplar için bu fiziksel ve mental standardizasyon değerleri ayrı ayrı toplanır. Son olarak, 12 soru için fiziksel standardizasyon toplamına “56,57706” eklenerek fiziksel bileşenlerin özeti; 12 soru için mental standardizasyon toplamına “60,75781” eklenerek mental bileşenlerin özeti hesaplanmaktadır (96, 98).SF36 için belirtilen cronbach alpha değeri 0.76 olup, çalışmamızda ise cronbach alpha değerleri; FCS için 0.53, MCS için 0. 47 olarak bulundu.

5.5. Verilerin Toplanması

Ameliyat olmak için kliniğe yatan hastalarla ameliyattan bir gün önce, hasta odasında ve mahremiyete saygı gösterilerek görüşüldü. Hastalara ait bilgiler yüz yüze görüşme tekniği ile hasta dosyası incelenerek elde edildi ve hastaların söyledikleri araştırmacı tarafından kaydedildi. Önce “ Soru Formu” dolduruldu, ardından “Distres Termometresi” ve “Stres Nedenleri Listesi”, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği”, “SF12 Kısa Sağlık Ölçeği” uygulandı.

5.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler, SPSS 23.0 (Statistical Package for The Social Sciences) paket programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum, maksimum) kullanıldı. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için One-Sample Kolmogorov Smirnov testi yapıldı. Normallik testi yapıldıktan sonra normal dağılım gösteren iki gruplu karşılaştırmalarda bağımsız gruplarda t testi ve normal dağılım göstermeyen iki gruplu karşılaştırmalarda ise Mann-Whitney U testi kullanıldı. Üç ve üzeri gruplu normal dağılıma uyan karşılaştırmalarda Oneway Anova

testi ve normal dağılıma uymayan grupların karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis Varyans Analizi testi uygulandı. Ayrıca verilerin kesme noktası değerlendirilmesinde, duyarlık ve özgüllük belirlemek için ROC analizi yapıldı ve sonuçlar arasındaki korelasyona bakıldı. Elde edilen bulgular %95’lik güven aralığında, $p<0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Karadeniz Bölgesi’ndeki tek ilde yapıldığı için bulunan sonuçlar, ülke genelinde ameliyat olacak hastalar için genellenemez. Distres Termometresi’nde kesme noktasının belirlenmesi için Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği referans olarak kullanıldı. Stresi belirlemede kullanılacak bir başka ölçek ile farklı sonuçlar elde edilebilir.

5.8. Araştırmanın Etik Yönü

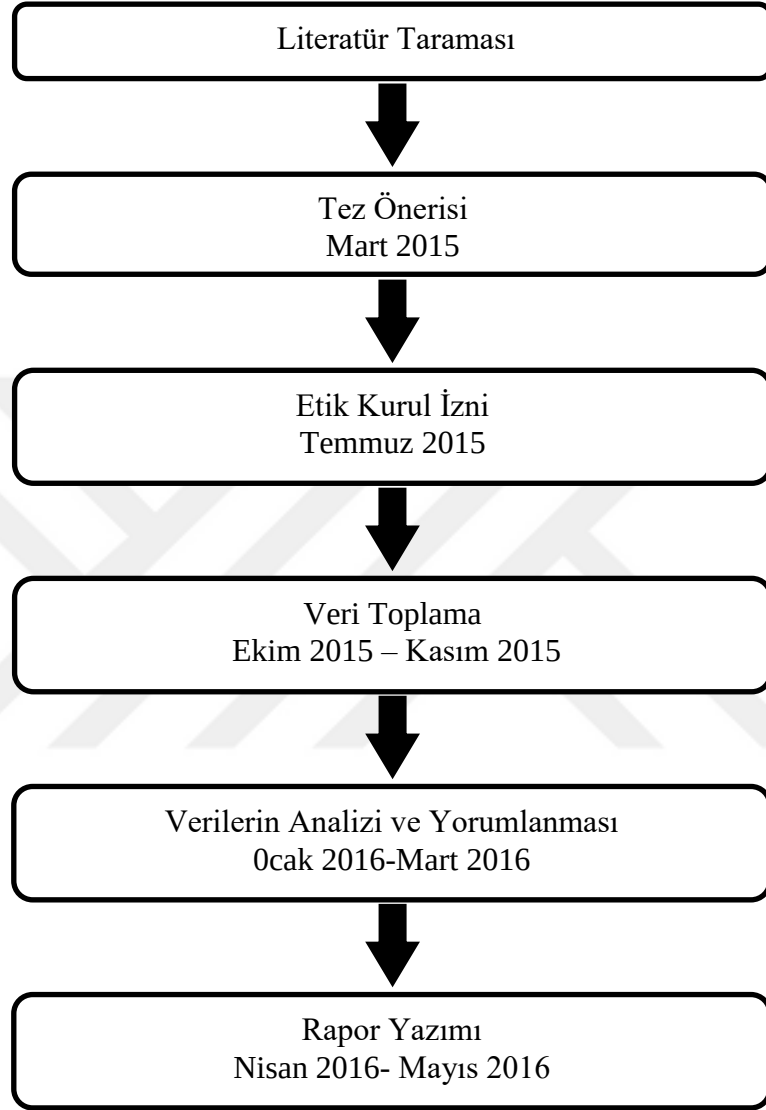
Araştırmanın her aşamasında etik ilkelere uyulmasına dikkat edildi ve çalışmanın yapılacağı kurumdan gerekli izinler alındı. Kendilerinden alınan bilgilerin sadece bilimsel amaçlı kullanılacağı, araştırmacı dışında başka hiç kimseye açıklanmayacağı, paylaşılmayacağı ya da bilgilere başkalarının ulaşmasına izin verilmeyeceği ve saklanacağı konusunda güvence verilerek “sadakat-gizlilik” ilkesine bağlı kalındı. “Zarar vermeme, yarar sağlama” ilkesine özen gösterilerek hastaların, bakım ve tedavisinin aksatılmadan çalışmanın sürdürülmesi sağlandı (15).

5.9. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı

Araştırma için KTÜ Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığından 15.07.2015’te etik kurul izni (Sayı: 24237859/465) alındı. Araştırmanın evrenini oluşturan hastaneden 20.05.2015 tarihinde çalışma izni (KTÜ Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Sayı: 48814514-200) (Ek 8) alındı.

5.10. Araştırmanın Planı

Araştırma planı Şekil 1’de yer almaktadır.



Şekil 1. Araştırma Planı

6. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular; ameliyat olacak hastaların tanımlayıcı özellikleri, distres termometresi kesme noktaları, stres, anksiyete- depresyon, yaşam kalitesine ve stres nedenlerine ilişkin bulgular şeklinde ele alındı.

Tablo 1. Ameliyat Olacak Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri (n=200)

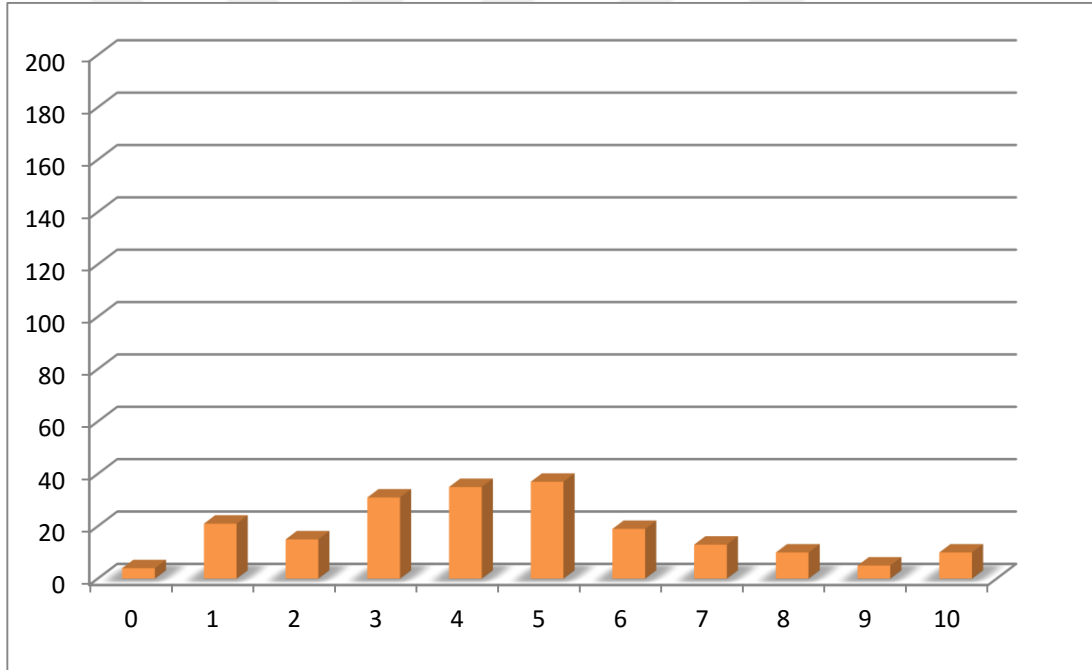
Özellikler		S	%
Yaş	18-41 yaş	53	26.5
	42-65 yaş	147	73.5
Cinsiyet	Kadın	107	53.5
	Erkek	93	46.5
Medeni Durum	Evli	169	84.5
	Bekar	31	15.5
Eğitim Durumu	İlköğretim	98	49.0
	Lise	79	39.5
	Üniversite	23	11.5
Çalışma Durumu	Çalışıyor	57	28.5
	Çalışmıyor	143	71.5
Sosyal Güvence	Var	197	98.5
	Yok	3	1.5
Klinik	Beyin Cerrahi Kliniği	61	30.5
	Genel Cerrahi Kliniği	47	23.5
	Üroloji Kliniği	38	19.0
	Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği	33	16.5
	Göğüs ve KVC Kliniği*	21	10.5

*Göğüs Cerrahisi ve KVC klinikleri birlikte alındı.

Araştırma kapsamındaki hastaların tanımlayıcı özellikleri Tablo 1’de yer almaktadır. Hastaların %53.5’i kadın ve %46.5’i evlidir. Hastaların %49.0’ı ilköğretim mezunu, %71.5’i çalışmamaktadır ve %98.5’inin sosyal güvencesi bulunmaktadır. Yaş ortalaması 49.1 ± 13.7 (min:18, maks:65) olan hastaların %73.5’i 42-65 yaş aralığındadır. Hastaların %30.5’i beyin cerrahisi, %23.5’i, genel cerrahi, %19.0’ı üroloji, %16.5’i ortopedi, %10.5’i göğüs ve kalp-damar kliniğinde tedavi görmektedir.

Tablo 2. Hastaların Distres Termometresine Göre Dağılımı (n=200)

Distres Termometresi	S	%
0	4	2.0
1	21	10.5
2	15	7.5
3	31	15.5
4	35	17.5
5	37	18.5
6	19	9.5
7	13	6.5
8	10	5.0
9	5	2.5
10	10	5.0

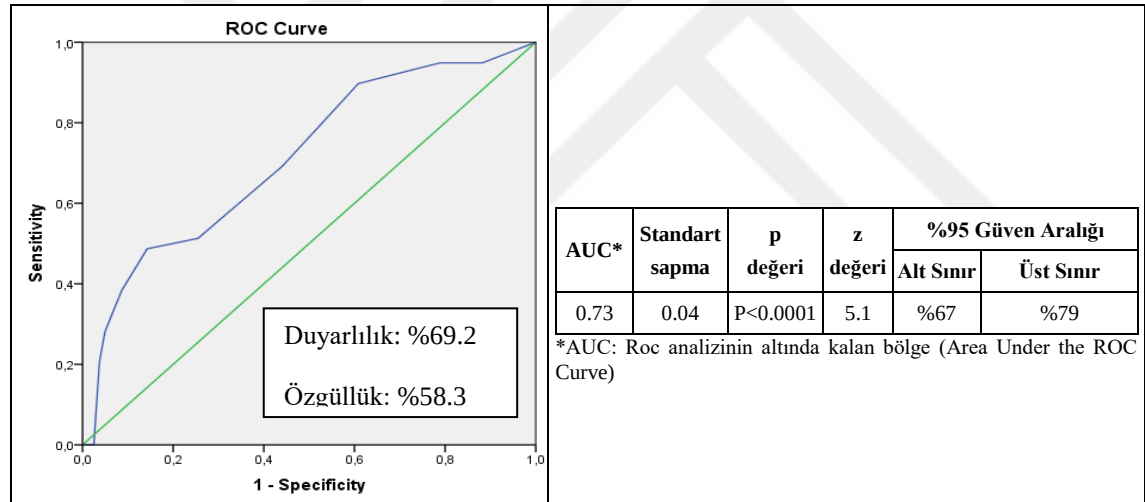


Şekil 2. Hastaların Distres Termometresine Göre Stres Puanlarının Dağılımı (n=200)

Hastaların distres termometresine göre stres puanlarının 3-5 arasında yığılım gösterdiği saptandı (Tablo 2, Şekil 2). Hastaların %18.5'i (n=37) stres düzeylerini "5" puan, %17.5'i (n=35) "4" puan ve % 15.5 i (n=31) "3" olarak belirttiler. Katılımcıların stres termometresinden aldıkları puan ortalamasının ise 4.4 ± 2.4 (min:0, maks:10) olduğu bulundu.

