

S. KARABULUT

KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2024

**T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ELEKTİF CERRAHİ GİRİŞİM GEÇİRECEK OLAN
HASTALARIN AMELİYAT ÖNCESİ KORKU
DÜZEYLERİNİN AMELİYAT SONRASI AĞRIYA ETKİSİ**

SELİN KARABULUT

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HAZİRAN
2024**

**T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ELEKTİF CERRAHİ GİRİŞİM GEÇİRECEK OLAN
HASTALARIN AMELİYAT ÖNCESİ KORKU
DÜZEYLERİNİN AMELİYAT SONRASI AĞRIYA ETKİSİ**

SELİN KARABULUT

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. AYLİN AYDIN SAYILAN**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HAZİRAN
2024**

ETİK BEYAN

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi; tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu; tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi; kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Selin KARABULUT

TEZ ONAYI

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelik Programında Yüksek Lisans öğrencisi Selin Karabulut tarafından Doç. Dr. Aylin Aydın SAYILAN'nın danışmanlığında hazırlanan “Elektif Cerrahi Girişim Geçirecek Olan Hastaların Ameliyat Öncesi Korku Düzeylerinin Ameliyat Sonrası Ağrıya Etkisi” başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 10/06/2024 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı

T.C. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Jüri (Danışman)

T.C. Kırklareli Üniversitesi Sağlık
Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Anabilim Dalı

Jüri

T.C. Kırklareli Üniversitesi Sağlık
Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Anabilim Dalı

İTHAF

Canım annem, babam ve biricik kardeşime,

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sürecinde beni destekleyen ve yönlendiren tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Aylin Aydın SAYILAN'a, çalışmama gönüllü katılan hasta ve hasta yakınlarına, veri toplama sürecinde destek olan Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Genel Cerrahi Servisi'ndeki tüm meslektaşlarıma teşekkür ederim.

Ayrıca çalışmalarım boyunca her daim beni destekleyen öncelikle değerli ailem, Yüksek Lisans arkadaşlarım ve Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi Kalp Damar ve Göğüs Cerrahisi Servisinde görev alan ekip arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Selin KARABULUT

İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN.....	ii
KABUL VE ONAY.....	iii
İTHAF.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ.....	xi
ÖZET.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Cerrahinin Tanımı ve Tarihçesi.....	3
2.1.1. Cerrahi Girişimlerin Sınıflandırılması.....	5
2.1.1.1. Nedene Göre Cerrahi Girişimlerin Sınıflandırılması.....	6
2.1.1.2. Aciliyetine Göre Cerrahi Girişimlerin Sınıflandırılması.....	7
2.1.1.3. Ciddiyetine Göre Cerrahi Girişimlerin Sınıflandırılması.....	7
2.1.1.4. Kapsamına Göre Cerrahi Girişimlerin Sınıflandırılması.....	8
2.2. Korku Kavramı.....	8
2.2.1. Cerrahi Korku.....	9
2.2.1.1. Cerrahi Korkuyu Etkileyen Faktörler.....	9
2.2.1.2. Cerrahi Korkunun Hasta Üzerine Etkisi.....	12
2.3. Ağrı Kavramı.....	12
2.3.1. Ağrının Patofizyolojisi.....	13
2.3.2. Ağrının Sınıflandırılması.....	15
2.3.2.1. Kaynaklandığı Bölgeye Göre Ağrının Sınıflandırılması.....	15
2.3.2.2. Mekanizmalarına Göre Ağrının Sınıflandırılması.....	15
2.3.2.3. Başlama Süresine Göre Ağrının Sınıflandırılması.....	16
2.3.3. Ameliyat Sonrası Ağrı.....	17
2.3.4. Ameliyat Sonrası Ağrının Tanılanması.....	17

2.3.5. Ameliyat Sonrası Ağrının Değerlendirilmesi.....	18
2.3.5.1. Tek Boyutlu Ağrı Değerlendirme Ölçekleri.....	19
2.3.5.2. Çok Boyutlu Ağrı Değerlendirme Ölçekleri.....	20
2.3.6. Ameliyat Sonrası Ağrının Hasta Üzerindeki Etkisi.....	20
2.3.7. Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetiminde Hemşirenin Sorumlulukları.....	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	24
3.1. Araştırmanın Amacı Ve Tipi.....	24
3.2. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı.....	24
3.3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi.....	24
3.4. Araştırmanın Dahil Edilme Kriterleri.....	24
3.5. Araştırmanın Dahil Edilmeme Kriterleri.....	25
3.6. Araştırma Soruları.....	25
3.7. Araştırmanın Veri Toplama Araçları.....	25
3.7.1. Kişisel Bilgi Formu.....	26
3.7.2. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ).....	26
3.7.3. Cerrahi Korku Ölçeği (CKÖ).....	26
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	27
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	28
3.10. Araştırmanın Etik Yönü.....	28
4. BULGULAR.....	29
TABLO 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	29
TABLO 4.2. Cerrahi Korku Ölçeği Toplam Puan Ve Alt Ölçeklerin Puan Ortalamaları.....	30
GRAFİK 4.1. Görsel Kıyaslama Ölçeği.....	31
TABLO 4.3. Cerrahi Korku Ölçeği ile Görsel Kıyaslama Ölçeği Arasındaki İlişki..	32
TABLO 4.4. Katılımcıların Sosyodemografik Veriler ile Cerrahi Korku Ölçeği Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki.....	33
TABLO 4.5. Cerrahi Korku Ölçeğinin Öngörücüleri, Lineer Regresyon.....	35
TABLO 4.6. Görsel Kıyaslama Ölçeği İle Cerrahi Türleri ve Anestezi Tipi Arasındaki İlişki.....	36
5. TARTIŞMA.....	37
5.1. Hastanın Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	37
5.2. Cerrahi Korkuya İlişkin Bulguların Tartışılması.....	38

5.3. Ameliyat Sonrası Ağrıya İlişkin Bulguların Tartışılması.....	41
5.4. Ameliyat Öncesi Cerrahi Korkunun Ameliyat Sonrası Ağrıya Etkisinin Tartışılması.....	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	46
6.1. Sonuç.....	46
6.2. Öneriler.....	47
KAYNAKLAR.....	48
EK-1 ETİK KURUL KARARI.....	54
EK-2 KURUM İZNİ.....	55
EK-3 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	57
Ek-4 CERRAHİ KORKU ÖLÇEĞİ İZNİ.....	60
Ek-5 GÖRSEL KİYASLAMA ÖLÇEĞİ İZNİ.....	61
EK-6 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU.....	63
EK-7 ÖZGEÇMİŞ.....	64

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	29
Tablo 4.2. Cerrahi Korku Ölçeği Toplam Puan Ve Alt Ölçeklerin Ortalamaları	30
Grafik 4.1. Görsel Kıyaslama Ölçeği.....	31
Tablo 4.3. Cerrahi Korku Ölçeği ile Görsel Kıyaslama Ölçeği Arasındaki İlişki	32
Tablo 4.4. Katılımcıların Sosyodemografik Verileri ile Cerrahi Korku Ölçeği Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki.....	33
Tablo 4.5. Cerrahi Korku Ölçeğinin Öngörücüleri, Lineer Regresyon.....	35
Tablo 4.6. Görsel Kıyaslama Ölçeği İle Cerrahi Türleri Ve Anestezi Tipi Arasındaki İlişki.....	36

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1. Wong-Baker Yüz İfadeleri Ağrı Değerlendirme Skalası.....	7
---	---



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ADH : Antidiüretik Hormon

CKÖ : Cerrahi Korku Ölçeği

CKÖ-K : Cerrahi Korku Ölçeği Kısa Dönem

CKÖ-U : Cerrahi Korku Ölçeği Uzun Dönem

ECMO : Ekstrakorporal Membran Oksijenizasyonu

GKÖ : Görsel Kıyaslama Ölçeği

IASP : International Association for the Study of Pain

JCAHO : Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations

M.Ö. : Milattan Önce

M.S. : Milattan Sonra

NRS : Numerical Rating Scale

SPSS : Statistical Package for Social Sciences

VAS : Visual Analogue Scale

Vd. : ve diğerleri

VRS : Verbal Pain Rating Scale

yy : Yüzyıl

ÖZET

Elektif Cerrahi Girişim Geçirecek Olan Hastaların Ameliyat Öncesi Korku Düzeylerinin Ameliyat Sonrası Ağrıya Etkisi

Bu çalışmada, elektif cerrahi girişim geçirecek olan hastaların ameliyat öncesi korku düzeylerinin ameliyat sonrası ağrıya etkisinin belirlenmesi amaçlandı. Araştırmanın evrenini, ülkemizin batısında yer alan bir tıp fakültesinin genel cerrahi servisinde yatan 18 yaş ve üstü elektif cerrahi girişim geçiren 156 hasta oluşturdu. Araştırma verilerinin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, Görsel Kıyaslama Ölçeği ve Cerrahi Korku Ölçeği kullanıldı.

Elde edilen veriler, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edildi. Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilen verilerin normal dağılıma uymadığı belirlendi. Analizde Mann-Whitney U testi ile Kruskal Wallis Testi uygulandı. $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bu araştırmada yaş ortalamasının $56,94\pm15,01$ ve %50'sinin kadın olduğu görüldü. Elektif cerrahi geçirecek olan hastaların ameliyat öncesi dönem cerrahi korku düzeyleri incelendiğinde, Cerrahi Korku Ölçeği (CKÖ) toplam puanının $17,62\pm17,62$ olduğu, ameliyat sonrası dönemde ilk 30 dakika ve 2. saatte hastaların ağrı düzeylerinin de daha yüksek olduğu görüldü. Ayrıca Görsel Kıyaslama Ölçeği puanlarının ise, sosyodemografik özelliklere göre farklılık gösterdiği bulundu.

Cerrahi Korku Ölçeği ve Görsel Kıyaslama Ölçeği arasındaki ilişkiye bakıldığında, hastaların ameliyat sonrası 30. dakika ve 2. saat ağrı puanları arasında pozitif yönde istatistiksel açıdan düşük dereceli anlamlı bir ilişki olduğu görüldü.

Bu çalışma sonucunda, ameliyat sonrası erken saatlerde hastaların ağrı düzeylerinin daha yüksek olduğu; ameliyat öncesi dönem korku düzeylerinin ise, hastaların ameliyat deneyimlerine ve bekar olma durumuna göre artış gösterdiği belirlendi.

Anahtar Sözcükler: Cerrahi Hemşireliği, Elektif Cerrahi, Cerrahi Korku, Ağrı

ABSTRACT

The Impact of Preoperative Fear on Postoperative Pain in Patients Undergoing Elective Surgery

In this study, it was aimed to determine the impact of preoperative fear levels of patients to undergo elective surgical intervention on postoperative pain. The target population of the study included 156 inpatients aged 18 years and older, who had undergone elective surgical intervention in the general surgery service of a medical faculty in the west of Turkey. In collection of the study data, The Personal Information Form, The Visual Comparison Scale and The Surgical Fear Scale were used.

The data acquired were analyzed using the SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 program. It was found that the data evaluated via The Kolmogorov-Smirnov test were not normally distributed. In the analysis, The Mann-Whitney U test and The Kruskal Wallis Test were used. The value $p < 0.05$ was accepted to be statistically significant.

In the present study, it was found that mean age of the patients was 56.94 ± 15.01 years and 50% of them were women. Preoperative surgical fear levels of the patients to undergo elective surgery were examined and it was found that their mean total Surgical Fear Scale (SFS) score was 17.62 ± 17.62 and the patients had higher levels of postoperative pain within the first 30 minutes and second hour. In addition, it was determined that their Visual Comparison Scale scores varied according to sociodemographic characteristics.

The correlation between The Surgical Fear Scale and The Visual Comparison Scale was examined and a statistically low significant correlation was found between the postoperative pain scores of the patients at minute 30 and hour two in a positive direction.

As a result of the study, it was determined that the patients had higher levels of postoperative pain at early hours and their levels of preoperative fear increased according to their surgical experience and status of being single.

Keywords: Surgical Nursing, Elective Surgery, Surgical Fear, Pain



1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsan organizmasında akut ya da kronik olarak gözlemlenen patolojik olaylara müdahale etmek ve ortadan kaldırmak amacıyla yapılan planlı ya da ani gerçekleştirilen anatomik değişiklikler cerrahi girişim olarak tanımlanmaktadır (Aksoy ve vd., 2019). Bireylere tanı konularak işlem öncesi gerekli hazırlıklarının yapıldığı önceden planlama gerektiren cerrahi işlemlere elektif cerrahi girişimler adı verilirken, bireyin hayati tehlikesinin olduğu durumlarda planlanmayan ve ani müdahale gerektiren girişimlere ise acil cerrahi girişimler adı verilmektedir (Özyürek ve Göktaş 2021).

Cerrahi girişimler, vücudun anatomik ve fizyolojik yapısını korumaya çalışarak hastalığı tedavi etmenin yanında bireyler üzerinde hem fizyolojik hem de psikolojik travmalar yaratmaktadır (Özlü ve Kılınç 2023). Yalnızca cerrahi işlemler sırasında değil işlem öncesinde de işlemi geçirmeyi bekleyen birçok hastada duygusal bir travma olan cerrahi korku gözlenebilmektedir (Odabaşı, 2021).

Cerrahi korku bilinmeyene karşı duyulan endişe, anestezi sonrası uyanamama, organ kaybı, işlem sonrası ağrı yaşama, sevdiklerinden ve sosyal çevreden ayrı kalma, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememe gibi farklı nedenlere bağlı olarak gelişebilen doğal bir süreç olarak kabul edilmektedir (Demirci, 2022). Hastalarda ameliyat öncesi artan cerrahi korku, girişim sonrası komplikasyonların ortaya çıkmasına ya da oluşan komplikasyonların artmasına neden olabilmektedir (Taşdemir vd., 2022). Bunların yanı sıra morbidite ve mortalitede artışa, hastaların iyileşme ve hastanede kalış sürelerinde gecikmeye, ameliyat sonrası daha fazla analjezi kullanımına da neden olabileceği görülmektedir (Odabaşı, 2021).

Ameliyat öncesi cerrahi korkunun ameliyat sonrası ağrı ile ilişkisinin incelendiği bir araştırmada cerrahi korku ile ağrı arasında doğru orantı olduğu vurgulanmıştır. Bununla birlikte korku düzeyleri yüksek olan hastaların ameliyat sonrası ilk 24 saat içinde analjezi kullanımlarında anlamlı bir artışın olduğu da gözlemlenmiştir (Tadasse vd., 2022).

Ameliyat sonrası iyi bir ağrı yönetiminin fiziksel, psikolojik ve ekonomik faydaları vardır. Hastalarda daha erken mobilizasyona, daha az komplikasyona ve günlük aktivitelere daha erken dönüşe olanak sağlayarak hastaların iyileşme kalitesini etkilemektedir (Ongün ve Karataş 2023).

Multidisipliner bir yaklaşım gerektiren ameliyat sonrası ağrı yönetimi, başta hemşire olmak üzere sağlık profesyonellerinin temel sorumluluğudur. Bireylerin ağrı yaşantısını önemli düzeyde etkileyebilen korku ve anksiyetenin de ağrı değerlendirme sürecine dahil edilmesi önemlidir (Öz, 2022). Ameliyat sonrası ağrının yönetiminde farmakolojik yöntemlerle birlikte nonfarmakolojik yöntemler arasında yer alan psikolojik baş etme stratejileri önemli bir yere sahip olup hemşirelerin bağımsız rolleri kapsamında yer almaktadır (Yavuz, 2014).

Hasta ve hasta yakınlarına ihtiyaçlarına yönelik verilen psikososyal destek cerrahi girişim öncesi, sırası ve sonrası olacak şekilde kapsamlı bir içeriğe sahip olmalıdır. Friedrich ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada yeterli hasta bilgilendirmesinin ameliyat öncesi kaygı düzeyini ciddi oranda azalttığı bulunmuştur (Özkan, 2020; Friedrich vd., 2022). Bu nedenle cerrahi girişim bekleyen hastaların korku ve kaygısını en aza indirmek, onları ameliyata fizyolojik ve psikolojik olarak hazırlamak, hızlı iyileşmelerine yardımcı olmak ve hasta sonuçlarını iyileştirmek hemşirelerin bakım hedefleri arasında yer almaktadır (Demirci ve Yılmaz Şahin 2023).