Tablo 3. HADÖ-Anksiyeteye Göre Distres Termometresi Puanlarının Duyarlılık ve Özgüllük Değerleri

Distres Termometresi	Duyarlılık	Özgüllük
>0	100	2.4
>1	94.8	14.2
>2	94.8	23.6
>3	89.7	41.6
>4	69.2	58.3
>5	51.2	77.0
>6	48.7	88.2
>7	38.4	93.7
>8	28.2	97.5
>9	20.5	98.7
>10	0.00	100

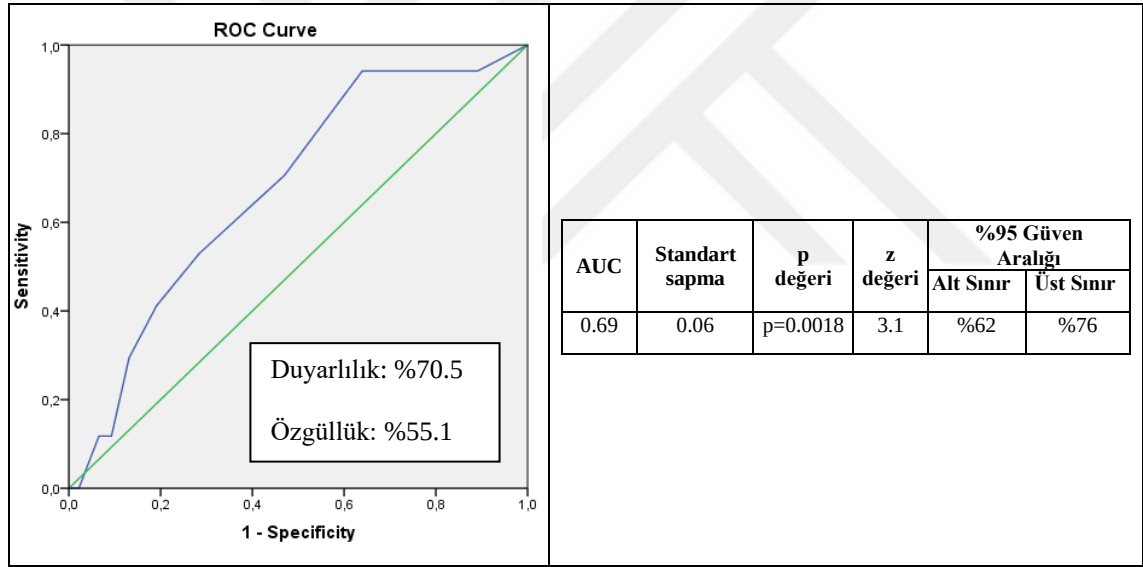


Şekil 3. HADÖ- Anksiyeteye Göre Distres Termometresi İçin ROC Eğrisi

Tablo 3'te ise, HADÖ-A alt ölçeğine göre distres termometresinin puanlarının duyarlılık ve özgüllük değerleri görülmektedir. Şekil 3'de ise, HADÖ-A göre, distres termometresinin kesme noktasını belirleyen ROC eğrisi görülmektedir. HADÖ-A için kesme noktası 11 ve üzeri kabul edildiğinde, distres termometresi için kesme noktasının beş ve üzeri olduğu (%69.2 duyarlılık ve %58.3 özgüllük) bulundu ($p<0.0001$).

Tablo 4. HADÖ-Depresyona Göre Distres Termometresinin Puanlarının Duyarlılık Ve Özgüllük Değerleri

Distres Termometresi	Duyarlılık	Özgüllük
>0	100	2.1
>1	94.1	13.1
>2	94.1	21.3
>3	94.1	38.2
>4	70.5	55.1
>5	52.9	73.7
>6	41.1	83.0
>7	29.4	89.7
>8	11.7	92.9
>9	11.7	95.6
>10	0.00	100

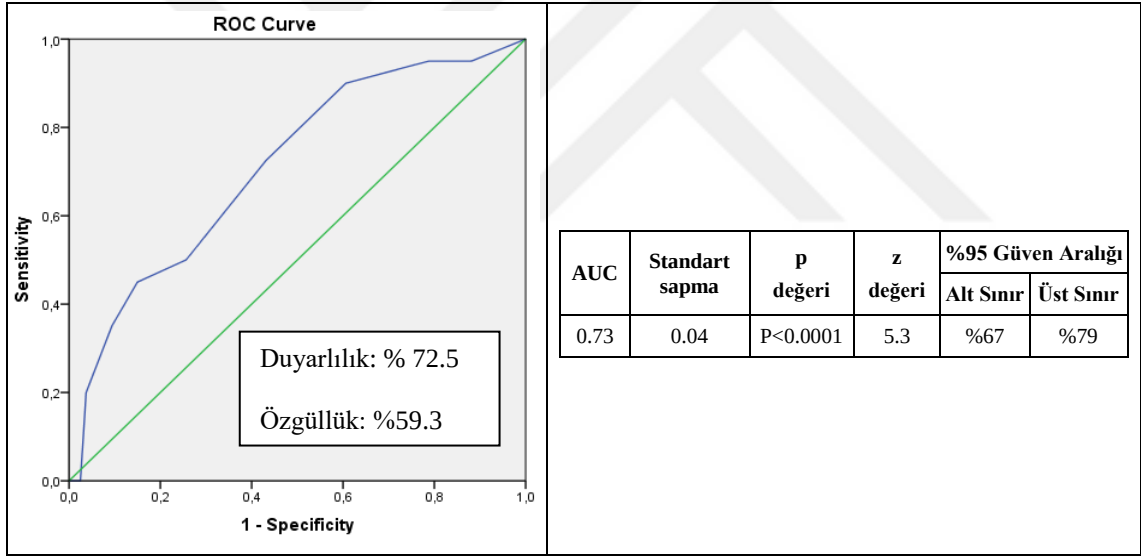


Şekil 4. HADÖ Depresyona Göre Distres Termometresi İçin ROC Eğrisi

Tablo 4’de, HADÖ-D alt ölçeğine göre distres termometresi puanlarının duyarlılık ve özgüllük değerleri belirtilmektedir. Şekil 4’de ise HADÖ-D alt ölçeğine göre, distres termometresinin kesme noktasını belirleyen ROC eğrisi görülmektedir. Distres termometresinin kesme noktasını belirlemede HADÖ-D alt ölçeği için kesme noktası sekiz ve üzeri kabul edildi. Bu sınırdaki distres termometresinin kesme noktasının %70.5 duyarlılık ve %55.1 özgüllük ile beş ve üzeri olduğu bulundu (p=0.0018).

Tablo 5. HADÖ-Toplam Puana Göre Distres Termometresi Puanlarının Duyarlılık ve Özgüllük Değerleri

Distres Termometresi	Duyarlılık	Özgüllük
>0	100	2.5
>1	95.0	14.3
>2	95.0	23.7
>3	90.0	41.8
>4	72.5	59.3
>5	50.0	76.8
>6	45.0	87.5
>7	35.0	93.1
>8	25.0	96.8
>9	20.0	98.7
>10	0.00	100



Şekil 5. HADÖ Toplam Puanına Göre Distres Termometresi İçin ROC Eğrisi

Tablo 5’de ise, yine HADÖ toplam puana göre distres termometresi puanlarının duyarlılık ve özgüllük değerleri görülmektedir. Şekil 5’de ise, HADÖ toplam puana göre, distres termometresinin kesme noktasını belirleyen ROC eğrisi görülmektedir. HADÖ toplam puan için kesme noktası 15 ve üzeri kabul edildiğinde, distres termometresi için kesme noktasının beş ve üzeri (duyarlılık:%72.5, özgüllük: %59.3) olduğu bulundu ($p < 0.0001$).

Tablo 6. Hastaların Stres, Anksiyete, Depresyon, Toplam ve SF12 Kısa Sağlık Ölçeği Puan Ortalamaları (n=200)

	$\bar{X} \pm SS$	Min-Maks.	Alınabilecek Puan
Stres	4.4±2.4	0-10	0-10
Anksiyete	6.5±4.6	0-21	0-21
Depresyon	2.9±2.7	0-12	0-21
Toplam	9.5±6.4	0-30	0-42
KSÖFD*	38.5±9.9	17-64	0-100
KSÖMD**	41.9±9.1	17-63	0-100
KSÖFD*: Kısa Sağlık Ölçeği Fiziksel Durum, KSÖMD**: Kısa Sağlık Ölçeği Mental Durum			

Tablo 6’da hastaların, stres, anksiyete, depresyon, toplam ve SF12 kısa sağlık ölçeği puan ortalamaları görülmektedir. Katılımcıların stres puan ortalamasının 4.4±2.4 (min:0, maks:10), anksiyete puan ortalamasının 6.5±4.6 (min:0, maks:21), depresyon puan ortalamasının 2.9±2.7 (min:0, maks:12) ve toplam puan ortalamasının ise 9.5±6.4 (min:0, maks:30) olduğu bulundu. Araştırma kapsamındaki hastaların SF12 kısa sağlık ölçeği fiziksel durum alt ölçeği puan ortalamasının 38.5±9.9 (min:17.4, maks:63.8); mental durum alt ölçeği puan ortalamasının 41.9±9.2 (min:16.8, maks:62.8) olduğu bulundu.

Tablo 7. Hastaların Stres, Anksiyete, Depresyon ve Toplam Puan Kesme Noktalarına Göre Dağılımı (n=200)

		S	%
Stres Termometresi puanı	(4 ve altı)	105	52.5
	(5 ve üstü)	95	47.5
HADÖ- Anksiyete puanı	(10 ve altı)	161	80.5
	(11 ve üstü)	39	19.5
HADÖ- Depresyon puanı	(7 ve altı)	183	91.5
	(8 ve üstü)	17	8.5
HADÖ- Toplam puanı	(14 ve altı)	160	80.0
	(15 ve üstü)	40	20.0

Tablo 7’de hastaların stres, anksiyete, depresyon ve toplam puanlarına göre kesme noktasının altında ve üstünde kalan hastalar görülmektedir. Hastaların %47.5’inin stres, %19.0’nın anksiyete, %8.5’inin depresyon ve %20.0’nın toplam puanlarının kesme noktasının üzerinde olduğu saptandı.

Tablo 8. Bazı Değişkenlere Göre Hastaların Stres, Anksiyete, Depresyon ve SF12 Kısa Sağlık Ölçeği Puan Ortalamaları (n=200)

Değişken		S (%)	Stres $\bar{X} \pm SS$	Anksiyete $\bar{X} \pm SS$	Depresyon $\bar{X} \pm SS$	KSÖFD $\bar{X} \pm SS$	KSÖMD $\bar{X} \pm SS$
Cinsiyet	Kadın	107 (53.5)	4.8±2.4	7.4±4.7	3.3±2.9	35.5±9.5	41.4±9.1
	Erkek	93 (46.5)	4.6±2.5	5.5±4.2	2.4±2.4	41.5±9.6	42.4±9.2
			p=0.063	p=0.02	p=0.12	p=0.063	p=0.417
Yaş	18-41 yaş	53 (26.5)	4.6±2.6	5.9±2.9	2.7±3.0	40.3±10.1	43.0±8.5
	42-65 yaş	147 (73.5)	4.7±2.4	6.7±4.8	2.9±2.6	37.8±9.7	41.5±9.3
			p=0.900	p=0.530	p=0.197	p=0.118	p=0.284
Eğitim Durumu	İlköğretim	98 (49.0)	4.8±2.5	7.5±4.9	3.9±2.9	36.9±9.7	40.9±9.9
	Lise	79 (39.5)	4.5±2.5	5.7±4.1	2.5±2.5	39.8±10.3	42.3±8.8
	Üniversite	23 (11.5)	4.4±2.2	5.1±3.9	1.8±2.1	40.8±8.4	44.8±6.2
			p=0.537	p=0.028	p=0.005	p=0.76	p=0.162
Klinik	Beyin Cerrahi Kliniği	61 (30.5)	4.9±2.1	7.4±4.7	3.5±3.0	34.9±8.9	39.8±9.3
	Genel Cerrahi Kliniği	47 (23.5)	4.7±2.5	7.1±4.6	2.6±2.5	39.7±10.5	41.7±9.5
	Üroloji Kliniği	38 (19.0)	4.5±2.7	5.1±4.1	2.0±2.0	43.1±9.5	44.1±9.0
	Ortopedi Kliniği	33 (16.5)	4.0±2.8	6.1±5.0	3.3±3.2	38.3±10.6	42.5±9.2
	Göğüs ve KVC Kliniği	21 (10.5)	3.6±2.7	5.7±4.1	2.5±2.0	38.8±8.2	43.4±7.2
			p=0.226	p=0.125	p=0.459	p=0.002	p=0.192

Tablo 8’de bazı değişkenlere göre hastaların stres, anksiyete, depresyon, kısa sağlık ölçeği puan ortalamaları yer almaktadır. Kadınlar (4.8 ± 2.4), 42-65 yaşı aralığında (4.7 ± 2.4), ilköğretim mezunu olan (4.8 ± 2.5) ve beyin cerrahisi kliniğinde yatan hastaların (4.9 ± 2.1) stres puan ortalamaları daha yüksektir. Cinsiyetin ($p=0.063$), yaşı ($p=0.900$), eğitim durumunun ($p=0.537$) ve hastanın yattığı kliniğin ($p=0.226$) stres puanını etkileyen anlamlı bir değişken olmadığı ($p>0.05$) belirlendi.

Tablo 8’de belirtilen bazı değişkenlerin anksiyete puanı ile olan ilişkileri incelendiğinde; kadın (7.4 ± 4.7), 42-65 yaşı aralığında (6.7 ± 4.8), ilköğretim mezunu olan (7.5 ± 4.9) ve beyin cerrahi kliniğinde yatan hastaların (7.4 ± 4.7) anksiyete puan ortalamaları daha yüksektir. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda; cinsiyetin ($p=0.02$) ve eğitim durumunun ($p=0.028$) anksiyeteyi etkileyen anlamlı bir değişken olduğu, yaşı ve kliniğin ise anksiyete yönünden anlamlı bir değişken olmadığı ($p>0.05$) belirlendi.

Bağımsız değişkenlerin depresyon puanına etkisi incelendiğinde (Tablo 8); kadın (3.3 ± 2.9), 42-65 yaşı aralığında (2.9 ± 2.6), ilköğretim mezunu olan (3.4 ± 2.9) ve beyin cerrahi kliniğinde yatan hastaların (3.5 ± 3.0) depresyon puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı. Eğitim durumuna göre ($p=0.005$) hastaların depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, cinsiyet, yaşı ve hastanın yattığı kliniğe göre ise fark olmadığı ($p>0.05$) belirlendi.

Bazı değişkenlerin fiziksel durum alt ölçeği puanı ile olan ilişkileri incelendiğinde (Tablo 8); erkek (41.5 ± 9.6), 18-41 yaşı aralığında (40.3 ± 10.1), üniversite mezunu olan (40.8 ± 8.4) ve üroloji kliniğinde yatan hastaların (43.1 ± 9.5) fiziksel durum alt ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi. Hastaların yattıkları kliniklere göre fiziksel durum alt ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu ($p=0.002$), cinsiyet, yaşı ve eğitim durumuna göre ise fark olmadığı ($p>0.05$) belirlendi.

Tablo 8’de belirtilen bazı değişkenlere göre mental durum alt ölçeği puanlarına bakıldığında; erkek (42.4 ± 9.2), 18-41 yaşı aralığında (43.0 ± 8.5), üniversite mezunu olan (44.8 ± 6.2) ve üroloji kliniğinde yatan hastaların (44.1 ± 9.0) mental durum alt ölçeği puan ortalamaları daha yüksektir. Yukarıda belirtilen bağımsız değişkenler yönünden hastaların mental durum puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) belirlendi.

Tablo 9. Ameliyata Bağlı Stres Nedenleri Listesi* (n=200)

	S	%		S	%
Anestezi ile ilgili unsurlar			Hastane ile ilgili unsurlar		
Anestezinin etkisiyle uyanamayabilirim	40	20.0	Yapılan işlemler hakkında bana bilgi verilmiyor	4	2.0
Bana yanlış anestezi uygulanabilir	14	7.0	Anlamadığım kelimelerden bahsediliyor	6	3.0
Anestezinin etkisiyle istemediğim şeyler söyleyebilirim	12	6.0	Hastane ortamı beni korkutuyor	23	11.5
Ameliyat sırasında uyanabilirim	14	7.0	Sağlık ekibi benimle konuşmuyor	6	3.0
Ameliyat ile ilgili unsurlar			Ameliyattan sonra yaşanabilecek fizyolojik sorunlar ile ilgili unsurlar		
Ameliyat sırasında bana yanlış bir şey yapılabilir	17	8.5	Herhangi bir organımı kaybedebilirim	7	3.5
Ameliyat olmama gerektiğinden emin değilim	3	1.5	Nefes alamayabilirim	29	14.5
Ameliyat sırasında ağrı duyabilirim	11	5.5	Uyku sorunu yaşayabilirim	17	8.5
Ameliyatta başka bir hastalığım olduğu ortaya çıkabilir	24	12.0	Rahat hareket edemeyebilirim	50	25.0
Ameliyathane ile ilgili unsurlar			Bulantı ve kusmam olabilir	37	18.5
Ameliyat yapacak insanları tanımıyorum	18	9.0	Enfeksiyon geçirebilirim	63	31.5
Ameliyat sırasında bedenimi görecekler	11	5.5	Ağrı duyabilirim	11	5.5
Ameliyatta kullanılacak araç ve gereçler hakkında bilgim yok	12	6.0	Beslenme ile ilgili sorun yaşayabilirim	23	11.5
Ameliyathane ortamını hiç bilmiyorum	17	8.5	Boşaltım ile ilgili sorun yaşayabilirim	35	17.5
Ameliyathanenin soğuk bir ortam olduğunu düşünüyorum	54	27.0	Yaram geç iyileşebilir	30	15.0
Hastalık ile ilgili unsurlar			Kendimi yorgun hissedebilirim	21	10.5
Hastalığımı kabul etmiyorum	4	2.0	Yatağa bağımlı kalabilirim	37	18.5
Ciddi bir hastalığım olabilir	6	3.0	Cinsel yaşamım olumsuz etkilenebilir	5	2.5
İyileşemeyebilirim	23	11.5			
Ameliyat olmak hastalığımın iyileşmesini sağlamayacak	6	3.0			

Tablo 9'un Devamı

Duygusal sorunlar ile ilgili unsurlar			Ekonomik sorunlar ile ilgili unsurlar		
Yaşam şartlarım değişebilir	20	10.0	İşimi kaybedebilirim	12	6.0
Korkularımı anlatamıyorum	2	1.0	Hastane masraflarını karşılayamayabilirim	5	2.5
Bağımsız karar veremiyorum	1	0.5	Ulaşım ve konaklama masraflarını karşılayamayabilirim	3	1.5
Hastalıkla baş etmede kendimi güçlü bulmuyorum	3	1.5			
Ailemden uzak kalabilirim	29	14.5			
Sosyal hayatım olumsuz etkilenebilir	18	9.0			
İletişim kurmakta sorun yaşıyorum	2	1.0			
Kendi kendime yetemeyebilirim	33	16.5			
Aileme yük olabilirim	34	17.0			
Bakmakla yükümlü olduğum kişilere bakamayabilirim	31	15.5			
Evde bana yardım edecek kimsem yok	11	5.5			
Var olan deneyimler ile ilgili unsurlar			Taburculukla ilgili sorunlar		
Daha önce geçirdiğim ameliyata ilişkin olumsuz tecrübelerim var	32	16.0	Taburcu olduktan sonra bir sorun olursa hastaneye ulaşmayabilirim.	8	4.0
Daha önce aldığım anesteziye ilişkin olumsuz tecrübelerim var	17	8.5			
Daha önce hastanede yaşadığım sorunları tekrar yaşayabilirim	6	3.0			
Çevremdeki insanların yaşadıkları olumsuzlukları yaşayabilirim.	16	8.0			

*Sorulara birden fazla yanıt verildiğinden n sayısı katlandı.

Tablo 9’da ameliyata bağı stres nedenleri görülmektedir. İfade edilme sıklığına göre hastaların stres nedenleri sıralandığında; ilk sırada enfeksiyon geçirme endişesi (%31.5) yer almaktadır. Araştırma kapsamındaki hastaların %27.0’sinin ameliyat stresi yaşamalarına neden olan ikinci unsur ameliyathanenin soğuk bir ortam olduğunu düşüncesidir. En sık ifade edilen stres nedenleri listesinde üçüncü sırada (%25.0) ameliyattan sonra rahat hareket edememe ve dördüncü sırada (%20.0) anestezinin etkisiyle uyanamama yer almaktadır. Listede belirtilen diğer kısımlarında ise en çok ifade edilen stres nedeninin %23.5 oranında ameliyat öncesi beklemek olduğu bulundu.

Diğer taraftan strese neden olan unsurlar sıralandığında; en az ifade edilenler; bağımsız karar verememe (%0.5), korkularını anlatamama ve iletişim kurmakta sorun yaşamak (%1.0), ulaşım ve konaklama masraflarını karşılayamamak ve hastalıkla baş etmekte kendini güçlü bulmamak (%1.5) olduğu saptandı.

Bu listeden alınabilecek en düşük puan ‘0’, en yüksek puan ise ‘63’ olarak hesaplandı. Stres nedenleri listesinden araştırmaya katılan hastaların aldıkları en düşük puan ‘0’, en yüksek puan ‘27’olarak belirlendi.

Tablo 10. Bazı Değişkenlere Göre Hastaların Ortalama Stresör Sayıları (n=200)

Değişkenler		S (%)	Stresör Sayısı $\bar{X} \pm SS$
Cinsiyet	Kadın	107 (53.5)	5.2±4.9
	Erkek	93 (46.5)	4.0±4.2
			p=0.032
Yaş	18-41 yaş	53 (26.5)	5.0±6.3
	42-65 yaş	147 (73.5)	4.5±3.9
			p=0.487
Eğitim Durumu	İlköğretim	98 (49.0)	5.0±5.3
	Lise	79 (39.5)	4.3±3.9
	Üniversite	23 (11.5)	4.0±3.8
			p=0.753
Klinik	Beyin Cerrahi	61 (30.5)	5.0±3.7
	Genel Cerrahi Servisi	47 (23.5)	5.8±6.6
	Üroloji Servisi	38 (19.0)	3.4±3.9
	Ortopedi Servisi	33 (16.5)	4.5±4.0
	Göğüs ve KVC Servisi	21 (10.5)	3.1±3.1
			p=0.027

Tablo 10’da bazı değişkenlere göre hastaların ortalama stresör sayıları görülmektedir. Hastaların ortalama stresör sayıları 4.6 ± 4.6 ’dır. Kadın (5.2 ± 4.9), 18-41 yaş aralığında olanların (5.0 ± 6.3), ilköğretim mezunu olanların (5.0 ± 5.3) ve genel cerrahi servisinde yatan hastaların ortalama (5.8 ± 6.6) stresör sayıları daha yüksektir. Cinsiyetin ($p=0.032$) ve hastanın yattığı kliniğin (0.027) stresör sayısını etkileyen anlamlı bir değişken olduğu bulundu. Hastanın yaşının ve eğitim durumunun ise stresör sayısı yönünden anlamlı bir değişken olmadığı ($p>0.05$) belirlendi.

Tablo 11. Hastaların Stres, Anksiyete, Depresyon, Stresör Sayısı ve SF12 Kısa Sağlık Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki ($n=200$)

	Anksiyete	Depresyon	Stresör	KSÖFD	KSÖMD
Stres puanı	$r=0.426$ $p=0.000$	$r=0.279$ $p=0.000$	$r=0.471$ $p=0.000$	$r=-0.041$ $p=0.556$	$r=-0.074$ $p=0.296$
Anksiyete		$r=0.424$ $p=0.000$	$r=0.413$ $p=0.000$	$r=-0.095$ $p=0.181$	$r=0.058$ $p=0.414$
Depresyon			$r=0.279$ $p=0.000$	$r=-0.128$ $p=0.071$	$r=0.063$ $p=0.371$
Stresör				$r=0.030$ $p=0.676$	$r=-0.001$ $p=0.986$
KSÖFD					$r=-0.081$ $p=0.253$

Tablo 11’de hastaların stres, anksiyete, depresyon, stresör sayısı ve kısa sağlık ölçeği puanları arasındaki ilişki gösterilmektedir. Stres ile anksiyete ($r=0.426$, $p=0.000$) orta düzeyde, depresyon ($r=0.279$, $p=0.000$) ve stresör sayısı ($r=0.471$, $p=0.000$) arasında düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptandı. Anksiyete ile depresyon ($r=0.424$, $p=0.000$) ve stresör sayısı ($r=0.471$, $p=0.000$) arasında orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu bulundu.

Kısa sağlık ölçeği fiziksel ve mental alt durum ölçeği ile anksiyete, depresyon ve stresör sayısı arsında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı.

7. TARTIŞMA

Stres, bedenin dengesini bozarak bazı olumsuz değişiklere ve beraberinde psikolojik bir travmanın yaşanmasına neden olmaktadır. Ameliyat olacağını öğrenen hasta; hastalığın ve ameliyatın ciddiyeti ne olursa olsun stres, endişe, korku, kaygı, anksiyete, depresyon, üzüntü ve heyecan gibi duygular yaşamaktadır (1,2, 15, 58, 69). Araştırma ameliyat olacak hastalarda stres düzeyini belirlemek için distres termometre ölçeğinin kullanılabilirliğinin değerlendirilmesi ve stres nedenlerinin saptanması amacıyla gerçekleştirildi.

Araştırmaya katılan hastaların ameliyat öncesi yaşadıkları stresi belirlemek amacıyla kullanılan Distres Termometresinden elde ettiğimiz sonuçlarda, hastaların yaklaşık yarısının stres puanlarının üç ile beş puan arasında dağıldığı ve ortalamasının ise 4.4 ± 2.4 olduğu bulundu. Cerrahi hastalarında stresi belirlemek için distres termometresinin kullanıldığı tek çalışmaya ulaşıldı. Bu çalışmada stres ortalamasının 4.7 ± 2.8 aralığında olduğu belirtilmektedir (99). Termometrenin kullanıldığı diğer çalışmalar, çoğunlukla kanser olan hastalar olmak üzere yaşlılarda, kronik hastalığı olan çocuklarda, meme rekonstrüksiyonu geçiren kadınlar gibi farklı gruplarla gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmalarda da stres ortalaması; 3.1-4.8 aralığındadır, yani bizim sonuçlarımız ile benzerlik göstermektedir (26, 28, 29, 31, 32, 89, 100-102).

Distres termometresinde hangi puan üzerini “stres” olarak kabul edileceğine karar vermek için kesme noktasının bulunması gerekmektedir. Anksiyete, depresyon ve toplam puana göre ; Distres Termometresine ait kesme noktalarının beş ve üzeri olduğu bulundu. Kanser olan hastalarla yapılan çalışmalarda; anksiyete ve depresyon alt ölçeği için özgüllüğün %49.0-71.2 arasında, duyarlılığın ise %70.5-88.2 arasında değiştığı bulundu. Sonuçlara bakıldığında, bu çalışmada elde edilen duyarlılık puanlarının benzer, özgüllük puanlarının daha düşük olduğu saptandı (23, 32).