Bu bilgiler ışığında çalışmada, elektif cerrahi girişim geçirecek olan hastaların ameliyat öncesi korku düzeylerinin ameliyat sonrası ağrıya etkisinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Cerrahinin Tanım ve Tarihçesi

Cerrahi kavramı Arapça kökenli bir sözcük olup “cerh “yara”, “cerrah” ise “yara ile uğraşan kişi” anlamına gelmektedir (Eti Aslan, 2009).

Latince de ise “chirurgia” sözcüğünden türetilen el ile yapılan iş anlamına gelen cerrahi; vücutta bulunan patolojik durumu ya da hastalığı, tespit ve tedavi etmek amacıyla eller ve aletler ile insizyon oluşturarak yapılan iş anlamına gelmektedir (Aygin ve Gül 2021). Latin tıp kitaplarının çevirisinde “amei niyet” olarak da ifade edildiği için zamanla bu tanım “ameliyat” olarak tıpta kullanılmaya başlanmıştır (Aksoy vd., 2019).

İnsanlar tarihsel süreçler boyunca çeşitli sağlık sorunları ile karşılaşmışlar ve bunları çözmek için öncelikli olarak insan vücudunu tanımaya çalışmışlardır. İlk çağlardan itibaren yaşamış tüm kavimler gerek besin kaynaklarına ulaşabilmek, gerek iklim değişikliklerinden kaynaklanan hastalıklar, gerekse de günlük yaşam içindeki karşılaştıkları zorluklar ve travmalara bağlı olarak sağlık sorunları yaşamışlardır (Ceylan, 2012; Özyürek, 2016).

Bir insan üzerinde yapılan ilk cerrahi girişim muhtemelen kesici aletlerin icadından sonra yapılmıştır. Beyin üzerindeki baskıyı azaltmak için kafatasının cerrahi testere ile delinmesi işlemi olan trepanasyon, o dönemlerde bile yaygın bir teknik olmuştur (Aygin ve Gül 2021). Yaşayan bir hastanın üç kafatası kemiğinden (ön, lateral veya arka kemik) herhangi biri, beynin en dış tabakasını oluşturan sert, lifli zar olan dura mater'e ulaşmak için çıkarılmıştır. Anestezi ya da antisepsi gibi ağrı kesici yöntemler olmamasına rağmen binlerce yıl önce yapılan bu ameliyatlarda dura mater zarar görmediği sürece hastanın hayatta kalma şansı oldukça yüksektir (Qayumi, 2012).

M.Ö. 2500'lü yıllardan Mısırlıların günümüze ulaşan birçok oyma eserinde hem erkekleri hem de kadınları başarıyla sünnet ettikleri kanıtlanmıştır. Ayrıca söğüt kabuğunu ve yapraklarını enfeksiyona karşı ilaç olarak kullanarak çeşitli amputasyon operasyonları gerçekleştirmişlerdir. Eski Mısır tıbbi papirüslerinden ve insan

kalıntılarından, kırık bir bacağın nasıl düzeltilileceği ve büyük bir kesinin nasıl dikileceği ve bir dişin apse drenajı gibi birçok cerrahi girişimler hakkında ayrıntılı talimatlar verilmektedir (Aygin ve Gül 2012).

M.Ö. 3000 yıllarında Ebers ve Smith'e ait papirüslerde çeşitli cerrahi uygulamaların yanı sıra meme kanserinin tanı ve tedavise hakkında bilgilere de yer verilmektedir. M.Ö. 2000'lere gelindiğinde Asurlular ve Babillilerde tıbbi ve cerrahi girişimlere (mesane taşı çıkarılması, kırık tedavisi, katarakt ameliyatları gibi) ait bilgilendirmenin yanında "Hammurabi Kanunları" ile tıbbi hataların cezalandırılması ve hasta hakları konuları gündeme gelmiştir (Osler, 1923; Eti Aslan, 2009).

M.Ö. 800'lü yıllarda hemşireler ilk kez cerrahi süreçlere katılım göstermiştir. Buna örnek olarak Hindistan'da erkek hemşirelerin hastanelerde bakım uygulamaları yaptığı verilmektedir. Yine bu döneme ait olarak Hint hekim Susruta'nın ilk kez asistan olarak hemşireleri görevlendirdiği bilinmektedir (Aygin ve Gül 2012).

Çin felsefesine göre hastalık ve sağlık durumu Yin ve Yang ile ifade edilmektedir. Bu inanışa göre Yang "iyiliği, aydınlığı ve sağlığı" temsil ederken Yin ise "kötülüğü, karanlığı ve hastalığı" temsil etmektedir. Hastalığın tedavisi ise, hastalıklı bölgeye ya da hasta olduğu düşünülen yere iğneler batırılarak yapıldığı belirtilmiştir. Bu uygulama günümüzde "akupunktur" olarak adlandırılarak yaygın olarak kullanılmaktadır (Osler, 1923).

Eski Roma ve Yunan tıp tarihinde Hipokrat, "Cerrahi Üzerine" adlı kitabı ile ilk kez bir cerrahta olması gereken özellikleri tanımlamış, çeşitli cerrahi operasyonları ayrıntılı şekilde tanımlayarak cerrahiye büyük katkı sağlamıştır. Hipokrat, hastalıkların kaynağının insan vücudunda bulunan dört temel sıvının arasındaki dengenin bozulması ile oluştuğunu düşünmüştür. Bu dört temel sıvıyı kan, balgam, sarı safra ve siyah safra olarak tanımlamıştır (Eti Aslan, 2009). Yine bu dönemde Praksagoras bağırsak tıkanıklığını tanımlayarak, tıkanıklığın tedavisinde eksizyonu ve uç uca anastomozu önermiştir. M.S. 2. yüzyıla gelindiğinde deneysel fizyolojinin kurucusu olarak kabul edilen Galen'in görüşleri "Galenizm" olarak adlandırılmış olup bu dönemde cerrahi ve tıp birbirinden ayrılarak farklı yollarda ilerlemiştir (Arpag vd., 2022).

Ortaçağ Roma imparatorluğunun yıkılışı ile birlikte kilisenin felsefi düşünceleri hakimiyet göstermiştir. Bu durumda da cerrahide gerilemeye neden olduğu düşünülmektedir. 14. yy. başlarında barutun savaşlarda yerini almaya başlaması ile cerrahiye olan ilgi artmıştır. Cerrah Andreas Vesalius'un "İnsan Bedeninin Oluşumu Üzerine" adlı ilk anatomi kitabı ile birlikte tıp ve cerrahi arasındaki bağ yeniden güçlenmiştir. 16. yy. sonlarında doğuda tıp alanında büyük gelişmeler kaydedilmiş İbn-i Sina ve Razi gibi büyük hekimler yetişmiştir. İbn-i Sina'nın "Tıbbın Kanunu" adlı eserinin yarım asır Asya ve Avrupa tıbbına yön verdiğinden söz edilmektedir (Osler, 1923; Aksoy vd., 2019).

18. yy. başlarında eterin anestezi maddesi olarak kullanımı ve mikroorganizmaların tanımlanması cerrahinin gelişiminde en önemli basamaklardan birini oluşturmaktadır. Lister el yıkama ve alet temizliği ile yara enfeksiyonlarının önlenilebilir olduğunu göstermiştir. Lister'in yara temizliğinde karbolik asidi kullanması ile antisepti kavramı ortaya atılmış, enfeksiyona bağlı mortalite %45'ten %15'lere düşmüştür (Aksoy vd., 2019).

Ülkemizde asepsi kavramının temellerini atarak önemsenmesini sağlayan modern cerrahinin başlangıcında etkili olan isimlerden biri de, doktor Cemil Topuzlu'dur. 1892 yılında etüv, otoklav ve aseptik çalışma ortamını içeren ilk cerrahi servisi açmıştır. Yine aseptik ilkeler doğrultusunda ameliyatlar yapmıştır. 1930'lu yıllardan sonra ise, cerrahi alanlarda branşlaşmalar ve anestezi alanında gelişmeler görülmüş olup, reanimasyon ve cerrahi teknikler ile birlikte organ transplantasyonlarına, protez cerrahisine ve mikrocerrahiye doğru yönelilmiştir (Aygin ve Gül 2012; Aksoy vd., 2019).

2.1.1. Cerrahi Girişimlerin Sınıflandırılması

Çeşitli şekillerde sınıflandırılan cerrahi girişimler olayın nedenine, aciliyetine, risk derecesine ve kapsamına göre 4 ana başlık altında toplanabilmektedir.

2.1.1.1. Nedene Göre Cerrahi Girişimlerin Sınıflandırılması

Biyopsi, artroskopi, endoskopi vb. gibi cihazlar yardımıyla doku, hücre veya organdaki sorunun nedeni ve kaynağının tespit edilmesi için yapılan girişimler **tanısal amaçlı (diyagnostik) cerrahi girişimler** sınıfında yer almaktadır (Aksoy vd., 2019).

Kolesistektomi, apendektomi gibi onarma ya da sorunu ortadan kaldırma yoluyla soruna çözüm getirmek amacıyla yapılan girişimler **tedavi etme amaçlı (küratif) cerrahi girişimler** olarak adlandırılmaktadır (Aksoy vd., 2019).

Tüm tanılama yöntemlerine rağmen bir sonuca varılamayan durumlarda, kesin tanı ve tedavi amacıyla yapılan cerrahi işlemler **eksploratif amaçlı cerrahi girişimler** olarak adlandırılmaktadır. Laparotomiler bu grupta yer almaktadır (Sarıdemir, 2023).

Total diz protezi gibi organın fonksiyonel yeterliliğini düzeltmek ve geliştirmek amacıyla yapılan girişimler **restoratif amaçlı cerrahi girişimler** olarak adlandırılmaktadır (Aksoy vd., 2019).

Hastalığın tedavisinin mümkün olmadığı durumlarda semptomları azaltmak ya da ortadan kaldırmak yoluyla, hastayı rahatlatmayı amaçlayan cerrahi girişimler **palyatif amaçlı cerrahi girişimler** olarak adlandırılmaktadır. Trakeostomi, gastrotomi ya da kolonoskopi bu grupta yer almaktadır (Aksoy vd., 2019).

Liposakşın, rinoplasti, greft gibi bireylerin kişisel görünümüne düzeltmek ya da değiştirmek üzere yapılan girişimler **kozmetik amaçlı cerrahi girişimler** sınıfında yer almaktadır (Aksoy vd., 2019).

Yarık damağın onarılması gibi var olan deformiteleri ve konjenital anomalileri onarmak amacıyla yapılan girişimler **konstrüktif cerrahi girişimler** sınıfında yer almaktadır (Potter ve Perry 2023).

2.1.1.2. Aciliyetine Göre Cerrahi Girişimler

Ateşli silahlı alet ve delici kesici aletle olan yaralanmalar, aort anevrizmaları ya da hayatı tehdit eden çoklu açık kırıklar gibi hemen müdahale edilemediği sürece yaşamı tehdit eden durumlarda yapılan girişimler **çok acil girişimler** grubunda yer almaktadır (Aksoy vd., 2019).

Bireyin sağlığı için zorunlu olan ve gelişebilecek komplikasyonları önlemek amacıyla yapılan, girişimin 24-48 saatten daha fazla geciktirilmesinin yaşamı tehdit edebileceği girişimler **acil girişimler** grubunda yer almaktadır. İntestinal ya da böbrek obstrüksiyonları gibi çeşitli obstrüksiyonlar, akut kolesistit, akut apandisit gibi girişimler bu grupta yer almaktadır (Özyürek, 2016).

Akut bir sağlık sorunun olmadığı fakat sorunun düzeltilmesine gereksinim olan durumlarda ya da bireyin kişisel isteğine bağlı psikolojik ve estetik nedenlerle yapılabilen, bir süre girişimin geciktirilmesinde sorun olmayacağı girişimler **elektif cerrahi girişimler** grubunda yer almaktadır. Katarakt, rinoplasti, hemoroidektomi gibi girişimler bu gruba örnek olarak verilebilmektedir (Özyürek, 2016).

2.1.1.3. Ciddiyetine Göre Cerrahi Girişimler

Kapsamı geniş, süresi uzun vücut bölümlerinin değiştirilmesini veya yeniden normal şeklini verilmesini içeren yaşamı tehdit edici girişimler **majör cerrahi girişimler** grubunda yer almaktadır. Bu gruba örnek olarak koroner arter bypass cerrahisi ve transplantasyonlar verilebilmektedir (Karaman, 2008).

Genellikle lokal anestezi altında yaşam tehdidi olmayan vücut bölümlerinde minimum değişikliği içeren cerrahi girişimler **minör cerrahi girişimler** grubunda yer almaktadır. Bu gruba da örnek olarak lipomların alınması apse drenajı ve katarakt ameliyatı verilebilmektedir (Karaman, 2008).

2.1.1.4. Kapsamına Göre Cerrahi Girişimler

Parsiyel mastektomi, tümorektomi gibi etkilenen organın yalnızca etkilenen alanına yapılan girişimler kapsam açısından geniş olmayan cerrahi girişimler grubunda yer alırken, radikal mastektomi, radikal histerektomi gibi etkilenen alanın dışında organa zarar veren durumlarda organ düzeyinde yapılan girişimler radikal (köklü çözüm) girişimler grubunda yer almaktadır (Aksoy vd., 2019).

2.2. Korku Kavramı

Korku kavramı subjektif olarak ele alınan dolayısıyla kişiden kişiye göre tanımlı değişen son derece karmaşık bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır.

Freud korkuyu nesnel kaygı olarak tanımlamaktadır. Bireylerde bilinçli tehlike algısının tehlikelerden kaçınma kaygısını doğurduğunu vurgulamaktadır. Böylece Freud'a göre korku tehlikeye verilen tepkisel kaçınma kaygısıdır (Şahin, 2019).

Goleman korkuyu, tehlikeye karşı kişiyi veya organizmayı harekete geçiren bir "alarm sistemi" olarak tanımlamaktadır. Alarm sistemi devreye girdiğinde, tehdidi bilişsel olarak algılayan kişinin fizyolojisinde bazı değişiklikler meydana gelmektedir. Vücuttaki kan, kol ve bacak gibi büyük kas gruplarına yönelerek kişinin korkuya verdiği diğer davranışsal tepkilerden biri olan kaçma davranışına yönelmesine yardımcı olmaktadır (Akça vd., 2014).

Korku memeli beyinde subkortikal beyin bölgelerinden doğuştan gelen bir işlevdir. Amigdala ve limbik alanda bulunan “korku merkezi” adı verilen bir bölgeden kaynaklanır ve tehdit altında bireylerin geçmiş deneyimlerine yönelik tepkilerin yanı sıra vücutta karın ağrısı, terleme, çarpıntı, kas gerginliği gibi fizyolojik tepkilere de neden olmaktadır (Uzbay, 2002; LeDoux ve Pine 2016).

Özetle korku, bireylerin içinde bulunduğu duruma bağlı olarak tehlike düşüncesinin uyandırdığı duygusal ve fizyolojik bir reaksiyon şeklinde tanımlanabilmektedir (Gençöz, 1998). İnsanı çoğu zaman rahatsız eden, hareketsiz bırakan ve psikosomatik rahatsızlıklara yol açabilen oldukça rahatsız edici bir deneyimdir (Dodhy, 2017).

2.2.1. Cerrahi Korku

Ameliyat olmak, bireylerde kaygı ve korku yaratan bir deneyimdir. Ameliyat öncesi korku, ameliyatı bekleyen çoğu hastada tipik bir duygusal tepkidir (Akutay ve Ceyhan 2023). Birçok hasta ameliyat öncesi sağlık durumları, yaşamları ve gelecekleriyle ilgili büyük bir korku ve kaygı hissedebilmektedirler. Özellikle de daha önce ameliyat deneyimi olan hastalarda duygusal bir reaksiyon olarak cerrahi korkunun görülmesi olası bir durumdur (Taşdemir vd., 2020).

Cerrahi girişim geçirecek hastalar ile yapılan bir çalışmada hastaların %60-80' inde farklı derecelerde kaygı ve korku yaşadıkları bildirilmiştir (Jlala vd., 2010). Başka bir çalışmada ise, hastaların uzun dönemli cerrahi korkularının kısa döneme göre daha fazla olduğu bildirilmiştir (Mete ve Işık 2020).

Cerrahi işlem öncesi artan korku, hastalarda yara iyileşmesinde gecikmeye, buna bağlı olarak hastanede kalış ve tedavi süresinde uzamaya, cerrahi sonrası aneljezi kullanımında artmaya, hastalığa ve tedaviye uyumda zorlanmaya neden olabileceği düşünülmektedir (Kaya ve Özlü 2019).

2.2.1.1. Cerrahi Korkuyu Etkileyen Faktörler

Bireylerde farklılık gösteren cerrahi korku çeşitli nedenlere nedenlere bağlı olarak görülebilmektedir. Yapılan bir çalışmada genç yaş, kadın cinsiyet, nikotin tüketimi, ameliyat öncesi depresif belirtiler, uyku bozuklukları, yüksek vücut kitle indeksi ve ameliyat öncesi ağrı, ameliyat sonrası ağrı gibi faktörlerin semptomlarının seyrini olumsuz etkilediği bulgulanmıştır (Yang vd., 2012).

Başka bir çalışmada ise hastaların korku düzeylerinde en çok cinsiyet ve yaşın etkili olduğu, eğitim durumlarının ve geçmiş cerrahi deneyimlerinin cerrahi korku üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı vurgulanmıştır (Ruhaiyem vd., 2016).

Bu konuda yapılan çalışmalar göz önünde bulundurulduğunda cerrahi korkuyu etkileyen faktörler şu şekilde sınıflandırılabilir:

Yaş: Cerrahi korku ile yaş arasındaki ilişkinin bakıldığı bir araştırma incelendiğinde, 40 yaş üstü hastaların, 40 yaş altı hastalara göre daha fazla cerrahi korku yaşadıkları belirtilmektedir. Genel anestezin korkuya etkisinin incelendiği bir çalışmada ise genç yaş faktörün daha etkili olduğu belirtilmiştir. Her iki çalışma karşılaştırıldığında genç hastaların anesteziye daha az korkmasının arkasında spesifik bir neden tahmin edilememektedir. Bunun nedeni gençlerin kendilerini yenilmez hissetmeleri ya da modern tıba daha fazla güvenmeleri olabileceği bir tartışma konusudur (Yang vd., 2012; Ruhaiem vd., 2016).

Cinsiyet: Ameliyat öncesi kaygının araştırıldığı bir çalışmada erkek katılımcıların yalnızca %27,1'nin, kadın katılımcıların ise erkeklere oranla %40,9'unun anlamlı olarak daha kaygılı olduğu bildirilmiştir (Nigussie vd., 2014).

Eğitim Durumu: Ameliyat olacak hastalarda majör ve minör ameliyat öncesi kaygı ve korku arasındaki ilişkinin karşılaştırıldığı yapıldığı bir çalışmada okur yazar olmayanların cerrahi öncesi korkusu %6,3 iken ortaokul mezunlarının korku oranının %46,8 olduğu bulunmuştur (El-sahat vd., 2017). Başka bir çalışmada ise eğitimin olmayan ve ameliyatı hakkında bilgi sahibi hastaların kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Hançer, 2023). Görüldüğü üzere bazı çalışmalarda artan eğitim düzeyi ile birlikte anksiyetenin de arttığı bildirilirken, bazılarında eğitim durumu ve anksiyete arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bildirilmiştir (Sağır vd., 2012).

Anestezi İle İlişkili Faktörler: Anesteziye bağlı korku, anestezi sırasında ağrı duyma, uyandırılmama anestezinin etkisiyle kontrolün kaybedilmesi ve uyandırılma sırasında istemsiz davranışlarda bulunma korkularını içermektedir.

Bir çalışmada hastaların anestezi korkuları arasında en yüksek oranların %50,6 ile ilk sırada anestezinin başarısız olup ameliyat sırasında ağrı ve acı hissetmek olduğu, ikinci sırada %49,2 ile ameliyattan sonra uzun süre uyanamamak olduğu tespit edilmiştir. Ülkemizde ise yapılan çalışmalarda en sık karşılaşılan korkunun ameliyat sonunda uyanamama korkusu olduğu görülmektedir (Türkyılmaz vd., 2018; Yazar, 2024).

Cerrahi Girişimin Türü ve Büyüklüğü: Cerrahi girişimlerin korku üzerinde anlamlı bir ilişkisi olduğu bildirilmiştir. Acil cerrahi girişim geçirecek olan hastaların elektif cerrahi geçirecek hastalara oran ile korku düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Ji vd., 2022). Bunun yanı sıra majör ameliyatların risk faktörlerinin ve ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonların minör ameliyatlara oranla daha yüksek olması majör ameliyatların cerrahi korkuyu daha çok etkilediğini göstermektedir. Örneğin torakotominin yapıldığı ve kalbin bir süre ECMO (Ekstrakorporal membran oksijenizasyonu) cihazına bağlandığı açık kalp ameliyatlarında ölüm oranlarının yüksek olması nedeniyle cerrahi korku oranları daha yüksektir (Kassahun vd., 2022; Mavrogiorgou vd., 2023).

Ağrı: Ameliyat öncesinde hastaların, ameliyat sırasında ve sonrasında ağrı korkusu cerrahi korkuya neden olabilmektedir. Yapılan bir çalışmada, hastalarda ameliyat öncesi ağrı korkusunun orta ile şiddetli derecede olduğu saptanmıştır. Bu çalışmadan yola çıkarak, hemşirelerin ameliyat öncesi dönemde hastaların ağrı yönetimini iyi yapması ameliyat sonrası hastalarda olumlu sonuçlar sağlayabilmektedir (Üstünel ve Erden 2022).

Psikososyal Destek: Önlenebilir ve kontrol altına alınabilir olan kaygı ve korku duyguları iyi bir sosyal destek ile ameliyat sonrası komplikasyonların önlenmesinde oldukça önemli bir yere sahiptir. Elektif cerrahi geçiren yetişkin hastalarda yapılan bir çalışmada ameliyat öncesi korku düzeyinin %47 olduğu bulunmuş, yine aynı çalışmada hastaların ameliyat öncesi anksiyete açısından düzenli değerlendirilmesi ve anksiyete azaltma yöntemlerinin uygulanması gerektiği vurgulanmıştır (Bedaso ve Ayalew 2019).

Ameliyat öncesi dönemde hastaların korku düzeylerinin değerlendirilmesi ve yönetilmesi sağlık profesyonelleri arasında bir ekip işidir. Hemşire hastaya en yakın ve en uzun bakım veren sağlık profesyoneli olarak hasta ve ailesinin eğitim gereksinimlerini ve korkuya sebebiyet veren faktörleri belirleyerek güçlüklerle baş etmelerinde yardımcı olmaktadır (Dolgun ve Dönmez 2010).

Duyguların yaşanma yoğunluğu birçok hastada önemli ölçüde farklılık göstermektedir. Cerrahi korkuyu etkileyen faktörler de bu sebeple bireyden bireye farklılık gösterirken birçok faktörü de içinde barındıracaktır (Öztürk, 2022).

2.2.1.2. Cerrahi Korkunun Hasta Üzerine Etkisi

Cerrahi korku ameliyat kararının verilmesi ile birlikte başlamaktadır. Bu durum korku ile birlikte hastada fizyolojik, psikolojik ve bilişsel birçok semptomu da beraberinde getirmektedir (Yazar, 2024).

Fizyolojik Belirtiler: Cerrahi korku ile birlikte oluşabilecek başlıca belirtilere; kalp hızında ve kan basıncında artış, kaslarda gerginlik ve titreme, sık idrara çıkma ya da idrar kaçırma, solunum sayısında artış, bulantı, kusma, iştahsızlık, diyare ya da konstipasyon, sersemlik, baş ağrısı, vücutta uyuşma ya da terleme örnek olarak verilebilmektedir (Fındık ve Topçu 2015; Tamer, 2019; Selimovic ve Bajric 2024).

Psikolojik Belirtiler: Cerrahi korku ile bağlı olarak ortaya çıkan kaygı, tedirginlik, çaresizlik, ağlama ve ürkmenin yanı sıra sinirlilik, sabırsızlık, başkasını suçlama ve kendini küçümseme gibi de zıt duygular gözlenebilmektedir (Mete, 2020).

Bilişsel ve Davranışsal Belirtiler: Bireylerde dikkat dağınıklığı, odaklanamama, anımsamada güçlük, dikkatsizlik gibi düşünce süreçlerinde bozulma ve buna bağlı sürekli düşünce hali gibi bilişsel belirtiler görülebilmektedir. Bunların yanında bireyin beklenenden daha sakin ya da daha aktif davranışsal etkileri de gözlenebilmektedir (Mete, 2020; Özkan, 2020).

2.3. Ağrı Kavramı

Ağrı kavramı ilk olarak 1979 yılında IASP (International Association for the Study of Pain-Uluslararası Ağrı Araştırma Derneği) tarafından yapılmıştır. IASP ağrıyı tanımlarken “Gerçek veya potansiyel doku hasarıyla ilişkili veya bu hasarla ifade edilen hoş olmayan duyuşsal ve duygusal deneyim.” olarak ifade etmiştir. 1994 yılında tartışma konusu olan kavramın güncellenmesi konusuna yönelik ağrı tanımı IASP tarafından aynı şekilde kullanılmaya devam etmektedir (Raja vd., 2020; IASP, 2024).

Ağrı, organizmanın doku hasarı veya doku hasarının yaklaşmakta olduğu hissi olarak da tanımlanabilmektedir. Ağrı kavramı kişinin biyolojik yapısından, psikolojik duygu durumundan ve sosyal çevresinden etkilenen kişisel bir deneyimdir. Farklı bir tanımla; bireyin yaşamı boyunca belirli zamanlarda deneyimlediği, günlük yaşam aktivitelerini engelleyen ve yaşam kalitesini düşüren soyut bir kavram olarak da ifade edilebilmektedir (Öngel, 2017; Burchiel vd., 2019; Raja vd., 2020).

Cerrahi travma ile başlayan ameliyat sonrası ağrı, zamanla azalan ve dokuların iyileşmesi ile biten, genellikle kısa süreli ve iyi lokalize olan, insizyonun tipi, genişliği ve derinliği ile doğrudan ilişkili olan akut ağrı şeklinde tanımlanabilmektedir (Temiz ve Özer 2015). Literatürde cerrahi girişim geçiren hastaların %80'den fazlasının ameliyat sonrası ağrı deneyimlediği, bu hastaların %75'inin ise, ağrılarını orta şiddetli ve dayanılmaz olarak ifade ettikleri bildirilmiştir (Gürkan vd., 2020).

2.3.1. Ağrının Patofizyolojisi

Ağrı yönetiminde ağrı ile birlikte eşlik eden belirtileri ve ağrının tedavisine yönelik yapılacak uygulamaları belirlemek için ağrının patofizyolojisini bilmek önemlidir.

Nosisepsiyon, cilt, kas, eklem gibi subkutan dokularda bulunan nosiseptörlerin doku hasarı ve ağrı algılaması arasında oluşan karmaşık bir dizi elektrokimyasal olayların tümünü içermektedir (Çevik, 2017; Aksoy vd., 2019). Nosiseptörler ilk aşamada vücudun herhangi bir yerinde meydana gelen ağrının Santral Sinir Sistemine iletilerek algılanmasını sağlamaktadır. Ağrının algılanması 4 fizyolojik aşamadan oluşmaktadır; (Aydın, 2002; Lemke, 2004).

1.Transdüksiyon: Sinir uçlarındaki stimulusun elektriksel aktiviteye dönüştürüldüğü aşama olarak tanımlanmaktadır. Örneğin belirli seviyelerdeki düşük sıcaklığı ağrı olarak algılayamayan nosiseptörler sıcaklığın artması ile duyarlı hale gelerek ağrılı uyaran başlamış olmaktadır (Aydın, 2002; Aksoy vd., 2019).

2.Transmisyon: Nosiseptörler tarafından alınan ağrı bilgisinin sinir sistemi boyunca yayılarak santral sinir sistemine iletildiği aşamadır. Ağrı duyusunu

iletmede ince miyelinize A delta lifleri ve miyelinize olmayan C lifleri rol oynamaktadır (Oral ve Usta 2016). Nöral bloklar 3 bileşenden oluşur;

- a. Elektriksel aktivitenin spinal korda primer sensoryal afferent nöronlar tarafından iletilmesi,
- b. Uyarının spinal kordda, assendan ileti sistemi ile beyin sapı ve talamusa iletilmesi
- c. Talamokortikal projeksiyon (Aydın, 2002).

3. Modülasyon: Omurilik seviyesinde gerçekleşen nosiseptif transmisyonun nöral etkenlerle değişime uğrayarak daha üst merkezlere iletilmesidir (Aydın, 2002; Aksoy vd., 2019).

4. Persepsiyon: Omurilikten geçen ağrının üst merkezlere iletilmesi sonucu gelişen ağrının algılandığı son aşamadır (Aydın, 2002; Aksoy vd., 2019).

Vücudun farklı bölgelerinde ağrı reseptörlerinin dağılımı farklılık göstermektedir. Nosiseptörlerin çoğu C lif polimodal nosiseptörlerdir ve zararlı termal (genel olarak yaklaşık 45°C'nin üzerinde), zararlı mekanik ve zararlı kimyasal uyarılar dahil olmak üzere farklı uyarı modlarına yanıt vermektedir. C lifleri (<2 mm çap) miyelinsizdir ve iletim hızı 2 m/s'den azdır. İyi lokalize olmayan, yanıcı, gecikmiş ve inatçı ağrılı uyarıları taşımaktadır (Lemke, 2004; Hudspith ve vd., 2006; Aksoy vd., 2019).

Nosiseptörlerin diğer ana grubu, 2-5 mm çapa ve 6-30 m/s iletim hızına sahip ince miyelinli A delta lifleridir. Kutanöz sinirlerdeki miyelinli liflerin miyelinsiz liflere oranı yaklaşık 1/4'tür. Küçük çaplı birincil afferentlerin çoğu mekanik olarak hassas olup, bazıları termal uyarılara karşı da hassas olabilmektedir (Lemke, 2004; Hudspith vd., 2006; Aksoy vd., 2019).

Yukarıda açıklanan iki sinir lif tipinin sinir uyarılarının yayılımı birbirinden farklılık göstermektedir. Hızlı ileten A delta lifleri nosiseptörlerindeki nöronal uyarılar keskin, hızlı ağrı hissini üretirken, daha yavaş olan C lifleri nosiseptörleri gecikmiş, hafif ağrı hissini üretmektedir (Patel, 2010).

2.3.2. Ağrının Sınıflandırılması

Ağrı mekanizması geçmişten günümüze kadar çeşitli şekillerde sınıflandırılmıştır. En çok kabul gören sınıflandırma şekli ağrının kaynaklandığı bölge, mekanizması ve başlama süresi gibi faktörlerin dikkate alınarak yapıldığı sınıflandırmadır.

2.3.2.1. Kaynaklandığı Bölgeye Göre Ağrının Sınıflandırılması

➤ **Somatik Ağrı:** Somatik ağrı tipik olarak aniden başlayan, yoğun, acı verici ve keskindir. İyi lokalize edilebilir, bu nedenle de teşhisi kolaydır. Kas ve kemiklerden kaynaklanmaktadır (Aksoy vd., 2019; Mete, 2020).

Yüzeyel (Kutanöz) somatik ağrı, cerrahi insizyon sonucu oluşan subkutan dokular gibi yüzeyel yapılardan kaynaklanan, başlangıcı ani, yakıcı, keskin ve lokalize edilebilen ağrı türü iken; *derin somatik ağrı*, ligamentler, kaslar, eklemler ve damarlar gibi derin vücut yapılarından köken alan, lokalize olmayan bıçak batması ya da basınç hissi gibi olan ağrıdır (Aksoy vd., 2019; Mete, 2020).

➤ **Visseral Ağrı:** Başlangıç noktası iç organlar veya bunların zarlarının (perikard ve periton gibi) anormal fonksiyonuna veya bozukluğuna bağlı olarak gelişen künt ve sızlayıcı bir ağrıdır. Yavaş yavaş başlar, donuk ve ağırlıdır. Lokalizasyonu zordur. Ağrının başka bölgelere yansması şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Kalp ağrısının sol kola yansması, diyafram ağrısının sol omuza yansması bunun klasik örnekleridir (Debbag ve Khidhir 2016).

➤ **Sempatik Ağrı:** Sempatik sinir sisteminin aktivasyonu ile ortaya çıkan damar kaynaklı yanıcı tipte ağrıdır. Hasta ağrılı bölgede üşüme hissinden ve solukluktan yakınmaktadır (Debbag ve Khidhir 2016).