Ulusal Kapsamlı Kanser Birliği'nin (NCCN) sonuçlarına göre ise, Distres Termometresi için önerilen en iyi kesme noktasının 3/4 olduğu belirtilmektedir (32, 88, 105). Konuyla ilgili kaynaklarda; Distres Termometresine ait kesme noktaları “4-5” arasında değerler aldığı görülmektedir (23, 88, 103-106). Ülkemizde cerrahi hastaları ile yapılan çalışmada kesme noktasının üç ve üstü olduğu belirtilmektedir (99).

Çalışmada kesme puanlarına göre değerlendirildiğinde; hastaların stres puanına göre yaklaşık yarısı, anksiyete alt ölçek puanına göre hastaların beşde biri, depresyon alt ölçek puanına göre onda biri ve toplam puana göre ise beşde biri kesme noktasının üstünde puan aldılar. Bir başka deyişle, hastaların çoğunun ortalama anksiyete ve depresyon düzeylerinin ölçek için belirlenen kesme noktasının altında kaldığı bulundu. Ülkemizde ve dünyada benzer şekilde yapılan çalışmalarda, ameliyat öncesinde bireylerin farklı düzeylerde, kaygı, anksiyete ve depresyon yaşadıkları belirtilmektedir (4, 107-110). Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete düzeyini belirlemek amacıyla yapılan çalışmalarda cerrahi kliniklerde yatan hastaların; anksiyete ve depresyon düzeylerinin, çalışmamızdan yüksek olduğu görülmektedir (10, 70, 107). Çalışmamızla diğer çalışmalar arasındaki bu farklılıklar, araştırma kapsamına alınan hastaların kültürel özellikleri ve hastalığa yükledikleri anlamla ilişkilendirilebilir.

Kadın, 42 yaş üstü, ilköğretim mezunu olan ve beyin cerrahisi kliniğinde yatan hastaların, stres düzeylerinin daha yüksek olduğu bulundu. Ancak bu değişkenlerin stres için anlamlı bir değişken olmadığı belirlendi. Ülkemizde ve dünyada Distres Termometresi ile ameliyat olacak hastalarla gerçekleştirilmiş yeterli çalışma bulunmamaktadır. Onkoloji hastalarında stresi ölçmek amacıyla yapılan çalışmalarda kadınların erkelerden daha stresli olduğu ifade edilmektedir (23, 89, 100, 111). Ancak çalışmamızın aksine Panagopolou, kalp hastalarında ameliyat öncesi stresi ölçmek amacıyla gerçekleştirdiği çalışmasında erkek hastaların daha fazla stresli olduklarını bulmuştur (112). Kadınlarda stresin daha fazla yaşanması, kadınlarda anksiyete ve depresyon varlığının fazla olması, aileden uzak kalma, sorumluluklarını yerine getirememe gibi düşüncelerden kaynaklanabilir. Bu durum araştırmamıza katılan kadınların eğitim düzeylerinin de düşük olması ile ilişkilendirilebilir.

Çalışmamızda 42-65 yaş aralığında olan hastaların stres puan ortalamaları anlamsız olarak yüksek bulunurken, ilköğretim mezunu olan ve beyin cerrahisi kliniğinde yatan hastalarda stres puanı yüksek bulundu. Orta ve yaşlı hastaları içine alan ve eğitim düzeyi düşük olan bu grupta; hastaların ailelerine karşı sorumlulukları, işlerin aksayacağı düşüncesi, iyileşememe korkusu, bilinmezlik korkusu, başkalarına bağımlı kalma gibi kaygı verici durumlar stres durumunun artmasına neden olabilir.

Çalışmamızda bazı değişkenlerin anksiyete puanı ile olan ilişkileri incelendiğinde; kadınların, 42-65 yaş aralığında, ilköğretim mezunu olanlar ve beyin cerrahisi kliniğinde yatanların anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu bulundu. Cinsiyetin ve eğitim durumunun anksiyeteyi etkileyen anlamlı bir değişken olduğu; diğer değişkenlerin ise anlamlı bir değişken olmadığı belirlendi.

Konuya yönelik ülkemizde (6, 10, 14, 15, 17) ve dünyada (4, 11, 65, 113, 114) yapılan çalışmalarda; kadınların erkeklere göre daha çok anksiyete yaşadıkları bulunmuştur. Ayrıca çalışmamızla paralellik gösterecek şekilde, ameliyat öncesi dönemde kadınlarda kaygı düzeyinin ve psikiyatrik yakınmaların daha yüksek olduğunu belirten sonuçlara ulaşılmıştır (5, 14, 69, 110, 115). Bu durum erkeklerin kendilerine daha fazla güvendikleri ve olaylara daha iyimser baktıkları için erkeklerde anksiyete puanının kadınlardan daha az olduğu şeklindeki yorumlarla desteklenebilir (10). Ayrıca kadınlar ve erkekler arasındaki bu farkın erkeklerin duygularını kadınlara göre daha az ifade etmeleriyle ya da kadınlarda meydana gelen hormonal değişiklikler nedeniyle olabileceği düşünülebilir (58, 21).

Çalışmamızda yaş ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmasa da, 42-65 yaş aralığında olan hastaların anksiyete puanlarının istatistiksel olarak daha yüksek olduğu görüldü. Konu ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde, yaş gruplarına göre ameliyat olacak olan hastaların farklı düzeylerde kaygı yaşadıkları (21) anksiyete ile yaş arasında; yaşlı ve orta yaş grubundaki hastalarda anksiyetenin daha yüksek olduğu sonuçları yer almaktadır (10, 17, 21, 58, 107). Bununla birlikte, dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete ve depresyonu belirlemek amacıyla yapılan başka bir çalışmada ise anksiyete ile yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ve durumu yaşlı hastalarda artmakta olan kronik hastalıklarla ilişkilendirmişlerdir (70). Farklı bir çalışmada ise Taşdemir ve ark. genç ve orta grupta yer alan hastaların anksiyete düzeylerinin yaşlı hastalara göre daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (67). Konuyla ilgili yapılan benzer çalışmalarda, elde edilen bulgular arasındaki bu farklılıklar cerrahi işlem geçirmenin yaşamın her döneminde anksiyeteye neden olabileceğini düşündürmektedir. Tüm bu sonuçlar doğrultusunda çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgular bazı çalışmalar ile paralellik gösterirken bazı çalışmalar ile paralellik göstermemektedir

Çalışmamıza katılan hastalarda, anksiyete yaşayanların yaklaşık olarak yarısının ilköğretim mezunu olduğu belirlendi ve gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Benzer çalışmalar incelendiğinde, eğitim seviyesi düşük hastaların anksiyete puan ortalamalarının eğitim seviyesi yüksek olan hastalara göre anlamlı olarak yüksek olduğu belirtilmektedir (4, 10, 70, 107). Fakat yapılan çalışmalarda, eğitim düzeyi ile anksiyete arasında sonuçlarımıza paralel olmayacak şekilde; eğitim düzeyi yüksek olan hastaların ameliyat öncesi anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu sonuçları da yer almaktadır (6, 58, 114). Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar; eğitim seviyesi yüksek hastaların ılımlı ve bilinçli yaklaşımından dolayı anksiyete düzeylerinin düşük, eğitim seviyesi düşük hastaların ise hastane ortamında gerçekleştirilen girişimleri anlamakta zorluk çektikleri için anksiyete düzeylerinin yüksek olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca eğitim seviyesi arttıkça bilgiye erişim artabilir, bireyler daha geçerli savunma mekanizmaları geliştirebilir.

Çalışmamızdan elde edilen bulgularda, beyin cerrahisi kliniğinde yatan hastaların anksiyete düzeyleri anlamlı olarak yüksektir. Araştırmamızla paralellik gösterecek şekilde, Okanlı'nın cerrahi kliniklerde yatan hastalarda yaptığı çalışmada, beyin cerrahisi kliniğinde yatan hastaların anksiyete düzeylerini diğer cerrahi kliniklerde yatan hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (107). Benzer çalışmalarda, beyin cerrahisi kliniğinde yatan hastaların %61.1'inin anksiyetesi olduğu ve büyük cerrahi girişim geçirecek hastaların ameliyat öncesi anksiyelerinin daha fazla olduğunu belirtilmektedir (58, 76). Bahar ve ark. ise, çalışmamızın aksine dahili kliniklerde yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyinin yüksek olduğunu ifade etmektedir (70). Beyin cerrahi kliniğindeki ameliyat türleri hastalar için beden imajında bozulma, iş gücü kaybı, yatağa bağımlı kalma, bakmakla yükümlü olduğu kişilere bakamama gibi endişelerden dolayı hastalar üzerinde anksiyete açısından risk faktörü olabileceği düşünülebilir.

Bazı değişkenlerin depresyon puanı ile olan ilişkileri incelendiğinde; kadın, 42-65 yaş aralığında, ilköğretim mezunun olanların ve beyin cerrahisi kliniğinde yatan hastaların depresyon düzeyleri daha yüksektir. Eğitim durumunun depresyonu etkileyen anlamlı bir değişken olduğu, cinsiyet, yaş ve hastanın yattığı kliniğe göre ise depresyon yönünden hastalar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi.

Benzer çalışmalarda; depresyon ile cinsiyet arasında anlamlı fark bulunmadığı ve kadınların depresyon puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (22, 70, 116). Çalışmamızdan elde edilen bulguların aksine Okanlı ve ark. cinsiyet ile depresyon arasında anlamlı bir fark olduğunu ifade etmektedirler (107). Kadınlarda anksiyetenin daha fazla yaşanması, aile içindeki sorumluluklarını yerine getirememe ve kendilerini rahat ifade edememe depresyonu artıran bir neden olarak düşünülebilir.

Yaş ve depresyon ilişkisine baktığımızda; konuyla ilgili kaynaklar incelendiğinde yaş arttıkça depresyon puanının arttığı görülmektedir (10, 34, 70, 107). Oflaz ve ark. ise, yaptıkları çalışmada 40-59 yaş grubunda olan hastaların depresyon puanları diğerlerine göre düşüktür (22). Yaş ilerledikçe karşılan olumsuzluklarla mücadele etmede kendini yeterli görememe, hastalık ya da sakatlık durumunun kalıcı olabileceğini düşünme, toplum ve aile içindeki rollerini gerçekleştirememe korkusu bireylerde depresif durumların yaşanmasına neden olabilir.

Hastaların eğitim düzeyleri, depresyon durumunu etkilemektedir. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda, çalışmamızda eğitim düzeyi azaldıkça depresyon puan ortalamalarının anlamlı bir şekilde arttığı bulundu. Benzer çalışmalarda; hastaların eğitim düzeylerine göre depresyon puan ortalamaları incelendiğinde eğitim seviyesi düşük olan hastaların depresyon puan ortalamalarının diğer gruplardan daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (10, 107, 117). Eğitim düzeyi düşük hastaların kendilerine güvensiz ve boyun eğici davranışlarının olması, olayları kontrol edebilme gücüne sahip olmamaları depresyon düzeyini artırabilir.

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlarda beyin cerrahisi kliniğinde yatan hastaların depresyon ortalamalarının daha yüksek olduğu bulundu. Cerrahi kliniklerinde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon dağılımını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, çalışmamızla uyumlu olarak beyin cerrahisi kliniğinde yatan hastaların depresyon puanlarını, diğer cerrahi kliniklerde yatan hastalara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (107). Ayrıca çalışmamızla benzerlik gösteren iki farklı çalışmada; cerrahi kliniklerinde yatan hastaların depresyon puanı daha yüksek bulunurken, diğer çalışma araştırmamızın aksine, dahili kliniklerde yatan hastaların depresyon puanının cerrahi kliniklere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğunu belirtmektedir (10, 70). Hastaneye yatmak her birey için tehdit edici bir unsur olabilir. Ancak ameliyat olmak

için hastaneye yatmak, iyileşme süresiyle birlikte hastanede kalış süresinin uzamasına ve beraberinde bireylerde depresif bozuklukların yaşanmasına neden olabilmektedir.

Bazı değişkenlerin fiziksel durum alt ölçeği ve mental durum alt ölçeği puanı ile olan ilişkileri incelendiğinde erkeklerin, 18-41 yaş aralığında olanların, üniversite mezunun olanların, üroloji kliniğinde yatanların fiziksel durum alt ölçeği ve mental durum alt ölçeği puan ortalamaları daha yüksektir. Hastanın yattığı kliniğin sadece fiziksel durum alt ölçeğinde yaşam kalitesini etkileyen anlamlı bir değişken olduğu, cinsiyetin, yaşın ve eğitim durumunun ise yaşam kalitesi yönünden anlamlı bir değişken olmadığı belirlendi.

Araştırmamıza ait bulgularda cinsiyet ile KSÖFD ve KSÖMD karşılaştırıldığında, erkeklerin her iki puan türünde kadınlardan yüksek olduğu saptandı. Kadın ve erkekler arasındaki bu fark her iki alt durum ölçeği için anlamsız bulundu. Kadınlarda yaşam kalitesinin düşük olması; anksiyete ve depresyon düzeylerinin kadınlarda daha yüksek olmasıyla, sosyal rollere yüklenen anlamlarla ilişkili olabilir. Ayrıca araştırma kapsamına alınan kadın hastaların eğitim düzeylerinin düşük olması dolaylı olarak gelir düzeyini de etkileyerek yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.

Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlarda yaş ile yaşam kalitesi alt ölçekleri arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Ancak 18-41 yaş aralığında olan hastaların KSÖFD ve KSÖMD alt ölçeklerinden aldıkları puanın daha yüksek olduğu bulundu. 18- 41 yaş aralığındaki hastaların stres, anksiyete ve depresyon puanlarının düşük olması yaşam kalitesini artıran bir neden olarak düşünülebilir.

Çalışma kapsamına alınan hastaların KSÖFD ve KSÖMD puanları ile eğitim düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde, çalışmamızda gruplar arasındaki fark anlamsız olmasına rağmen, eğitim düzeyi yüksek olan hastalarda yaşam kalitesi puanlarının istatistiksel olarak yüksek bulundu. Bu durum eğitim seviyesi yüksek olan hastaların daha güzel yaşam şartlarına sahip olmasından kaynaklanabilir. Ayrıca insanların eğitimi arttıkça gelir düzeyleri de artmakta ve durum daha kaliteli bir yaşama katkı sağlamaktadır.

Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar doğrultusunda üroloji kliniğinde yatan hastaların KSÖFD ve KSÖMD puanları yüksek bulundu. KSÖFD puanı ile klinik arasındaki bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı iken, KSÖMD puanı ile hastanın yattığı

klirik arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Böyle bir durum, diğeri cerrahi kliniklere göre roloji kliniğinde yatan hastaların daha çok minör cerrahi kapsamında ameliyat geçirmeleri ve hastanede kalış sürelerinin daha kısa olması ile ilişkilendirilebilir.

Cerrahiye bağlı yaşanan stres nedenleri arasında en yaygın olarak; ölüm, zarar görme, acı çekme, organ kaybı, ameliyat sonrası ağrı yaşama korkusu, ameliyatın hasta için taşıdığı anlam, cerrahi girişim için beklemek, ameliyat sonrası başkalarına bağımlı olma korkuları yer almaktadır (10-12,15).

Çalışmamızda ifade edilme sıklığına göre hastaların stres nedenleri sıralandığında; ilk üç sırada; enfeksiyon geçirme endişesi, ameliyathanenin soğuk bir ortam olduğu düşüncesi ve ameliyattan sonra rahat hareket edememe yer almaktadır. Konuyla ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; cerrahi işlem öncesinde en çok endişe duyulan nedenleri; ameliyat sonrası uyanamamak, ağrı, yoğun bakımda kalmak, ameliyat sırasında uyanmak, maske ve iğne korkusu, ameliyat sırasında ağrı duymak, ameliyat sonrası dönemde bulantı ve kusma, anestezi sırasında anlamsız konuşma olduğu belirtilmektedir (6, 58, 114).

Kadın, 18-41 yaş aralığında, ilköğretim mezunu olanların ve genel cerrahi servisinde yatan hastaların ortalama stresör sayıları daha yüksektir. Cinsiyetin ve hastanın yattığı kliniğın stresör sayısını etkileyen anlamlı bir değişken olduğu bulundu. Hastanın yaşının ve eğitim durumunun ise stresör sayısı yönünden anlamlı bir değişken olmadığı belirlendi. Genç bireylerde, ameliyat sonrası dönemde yaşanabilecek fiziksel sorunları daha çok sorgulaması ve sosyal yaşantıda aksamalar olabileceği kaygısı bu durumu etkileyebilir.

Hastaların stres, anksiyete, depresyon, stresör sayısı ve kısa sağlık leği puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; hastaların stres düzeyleri arttığça anksiyetelerinin de arttığı bulundu. Aynı ilişkinin, depresyon ve stresör sayısı arasında da olduğu ancak güçlü bir ilişki olmadığı saptandı. Bireylerin anksiyete düzeyleri ile depresyon ve stresör sayısı arasında anlamlı ilişki olduğu bulundu. Yaşam kalitesi durumu ile; stres, anksiyete, depresyon ve stresör sayısı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı. Ameliyat ncesi dönemde yaşanan strese neden durumlar, beraberinde anksiyete, depresyon gibi psikolojik sorunların yaşanmasına neden olup, sosyal ve fiziksel sağlığı olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Çoğu zaman planlı ameliyatlar ile taburculuk

arasında oldukça kısa bir süre bulunmaktadır. Bu süreçte yaşanan stres, henüz hastanın yaşam kalitesine olumsuz yansımamaktadır. Ayrıca anksiyete ve depresyon yaşayan hastalarımızın azınlıkta olması bu değişkenler ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulunamamasını açıklayabilir.

Ameliyat öncesi yaşanan stres, anksiyete ve depresyon gibi olumsuz düşünceler, ameliyat sonrası dönemi olumsuz etkilemektedir. Bu durum hastaların iyileşme döneminin yavaşlamasına, hastanede kalış süresinin uzamasına, sosyal ve fiziksel aksaklıkların yaşanmasına neden olarak yaşam kalitesini düşürmektedir. Hasta bireylerin bütüncül bir yaklaşımla ele alınmasının ve hemşirelik girişimlerinin bu doğrultuda uygulanmasının bedensel hastalıklara eşlik eden psikolojik sorunların tespit ve tedavisinde yararlı olabilir.

Dünya genelinde Distres Termometresi'nin kullanıldığı birçok çalışma bulunmasına rağmen (27-34), ülkemizde sadece Özalp ve ark. kanser hastaları için (23), Gürsoy ve ark. cerrahi hastaları için yaptıkları birer çalışma bulunmaktadır (99). Stresi belirlemek için çeşitli araçlar bulunmaktadır; ancak bu araçların soru sayısı fazladır ve uzun zaman harcanmasını gerektirmektedir (35, 36). Bu nedenle özellikle hastayla sürekli iletişimde olan hemşireler tarafından yoğun iş gücü ve zaman kısıtlılığından dolayı, stresin saptanması göz ardı edilebilmektedir. Distres Termometresi ile ameliyat olacak hastalarda stres düzeyinin ve strese neden olan unsurların belirlenmesi, bu hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik halinin artırılmasında rehber olacağı düşünülmektedir. Distres Termometresi stresi ölçmek için diğer ölçeklerden daha kolay ve uygulanabilir bir araçtır. Bu nedenle çalışmamızda kullanılabilirliğini değerlendirmek amacıyla kullandığımız Distres Termometresi ve stres nedenleri listesi hızlı ve kolay uygulanabilirliği açısından, hem hasta hem hemşire tarafından kolaylıkla uygulanabilir. Böylece ameliyat öncesi dönemde hastanın stres yaşamasına neden olan durumların en aza indirilmesi konusunda gerekli girişimler yapılabilir.

8. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

8.1. Sonuçlar

1. Hastaların %53.5'i kadındır ve %84.5'i evlidir. Hastaların % 49.0'ı ilköğretim eğitimine sahiptir, %71.5'i çalışmamaktadır ve %98.5'inin sosyal güvencesi bulunmaktadır. Yaş ortalaması 49.1 ± 13.7 (min:18, maks:65) olan hastaların %73.5'i 42-65 yaş aralığındadır. Hastaların % 30.5'i beyin cerrahisi, %23.5'i genel cerrahi, %19'u üroloji, %16.5'i ortopedi, % 10.5'i göğüs ve kalp-damar cerrahisi servisinde yatmaktadır (Tablo 1).
2. Stres termometresine göre hastaların; %18.5'i "5" puan , %17.5'i "4" puan ve %15.5'i "3" puan, %2 si "0" puan almıştır (Tablo 2) (Şekil 2).
3. Distres Termometresi ve HADÖ için kesme noktalarına ait sonuçlar;
 - HADÖ-A için kesme noktası 11 ve üzeri kabul edildiğinde, distres termometresi için kesme noktasının beş ve üzeri olduğu (%69.2 duyarlılık ve %58.3) bulundu ($p=0.0001$) (Tablo 3) (Şekil 3).
 - HADÖ-D alt ölçeği için kesme noktası sekiz ve üzeri kabul edildiğinde, distres termometresinin kesme noktasının %70.5 duyarlılık ve %55.1 özgüllük ile beş ve üzeri olduğu bulundu ($p=0.0018$) (Tablo 4) (Şekil 4).
 - HADÖ toplam puan için kesme noktası 15 ve üzeri kabul edildiğinde, distres termometresi için kesme noktasının beş ve üzeri (duyarlılık: %72.5, özgüllük: %59.3) olduğu bulundu ($p< 0.0001$) (Tablo 5) (Şekil 5).
4. Katılımcıların stres puan ortalamasının 4.4 ± 2.4 (min:0, maks:10), anksiyete puan ortalamasının 6.5 ± 4.6 (min:0, maks:21), depresyon puan ortalamasının 2.9 ± 2.7 (min:0, maks:12) ve toplam puan ortalamasının ise 9.5 ± 6.4 (min:0, maks:30) olduğu bulundu. Araştırma kapsamındaki hastaların SF12 kısa sağlık ölçeği fiziksel durum alt ölçeği puan ortalaması 38.5 ± 9.9 (min:17.4, maks:63.8); mental durum alt ölçeği puan ortalaması 41.9 ± 9.2 (min:16.8, maks:62.8) dir (Tablo 6).
5. Distres termometresinde; katılımcıların % 52.5'i '4' puan ve altında, %47.5'i '5' ve üstünde puan aldığı saptandı. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nde; hastaların %19.5'i anksiyete alt ölçeğinden, %8.5'i depresyon alt ölçeğinden eşik üstünde puan almıştır. Ayrıca hastaların %20.0'ı toplam puandan eşik üstünde puan aldığı bulundu. Diğer (Tablo 7).

6. Araştırmaya katılan hastalara göre (Tablo 8);

- Kadınların, stres (4.8 ± 2.4), anksiyete (7.4 ± 4.7), depresyon (3.3 ± 2.9), KSÖFD (35.5 ± 9.5) ve KSÖMD (41.4 ± 9.1) puan ortalamaları erkeklere göre daha yüksektir. Cinsiyet ve anksiyete puanı arasında ($p < 0.05$) arasında anlamlı bir ilişki bulundu.
- 42- 65 yaş aralığında olan hastaların stres (4.7 ± 2.4), anksiyete (6.7 ± 4.8), depresyon (2.9 ± 2.6) puanı daha yüksek bulunurken, 18-41 yaş aralığında olan hastaların KSÖFD (40.3 ± 10.1) ve KSÖMD (43.0 ± 8.5) puanı daha yüksek bulundu. Yaş ile stres, anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi ölçekleri arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p > 0.05$).
- İlköğretim düzeyinde eğitim alan hastaların stres (4.8 ± 2.5), anksiyete (7.5 ± 4.9), depresyon (3.4 ± 2.9) puan ortalamaları yüksek iken, üniversite mezunu hastaların KSÖFD (40.8 ± 8.4) ve KSÖMD (44.8 ± 6.2) puan ortalamaları daha yüksektir. Eğitim durumunun anksiyete ve depresyonu etkileyen anlamlı bir değişken olduğu ($p < 0.05$) bulundu.
- Beyin cerrahisi kliniğinde yatan hastaların stres (4.9 ± 2.1), anksiyete (7.4 ± 4.7) ve depresyon (3.5 ± 3.9) puanı yüksek bulunurken, üroloji kliniğinde yatan hastaların KSÖFD (43.1 ± 9.5) ve KSÖMD (44.1 ± 9.0) puan ortalamaları diğer kliniklere göre daha yüksek bulundu. Hastanın yattığı klinik ile fiziksel durum alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p < 0.05$).

7. Hastalar stres nedenlerinden ilk sırada % 31.5 enfeksiyon geçirme endişesi yaşamaktan korktuğunu ifade etti. Stres nedenleri listesinde en az ifade edilen ise, % 0.5 oranında bağımsız karar verememe ifadesidir. Hastaların ortalama stresör sayıları 4.6 ± 4.6 'dır (Tablo 9).

8. Bazı değişkenlere göre hastaların ortalama stresör sayıları incelendiğinde; kadın (5.2 ± 4.9) , 18-41 yaş aralığında olanların (5.0 ± 6.3), ilköğretim mezunu olanların (5.0 ± 5.3) ve genel cerrahi servisinde yatan hastaların ortalama (5.8 ± 6.6) stresör sayıları daha yüksektir. Cinsiyetin ($p = 0.032$) ve hastanın yattığı kliniğin (0.027) stresör sayısını etkileyen anlamlı bir değişken olduğu bulundu. Hastanın yaşının ve eğitim durumunun ise stresör sayısı yönünden anlamlı bir değişken olmadığı ($p > 0.05$) belirlendi (Tablo 10).

9. Hastaların stres, anksiyete, depresyon, stresör sayısı ve kısa sağlık ölçeği puanları arasındaki korelasyona bakıldığında; stres ile anksiyete ($r=0.426$, $p=0.000$) orta düzeyde, depresyon ($r=0.279$, $p=0.000$) ve stresör sayısı ($r=0.471$, $p=0.000$) arasında düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptandı. Anksiyete ile depresyon ($r=0.424$, $p=0.000$) ve stresör sayısı ($r=0.471$, $p=0.000$) arasında orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu bulundu Kısa sağlık ölçeği fiziksel ve mental alt durum ölçeği ile anksiyete, depresyon ve stresör sayısı arsında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı (Tablo 11).

8.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulabilir.

- Distres Termometresi hızlı ve kolay uygulanabilirliği açısından, hastalarda stres düzeyini belirlemek için kullanılabilir.
- Stres nedenleri listesi stres nedenlerinin kolaylıkla belirlenmesine katkıda bulunabilir.
- Cerrahi kliniklerde yatan hastaların cerrahi işleme yönelik endişelerini ifade etmesine olanak sağlanmalı ve hastaların anlayacağı sade bir dil kullanılarak bilgilendirme yapılmalıdır.
- Stres yaşayan hastalardaki anksiyete ve depresyonu belirlemek amacıyla farklı ölçekler kullanılarak çalışma tekrarlanabilir.