2.3.2.2. Mekanizmalarına Göre Ağrının Sınıflandırılması

➤ **Nosiseptif Ağrı:** Potansiyel olarak zararlı bir çevresel uyarıya yanıt olarak vücut tarafından üretilen kısa süreli bir durumdur. Bireyi olası hasarlardan koruyan refleksler üretmektedir (Souza Monteiro de Araujo vd., 2020).

➤ **Nöropatik Ağrı:** Periferik ve santral sinir sisteminde birinde veya her ikisinde aniden anormal sinyal iletimine bağlı olarak gelişmektedir. Spontan ağrılar ya da ağrı olmadığı halde ağrı hissi ortaya çıkabilmektedir. Buna en iyi örnek olarak diyabetik nöropati verilebilmektedir (Aksoy vd., 2019).

➤ **Deafferantasyon Ağrısı:** Santral sinir sistemi yaralanmaları sonucunda somatosensoryal uyarıların merkezi sinir sistemi ile ilişkisinin kesintiye uğradığı durumlarda ortaya çıkmaktadır. Talamik ağrı sendromu en iyi örneklerinden biridir (Yağcı ve Saygın 2019).

➤ **Reaktif Ağrı:** Vücutta meydana gelen çeşitli olaylara karşı, motor ya da sempatik afferentlerin refleks aktivasyonu ile noziseptörlerin uyarılması sonucu oluşmaktadır. Miyofasiyal ağrı sendromu en iyi örneklerinden biridir (Aydın, 2002).

➤ **Psikosomatik Ağrı:** Psikolojik sorunlardan (anksiyete, depresyon gibi) temel alan, doku hasarı olmayan ancak fiziksel olarak varlığı hissedilen ağrılardır. Gerilim tip baş ağrısı, kolit örnek olarak verilebilmektedir (Aydın, 2002).

2.3.2.3. Başlama Süresine Göre Ağrının Sınıflandırılması

➤ **Akut Ağrı:** Genellikle ani başlayan, nedeni genellikle yaşanan bir olay ya da hastalık olan, 3 aydan daha az süren keskin ağrılardır. Nedene bağlı olarak çoğunlukla dindirilebilmektedir. Ameliyat sonrası hissedilen ağrılar akut ağrı olarak tanımlanmaktadır (Feizerfan ve Sheh 2015; Aksoy vd., 2019).

➤ **Kronik Ağrı:** 6 aydan fazla süren, ağrı kaynağının çoğu zaman bilinmediği ve bireylerin yaşam kalitesini etkileyen ağrılardır. Migren ağrısı, kansere bağlı oluşan ağrılar, romatoid artrit ve periferik nöropatiler örnek olarak verilebilmektedir (Feizerfan ve Sheh 2015; Aksoy vd., 2019).

2.3.3. Ameliyat Sonrası Ağrı

Cerrahi girişimin yol açtığı travma ile birlikte başlayan ameliyat sonrası ağrı, çoğunlukla birkaç gün içerisinde azalması beklenen akut bir ağrıdır (Yılmaz ve Gürler 2011).

Her yıl dünya genelinde 230 milyonun üzerinde cerrahi girişim yapıldığı, bu hastaların hemen hemen %80'inin cerrahi girişim sonrası ağrı ifade ettiği görülmektedir. Batı toplumlarında ameliyat sonrası dönemde hastaların %75'inden fazlası orta ciddi ve dayanılmaz düzeyde ağrı duyduğu ifade edilirken, Türkiye'de ise ameliyat sonrası dönemde ağrı görülme sıklığının %30 ile %97 arasında değiştiği belirtilmiştir (Eti Aslan vd., 2018; Reisli vd., 2021).

Ameliyat sonrası ağrı, bireylerin birbirlerinden farklı şiddetlerde deneyimledikleri cerrahi girişim sonrası beklenen bir olgudur. Ancak yaşanan ağrının yoğunluğu ve süresi, hastalarda kronik veya kalıcı ameliyat sonrası ağrı görülme olasılığını arttırmaktadır. Tedavi edilemeyen bir ağrı uzun vadede psikolojik, sosyal ve ekonomik olumsuzluklara yol açabilmektedir (Baş vd., 2016; Small ve Laycock 2019).

2.3.4. Ameliyat Sonrası Ağrının Tanılanması

Ağrı yönetiminde ağrının tanılanması ve değerlendirilmesi önemli bir yere sahiptir. Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)'a göre etkili bir ağrı yönetimi için, ağrı değerlendirilmesi “beşinci yaşamsal bulgu” olarak kabul edilmelidir (Yeşilbakan, 2007).

Multidisipliner bir yaklaşım olan ağrı yönetiminin ilk basamağı ameliyat sonrası ağrının iyi şekilde tanılanması ve değerlendirilmesidir (Öz, 2022). Hemşirelerin hastalar ile diğer sağlık profesyonellerinden daha fazla süre birlikte olması, ağrı ile başa çıkmada nonfarmakolojik yöntemleri kullanması, planlanan tedaviyi uygulaması ve etkili bir biçimde takip edebilmesi sebebiyle ameliyat sonrası ağrıyı tanılama ve değerlendirme aşamasında önemli bir yere sahiptir (Yeşilyurt ve Faydalı 2020; Çarık, 2020).

Hastanın ağrı değerlendirmesi ameliyat öncesi dönemde hastanın anamnezi ile başlamaktadır. Hastaların kişilik yapısı, emosyonel durumu, sosyokültürel yapısı ve geçmiş deneyimleri göz önünde bulundurulmalıdır (Karakaş, 2017).

Hastanın ameliyat sonrası ağrı tanınması yapılırken dikkat edilmesi gereken bazı noktalar vardır;

- Hasta uyanık ve hemşirelerin söylediğini anlayabilmelidir.
- Ağrının subjektif bir veri olduğu unutulmamalı, hastaya açık, net, yönlendirme yapılmadan sorular sorulmalıdır.
- Hastanın ağrıya ilişkin ifadeleri aynen kaydedilmelidir.
- Hastanın ağrı tanımlamasında anlaşılamayan sözel ifadeler hastalara açıkça ifade ettirilmeli, ağrı bölgesinin gösterilmesi istenmelidir.
- Yalnızca sözel ifadelere değil, tanılama sırasında hastanın beden diline de dikkat edilmelidir (Çarık, 2020).

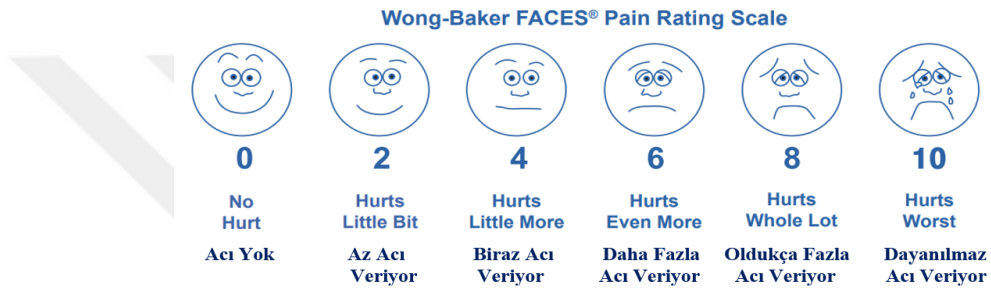
2.3.5. Ameliyat Sonrası Ağrının Değerlendirilmesi

Ağrının tanınmasında hemşire, ağrının yeri, şiddeti, niteliği, hastanın ağrısını ifade etme biçimi, ağrıyı azaltan durumlar ve hastanın ağrıya verdiği yanıtlar gibi birçok parametreyi içeren ölçekleri kullanabilmektedir. Ağrı değerlendirme ölçekleri hastaların sözel ifade verilerini içerirken sağlık profesyonellerine objektif veriler sağlamaktadır. Bu da ekip üyeleri arasında aynı dili konuşabilmeyi ve ağrı yönetiminin etkinliğini arttırmaktadır (Aksoy vd., 2019; Özveren vd., 2018).

Ağrı tanınmasında tek boyutlu ve çok boyutlu olmak üzere çeşitli ölçekler kullanılmaktadır. Ameliyat sonrası ağrının erken dönemde değerlendirilebilmesi amacıyla ise tek boyutlu ağrı değerlendirme ölçekleri tercih edilmektedir (Yurtseven vd., 2021).

2.3.5.1. Tek Boyutlu Ağrı Değerlendirme Ölçekleri

a. Wong- Baker Yüz İfadeleri Ağrı Değerlendirme Skalası: Gülümseyen yüz ifadesinin ağlayan yüz ifadesine kadar sıralanan altı yüz ifadesinden oluşmaktadır. Bu ölçek 0 ile 10 arasında ağrının şiddetinin her yüz ifadesinde 2 puan arttığı bir değerlendirmedir. Ağrının olmama durumu 0 puan ile gösterilirken, en şiddetli ağrı 10 puan ile gösterilmektedir. Hastalardan o an da hissettikleri ağrıyı işaret etmeleri istenmektedir. Bu nedenle de iletişim problemi olan, konfüze hastalara, yaşlılar ve çocuklarda kullanılabilmektedir (Oktay ve Ayoğlu 2018; Reisli vd., 2021).



Şekil 2.1. Wong-Baker Yüz İfadeleri Ağrı Değerlendirme Skalası

b. Sözlü Ağrı Değerlendirme Skalası (VRS): Hastaların 5 puanlı ölçek üzerinden ağrılarını yok, hafif, orta, şiddetli veya çok şiddetli olarak değerlendirmesi istenilmektedir.

c. Sayısal Ağrı Değerlendirme Skalası: Ağrının olmamasının “0” , en şiddetli ağrının “5” ya da “10” puan ile gösterildiği sayısal ölçeklerdir. Bu ölçek sayı saymayı bilen ve numaralarla şiddetin boyutunu tarifleyebilen (sayı arttıkça ağrı yoğunluğu artıyor) kişilerde kullanılabilmektedir (Reisli vd., 2021).

d. Görsel Kıyaslama Ölçeği: 10 cm’lik bir cetvelden oluşan ağrı skalasının bir ucunda “ağrı yok ” diğer ucunda ise “olabilecek en şiddetli ağrı” yazmaktadır. Hastaların ağrı şiddetine karşılık gelen noktaya çarpı atması istenilmektedir (Eti Aslan, 2009).

2.3.5.2. Çok Boyutlu Ağrı Değerlendirme Ölçekleri

- McGill Melzack Ağrı Soru Formu/ Anketi
- Dartmouth Ağrı Soru Formu / Anketi
- West Haven-Yale Çok Boyutlu Ağrı Çizelgesi
- Hatırlatıcı Ağrı Değerlendirme Kartı
- Wisconsin Kısa Ağrı Çizelgesi
- Ağrı Algılama Profili
- Davranış Modelleri
- Karşıt Yöntem Karşılaştırması (Aksoy vd., 2019).

2.3.6. Ameliyat Sonrası Ağrının Hasta Üzerindeki Etkisi

Kardiyovasküler Sistem: Ağrının oluşturduğu sempatik sinir sistemi artmasına bağlı olarak kalbin iş yükü ve atım hızı artmaktadır. Miyokardın oksijen tüketimindeki artış sebebi ile de, taşikardi ve anjinal ağrılar gözlemlenebilmektedir (Kurnaz, 1999; Karakaş, 2017).

Solunum Sistemi: Özellikle batin ve toraks ameliyatları gibi cerrahi insizyonun diyaframa yakın olduğu girişimlerde, hasta ağrıya bağlı olarak derin soluk alma ve öksürme egzersizlerini yapmakta zorlanmaktadır. Bu durum anestezi sonrası akciğer vital kapasitesinde azalmaya, ek olarak, atelektazi gibi komplikasyonlara neden olabilmektedir (Kurnaz, 1999; Karakaş, 2017).

Kas İskelet Sistemi: Cerrahi girişim ve sempatik sinir sistemi aktivitesinin artmasına bağlı olarak periferik nosiseptör duyarlılığının da artmasıyla kas spazmları oluşabilmektedir. Artan kas spazmları ve ağrı, kısır bir döngü oluşturarak hastaların hareketlerini kısıtlayarak hastaları geçici süreli immobil hale getirebilmektedir. Dolaylı olarak ameliyat sonrası immobilizasyona bağlı derin ven trombozu ve emboli görülme riskleri de artmaktadır (Kurnaz, 1999; Karakaş, 2017).

Gastrointestinal Sistem: Cerrahi girişim sonrası ağrı ile birlikte sempatik sistem aktivitesinde artış, gastrointestinal motilite ve splenik dolaşımda azalmaya neden olmaktadır. Özellikle abdominal cerrahi girişimler sonrası bulantı, kusma, distansiyon ve peristaltizmde azalma meydana gelmektedir (Dişçeken, 2020).

Üriner Sistem: Ağrı ile birlikte üretra ve mesane motilitesinde azalma, idrar yapmada güçlük ve bunlara bağlı üriner retansiyon görülebilmektedir. Ayrıca ameliyat sonrası aktive olan stres mekanizması nedeniyle görülen periferik vazokonstriksiyon oligüriye de neden olabilmektedir (Dişçeken, 2020).

Endokrin Sistem: Ameliyat sonrası ağrı ile birlikte nosiseptörlerin stimülasyonu vücutta endokrin ve metabolik bazı olayları gerçekleştirmektedir. Endokrin sisteme bakıldığında ağrı sonrası katekolamin ve kortizol gibi diğer katabolik hormonların salınımında artış, insülin ve testosteron gibi anabolik hormonların salınımında azalma gözlenmektedir. ADH (Antidiüretik hormon) salınımındaki artış sıvı retansiyonuna neden olmaktadır. Bu durum kan basıncında yükselmeye sebep olmaktadır (Karakaş, 2017; Dişçeken, 2020).

Bu hormonal değişiklikler vücudun cerrahi girişime verdiği “stres yanıtı” olarak tanımlanmaktadır. Stres yanıtı vücudun koruyucu bir mekanizmasıdır. Ancak uzun süren stres yanıtı vücutta iyileşmeyi geciktirmektedir (Kocatürk, 2000; Acar vd., 2015).

Bağışıklık Sistemi: İmmun yanıtın azalmasına bağlı enfeksiyona neden olabilmektedir (Şenyüz ve Koçaşlı 2017).

2.3.7. Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetiminde Hemşirenin Sorumlulukları

Etkili bir ağrı yönetimi cerrahi girişim öncesinden başlayarak taburculuğa kadar devam eden bir süreçtir. Ameliyat sonrası ağrı beklenen ve takip edilmesi gerekli bir bulgudur. Tamamıyla ortadan kaldırmak kısa vadede olanaksız olsa da, iyi bir ağrı yönetimiyle ağrının anlamlı derecede hafifletilmesi, yaşam kalitesinin yükseltilmesi, komplikasyon gelişmesinin önlenmesi, hastanede kalış süresinin azaltılması ve ağrıya yönelik yakınmaların tekrarlanmaması amaçlanmaktadır. Bunlarla birlikte etkili bir ağrı yönetimi sonucu bakım kalitesinde ve hasta memnuniyetinde de artış gözlemlenmektedir (Kök, 2018; Aksoy vd., 2019; Tiryaki, 2021; Öz, 2022).

Ağrının başarılı yönetimi, hekim, hemşire ve diğer sağlık profesyonellerinin birlikte hareket ettikleri multidisipliner ekip yaklaşımını gerektirmektedir. Hemşireler, hastalar ile tüm süreci yakından ve uzun süre takip eden bir sağlık profesyoneli olduğu için ağrı yönetiminde daha etkin rol oynamaktadır (Terzioğlu ve Şahan 2012; Aksoy vd., 2019; Çarık, 2020). Hemşireler ameliyat sonrası ağrının yönetiminde öncelikli olarak ağrıyı tanılamalı, ağrı kontrolüne yönelik bireye özgü bakımı planlamalı ve hastanın her aşamada ağrısını değerlendirerek bakımın etkililiğini ölçmeleri oldukça önemlidir. Bu nedenle hemşirelerin, hastanın ameliyat öncesi dönemde geçmiş ağrı deneyimlerini, ağrı inançlarını ve ağrı ile baş etme yöntemlerini tanılayarak ameliyat sonrası dönem için bu bilgiler ışığında bir planlama yapması gerekmektedir (Öz, 2018; Birge ve Mollaoğlu 2018; Dişçeken, 2020).