9. KAYNAKLAR

1. Klopfenstein CE, Forster E, Van Gessel E (2000). Anesthetic assessment in an outpatient consultation clinic reduces preoperative anxiety. *Canadian Journal of Anesthesia*, 47(6): 511-515.
2. VanHoose L, Black LL, Doty K, Sabata D, Twumasi-Ankrah P, Taylor S, Johnson R (2015). An analysis of the distress thermometer score list and distress in patients with cancer. *Sport Care Cancer* 2015(3): 1225-1232.
3. Özel M (2014). Sağlık çalışanlarında stres ve iş doyumu. Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul.
4. Kindler CH, Harms C, Amsler F, Ihde- Scholl T, Scheidegger D (2000). The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety of patients' anesthetic concerns. *Anesth Analg* 90(3): 706-12.
5. Güz H, Doğanay Z, Güz T (2003). Lomber disk hernisi nedeniyle ameliyat olan hastalarda ameliyat öncesi anksiyete. *Nöropsikiyatri Arşivi* 40(1-2): 36-39.
6. Turhan Y, Avcı R, Özcengiz D (2012). Elektif cerrahi hazırlığında preoperatif ve postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisi. *Anestezi Dergisi* 20(1): 27-33.
7. Sidar A, Dedeli Ö, İşkesen Aİ (2013). Açık kalp cerrahisi öncesi ve sonrası hastaların kaygı ve ağrı distressi: ağrı düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi. *Turkish Journal of Medical and Surgical Intensive Care Medicine/Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Dergisi* 4(1):1-8.
8. Karayağz F, Altuntaş M, Güçlü YA, Yılmaz T, Öngel K (2011). Cerrahi servisinde yatan hastalarda görülen anksiyete dağılımı. *Anxiety Distribution Observed at Surgery Patients. Smyrna Tıp Dergisi* 1: 22-26.
9. Yardakçı R, Akyolcu N (2004). Ameliyat öncesi dönemde yapılan hasta ziyaretlerinin hastanın anksiyete düzeyine etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 1(2):7-14.

10. Kayahan M, Sertbaş G (2007). Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 8(2): 113-120.
11. Espineira CH, Aguila MMR, Castillo MR, Valdivia AF, Sanchez IR (2009). Relationship between anxiety level of patients and their satisfaction with different aspect of healthcare. *Health Policy* 89(1): 37-45.
12. Wetsch WA, Pircher I, Lederer W, Kinzl JF, Traweger C, Heinz-Erian P, Benzer A (2009). Preoperative stress and anxiety in day-care patients and inpatients undergoing fast-track surgery. *British Journal Of Anaesthesia*, 103(2): 199-205.
13. Karanci AN, Dirik G (2003). Predictors of pre and post operative anxiety in emergency surgery patients. *J. Psychosom Res* 55(4): 363-9.
14. Aykent R, Kocamanoğlu İS, Üstün E, Tür A, Şahinoğlu H (2007). Preoperatif anksiyete nedenleri ve değerlendirilmesi: APAIS ve STAI skorlarının karşılaştırılması. *Türkiye Klinikleri Journal of Anesthesiology Reanimation* 5(1): 7-13.
15. Çetin A (2014). Elektif cerrahi planlanan hastaların preoperatif dönemdeki kaygı düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
16. Ala S (2007). Tiroidektomi ameliyatı öncesi hemşirenin bilgilendirici rolünün hastaların ameliyat sonrası anksiyete düzeylerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Afyonkarahisar.
17. Kayhan C (2003). Cerrahi hastalarda preoperatif anksiyetenin postoperatif komplikasyonlarla ilişkisinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon .
18. Fındık ÜY, Topçu SY (2012). Cerrahi girişime alınış şeklinin ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 19(2): 22-33.

19. Dolgun E, Candan Dönmez Y (2010). Hastaların ameliyat öncesi döneme ait bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi 3(3): 10-16.
20. Dönmez C, Özbayır T (2008). Kaliteli perioperatif hemşire skalasının Türk hemşire ve hastaları için geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 24(2): 1-25.
21. Turhan Y, Özcengiz D (2007). Elektif cerrahi operasyon planlanan hastalarda preoperatif ve postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisi. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana.
22. Oflaz. F, Varol H (2010). Yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi 17(1): 1-7.
23. Özalp E, Cankurtaran ES, Soygür H, Özdemir Geyik P, Jacobsen PB (2007). Screening for psychological distress in turkish cancer patients. Psycho-Oncology 16(4): 304-311.
24. Kennard BD, Smith SM, Olvera R (2004). Nonadherence in adolescent oncology patients: preliminary data on psychological risk factors and relationships to outcome. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings 11(1): 31-39.
25. Skarstein J, Aass N, Fossa SD, Skovlund E, Dahl AA (2000). Anxiety and depression in cancer patients: relation between the hospital anxiety and depression scale and the european organization for research and treatment of cancer core quality of life questionnaire. Psychosom Res 49(1): 27-34.
26. Roth AJ, Kornblith AB, Batel-Copel L, Peabody E, Scher HI, Holland JC (1998). Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: a pilot study. Cancer 82(10): 1904-1908.
27. Ransom S, Jacobsen P, Jones M (2006). Validation of the distress thermometer with bone marrow transplant patients. Psycho- Oncology 15(9): 604-612.
28. Hughes KL, Sargeant H, Hawkes LA (2011). Acceptability of the Distress Thermometer and Sorun List to community-based telephone cancer helpline operators, and to cancer patients and carers. BMC Cancer 1: 11-46.

29. Anderson HB, Schapmire TJ, Keeney EC, Deck MS, Studts LJ, Hermann CP, Scharfenberger AJ, Pfeifer PM (2006). Use of the Distress Thermometer to discern clinically relevant quality of life differences in women with breast cancer. *Qual Life Res* 21(2): 215-223.
30. Mitchel JA (2007). Pooled results from 38 analyses of the accuracy of Distress Thermometer and other ultra-short methods of detecting cancer-related mood disorders. *Journal of Clinical Oncology* 25(29): 4670-4681.
31. Gessler S, Low J, Daniells E, Williams R, Brough V, Tookman A, Jones L (2008). Screening for distress in cancer patients: Is the Distress Thermometer a valid measure in the UK and does it measure change over time? A prospective validation study. *Psycho-Oncology* 17(9): 538-547.
32. Zwahlen D, Hagenbuch N, Carley IM, Recklitis JC, Buchi S (2008). Screening cancer patients' families with the distress thermometer (DT): a validation study. *Psycho-Oncology* 17(10): 959-966.
33. Wang Y, Zou L, Jiang M, Wei Y, Jiang Y (2013). Measurement of distress in Chinese inpatients with lymphoma. *Psycho-Oncology* 22(7): 1581-1586.
34. Gil F, Grassi L, Travado L, Tomamichel M, Gonzalez JR, SEPOS Group (2005). Use of distress and depression thermometers to measure psychosocial morbidity among southern European cancer patients. *Supportive Care in Cancer* 13(8): 600-606.
35. Eskin M, Harlak, Demirkıran F, Dereboy Ç (2013). Algılanan stres ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: güvenirlik ve geçerlik analizi. In *New Symposium Journal* 51(3): 132-140.
36. Asberg KK, Bowers C, Renk K, McKinney C (2008). A structural equation modeling approach to the study of stress and psychological adjustment in emerging adults. *Child Psychiatry and Human Development* 39: 481-501.
37. Aysal N (2014). Stres algısı, başa çıkma, kişilik ve sağlık arasındaki etkileşimsel stres ve başa çıkma modelinde incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

38. Tennant C (2002). Life events, stress and depression: A review of recent findings. The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 36(2): 173-182.
39. Erkan Z (2005). Stres ve stresle başa çıkma. Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2(29): 65-69.
40. Tuğrul CD (2000). Stres ve depresyon. Psikiyatri Dünyası 4: 12-17.
41. Baytar Ö (2010). İş Yaşamında Stresin İşgören Performansı Üzerindeki Etkileri. Yüksek Lisans Tezi. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
42. Erdoğan T, Ünsar AS, Süt N (2009). Stresin çalışanlar üzerindeki etkileri: bir araştırma. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 14(2): 447-461.
43. Balcıoğlu İ (2005). Stres kavramı ve tarihsel gelişimi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum No: 47, İstanbul; 9-12.
44. Aydın H (2007). Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin kişilik özellikleri ve stresle başetme durumları. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
45. İlgöz M (2014). Stres kaynakları, sonuçları ve stresle mücadele. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
46. Lazarus RS, DeLongis A, Folkman S, Gruen R (1985). Stress and adaptational outcomes: The problem of confounded measures. Am Psychol 40: 770-779.
47. Çetinkaya Y (2006). Kanser hastalarına bakım verenlerde stres, stres yaratan durumlar ve etkilerinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
48. Taylor EJ (2003). Spiritual needs of patients with cancer and family caregivers. Cancer Nursing 26(4): 260-265.
49. Aslan FE (2009). Cerrahi hemşireliğinin tarihçesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 12(1): 104-113.
50. Osler SW (2001). The evolution of modern medicine. Ed. Garrison FH, Yale University Press. New Haven.

51. Ellis HA (2001). History of surgery. Greenwich Medikal Media, London.
52. Güçlü N (2001). Stres yönetimi. Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi, Ankara; 94.
53. Guyton AC, Hall JE (2006). Textbook of medical physiology. Tıbbi Fizyoloji. 11th ed. Çeviren: Çavuşoğlu H, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
54. Tiryaki A (2014). Stres: aşamaları, kaynakları, sonuçları ve mücadele teknikleri. Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
55. Balcı A (2014). Çalışanlarda stres kaynakları, stresle başa çıkma yöntemleri ve sağlık sektörü. Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
56. Arslan M (2010). Çalışma yaşamında stresin iş tatmini üzerindeki etkisi ve bir araştırma. Yüksek Lisans Tezi. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
57. Yılmaz V (2012). Stresin bireysel performans üzerine etkileri “özel bir mobilya fabrikasında çalışan personel üzerinde bir araştırma”. Yüksek lisans tezi. Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
58. Akbulut S (2011). Preoperatif anksiyete nedenleri ve preoperatif vizitin anksiyete üzerine etkisi. Uzmanlık Tezi. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Diyarbakır.
59. Tekin GO (2010). Çalışma yaşamında stres kaynakları ve kamu kurumlarında çalışanlar üzerine etkileri. Yüksek Lisans Tezi. Edirne Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne.
60. <http://www.turkis.org.tr/source.cms.docs/turkis.org.tr.ce/docs/file/ec109.pdf>. [Erişim Tarihi]: 25.04.2013.
61. Akbaş G (2007). Servis hemşirelerinin stres ve motivasyon düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

62. Savaş E (2011). Ameliyat öncesi ve sonrası yaşanan anksiyete ile ameliyat sonrası ağrı arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
63. Karanci AN, Dirik G (2003). Predictors of pre and post operative anxiety in emergency surgery patients. *J. Psychosom Res* 55(4): 363-369.
64. Söyler T (2010). Ameliyat sürecinde hasta kaygısı üzerine etki eden faktörler. Uzmanlık Tezi. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Mersin.
65. Jlaa HA, French JL, Foxall GL, Hardman JG, Bedford NM (2010). Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia* 104(3): 369-374.
66. Bayraktar N (2000). Ameliyathanede ameliyat öncesi bekleyen hastaların gereksinimleri. *Hemşirelik Forumu* 6: 34-38.
67. Taşdemir A, Erakgün A, Deniz MN, Çertuğ A (2013). Preoperatif bilgilendirme yapılan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerinin State-Trait Anxiety Inventory Test ile karşılaştırılması. *Türk J Anaesth Reanim* 41: 44-49.
68. Özbayır T, Demir F, Candan Y, Coşkun İ, Dramalı A (2003). Hastaların perioperatif döneme ilişkin izlenimlerinin incelenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences* 6(1): 14-23.
69. Demir A, Akyurt D, Ergün B, Haytural C, Yiğit T, Taşoğlu İ, Elhan HA, Erdemli Ö (2010). Kalp cerrahisi geçirecek olgularda anksiyete sağaltımı. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi* 18(3): 177-182.
70. Bahar A, Taşdemir H (2008). Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 11(2): 9-17.
71. Kayahan M, Sertbaş G (2007). Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 8: 113-120.

72. Şimşek T, Şimşek HU, Cantürk NZ (2014). Travmaya cevap ve metabolik değişiklikler: posttravmatik metabolizma. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 30(3): 153-159.
73. Sobotka L, Soeters PB (2004). Metabolic response to injury and sepsis. *Basics in clinical nutrition*. 3th ed. Czech Republic: Galen; 57-134.
74. Jan BV, Lowry ST (2010). Systemic response to injury and metabolic support. *Schwartz's Principles of Surgery*. 9th ed. New York; 15-49.
75. Lattermann R, Carli F, Wykes L, Schricker T (2002). Epidural blockade modifies perioperative glucose production without affecting protein catabolism. *The Journal of the American Society of Anesthesiologists* 97(2): 374-381.
76. Carli F, Lattermann R, Schricker T (2002). Epidural analgesia and postoperative lipid metabolism: stable isotope studies during a fasted/ fed state. *Reg Anesth Pain Med* 27(2): 132-138.
77. Yıldız D (2012). Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hastaların kaygı düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Yakındoğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Lefkoşa.
78. Canpolat Ö (2006). Çalışanların stres düzeylerini etkileyen faktörler ve iş sağlığı hemşiresinin stres ile baş etmede etkililiği. Yüksek Lisans Tezi. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli.
79. Zigmond AS, Snaith RP (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 6(6): 361-370.
80. Aydemir Ö, Güvenir T, Kuey L, Kültür S (1997). Validity and reliability of Turkish version of Hospital Anxiety and Depression Scale. *Türk Psikiyatri Dergisi* 8(4): 280-287.
81. Beck AT, Ward C, Mendelson M (1961). Beck depression inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry* 4(6): 561-571.
82. Teğin B (1987). Depresyonda bilişsel süreçler, Beck modeline göre bir inceleme. *Psikoloji Dergisi* 6(21): 116-121.
83. Öner N, Le Compte A (1985). Durumluk sürekli kaygı envanteri el kitabı. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları No:233, İstanbul.