JCAHO' ya göre ağrının beşinci yaşam bulgusu olarak kabul edilip düzenli olarak değerlendirilmesi ve kaydedilmesi gerekmektedir. Hemşireler ameliyat sonrası ağrıyı değerlendirmek için çeşitli ağrı değerlendirme skalalarını kullanabilmektedir. Özellikle ağrı değerlendirmesinde erken dönem daha kolaylıkla uygulanabilmesi sebebiyle tek boyutlu skalalar olan Görsel Analog Skala (VAS), Sözel Tanımlama Skalası (VRS), Sayısal Değerlendirme Skalası (NRS) ve Yüz İfadeleri Skalası kullanılmaktadır (Dişçeken, 2020; Yurtseven vd., 2021).

Hastanın ameliyat sonrası erken dönemde kendini tam anlamıyla ifade etmesi oldukça zordur. Bu nedenle de hastanın ağrısı değerlendirilirken sözel ifadelerinin yanı sıra sözel olmayan ifadeleri (yüz buruşturma, inleme, yumruk sıkma ve terleme gibi) dikkate alınarak fizyolojik bulguları ile birlikte bütüncül bir bakım planlanmalıdır (Tiryaki, 2021).

Ameliyat sonrası dönemde değerlendirilen ağrının kontrol altına alınabilmesi için hemşireler farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler ile ağrının kontrol altına alınmasında büyük rol oynamaktadır. Bu nedenle hemşireler, sürekli kendini eğitmeli, yeniliklere ve yeni tedavi yöntemlerine açık olmalıdır (Ay ve Alpar 2010; Mete, 2020; Tiryaki, 2021).

Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda hemşirelerin ağrı yönetimine karşı çoğunlukla farmakolojik yaklaşımlara ve hekim istemlerine bağlı kaldıkları, bağımsız rollerine daha az yer verdikleri belirtilmiştir (Baş vd., 2015). Demir ve arkadaşlarının yaptıkları başka bir çalışmada, nonfarmakolojik yaklaşımların kullanım oranı %40 olarak bulunmuştur. Yine benzer bir ifade ile bu çalışmada da, hemşirelerin uygulamasının kolay olması ve etkisini çabuk göstermesi nedeniyle hastanın ağrı tedavisinde çoğunlukla farmakolojik yöntemlere yöneldikleri gösterilmiştir (Demir vd., 2012).

Ameliyat sonrası ağrı yönetiminde atlanmaması gereken önemli bir konuda, ameliyat öncesi korkudur. Ameliyat öncesi kaygı ve korku, ameliyat sonrası yara iyileşmesini, ağrı ve anestezi yoğunluğunu ve analjezi gereksinimlerini etkileyebilir. Bu durum, etkin bir ağrı yönetiminin önüne geçmektedir (Akutay ve Ceyhan 2023).

Bu sebeple literatür incelemesi yapıldığında planlı cerrahi girişim öncesi korkunun ameliyat sonrası ağrıya etkisinin incelendiği sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmüştür. Bu çalışma ile de elektif cerrahi girişim geçirecek olan hastaların ameliyat öncesi korku düzeylerinin ameliyat sonrası ağrıya etkisinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma genel cerrahi servisinde yatan elektif cerrahi geçirecek olan hastaların ameliyat öncesi korku düzeylerinin ameliyat sonrası ağrıya etkisini belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Edirne Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nin Genel Cerrahi Servisinde 15 Nisan 2023 ve 10 Ekim 2023 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Edirne Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinin, genel cerrahi servisinde yatan 18 yaş ve üstü elektif cerrahi girişim geçiren hastalar oluşturdu. G*Power programı kullanılarak yapılan Power analizi sonucunda cerrahi korku ölçeği toplam puanı ve ağrı şiddeti arasındaki korelasyon için r^2 değeri 0.051, effect size (r) (etki boyutu):0.225 alındığında Power:0.80 ve α :0.05 için tespit edilen örneklem sayısı minimum $n=151$ kişi olarak saptandı. Araştırmada 156 hasta ile evreni temsil edecek örnekleme ulaşıldı.

3.4. Araştırmanın Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaş ve üstü olan,
- Edirne Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinin genel cerrahi servisinde yatmakta olan,
- Elektif cerrahi girişim geçiren,
- Veri toplama öncesi analjezi uygulaması yapılmamış olan
- Psikolojik bir tanı almamış olan,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan,

- İletişim problemi olmayan hastalar araştırmaya dahil edildi.

3.5. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

Araştırmanın dahil edilme kriterlerine uygun olmayan hastalar araştırmaya alınmadı.

3.6. Araştırma Soruları

Araştırma, tanımlayıcı tipte bir araştırma olduğundan, araştırmaya katılım sağlayan genel cerrahi servisinde yatan hastalardan temel olarak aşağıda sıralanan sorulara yanıt aranmaya çalışılmıştır.

- Genel cerrahi servisinde yatan hastaların ameliyat öncesi korkuları düzeyleri nedir?
- Genel cerrahi servisinde yatan hastaların ameliyat öncesi korku düzeylerinin ameliyat sonrası ağrıya etkisi var mıdır?

3.7. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplama aracı olarak; Kişisel Bilgi Formu, Cerrahi Korku Ölçeği ve Görsel Kıyaslama Ölçeği kullanıldı. Ameliyat öncesi hasta ile görüşülerek öncelikle yaşı, cinsiyeti, medeni ve öğrenim durumu gibi demografik özellikleri belirlemek amacıyla Kişisel Bilgi Formu dolduruldu (Demirci, 2022; Dursun, 2018). Ameliyat öncesi korku düzeylerini belirlemek amacıyla ise Cerrahi Korku Ölçeği kullanıldı. Bu ölçek toplam 8 maddeden oluşmakta ve her madde 0 ile 10 puan arasında değerlendirilmektedir. 0 “hiç korkmuyorum” , 10 ise “çok korkuyorum” anlamına gelmektedir. Bireylerin ameliyat sonrası dönemde ağrı düzeylerinin değerlendirilmesi için ise Görsel Kıyaslama Ölçeği kullanıldı. Bu ölçek; ameliyat öncesi ağrı düzeyi, ameliyattan sonra ilk 30 dk içindeki ağrı düzeyi, ameliyattan sonrası 2. saatte, 6. saatte ve 12. saatteki ağrı düzeyleri olmak üzere 5 bölümden oluşmakta olup her bölümde 0 “hiç ağrım yok” ve 10 ise “çok şiddetli ağrım var” şeklinde değerlendirildi. Anketler hastalar ile yüz yüze görüşme yöntemiyle dolduruldu. Uygulama her hasta için 15-20 dk sürdü.

3.7.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan bu formda; 1-7. sorular arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, alışkanlıklar gibi sosyodemografik özelliklerin yer aldığı sorular yer almaktadır. 8. soru hastaların geçmiş ameliyat deneyimini sorgulamaktadır. 9.-13. sorular arasında hastanın geçireceği cerrahi girişim hakkında bilgileri yer alırken, 14. Soru ise ameliyat olmaya karar vermedeki etkenin saptanması amacıyla hazırlandı (Demirci, 2022; Dursun, 2018).

3.7.2. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)

Görsel kıyaslama ölçeği, bir ucunda “ağrısızlık” diğer ucunda “olabilecek en şiddetli ağrı” yazan 10 cm’lik bir cetveldir. 1 cm’lik kesitlere ayrılarak baştan sonra 0’dan 10’a kadar derece verilmektedir. Belirtildiği üzere 0 “ağrısızlığı”, 10 ise “en şiddetli ağrıyı” ifade etmektedir. Kullanımı kolay ve hızlı olduğu için akut ağrı şiddeti belirlemede en uygun ölçek olduğu düşünülmektedir. Ameliyat sonrası ağrı değerlendirilmesinde Görsel Kıyaslama Ölçeğinin duyarlılık ve seçiciliği Fatma Eti Aslan tarafından literatürümüze kazandırılmıştır (Eti Aslan, 2004).

3.7.3. Cerrahi Korku Ölçeği (CKÖ)

Elektif cerrahi geçirecek hastaların cerrahi operasyonun getirdiği kısa ve uzun dönem sonuçlarının oluşturduğu korku düzeyini belirlemek amacıyla 2014 yılında Theunissen ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ülkemizde ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği Zeynep Karaman Özlü (2016) tarafından yapılmıştır.

Ölçek 8 maddeden oluşan, 0-10 arası puanlanan, 11 likertli bir ölçektir. Her bir madde 0 “hiç korkmuyorum”, 10 “çok korkuyorum” şeklinde puanlanmaktadır. Ölçek her biri dört maddeden oluşan, korkunun kaynağına ilişkin iki alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar cerrahinin kısa dönem ve uzun dönem sonuçlarının korkusunu gösteren ölçekteki 1-4 maddeler cerrahinin kısa dönem sonuçlarının korkusunu ölçerken, 5-8 maddeler cerrahinin uzun dönem sonuçlarının korkusunu ölçmektedir.

Ölçeğin alt boyutlarındaki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı elde edilmekte ve iki alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı oluşmaktadır. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 0 iken en yüksek puan 40'tır. Ölçek toplam puanı ise en düşük 0 iken en yüksek 80'dir. Puanın yüksek olması cerrahi korkunun yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin iç tutarlılık Cronbach alpha katsayısı 0,89 kısa dönem sonuçları (CKÖ-K) alt boyutu için 0,86, uzun dönem sonuçları (CKÖ-U) alt boyutu için 0,87 olarak bulunmuştur (Bağdigen, 2016). Bu çalışmada Cerrahi Korku Ölçeğinin Cronbach's Alpha puanı 0,853 olarak bulundu.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen anket ve ölçek verileri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan, min. ve max. değerleri kullanıldı. Verilerin normal dağılımına Kolmogorov-Smirnov ile bakılmış ve veriler normal dağılıma uymadığı için ikili değişkenler arasındaki ilişkiye non parametrik test olan Mann-Whitney U testi ile üçlü değişkenlere ise non parametrik test olan Kruskal-Wallis Testi ile bakıldı. Veriler normal dağılıma uymadığı için Post Hoc testlerden Games-Howell düzeltmesi yapıldı. Verilerin normal dağılıma uymadığı için ölçekler arasındaki bağıntı için Spearman testi kullanıldı. Korelasyon katsayıları; 0,29'-un altı düşük, 0,30-0,49 arası orta ve 0,50'nin üstü yüksek korelasyon olarak kabul edildi. (Kaynak: Heiman GW. Basic Statistics for the Behavioral Sciences. Sixth ed., Belmont, CA: Wadsworth/ Cengage Learning, 2011). Görsel Kıyaslama Ölçeği ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının belirlenmesinde tekrarlayan ölçümlerde varyans analizi uygulandı. Varyans Analizinden (ANOVA) elde edilen F testinin anlamlılığı değerlendirilirken küresellik varsayımının sağlandığı durumlarda Sphericity Assumed değeri, sağlanamadığı durumlarda ise Epsilon'un Greenhouse-Geisser değeri 0,75'ten küçük ise Greenhouse-Geisser, büyük ise Huynh-Feldt F ve p değerleri kullanıldı. Ayrıca katılımcıların Cerrahi Korku Ölçeği toplam puanının öngörücülerini belirlemek için Lineer Regresyon Analizi yöntemi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi (p değeri) 0,05 olarak belirlendi.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın sınırlılıkları, tek merkezli bir çalışma olması ve yalnızca elektif cerrahi girişim geçiren hastaları kapsamasıdır.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Kırklareli Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Başkanlığı'ndan (01.03.2023 tarihli ve E-69456409-199-79848 sayılı) etik kurul izni (Ek-1) ve Edirne Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nden (17.03.2023 tarihli E-79056779-600-423667 sayılı) resmi kurum izni alındı (Ek-2). Zeynep Karaman Özlü'den geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını yapmış olduğu Cerrahi Korku Ölçeği için kullanım izni Ocak 2023 tarihinde alındı (Ek-4). Görsel Kıyaslama Ölçeği kullanım izni Ocak 2023 tarihinde Fatma Eti Aslan'dan alındı (Ek-5). Araştırmanın amacı hastalara sözel ve yazılı beyan edilerek onamları alındı (Ek-6).

4. BULGULAR

Hastalardan elde edilen anketler doğrultusunda başta sosyodemografik özellikler olmak üzere Cerrahi Korku Ölçeği ve Görsel Kıyaslama Ölçeği verileri ile birlikte hastaların istatistiksel sonuçları bulunup, ölçek sonuçları ve ölçek parametreleri kendi aralarında aşağıdaki sıra doğrultusunda karşılaştırıldı.

Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri (N=156)

		Ort±Ss Min-max (medyan)
Yaş		56,94±15,01 18-90 (59)
Ameliyat Öncesi Yatış Gün Sayısı		1,36±1,52 0-12 (1)
		(sayı, %)
Cinsiyet	Kadın	78 (50,0)
	Erkek	78 (50,0)
Eğitim Düzeyi	Okuryazar	19 (12,2)
	İlköğretim	87 (55,8)
	Lise	22 (14,1)
	Üniversite ve üzeri	28 (17,9)
Medeni Durum	Bekâr	129 (82,7)
	Evli	27 (17,3)
Çalışma Durumu	Çalışıyor	47 (30,1)
	Çalışmıyor/Emekli	109 (69,9)
Kronik Hastalık Durumu (Diyabet, Hipertansiyon vb.)	Evet	81 (51,9)
	Hayır	75 (48,1)
Zararlı Alışkanlıklar (Sigara, Alkol vb.)	Evet	55 (35,3)
	Hayır	101 (64,7)
Ameliyat Türü	Baş Boyun Ameliyatı	36 (23,1)
	Meme Cerrahisi	6 (3,8)
	Batın Ameliyatları	114 (73,1)
Daha Önce Geçirilmiş Ameliyat Durumu	Evet	122 (78,2)
	Hayır	34 (21,8)
Ameliyat Öncesi Dönem Hakkında Bilgilendirilme Durumu	Evet	139 (89,1)
	Hayır	17 (10,9)
Bilgi Alınan Kişi	Hemşire	7 (4,5)
	Doktor	38 (24,4)
	Her ikisi de	94 (60,3)
Ameliyat Sonrası Dönem Hakkında Bilgilendirilme Durumu	Evet	138 (88,5)
	Hayır	18 (11,5)
Bilgi Alınan Kişi	Hemşire	17 (10,9)
	Doktor	31 (19,9)
	Her ikisi de	93 (59,6)
Refakatçi	Evet	155 (99,4)
	Hayır	1 (0,6)
Uygulanan Anestezi Tipi	Genel	122 (78,2)
	Spinal	19 (12,2)
	Diğer (Sedasyon/Lokal)	15 (9,6)

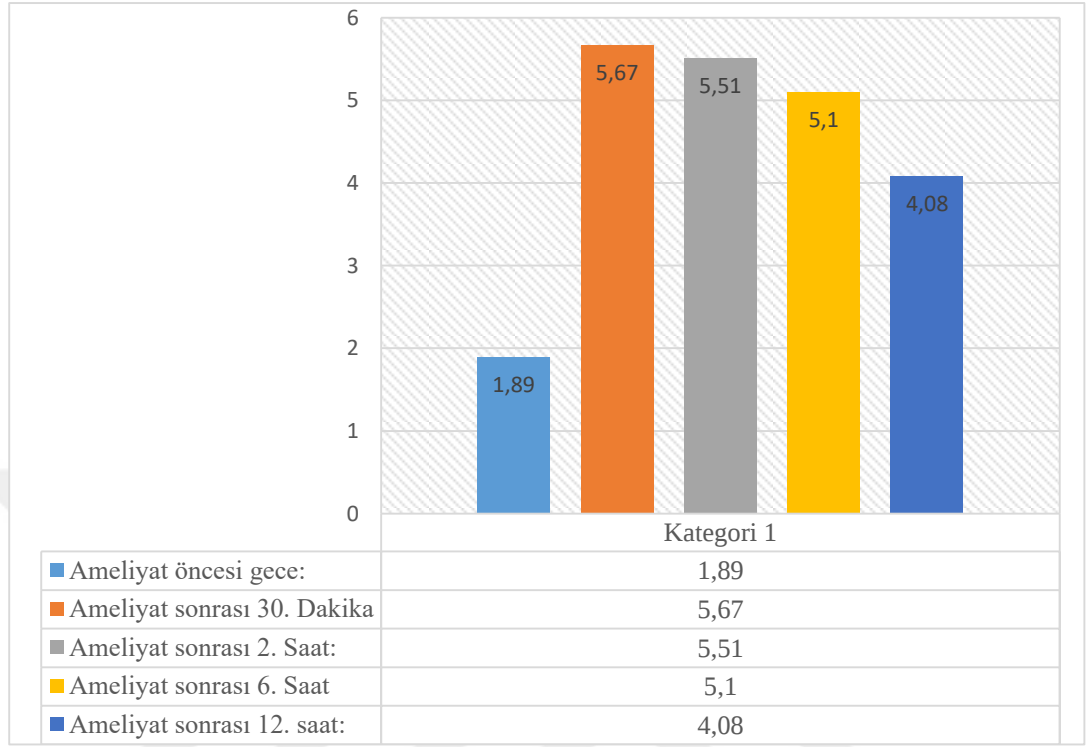
Ameliyat Olmaya Karar Vermedeki En Büyük Etken	Ağrının olması	67 (42,9)
	Hareket kısıtlamasının olması	9 (5,8)
	Kişisel bakımın sağlanamaması	3 (1,9)
	Uyku Problemlerinin Olması	1 (0,6)
	Diğer (Hekim istemi, Girişim revizasyonu vb.)	76 (48,7)

Dâhil edilme ölçütlerini karşılayan 156 elektif cerrahi geçiren hasta çalışmaya alındı. Yaş ortalaması $56,94 \pm 15,01$ olan grubun %50'si kadın, %55,8'i ilköğretim mezunu, %82,7'si bekar, %69,9'nun çalışmadığı bulgulandı. Katılımcıların %51,9'nun kronik bir hastalığı olduğu, %64,7'sinin sigara/alkol kullanım alışkanlığı olduğu, %73,1'nin batın ameliyatı olduğu, %78,2'sinin daha önce ameliyat olduğu bulundu. Katılımcıların %89,1'i ameliyat öncesi dönem ve yapılması gerekenler hakkında bilgi aldığını, %60,3'nün hemşire ve doktordan birlikte eğitim aldığını, %88,5'nin ameliyat sonrası dönem ve dikkat edilmesi gerekenler hakkında bilgi aldığını, %59,6'sının hemşire ve doktordan birlikte eğitim aldığını, %99,4'nün ameliyat öncesi ve sonrasında refakatçisinin olduğu, %78,2'sinin genel anestezi aldığını, %42,9'nun ağrı nedeniyle ameliyat olduğunu ifade etmişlerdir. Katılımcıların sosyodemografik verileri Tablo 4.1.'de gösterildi.

Tablo 4.2. Cerrahi Korku Ölçeği Toplam Puan ve Alt Ölçeklerin Puan Ortalamaları

	Ort±Ss	Min-max	Medyan
Cerrahi Korku Ölçeği Kısa Dönem	10,29±10,11	0-34	8
Cerrahi Korku Ölçeği Uzun Dönem	7,33±9,64	0-40	2,5
Cerrahi Korku Ölçeği Toplam Puan	17,62±17,62	0-70	12,5

Katılımcılar Cerrahi Korku Ölçeği Kısa Dönem ölçeğinden ortalama $10,29 \pm 10,11$, Cerrahi Korku Ölçeği Uzun Dönem $7,33 \pm 9,64$, Cerrahi Korku Ölçeği Toplam Puan $17,62 \pm 17,62$ olarak bulundu. Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puan ortalaması Tablo 4.2.'de verildi.

Grafik 4.1. Görsel Kıyaslama Ölçeği

Repeated Measures Test; $p < 0,05$

Katılımcıların Görsel Kıyaslama Ölçeğinden zamanla ameliyat öncesi gece, ameliyat sonrası 30. dakika, ameliyat sonrası 2. saat, ameliyat sonrası 6. saat, ameliyat sonrası 12. saat test puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($F:80,414$, $p=0,000$), bu farkın ameliyat öncesi gece ve ameliyat sonrası 30. dakika (1-2) ölçümleri ($I-J=132,041$, $p=0,000$), ameliyat sonrası 2. saat ve ameliyat sonrası 6. saat (3-4) ölçümleri ($I-J=5,578$, $p=0,019$), ameliyat sonrası 6. saat ve ameliyat sonrası 12. saat (4-5) ölçümleri ($I-J=74,947$, $p=0,000$) arasında olduğu belirlendi.

Tablo 4.3. Cerrahi Korku Ölçeği ile Görsel Kıyaslama Ölçeği Arasındaki İlişki

		GKÖ Ameliyat Öncesi Gece	GKÖ Ameliyat Sonrası 30. Dakika	GKÖ Ameliyat Sonrası 2. Saat	GKÖ Ameliyat Sonrası 6. Saat	GKÖ Ameliyat Sonrası 12. Saat
CKÖ Toplam Puan	r_s	-,070	,258	,190	,093	,047
	p	,390	,001	,018	,248	,564
CKÖ Kısa Dönem Puanı	r_s	-,081	,260	,203	,132	,059
	p	,315	,001	,011	,101	,463
CKÖ Uzun Dönem Puanı	r_s	-,049	,242	,181	,053	,060
	p	,548	,002	,024	,516	,456

rs: Spearman korelasyon katsayısı, $p < 0,05$

CKÖ toplam puan ile GKÖ Ameliyat sonrası 30 dakika puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak düşük derece anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi. CKÖ toplam puan ile GKÖ Ameliyat sonrası 2 saat puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak düşük derece anlamlı bir ilişki olduğu saptandı.

CKÖ kısa dönem puanı ile GKÖ Ameliyat sonrası 30 dakika puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak düşük derece anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi. CKÖ kısa dönem puanı ile GKÖ Ameliyat sonrası 2 saat puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak düşük derece anlamlı bir ilişki olduğu saptandı.

CKÖ uzun dönem puanı ile GKÖ Ameliyat sonrası 30 dakika puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak düşük derece anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi. CKÖ uzun dönem puanı ile GKÖ Ameliyat sonrası 2 saat puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak düşük derece anlamlı bir ilişki olduğu saptandı.

Tablo 4.4. Katılımcıların Sosyodemografik Veriler ile Cerrahi Korku Ölçeği Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki

		Cerrahi Korku Ölçeği Kısa Dönem	Cerrahi Korku Ölçeği Uzun Dönem	Cerrahi Korku Ölçeği Toplam Puan
Yaş		10,29±10,11	7,33±9,64	17,62±17,62
	rs/p	-0,137/0,089	-0,045/0,577	-0,100/0,216
Ameliyat Öncesi Yatış Gün Sayısı		10,29±10,11	7,33±9,64	17,62±17,62
	rs/p	-0,116/0,151	-0,077/0,340	-0,124/0,122
Cinsiyet	Kadın	11,62±10,24	7,94±9,81	19,57±17,84
	Erkek	8,96±9,85	6,71±9,50	15,67±17,28
	Z/p	-1,695/0,090	-1,023/0,360	-1,382/0,167
Eğitim Düzeyi	Okuryazar	11,21±11,75	9,36±11,65	20,57±20,78
	İlköğretim	9,44±9,34	6,89±9,65	16,34±16,75
	Lise	12,00±9,75	7,81±8,50	19,81±15,64
	Üniversite ve üzeri	10,96±11,68	6,92±9,30	17,89±19,87
	H/p	1,619/0,655	1,205/0,752	1,740/0,628
Medeni Durumu	Bekâr	11,01±10,25	7,21±9,23	18,23±17,38
	Evli	6,85±8,76	7,88±11,60	14,74±18,77
	Z/p	-1,961/0,050	-0,378/0,706	-1,417/0,156
Çalışma Durumu	Çalışıyor	11,51±10,83	7,27±9,45	18,78±18,22
	Çalışmıyor/ Emekli	9,77±9,79	7,35±9,77	17,12±17,41
	Z/p	-0,816/0,414	-0,354/0,723	-0,519/0,604
Kronik Hastalık Durumu	Evet	8,54±9,14	6,37±8,47	14,91±15,49
	Hayır	12,18±10,80	8,37±10,73	20,56±19,34
	Z/p	-1,759/0,079	-0,684/0,494	-1,582/0,114
Zararlı Alışkanlıklar	Evet	11,40±10,64	7,52±10,13	18,92±18,78
	Hayır	9,69±9,80	7,22±9,42	16,92±17,00
	Z/p	-0,788/0,431	-0,150/0,880	-0,562/0,574
Ameliyat Türü	Baş Boyun Ameliyatı	8,66±9,42	5,03±6,76	13,75±14,65
	Meme Cerrahisi	12,16±9,96	9,66±13,03	21,83±19,67
	Batın Ameliyatları	10,71±10,34	7,92±10,18	18,63±18,31
	H/p	1,221/0,543	0,619/0,734	1,645/0,439
Daha Önce Ameliyat Olma Durumu	Evet	9,00±9,39	6,78±9,32	15,79±16,61
	Hayır	14,91±11,32	9,29±10,66	24,20±19,72
	Z/p	-2,646/0,008	-1,160/0,246	-2,270/0,023
Ameliyat Öncesi Dönem Hakkında Bilgi Alma Durumu	Evet	10,73±10,08	7,59±9,67	18,33±17,58
	Hayır	6,70±9,92	5,17±9,44	11,88±17,36
	Z/p	-1,789/0,074	-1,204/0,228	-1,640/0,101
Ameliyat Öncesi Bilgi Alınan Kişi	Hemşire	8,57±7,41	8,28±6,23	16,85±8,83
	Doktor	13,76±10,09	10,89±11,57	24,65±19,63
	Her ikisi de	9,67±10,07	6,21±8,75	15,88±16,67
	H/p	5,210/0,074	5,631/0,060	6,428/0,040

Tablo 4.4. (devam). Katılımcıların Sosyodemografik Veriler ile Cerrahi Korku Ölçeği Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki

Ameliyat Sonrası Dönem Hakkında Bilgi Alma Durumu	Evet	10,42±10,13	7,34±9,73	17,76±17,75
	Hayır	9,33±10,18	7,27±9,22	16,61±17,04
	Z/p	-0,409/0,683	-0,351/0,726	-0,207/0,836
Ameliyat Sonrası Bilgi Alınan Kişi	Hemşire	9,70±8,67	12,05±10,06	21,76±16,75
	Doktor	12,25±11,17	8,48±10,93	20,74±20,55
	Her ikisi de	9,92±10,09	6,35±9,11	16,27±16,93
	H/p	1,211/0,546	7,652/0,022	2,543/0,280
Refakatçi Durumu	Evet	10,36±10,10	7,38±9,66	17,74±17,62
	Hayır	0,00±-	0,00±-	0,00±-
	Z/p	-1,207/0,227	-0,983/0,326	-1,278/0,201
Anestezi Tipi	Genel	9,99±10,05	7,54±9,60	17,53±17,57
	Spinal	11,26±10,55	6,68±10,01	17,94±18,33
	Diğer	11,53±10,57	6,46±10,09	18,00±18,34
	H/p	0,497/0,780	0,923/0,630	0,089/0,957
	Ağrının olması	10,07±9,47	7,31±9,33	17,38±16,11
Ameliyat Olmaya Karar Vermedeki En Büyük Etken	Hareket kısıtlamasının olması	9,44±12,39	9,88±13,32	19,33±25,45
	Kişisel bakımın sağlanamaması	9,33±12,85	8,66±10,26	18,00±15,87
	Uyku Problemlerinin Olması	6,00±-	0,00±-	6,00±-
	Diğer	10,68±10,53	7,09±9,60	17,77±18,30
	H/p	0,667/0,955	1,240/0,872	0,553/0,968

rs: Spearman korelasyon; H: Kruskal Wallis Testi; Z: Mann Whitney U testi; p<0,05

Katılımcıların sosyodemografik veriler ile Cerrahi Korku Ölçeği toplam puan arasındaki ilişkiye bakıldığında, daha önce ameliyat olmayan hastaların ölçek puanı istatistiksel olarak daha yüksek bulundu (Z:-2,270; p=0,023). Ameliyat öncesi dönem ve yapılması gerekenler hakkında bilgiyi doktordan alan hastaların Cerrahi Korku Ölçeği toplam puanı istatistiksel olarak daha yüksek bulundu (H:6,428; p=0,040).

Katılımcıların sosyodemografik veriler ile Cerrahi Korku Ölçeği Kısa Dönem puan arasındaki ilişkiye bakıldığında, bekar olan katılımcıların ölçek puanı istatistiksel olarak daha yüksek bulundu (Z:-1,961; p=0,050). Daha önce ameliyat olmayan Cerrahi Korku Ölçeği Kısa Dönem puan ortalaması istatistiksel olarak daha yüksek bulundu (Z:-2,646; p=0,008).

Katılımcıların sosyodemografik veriler ile Cerrahi Korku Ölçeği Uzun Dönem puan arasındaki ilişkiye bakıldığında, ameliyat sonrası dönem ve dikkat edilmesi gerekenler hakkında bilgiyi hemşireden alan katılımcıların istatistiksel olarak daha yüksek bulundu (H:7,652; p=0,022).

Tablo 4.5. Cerrahi Korku Ölçeğinin Öngörücüleri, Lineer Regresyon

BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER	B	T	P	F	Model (p)	R² (%95 GA)
Daha Önce Ameliyat Olma Durumu	6,689	1,891	,061	4,349	0,001	0,127
Ameliyat Öncesi Dönem Ve Yapılması Gerekenler Hakkında Bilgi Alma Durumu	-3,772	-,856	,393			
Kronik Hastalık Durumu	4,890	1,698	,092			
GKÖ Ameliyat Sonrası 30. Dakika	1,713	2,540	,012			
GKÖ Ameliyat Sonrası 2. Saat	-,161	-,222	,825			

Cerrahi korku ölçeğinin toplam puanı bağımlı değişken alınarak çok değişkenli lineer regresyon analizi yapıldı. Analize daha önce ameliyat olma durumu, ameliyat öncesi dönem ve yapılması gerekenler hakkında bilgi alma durumu, kronik hastalık durumu, GKÖ Ameliyat sonrası 30 dakika, GKÖ Ameliyat sonrası 2 saat değişkenleri dahil edildi. Anlamlı bir regresyon modeli kurulmuş olup (F=4,349, df = 5, p = 0,001), modelin düzeltilmiş R kare değeri: 0,127 olarak bulundu. Regresyon analizi sonucuna göre GKÖ Ameliyat sonrası 30 dakika ağırlı puanı Cerrahi korku ölçeğinin toplam puanını yordama açısından anlamlı öngörücüdür.

Tablo 4.6. Görsel Kıyaslama Ölçeği İle Cerrahi Türleri ve Anestezi Tipi Arasındaki İlişki

		Görsel Kıyaslama Ölçeği Ameliyat Öncesi Gece	Görsel Kıyaslama Ölçeği Ameliyat Sonrası 30. dk	Görsel Kıyaslama Ölçeği Ameliyat Sonrası 2. Saat	Görsel Kıyaslama Ölçeği Ameliyat Sonrası 6. Saat	Görsel Kıyaslama Ölçeği Ameliyat Sonrası 12. Saat
Ameliyat Türü	Baş Boyun Ameliyatı	0,05±0,33	4,91±2,08	4,80±2,18	3,58±2,21	2,44±2,14
	Meme Cerrahisi	0,00±0,00	6,16±2,22	5,66±1,75	6,16±1,47	4,33±1,03
	Batın Ameliyatı	2,58±3,20	5,88±3,12	5,53±2,97	5,53±2,97	4,59±3,26
		29,775/0,000	5,143/0,076	4,206/0,122	13,760/0,001	12,303/0,002
Anestezi Tipi	Genel	1,58±2,95	6,07±2,51	5,73±2,60	5,16±2,80	4,11±3,08
	Spinal	3,89±2,76	4,26±4,12	5,26±3,10	5,68±2,92	4,57±3,04
	Diğer (Sedasyon/ Lokal)	1,86±2,35	4,20±3,21	4,06±3,21	3,86±3,33	3,20±3,44
		18,190/0,000	7,226/0,027	3,545/0,170	3,204/0,201	2,076/0,354

Görsel Kıyaslama Ölçeği Ameliyat öncesi gece ağrı puanı ortalaması ile ameliyat türü arasındaki ilişkiye bakıldığında, batın ameliyatı olan katılımcıların istatistiksel olarak daha yüksek bulundu (H:29,775; p=0,000). Görsel Kıyaslama Ölçeği Ameliyat sonrası 6 saat puanı ortalaması ile ameliyat türü arasındaki ilişkiye bakıldığında, meme cerrahisi olan katılımcıların istatistiksel olarak daha yüksek bulundu (H:13,760; p=0,001). Görsel Kıyaslama Ölçeği Ameliyat sonrası 12 saat puanı ortalaması ile ameliyat türü arasındaki ilişkiye bakıldığında, batın ameliyatı olan katılımcıların istatistiksel olarak daha yüksek bulundu (H:12,303; p=0,002).