84. Bingöl G (2013). Stres ve stres yönetimi yaklaşımları (Kırklareli Devlet Hastanesi Hemşireleri Örneği). Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Kırklareli.
85. Avşar G (2006). Klinik hemşirelerinin uyguladıkları hasta eğitiminin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
86. Avşar G, Kaşıkçı M (2009). Ülkemizde hasta eğitiminin durumu. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences* 12(3): 67-73.
87. Kayış A (2001). Hemşirelerin hasta eğitimine verdikleri önem ve eğitim verirken karşılaştıkları güçlüklerin saptanması. Uluslararası ve V. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongre Kitabı, Nevşehir.
88. Ryan DA, Gallagher P, Wright S, Cassidy EM (2012). Sensitivity and specificity of the Distress Thermometer and a two-item depression screen (Patient Health Questionnaire-2) with a 'help' question for psychological distress and psychiatric morbidity in patients with advanced cancer. *Psycho-Oncology* 21(12): 1275-1284.
89. Baken, DM, Woolley C (2011). Validation of the Distress Thermometer, Impact Thermometer and combinations of these in screening for distress. *Psycho-Oncology* 20(6): 609-614.
90. Bui QUT, Ostir GV, Kuo YF, Freeman J, Goodwin JS (2005). Relationship of depression to patient satisfaction: findings from the barriers to breast cancer study. *Breast Cancer Research and Treatment* 89(1): 23-28.
91. Nigussie S, Belachew T, Wolancho W (2014). Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia. *Bmc Surgery* 14(1): 67-71.
92. Kılınç S, Torun F (2011). Türkiye’de klinikte kullanılan depresyon değerlendirme ölçekleri. *Dirim Tıp Gazetesi* 86(1): 39-47.

93. Dönder DB (2005). Ameliyat öncesi hastaların duygulanım ve duygu durumları. Yüksek Lisans Tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.
94. Ware J, John E, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. (1993). SF-36 health survey manual and interpretation guide. The Health Institute, New England Medical Center Hospitals, Boston.
95. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Memiş A (1999). SF-36'nın Türkçe için güvenilirliği ve geçerliliği. Ege Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi, 12: 102-106.
96. Korur PA (2010). Adana il merkezinde yaşayan farklı sosyokültürel grupların sağlık hizmetlerini kullanma davranışlarının değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana.
97. Ware Jr, John E, Kosinski M, Keller SD (1996). A 12-item short-form health survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. Medical Care 34(3): 220-233.
98. Ware JE, Kosinski M, Keller SD (1995). SF12: How to score the SF12 physical and health summary scales. The Health Institute, New England Medical Center, Boston.
99. Gürsoy A, Candaş B, Güner Ş, Yılmaz S (2016). Preoperative stress: an operating room nurse intervention assessment. Journal of PeriAnesthesia Nursing. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2015.08.011>.
100. Chambers SK, Zajdlewicz L, Youlden DR., Holland JC, Dunn J (2014). The validity of the distress thermometer in prostate cancer populations. Psycho-Oncology 23(2): 195-203.
101. Haverman L, Van Oers HA, Limperg PF, Houtzager BA, Huisman, J, Darlington AS, Grootenhuis MA (2013). Development and validation of the Distress Thermometer for parents of a chronically ill child. The Journal of Pediatrics 163(4): 1140-1146.

102. Dilworth JA, Thomas K, Sawkins N, Oyeboode JR (2011). Use of the Distress Thermometer for the elderly in the identification of distress and need in nursing and care homes. *Aging and Mental Health* 15(6): 756-764.
103. Hoffman BM, Zevon MA, D'Arrigo MC, Cecchini TB (2004). Screening for distress in cancer patients: the NCCN rapid-screening measure. *Psycho-Oncology* 13(11): 792-799.
104. Jacobsen PB, Donovan KA, Trask PC, Fleishman SB, Zabora J, Baker F, Holland JC (2005). Screening for psychologic distress in ambulatory cancer patients. *Cancer* 103(7): 1494-1502.
105. Akizuki, N, Akechi T, Nakanishi T, Yoshikawa E, Okamura M, Nakano T, Uchitomi Y (2003). Development of a brief screening interview for adjustment disorders and major depression in patients with cancer. *Cancer* 97(10): 2605-2613.
106. NCCN Practice Guidelines for the Management of Psychosocial Distress (1999). National Comprehensive Cancer Network. *Oncology (Williston Park)* 13: 113-147.
107. Okanlı A, Özer N, Akyıl RÇ, Koçkar Ç (2006). Cerrahi kliniklerinde yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences* 9(4): 38-44.
108. Perks A, Chakravarti S, Manninen P (2009). Preoperative anxiety in neurosurgical patients. *J Neurosurg Anesthesiol* 21(2): 127-130.
109. Kehlet H, Wilmore DW(2008). Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery. *Ann Surg* 248(2): 189-198.
110. Erdem D, Ugiş C, Albayrak M D, Akan B, Aksoy E, Göğüş N (2011). Perianal bölge ameliyatı yapılacak hastalarda uygulanan anestezi yöntemlerinin preoperatif ve postoperatif anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisi. *Bakırköy Tıp Dergisi* 7: 11-16.
111. Hossain, M, Parfitt DJ, Beard DJ, Darrah C, Nolan J, Murray DW, Andrew G (2011). Does pre-operative psychological distress affect patient satisfaction after primary total hip arthroplasty? *BMC Musculoskeletal Disorders* 12(1): 1-6.

112. Panagopoulou, E, Maes S, Rimé B, Montgomery A (2006). Social sharing of emotion in anticipation of cardiac surgery effects on preoperative distress. *Journal Of Health Psychology* 11(5): 809-820.
113. Romanik W, Kanski A, Soluch P, Szymanska O (2009). Preoperative anxiety assessed by questionnaires and patient declarations. *Anestezjologia Intensywna Terapia* 41(2): 94-99.
114. Caumo W, Schmidt AP, Bergmann J (2001). Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiol Scand* 45(3): 298-307.
115. Kvaal K, Ulstein I, Nordhøi IH, Engedal K (2005). The Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI): the state scale in detecting mental disorders in geriatric patients. *Int J Geriatr Psychiatry* 20(7): 629-634.
116. Crespo D, Gil A, Porras Chavarino A (2001). Prevalence of depressive disorder in consultation-liaison psychiatry. *Actas Esp Psiquiatr* 29(2): 75-83.
117. Grau MA, Suner R, Abuli P (2003). Anxiety and depression levels in medical inpatients and their relation to the severity of illness. *J Behaviour Medicine* 26(2): 119-32.

10. EKLER

10.1. Ek 1 Bilgilendirilmiş Onam Formu

Distres: üzüntü, umutsuz, güçsüz, korku, heyecan, anksiyete, panik, depresyon, kararsızlık ve bezginlik gibi anlamları içeren bir kavramdır. Bu araştırmanın amacı, ameliyat olacak hastalarda stres ve stres nedenlerini belirlemektir. Bu doğrultuda, Distres Termometresinin ameliyat olacak hastalardaki kullanılabilirliğini ölçmek amacıyla ameliyat olacak hastalar ile görüşme yapmaktayız.

Araştırma, KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Gül ÇAKIR tarafından yürütülmektedir.

Bu araştırmaya katılıp katılmamada tümüyle özgürsünüz. Katıldığınız takdirde tarafımıza sunduğunuz tüm bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır.

Ben..... yukarıda yazılı olan metni okudum ve anladım. Araştırma hakkında bilgilendirildim. Araştırmadan istediğim zaman çekilebilmek ve sunduğum bilgilerin gizli kalması koşulu ile araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Hasta Adı Soyadı:

Arş. Gör. Gül Çakır

İmza

İmza

10.2. Ek 2 Soru Formu

Ameliyat Olacak Hastalarda Distres Termometresi'nin Kullanılabilirliğinin Değerlendirilmesi

Değerli katılımcı, çalışmaya katılımınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Anket no:

1. Cinsiyet: () Kadın () Erkek

2. Yaşınız:

3. Medeni Durumunuz: () Evli () Bekar

4. Eğitim Durumu:

() İlköğretim () Lise () Üniversite ()

5. Çalışma Durumu

() Çalışıyor () Çalışmıyor

6. Sosyal Güvence:

() Var () Yok

7.Yattığınız Klinik:

() Beyin Cerrahi Kliniği

() Genel Cerrahi Kliniği

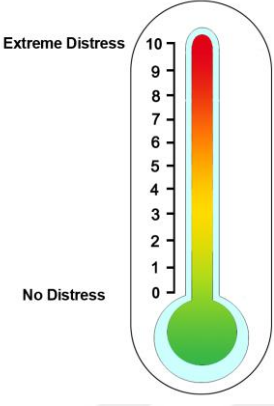
() Üroloji Kliniği

() Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

() Göğüs Cerrahisi Kliniği

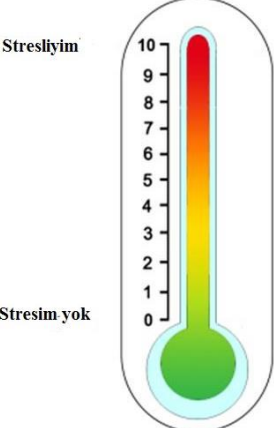
() Kalp Damar Cerrahisi Kliniği

10.3. Ek 3 Özgün Distres Termometresi ve Problem Listesi*

First please circle the number (0-10) that best describes how much distress you have been experiencing in the past week including today.	Second, please indicate if any of the following has been a problem for you in the past week including today. Be sure to check YES or NO for each.	
	YES NO Practical Problems ☐ ☐ Child Care ☐ ☐ Housing ☐ ☐ Insurance/financial ☐ ☐ Transportation ☐ ☐ Work/school Family Problems ☐ ☐ Dealing with children ☐ ☐ Dealing with partner ☐ ☐ Dealing with close Friend/relative Emotional Problems ☐ ☐ Depression Fears ☐ ☐ Nervousness ☐ ☐ Sadness ☐ ☐ Worry ☐ ☐ Loss of interest in usual activities ☐ ☐ Spiritual/religious Concerns Other problems _____ _____	YES NO Physical Problems ☐ ☐ Appearance ☐ ☐ Bathing/dressing ☐ ☐ Breathing ☐ ☐ Changes in urination ☐ ☐ Constipation ☐ ☐ Diarrhoea ☐ ☐ Eating ☐ ☐ Fatigue ☐ ☐ Feeling Swollen ☐ ☐ Fevers ☐ ☐ Getting around ☐ ☐ Indigestion ☐ ☐ Memory/concentration ☐ ☐ Mouth sores ☐ ☐ Nausea ☐ ☐ Nose dry/congested ☐ ☐ Pain ☐ ☐ Sexual ☐ ☐ Skin dry itchy ☐ ☐ Sleep ☐ ☐ Substance abuse ☐ ☐ Tingling in hands/feet