Görsel Kıyaslama Ölçeği Ameliyat öncesi gece ağrı puanı ortalaması ile anestezi tipi arasındaki ilişkiye bakıldığında, spinal anestezi olan katılımcıların istatistiksel olarak daha yüksek bulundu (H:18,190; p=0,000). Görsel Kıyaslama Ölçeği Ameliyat sonrası 30 dakika puanı ortalaması ile anestezi tipi arasındaki ilişkiye bakıldığında, genel anestezi olan katılımcıların istatistiksel olarak daha yüksek bulundu (H:7,226; p=0,027).

5. TARTIŞMA

Cerrahi girişim öncesi kaygı ve korku, ameliyata kabul edilen hastalarda sık görülen bir tepki olup, "bilinmeyene olan korku, başarısız iyileşme ve cerrahi başarısızlık, anesteziye bağlı korku, kişisel kimlik kaybı, ameliyat sonrası ağrı korkusu, kontrol kaybı duygusu ve ölüm korkusu" nedenleriyle ortaya çıkabilmektedir (Dibabu vd., 2023).

Ameliyat öncesi korku, altta yatan durum sona erdiğinde sona eren bir tür durumsal kaygı olsa da, stres hormonlarının salınması yoluyla derin bir psikolojik ve fizyolojik tepkiye neden olabilmektedir. Bu fizyolojik tepkilerden biri olan ameliyat sonrası ağrının takibi ve değerlendirilmesi de daha fazla analjezik kullanımının önüne geçme ve yaşam kalitesini hızlıca yükseltmek amacıyla önemlidir (Dietzel vd., 2020).

Bu bölümde ise 156 hasta ile gerçekleştirilen tanımlayıcı araştırmadan, elde edilen verilerin (hastaların sosyodemografik özelliklerinin, cerrahi korku ve ameliyat sonrası ağrı düzeylerinin) ve literatürdeki çalışmalar ile tartışılması amaçlanmaktadır.

5.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Dahil edilme ölçütlerini karşılayan 156 hasta ile çalışılan bu araştırmada yaş ortalamasının $56,94 \pm 15,01$ ve %50'sinin kadın olduğu görüldü.

Demirci (2022)'nin lomber disk hernisi ameliyatı öncesi hastaların cerrahi korku düzeylerinin ameliyat sonrası ağrı ve iyileşme kalitesi üzerine etkisinin incelemek amacıyla gerçekleştirdiği çalışmada yaş ortalamasının 44,09 ve %56,2 sinin erkek olduğu bildirilmiştir. Özer ve arkadaşlarının (2016) elektif cerrahi operasyon planlanan hastaların preoperatif nütrisyonel durumunun değerlendirildiği çalışmada, 90 hastanın yaş ortalamasının 49,6 olduğu bulunurken, cinsiyet oranlarında anlamlı bir fark saptanamamıştır. Martin ve arkadaşlarının (2024) baş boyun kanserli hastalarda yaşam kalitesi, kraniomandibular fonksiyon, ağrı ve hareketle ilişkili psikososyal faktörleri incelemek için 78 hasta ile yaptıkları bir başka çalışmada yaş ortalamasının 60 ve %66,7'sinin ise erkek olduğu bulunmuştur. Ameliyat öncesi ağrı

korkusunun incelendiği 532 hasta ile yapılan bir başka çalışmada yaş ortalamasının 48,19 ve %56,8'inin ise kadın olduğu saptanmıştır (Üstünel vd., 2023). Literatür incelendiğinde, elektif cerrahi planlanan hastalardaki yaş ortalamasındaki ve cinsiyet faktörlerindeki farklılıkların nedeni cerrahi girişimlerin çeşitliliği ve cinsiyete özgü görülme oranları olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada hastaların %51,9'unun cerrahi girişime ek olarak kronik bir hastalığının olduğu bulundu. Literatüre bakıldığında cerrahi girişim uygulanan hastalarda ağrı ve konfor ilişkisinin değerlendirildiği bir çalışmada yaş ortalaması 42,64 olduğu görülmüş ve bu hastaların yalnızca %28'inde kronik hastalık varlığı saptanmıştır (Tosun vd., 2022). Kılınç ve Özlü (2023)'nün yaptığı bir başka çalışmada hastaların yaş ortalaması 49,87 olarak bulunurken yine aynı çalışmada hastaların sadece %37,70'inde kronik hastalık olduğu bildirilmiştir. Ertem ve Savcı (2022)'nin cerrahi girişim geçiren hastaların beslenme durumlarının ağrı ve mobilizasyona etkisinin incelendiği diğer bir çalışmada ise, diğer çalışmalardan farklı olarak yaş ortalamasının $59,28 \pm 14,7$ olduğu ve %63,1'inde kronik hastalık olduğu bulunmuştur.

Literatür incelenmesi sonucunda çalışmalarda yaş oranlarındaki artış ile birlikte kronik hastalık varlığında pozitif bir ilişki olabileceği düşünülmektedir. Hastaların artan yaş oranı ile kronik hastalıklardan biri veya birkaçına sahip olabileceği saptanmıştır.

5.2. Cerrahi Korkuya İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada katılımcıların Cerrahi Korku Ölçeği (CKÖ) Kısa Dönem ortalaması $10,29 \pm 10,11$, Uzun Dönem ortalaması $7,33 \pm 9,64$, Cerrahi Korku Ölçeği (CKÖ) Toplam Puan ise $17,62 \pm 17,62$ olarak bulundu. Tablo 4.2.' de de görüldüğü üzere bu çalışmada ameliyat öncesi cerrahi korku düzeylerinde anlamlı bir ilişki saptandı. Demir ve Yılmaz (2022)'in yaptığı bir çalışmada septorinoplasti ameliyatı öncesi CKÖ Kısa Dönem ($22,8 \pm 12,09$), CKÖ Uzun Dönem ($24,0 \pm 12,22$) ve CKÖ Toplam Korku ($46,8 \pm 23,4$) puanlarının orta düzeyin üzerinde, yüksek olduğu görülmüştür. Bir başka çalışmada ise hastaların Cerrahi Korku Ölçeği (CKÖ)'den aldığı toplam puanın $21,2 \pm 23,3$ olduğu kısa dönem korkularının $12,0 \pm 11,9$ olduğu, uzun dönem

korkularının ise $9,2 \pm 12,8$ olduğu ve hastaların hafif düzeyde cerrahi korku hissettiği görülmüştür (Dinç ve Yılmaz Güner 2023).

Bu araştırmada katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile Cerrahi Korku Ölçeği (CKÖ) Kısa Dönem puan arasındaki ilişkiye bakıldığında; bekar hastaların Cerrahi Korku Ölçeği puan ortalamasının ($11,01 \pm 10,25$) evli hastalardan daha yüksek olduğu bulundu.

Literatüre incelendiğinde birçok çalışmada hastaların medeni durumları ile Cerrahi Korku Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemektedir (Kaya ve Özlü 2019; Kılınç ve Özlü 2023; Satır vd., 2023; Yazar, 2024). Kaya ve Özlü (2019) elektif cerrahi bekleyen hastalarda cerrahi korkunun sosyal destek algısı ile ilişkisini inceledikleri çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda ameliyat olacak hastaların algıladıkları sosyal desteğin cerrahi korku üzerinde olumlu yönde etkili olduğu bildirilmiştir. Bu sebeple yapılan çalışmada bekar hastaların Cerrahi Korku Ölçeği (CKÖ) Kısa Dönem ($p=0,050$) oranları arasında ilişkinin anlamlı çıkması hastaların algıladıkları sosyal destek varlığına ilişkin olabileceği düşünülmektedir. Sosyal destek bireyin ihtiyacına yönelik eş, aile, dost gibi kendine yakın hissettiği kişiler maddi veya manevi yardımlar olarak tanımlanabilmektedir. Hastalara verilen sosyal desteğin cerrahi korkuyu azalttığı bildirilmektedir (Öztürk ve Atmaca 2024).

Geçirilmiş ameliyat deneyimi verileri ile toplam puan arasındaki ilişkiye bakıldığında daha önce ameliyat olmayan hastaların korku ölçek puanı istatistiksel açıdan daha yüksek bulundu ($p=0,023$). Demirci ve Şahin (2023)'in 73 hasta ile lomber disk hernisi ameliyatı öncesi hastaların cerrahi korku düzeylerinin ameliyat sonrası ağrı ve iyileşme kalitesi üzerine etkisini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada katılımcıların yaklaşık 2/3'ünün daha önce ameliyat geçirme öyküsü olduğu bulunmuştur. Literatürde benzer çalışmalar incelendiğinde ameliyat deneyimi olan hastaların korku düzeyinin ameliyat deneyimi olmayan hastalara göre daha düşük olduğu görülmüştür (Kaya ve Özlü 2019; Akutay ve Ceyhan 2022).

Literatürde yapılan çalışmalarda ameliyat öncesi cerrahi deneyimi olan hastalarda kaygı ve korku düzeylerinin düşük olduğu bildirildi (Jawaid vd., 2007). Bu çalışmada ise ameliyat öncesi dönemde Cerrahi Korku Ölçeği (CKÖ) ortalamalarında anlamlı bir ilişkinin saptanamaması hastaların ameliyat deneyimlerinin %78,2 olması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Hastaların ameliyat öncesi beklentileri ve bilgi gereksinimleri konusunda yapılan çalışmalar, hemşirelerin ameliyat öncesi eğitimde etkin rol almadıkları, hasta ve ailesinin ameliyat öncesi ve sonrasında bilgi gereksinimlerinin olduğu, ancak bunun yeterli şekilde karşılanamadığını göstermektedir (Vermişli vd., 2016).

Bu çalışmada, hastaların ameliyat öncesi dönemde %89,1'inin cerrahi girişim öncesi hasta hazırlığı ve cerrahi girişim sürecinde bilinmeyenler hakkında bilgilendirme yapıldığı görüldü. Hasta bilgilendirmesinin %94'ü hem hekim hem de hemşire tarafından yapılırken, %7'sinin yalnızca hemşire tarafından bilgilendirildiği saptandı. Ameliyat öncesi hasta eğitimi ve bilgilendirmesinin CKÖ üzerine etkisine bakıldığında anlamlı bir ilişki saptanmazken, bilgilendirmeyi yalnızca hemşirelerden alan hastalarda CKÖ oranları arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulundu ($p=0,040$). Gürlek ve Yavuz (2013)' un cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ameliyat öncesi hasta eğitimi uygulamalarının değerlendirildiği bir çalışmada ameliyat öncesi eğitimin çoğunluğunun (%61,5) hekim ve hemşire tarafından uygulandığı, hastaların %28'inin ise sadece hemşireler tarafından eğitim aldığı bulguları. Yine aynı çalışmada hemşirelerin hasta eğitimine önem verdikleri ancak eğitim uygulamalarının gerçekleştirilmesinde eksikliklerin olduğu gözlemlendi. Bu durum cerrahi kliniğinde çalışan hemşire sayısı başına düşen hasta sayısı oranlarının yüksek olması şeklinde değerlendirildi. Dolgun ve Dönmez (2010)'in hastaların ameliyat öncesi döneme ait bilgi gereksinimlerinin değerlendirildiği çalışmada hastaların %42'sinin hekim ve hemşirelerden bilgi aldığı, bilgilendirme içeriğinin ilk sırada yer alan %66,7 oranı ile ameliyat süreci ve değerli eşyaların ameliyat öncesi muhafaza edilmesi hakkında olduğu saptanmıştır. Bu istatistiksel oranı ikinci sırada %59,4 oranında ameliyattan önce yapılan tetkikler hakkında bilgilendirme takip etmektedir.

Laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastalarda sanal gerçeklik kullanılarak uygulanan hasta eğitimi ve dikkat dağıtma yaklaşımlarının ameliyat öncesi anksiyete ve ameliyat sonrası ağrı üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmada hemşirelerin hasta eğitimi için zamanlarının yetersiz olduğu ve hasta eğitiminde sanal gerçeklik kullanımı ile ameliyat öncesi kaygının ve ameliyat sonrası ağrının azaldığı bulunmuştur (Abbasnia vd., 2023).

İbadean Üniversitesi'nde hemşireler arasında hasta eğitimini etkileyen faktörlerin araştırıldığı bir başka çalışmada hemşirelerin hasta eğitimi konusundaki bilgi ve uygulamalarının yüksek olduğu görülmüştür. %90'dan fazla hemşirenin hasta eğitimini fiilen uyguladıklarını ve hasta eğitiminin bakım planlarına dahil edilmesi gerektiğine inandıklarını, hemşirelerin güvenilir taburculuk bilgisi sağlamaktan sorumlu olduğunu, hastaların sağlık bakım seçenekleri konusunda bilgilendirilmesi gerektiğini ve bunun gerekli olduğuna inandıklarını belirtmişlerdir (Oyetunye ve Akinmeye 2015).

Yapılan bu çalışmada hemşirelerden ameliyat öncesi bilgi alan hastaların CKÖ oranlarının yüksek olduğu saptandı. Sonucun literatür taraması ile paralellik gösterdiği gözlemlendi. Bu durumun hastaya verilecek eğitim içeriğinin yetersizliği ve cerrahi kliniklerinde hemşire iş yükünün fazla olmasından kaynaklı eğitim uygulamalarında aksaklıklar sonucunda gelişebileceği düşünülmektedir.

5.3. Ameliyat Sonrası Ağrıya İlişkin Bulguların Tartışılması

Beşinci yaşam bulgusu olarak kabul edilen ağrı, ameliyat öncesi ve sonrası dönemde sık kontrol gereken hastaları fizyolojik ve psikolojik yönden etkileyebilen bir durumdur. Bu çalışmada ağrı değerlendirilmesi ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası olarak iki aşamadan oluşmuştur. Ameliyat sonrası dönem ağrı ilk 30. dakika, 2. saat, 6. saat ve 12. saat olmak üzere dört aşamada değerlendirildi. Grafikte 4.1.'de görüldüğü üzere ameliyat sonrası en yüksek ağrının ilk 30. dakika (5,67) olduğu ve zamanla birlikte anlamlı şekilde azaldığı saptandı.

Literatürde, elektif kolesistektomi girişimlerinde ameliyat öncesi anksiyete düzeyinin intraoperatif hemodinami ve ameliyat sonrası ağrı üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmada hastaların 1. saate kıyasla 2., 4., 8., 12., 16. ve 24. saatlerinde ağrı değerlendirilmesi yapılmıştır. Değerlendirme sonucuna göre istatistiksel yönden sonuçlarda düşme görülmüştür (Bayrak, 2016). Benzer bir çalışma olan Özberksoy ve arkadaşlarının (2009) meme kanseri olan hastaların ameliyat öncesi aldıkları eğitimin ameliyat sonrası ağrı ve kaygı düzeyine yönelik yapmış oldukları çalışmada kontrol ve deney gruplarının ameliyat sonrası ağrı düzeylerine bakıldığında her iki grubunda ağrı düzeylerinin ilk 30. dakikadan itibaren 48 saat içerisinde anlamlı şekilde düştüğü saptanmıştır. Aynı çalışma da kontrol grubundaki hastaların ağrı düzeyinin ($8,200 \pm 0,61$) deney grubundaki hastaların ağrı düzeyinden ($7,066 \pm 0,98$) daha yüksek olduğu görülmüştür.

Bu çalışma ve literatür karşılaştırıldığında ağrının ameliyat sonrası ilk 24 saatlik değerlendirme içinde saat ile birlikte istatistiksel açıdan düştüğü saptandı. Ameliyat sonrası ilk 24 saat hemşirelerin hastaları yakından takip ettiği, hemşirelik bakımının ve hemşirelik girişiminin en üst düzeyde olduğu zaman aralığıdır. Hemşirelerin ağrıyı bu dönemde tanılaması, sık aralıklarla değerlendirmesi ve hemşirelik bakımını planlayarak doğru analjezi kullanması sonucu ameliyat sonrası ağrının düşüş gösterdiği düşünülmektedir (Grafik 4.1.) (Büyükyılmaz ve Aştı 2009; Güçlü vd., 2018; Erdoğan ve Bulut 2019).