*www.cancer.gov/aboutnci/cis/page1

10.4. Ek 4 Distres Termometresi ve Stres Nedenleri Listesi

Hiç stresinizin olmamasını sıfır, en yoğun stresinizi on puan olarak düşündüğünüzde son bir hafta içinde ne kadar stresli olduğunuzu aşağıdaki termometre üzerinde işaretleyiniz	Aşağıdaki cümlelerden şu anda kendinizi stresli hissetmenize neden olan durumları işaretleyiniz (birden fazla işaretleme yapılabilir)*. *“Diğer” kısımlarına sadece bir stres nedeni yazılmakta ve bir puan kabul edilmektedir.	
	Anestezi ile ilgili unsurlar ☐ Anestezinin etkisiyle uyanamayabilirim ☐ Bana yanlış anestezi uygulanabilir ☐ Anestezinin etkisiyle istemediğim şeyler söyleyebilirim ☐ Ameliyat sırasında uyanabilirim ☐ Diğer..... Ameliyat ile ilgili unsurlar ☐ Ameliyat sırasında bana yanlış bir şey yapılabilir ☐ Ameliyat olmam gerektiğinden emin değilim ☐ Ameliyat sırasında ağrı duyabilirim ☐ Ameliyatta başka bir hastalığım olduğu ortaya çıkabilir ☐ Diğer..... Ameliyathane ile ilgili unsurlar ☐ Ameliyat yapacak insanları tanımıyorum ☐ Ameliyat sırasında bedenimi görecekler ☐ Ameliyatta kullanılacak araç ve gereçler hakkında bilgim yok ☐ Ameliyathane ortamını hiç bilmiyorum ☐ Ameliyathanenin soğuk bir ortam olduğunu düşünüyorum ☐ Diğer..... Hastalık ile ilgili unsurlar ☐ Hastalığımı kabul etmiyorum ☐ Ciddi bir hastalığımın olabilir ☐ İyileşemeyebilirim ☐ Ameliyat olmak hastalığımın iyileşmesini sağlamayacak ☐ Diğer..... Hastane ile ilgili unsurlar ☐ Yapılan işlemler hakkında bana bilgi verilmiyor ☐ Anlamadığım kelimelerden bahsediliyor ☐ Hastane ortamı beni korkutuyor ☐ Sağlık ekibi benimle konuşmuyor ☐ Diğer..... Ameliyattan sonra yaşanabilecek fizyolojik sorunlar ile ilgili unsurlar ☐ Herhangi bir organımı kaybedebilirim ☐ Nefes alamayabilirim ☐ Uyku sorunu yaşayabilirim ☐ Rahat hareket edemeyebilirim ☐ Bulantı ve kusmam olabilir ☐ Enfeksiyon geçirebilirim ☐ Ağrı duyabilirim	Ameliyattan sonra yaşanabilecek fizyolojik sorunlar ile ilgili unsurlar (Devamı) ☐ Beslenme ile ilgili sorun yaşayabilirim ☐ Boşaltım ile ilgili sorun yaşayabilirim ☐ Yaram geç iyileşebilir ☐ Kendimi yorgun hissedebilirim ☐ Yatağa bağımlı kalabilirim ☐ Cinsel yaşamım olumsuz etkilenebilir ☐ Diğer..... Duygusal sorunlar ile ilgili unsurlar ☐ Yaşam şartlarım değişebilir ☐ Korkularımı anlatamıyorum ☐ Bağımsız karar veremiyorum ☐ Hastalıkla baş etmede kendimi güçlü bulmuyorum ☐ Ailemden uzak kalabilirim ☐ Sosyal hayatım olumsuz etkilenebilir ☐ İletişim kurmakta sorun yaşıyorum ☐ Kendi kendime yetemeyebilirim ☐ Aileme yük olabilirim ☐ Bakmakla yükümlü olduğum kişilere bakamayabilirim ☐ Evde bana yardım edecek kimsem yok ☐ Diğer..... Var olan deneyimler ile ilgili unsurlar ☐ Daha önce geçirdiğim ameliyata ilişkin olumsuz tecrübelerim var ☐ Daha önce aldığım anesteziye ilişkin olumsuz tecrübelerim var ☐ Daha önce hastanede yaşadığım sorunları tekrar yaşayabilirim ☐ Çevremdeki insanların yaşadıkları olumsuzlukları yaşayabilirim ☐ Diğer..... Ekonomik sorunlar ile ilgili unsurlar ☐ İşimi kaybedebilirim ☐ Hastane masraflarını karşılayamayabilirim ☐ Ulaşım ve konaklama masraflarını karşılayamayabilirim ☐ Diğer..... Taburculuk ☐ Taburcu olduktan sonra bir sorun olursa hastaneye ulaşamayabilirim ☐ Diğer.....

10.5. Ek 5 Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

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

1. Kendimi gergin, “patlayacak gibi” hissediyorum.
 - ☐ Çoğu zaman
 - ☐ Birçok zaman
 - ☐ Zaman zaman, bazen
 - ☐ Hiçbir zaman
2. Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.
 - ☐ Aynı eskisi kadar
 - ☐ Pek eskisi kadar değil
 - ☐ Yalnızca biraz eskisi kadar
 - ☐ Neredeyse hiç eskisi kadar değil
3. Sanki kötü bir şey olacaktı gibi bir korkuya kapılıyorum.
 - ☐ Kesinlikle öyle ve oldukça şiddetli
 - ☐ Evet, ama çok da şiddetli değil
 - ☐ Biraz, ama beni endişelendiriyor
 - ☐ Hayır, hiç öyle değil
4. Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.
 - ☐ Her zaman olduğu kadar
 - ☐ Şimdi pek o kadar değil
 - ☐ Şimdi kesinlikle o kadar değil
 - ☐ Artık hiç değil
5. Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.
 - ☐ Çoğu zaman
 - ☐ Birçok zaman
 - ☐ Zaman zaman, ama çok sık değil
 - ☐ Yalnızca bazen
6. Kendimi neşeli hissediyorum.
 - ☐ Hiçbir zaman
 - ☐ Sık değil
 - ☐ Bazen
 - ☐ Çoğu zaman
7. Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.
 - ☐ Kesinlikle
 - ☐ Genellikle

- ☐ Sık değil
 - ☐ Hiçbir zaman
8. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.
- ☐ Hemen hemen her zaman
 - ☐ Çok sık
 - ☐ Bazen
 - ☐ Hiçbir zaman
9. Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.
- ☐ Hiçbir zaman
 - ☐ Bazen
 - ☐ Oldukça sık
 - ☐ Çok sık
10. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.
- ☐ Kesinlikle
 - ☐ Gerektiği kadar özen göstermiyorum
 - ☐ Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
 - ☐ Her zamanki kadar özen gösteriyorum
11. Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.
- ☐ Gerçekten de çok fazla
 - ☐ Oldukça fazla
 - ☐ Çok fazla değil
 - ☐ Hiç değil
12. Olacakları zevkle bekliyorum.
- ☐ Her zaman olduğu kadar
 - ☐ Her zamankinden biraz daha az
 - ☐ Her zamankinden kesinlikle daha az
 - ☐ Hemen hemen hiç
13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum.
- ☐ Gerçekten de çok sık
 - ☐ Oldukça sık
 - ☐ Çok sık değil
 - ☐ Hiçbir zaman
14. İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.
- ☐ Sıklıkla
 - ☐ Bazen
 - ☐ Pek sık değil
 - ☐ Çok seyrek

10.6. Ek 6 SF12 (Short Form-12, Kısa Form-12) Kısa Sağlık Ölçeği

SHORT FORM(SF-12) YAŞAM KALİTESİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

1. Genelde sağlık durumunuzu nasıl ifade edersiniz?

Mükemmel ☐ Çok iyi ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü ☐

2. Şu anki sağlık durumunuz aşağıdaki aktivitelerinizi sınırlıyor mu? Sınırlıyorsa ne kadar?

Evet, çok sınırlıyor Evet, az sınırlıyor Hayır, hiç sınırlamıyor

a) Bir masayı yerinden oynatmak, elektrik süpürmesini itmek ve ya top oynamak gibi orta şiddette aktiviteler

☐ ☐ ☐

b) Birkaç kat merdiven çıkmak

☐ ☐ ☐

3. Geçtiğimiz son dört hafta boyunca fiziksel sağlığınız nedeniyle işiniz veya günlük aktivitelerinizde aşağıdaki sorunlardan herhangi birini yaşadınız mı?

Evet Hayır

a) İstediğimden daha azını gerçekleştirdim

☐ ☐

b) İşin veya aktivitenin cinsine göre sınırlandım

☐ ☐

4. Geçtiğimiz son dört hafta boyunca herhangi bir duygusal sorunuz nedeniyle işiniz veya günlük aktivitelerinizde, aşağıdaki sorunlardan herhangi birini yaşadınız mı? (kendinizi üzgün veya endişeli hissetmek)

Evet Hayır

a) İstediğimden daha az gerçekleştirdim

☐ ☐

b) İşimi veya diğer aktivitelerimi her zamanki kadar dikkatli yapamadım.

☐ ☐

5. Geçtiğimiz son dört hafta boyunca ağrılarınız, günlük işlerinizi ne kadar engelledi?

Hiç etkilemedi ☐ Çok az etkiledi ☐ Kısmen etkiledi ☐ Oldukça etkiledi ☐ Aşırı etkiledi ☐

6. Aşağıdaki sorular, geçtiğimiz son dört hafta boyunca kendinizi nasıl hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için size en yakın olan cevabı işaretleyiniz. Geçtiğimiz son dört haftanın ne kadarında kendinizi...

	Her zaman	Çoğu zaman	Bazı zamanlar	Nadir	Hiçbir zaman
Rahat ve huzurlu hissettiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
Enerjik hissettiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
Mutsuz ve üzgün hissettiniz?	☐	☐	☐	☐	☐

7. Geçtiğimiz son dört haftanın ne kadarında, fiziksel sağlığınız ya da psikolojik sorunlarınız nedeniyle sosyal aktivitelerinizi yapamadınız? (örnek: akraba veya arkadaş ziyaretleri)

Her zaman ☐ Çoğu zaman ☐ Bazı zamanlar ☐ Nadir ☐ Hiçbir zaman ☐

10.7. Ek 7 SF12 Kısa Sağlık Ölçeği Puanlaması İçin Kullanılan Fiziksel ve Mental Standardizasyon Değerleri

Soru numarası	Cevap değeri	Fiziksel standardizasyon değeri	Mental standardizasyon değeri
1	1	0	0
	2	-1,31872	-0,06064
	3	-3,02396	0,03482
	4	-5,56461	-0,16891
	5	-8,37399	-1,71175
2	1	-7,23216	3,93115
	2	-3,45555	1,86840
	3	0	0
3	1	-6,24397	2,68282
	2	-2,73557	1,43103
	3	0	0
4	1	-4,61617	1,44060
	2	0	0
5	1	-5,51747	1,66968
	2	0	0
6	1	3,04365	-6,82672
	2	0	0
7	1	2,32091	-5,69921
	2	0	0
8	1	0	0
	2	-3,80130	0,90384
	3	-6,50522	1,49384
	4	-8,38063	1,76691
	5	-11,25544	1,48619
9	1	0	0
	2	0,66514	-1,94949
	3	1,36689	-4,09842
	4	2,37241	-6,31121
	5	2,90426	-7,92717
	6	3,46638	-10,19085
10	1	0	0
	2	-0,42251	-0,92057
	3	-1,14387	-1,65178
	4	-1,61850	-3,29805
	5	-2,02168	-4,88962
	6	-2,44706	-6,02409
11	1	4,61446	-16,15395
	2	3,41593	-10,77911
	3	2,34247	-8,09914
	4	1,28044	-4,59055
	5	0,41188	-1,95934
	6	0	0
12	1	-0,33682	-6,29724
	2	-0,94342	-8,26066
	3	-0,18043	-5,63286
	4	0,11038	-3,13896
	5	0	0

10.8. Ek 8 Kurum İzni



T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
FARABİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
20/05/2015 16:52 - 48814514-200-E.3349
00518297

Sayı : 48814514-200-
Konu: Arş. Gör. Gül ÇAKIR'ın Tez Çalışması hk.

20/05/2015

KTÜ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA
(Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı)

İlgi: 18.03.2015 tarihli ve 63582098/200/136 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınızda adı geçen Arş. Gör. Gül ÇAKIR'ın "*Ameliyat Olacak Hastalarda Distres Termometre Ölçeğinin Kullanılabilirliğinin Değerlendirilmesi*" başlıklı tez çalışmasına Etik Kurulunca onay verilmesi ve onayın Başhekimliğimize ibraz edilmesi halinde, bu çalışmasının yazınızda belirtilen bölümlerden Kulak Burun Boğaz ve Plastik Cerrahi hariç diğer bölümlerde (*Beyin ve Sinir Cerrahisi, Genel Cerrahi, Göğüs Cerrahisi, Kalp Damar Cerrahi, Ortopedi ve Travmatoloji, Üroloji*) yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Halil KAVGACI
Başhekim

61080 – Trabzon / TÜRKİYE

Tel: +90 (462) 377 54 51

Faks: +90(462) 325 05 18

www.ktu.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi İçin İrtibat
Şef Emine DİNÇ
eminedinc@ktu.edu.tr

Sayfa
1 / 1

elge S070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

11. ETİK KURUL ONAYI

T.C. KARADENİZ
TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL
ARAŞTIRMALAR
ETİK KURUL BAŞKANLIĞI



KARADENİZ
TECHNICAL UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE
ETHIC COUNCIL

Sayı: 24237859- 465
Konu: Onay Belgesi

Tarih:15/07/2015

Sayın; Doç.Dr.Ayla GÜRSOY
Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği ABD.

“Ameliyat Olacak Hastalarda Distres Termometre Ölçeği’nin Kullanabilirliğinin Değerlendirilmesi” başlıklı etik kurul 2015/68 no.lu tez çalışması raportör ve etik kurul görüşleri doğrultusunda; tıbbi etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilginizi ve gereğini rica ederim.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Faruk Aydın', written over a horizontal line.

Prof.Dr.Faruk AYDIN
Etik Kurul Başkanı

Eki : 1 onay belgesi

12. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Soyadı, Adı : ÇAKIR, Gül
Uyruğu : T.C.
Doğum Tarihi ve Yeri : 16.09.1989, Trabzon
Medeni Hali : Bekar
Telefon : 0462 377 88 62
E posta : gulgakir@ktu.edu.tr
Yazışma Adresi : Karadeniz Teknik Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ortahisar/TRABZON

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2012
Lise	Akçaabat Yabancı Dil Ağırlıklı Lise	2007

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİM

Görevi Kurum Süre

Hemşire Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi 2012-2014

Araştırma Görevlisi Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi 2014

YABANCI DİL

İngilizce, C Seviyesi

UZMANLIK ALANI

Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği

YAYINLAR/BİLDİRİLER

1. Çakır G, Gürsoy A, Gönül A (2015). Ameliyat Öncesi Distresin Ameliyat Sonrası Döneme Etkileri. 9. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, Muğla, 12-15 Kasım, Poster Bildiri.
2. Çakır G, Gürsoy A (2016). Ameliyat Öncesi Stresi Belirlemede Distres Termometresi Kullanımı: Bir Geçerlik Çalışması. 15. Cerrahi Hemşireliği Kongresi, Antalya, 13-17 Nisan, Sözel Bildiri.