Bu çalışmada Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) puanları ile ameliyat türü arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı bir ilişki saptandı. Tablo 4.6. incelendiğinde Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) ameliyat öncesi ağrı puanı ortalaması, batin ameliyatı geçirecek hastalarda istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur. Benzer bir çalışmada hastaların %40,7'si gastrointestinal sistem, %10,7'si herni, %2'si üriner sistem, %30'u karaciğer veya safra, %4,7'si whipple, %2'si böbrek tümör, %0,7'si pankreas, %6,7'si hematoma boşaltılması, apse drenajı ve benzeri cerrahi girişim geçirmiş olduğu görülmüştür. Yine aynı çalışmada abdominal cerrahi geçiren hastaların ağrı insidansı %77,3 olarak saptanmıştır (Acar vd., 2016). Çalışmalarda ameliyat öncesi ağrı varlığının ameliyat sonrası ağrı için büyük risk taşıdığı vurgulanmıştır (Gagliese vd., 2008; Lamacraft, 2012).

Yapılan bu çalışma ve literatür karşılaştırıldığında benzer sonuçlara ulaşılmış olup, batın ameliyatı olan hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 12. saat ağrı puan ortalamaları yüksek bulundu. Ameliyat sonrası 12. saat ağrı puan ortalamalarındaki yüksekliğin sebebinin hastalara uygulanan anestezinin vücuttan tamamen uzaklaşması ve batın cerrahisini baş boyun cerrahisi ve meme cerrahisine oranla daha majör ameliyatlara ve derin cerrahi insizyonlara olduğu düşünülmektedir.

Hastalara uygulanan anestezi tipi ile Görsel Kıyaslama Ölçeği arasındaki ilişkiye bakıldığında, ameliyat öncesi ağrı puan ortalamasının ($p=0,000$) spinal anestezi uygulanan hastalarda yüksek olduğu, ameliyat sonrası ilk 30 dakikada ağrı puan ortalamasının ($p=0,027$) ise genel anestezi uygulanan hastalarda daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.6.).

Literatür incelendiğinde benzer çalışmalar olduğu görülmektedir. Kılıç (2019)'ın yaptığı bir çalışmada spinal anestezi uygulanan hastaların ileri yaş grubu için ameliyat sonrası ağrı yönetimi ve analjezi kullanımı açısından genel anestezi uygulanan hastalara göre daha etkili olduğu bulunmuştur. Erdem ve arkadaşlarının (2011) perianal bölge ameliyatı yapılacak hastalarda uygulanan anestezi yöntemlerinin preoperatif ve postoperatif anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisini araştırdığı bir çalışmada, ameliyat sonrası ağrı puanlarının genel anestezi uygulanan hastalarda daha fazla olduğu bulunmuştur ($p<0,001$).

Bu çalışma sonuçları diğer çalışmalarla benzerlik göstermekte olup, genel anestezi uygulanan hastalarına ameliyat sonrası ağrı düzeyinin spinal anestezi uygulanan hastalardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durumun nedeni spinal anestezi uygulanan hastaların ameliyat sonrası insizyon bölgesinde duyu hissiyatının geç oluşması, genel anestezi uygulanan hastaların ise insizyon bölgesindeki ağrıyı ilk dakikadan itibaren hissetmeleri olarak düşünülmektedir.

5.4. Ameliyat Öncesi Cerrahi Korkunun Ameliyat Sonrası Ağrıya Etkisinin Tartışılması

Cerrahi Korku Ölçeği (CKÖ) ile Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) arasındaki ilişki incelendiğinde Cerrahi Korku Ölçeği puanları ile Ameliyat sonrası 30 dakika ve 2. saat puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandı.

Literatür incelendiğinde, elektif cerrahi uygulanan hastalarda ameliyat öncesi kaygının ameliyat sonrası ağrı üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmada ameliyat öncesi korku düzeyleri yüksek olan hastaların ameliyat sonrası 2., 6., ve 12. saatlerde ağrı düzeylerinin de anlamlı şekilde yüksek olduğu, buna bağlı analjezi kullanımlarında da artış olduğu görülmüştür (Tadesse vd., 2022). Yapılan çalışma ile ilgili benzer çalışmalar incelendiğinde ameliyat öncesi cerrahi korku ve kaygı düzeyinde artma olan hastaların ameliyat sonrası ağrı düzeyinde de anlamlı bir artış olduğu görülmüştür (Tadesse vd., 2022; Hançer Topal ve Köksal 2023; Deniz Doğan vd., 2024).

Yapılan bu çalışmada ameliyat türlerine bakıldığında ilk sırada batın ameliyatlari (%73,1), ikinci sırada baş boyun ameliyatlari (%23,1) yer alırken en son sırada ise meme ameliyatlari (%3,2) yer almaktadır. Ameliyat türleri ve Cerrahi Korku Ölçeği ilişkisine bakıldığında anlamlı bir ilişki saptanmamış olup, meme cerrahisi olan hastaların diğer gruplara oranla Cerrahi Korku Ölçeğinin yüksek olduğu görüldü (Tablo 4.4.). Bunun sebebinin ise meme cerrahisi olan hastaların birçoğunun meme rezeksiyonuna bağlı organ kayıpları ve kanser şüphesi olabileceği düşünülmektedir. Baş boyun ameliyatı olan hastaların Cerrahi Korku Ölçeği puan ortalamaları, meme cerrahisi ve batın ameliyatı olan hastalara oranla daha düşük olduğu görüldü. Bu durumun total tiroidektomi ameliyatı olan hastaların birçoğunun parsiyel tiroidektomi ameliyatı deneyiminin olması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Görsel Kıyaslama Ölçeği ve Cerrahi türler arasındaki ilişki incelendiğinde ameliyat öncesi gece ağrı puanı ortalaması ve ameliyat sonrası 12. saat ağrı puan ortalaması ile batın ameliyatı olan hastalar arasında anlamlı bir ilişki saptandı ($p=0,000$ ve $p=0,002$). Meme cerrahisi olan hastalar ile ameliyat sonrası 6. saat ağrı puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunurken, baş boyun ameliyatı olanlar arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Batın ameliyatlarının cerrahi alanının diğer ameliyat türlerine oranla daha büyük olması sebebiyle 12. saatte de ağrı oranlarının yüksek olabileceği düşünülmektedir.

Lineer regresyon analizi de yapılan bu çalışmada Ameliyat sonrası 30. dakika ağrı puanının, Cerrahi Korku Ölçeği toplam puanını yordama açısından anlamlı bir öngörücü olduğu bulundu.

Literatür incelendiğinde lomber laminektomi operasyonu geçiren hastalar ile yapılan bir çalışmada regresyon analizi incelendiğinde hastaların anksiyete puanındaki artışın ağrı puanı üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu tespit edilmiştir (Koluaçık, 2019). Yapılan bir başka çalışmada cerrahi anksiyetenin sebeplerinden birisinin ağrı korkusu olduğu, ağrı korkusu yüksek olan hastaların ise ameliyat sonrası ağrı puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Yılmaz Eker ve Köksel 2023).

Bu çalışma ve literatür incelendiğinde hastaların ameliyat sonrası erken dönem yaşadıkları ağrıların korkuyu arttırabileceği görüldü. Ameliyat sonrası ilk 30 dakika cerrahi girişime ve anesteziye bağlı olarak, hastaların ağrı düzeyinin ve buna ek ameliyat sonrası akut tedavilerin de en yüksek olduğu zaman dilimidir. Bu nedenle de ameliyat sonrası erken dönem yaşanan ağrı korkusunun, hastaların ameliyat öncesi ağrı korkusu ile hasta ve hemşirelerin ameliyat sonrası ağrı yönetimi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Bu çalışmada elde edilen verilere göre; elektif cerrahi girişim geçiren 156 hastada yaş ortalamasının $56,94 \pm 15,01$ olduğu, katılımcıların %50'sinin kadın olduğu, %55,8'ini ilköğretim mezunu olduğu, %82,7'sinin bekar, %69,9'unun ise çalışmadığı bulundu. Hastaların %51,9'un da kronik hastalık öyküsü var iken, %78,2'sinin daha önce ameliyat olduğu bulundu. Hastaların %73,1'inin batın ameliyatı olduğu görüldü ve %78,2'sine genel anestezi uygulandığı saptandı.

Ameliyat öncesi cerrahi korku puanlarında anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuş olup, hastaların daha önceki ameliyat deneyimlerine bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Hasta ve hasta yakınlarına ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönemler hakkında bilgi verilme oranlarına bakıldığında birçoğunun hem hekim hem de hemşireden bilgi aldıkları saptandı. Ameliyat sonrası dönem hakkında bilgiyi yalnızca hemşireden alan hastaların cerrahi korku puanlarının daha yüksek olduğu bulundu. Bu durumun ise yetersiz hemşire sayısı ve iş yükü yoğunluğuna bağlı olarak ameliyat sonrası taburculuk eğitimine yetersiz zaman ayırma ve yetersiz bilgi verilmesine bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Ameliyat sonrası ağrı düzeyleri değerlendirilen hastaların ilk 30 dakika ağrı puan ortalamasının yüksek olduğu 2., 6. ve 12. saatlerde ise ağrının azaldığı görüldü. Ameliyat öncesi cerrahi korku düzeylerinin yüksek olduğu hastaların ise ameliyat sonrası dönemde 30. dakika ve 2. saat ağrı puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandı.

Ameliyat öncesi ağrı puan ortalamaları batın ameliyatı olan hastalarda daha yüksek iken, ameliyat sonrası 6. saat puan ortalamasının meme cerrahisi olan hastalarda ve 12. saat puan ortalamasının ise batın ameliyatı olan hastalarda daha yüksek olduğu görüldü. Bununla birlikte genel anestezi uygulanan hastaların ameliyat sonrası 30. dakikada ağrı puan ortalamasının istatistiksel olarak daha yüksek olduğu bulundu.

6.2. Öneriler

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Ameliyat öncesi Cerrahi Korku Ölçeği uygulanarak hastaların korku düzeylerinin belirlenmesi,
- Cerrahi korkuya neden olan faktörler saptanarak, faktörlerin azatılmasına yönelik bireysel bir hemşirelik bakımı uygulanması,
- Ameliyat öncesi dönemde hastaların gereksinim duydukları sosyal destek programlarının düzenlenerek verilmesi,
- Ameliyat öncesi dönemde hastaların bilgi eksikliğinin etkili bir şekilde tanınması ve buna yönelik eğitimin düzenlenmesi,
- Hemşirelerin hastaların cerrahi korkularını azaltmalarına yönelik yapılacak uygulamaları öğrenmeleri için gerekli eğitimlerin yapılması ya da eğitimlerin yapıldığı kurumlara yönlendirilmesi,
- Hastaların ağrı tanılmasının ve ameliyat sonrası sık sık değerlendirilmesi,
- Hemşirelerin ağrı yönetiminde bağımsız rollerine de yer verilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abbasnia, F., Aghebati, N., Miri, H. H., & Etezadpour, M. (2023). Effects of patient education and distraction approaches using virtual reality on pre-operative anxiety and post-operative pain in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *Pain Management Nursing*, 24(3), 280-288.
- Acar, D., Erkıılıç, E.K., Gümüő, T., Şahin, D., Dinçel, A. S., & Kanbak, O. (2015). İnguinal herni cerrahisinde farklı anestezi tekniklerinin cerrahi stres yanıt üzerine etkisi. *Turkish Journal of Anesthesia & Reanimation*, 43(2).
- Acar, K., Acar, H., Demir, F., & Aslan, F. E. (2016). Cerrahi sonrası ağrı insidansı ve analjezik kullanım miktarının belirlenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (2), 89-95.
- Adolphs, R. (2013). Korkunun biyolojisi. *Güncel Biyoloji*, 23(2), 79-93.
- Aksoy, G., Kanan, N., & Akyolcu, N. (2019). *Cerrahi hemşireliği-I* (3. Baskı). İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi; s.1-11, 261-263.
- Akutay, S., & Ceyhan, Ö. (2023). The relationship between fear of surgery and affecting factors in surgical patients. *Perioperative Medicine*, 12(1), 22.
- Arpag, N., Gür, S., & Katran, H.B. (2022). Türk hemşirelik tarihindeki lider hemşireler ve cerrahi hemşireliğinin geliőimi. *Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 522-530.
- Ay, F., & Ecevit Alpar, Ő. (2010). Postoperatif ağrı ve hemşirelik uygulamaları. *Klinik Çalışma*, 22(1), 21-29.
- Aydın, O. N. (2002). Ağrı ve ağrı mekanizmalarına güncel bakış. *ADÜ Tıp Fakóltesi Dergisi*, 3(2), 37 – 48.
- Aygin, D., & Gül, A. (2021). Geçmişten günümüze cerrahi ve cerrahi hemşireliğinin yeri. *İstanbul Geliőim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (15), 692-704.
- Bağdıgen, M. (2016). *Cerrahi korku ölçeğinin türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması ve sosyal destek algısı ile iliőisinin belirlenmesi*. Yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 437772).
- Baş, N.G., Karatay, G., Bozoęlu, Ö., Akay M., Kunduracı, Y., E., & Aybek, H. (2016). Hemşirelerin ameliyat sonrası ağrıya ilişkin uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakóltesi Dergisi*, 3(2), 40-49.
- Birge, A.Ö., & Mollaoğlu, M. (2018). Hastaların ağrı inançları ve ağrıyı yönetmede kullandıkları ilaç dışı yöntemler. *Ağrı*, 30(2), 84-92.
- Burchiel, K.J., & Raslan, A.M. (2019). Contemporary concepts of pain surgery: JNSPG 75th anniversary invited review article. *Journal of neurosurgery*, 130(4), 1039-1049.
- Büyükyılmaz, F., & Aştı, T. (2009). Ameliyat sonrası ağrıda hemşirelik bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 84-93.
- Ceylan, İ. (2012). *Türklerde Cerrahinin Geliőimi* (1. Baskı). Ankara, Türk Cerrahi Derneği Yayınları, s.9-11.
- Çarık, S. (2020). *Ameliyat öncesi ağrı korkusunun ameliyat sonrası ağrı ve genel konfor düzeyine etkisi*. Yüksek lisans tezi, İstinye Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 653198).
- Debbag, S., & Khidhir, H.M. (2016) Review of Pain. *J Anesth Crit Care Open Access* 6(2): 00221. DOI: 10.15406/jaccoa.2016.06.00221.
- Demir, Y., Usta, Y.Y., İnce, Y., Gel, K.T., & Akı, M. K. (2012). Hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili bilgi, davranış ve klinik karar verme durumlarının belirlenmesi. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 2(3), 162-172.
- Demirci, B. (2022). *Lomber disk hernisi ameliyatı öncesi hastaların cerrahi korku düzeylerinin ameliyat sonrası ağrı ve iyileşme kalitesi üzerine etkisi*. Yüksek lisans tezi, Sağlık Bilimleri

Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 729245).

Demirci, B., & Şahin, S.Y. (2023). Lomber disk hernisi ameliyatı öncesi hastaların cerrahi korku düzeylerinin ameliyat sonrası ağrı ve iyileşme kalitesi üzerine etkisi. *Karya Journal of Health Science*, 4(1), 19-25.

Demir, P., & Yılmaz, M. (2022). Septorinoplasti öncesi cerrahi korku ile ameliyat sonrası ağrı şiddeti arasındaki ilişki: prospektif tanımlayıcı bir çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 14(2).

Doğan, S. D., Yurtseven, Ş., & Arslan, S. (2024). The effect of preoperative pain, fear, and anxiety on postoperative pain in urological surgery patients: a descriptive and correlational study. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 39(2), 202-206.

Dinç, G., & Yılmaz Güven, D. (2023). Total diz artroplastisi ameliyatı yapılan hastaların cerrahi korku düzeyleri ile ameliyat sonrası anksiyete ve mobilizasyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi: tanımlayıcı ve ilişki arayıcı çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 15(2).

Dişçeken, MF. (2020). *Abdominal cerrahi işlem uygulanan hastalarda ağrı algısı ile ameliyat sonrası hissedilen ağrı şiddeti arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi*. Yüksek lisans tezi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 642145).

Dodhy, S. (2017). Fear—a positive potential: Classic explanation and new elucidation. *New Academia: An International Journal of English Language, Literature and Literary Theory*, 5(1), 10-18.

Dolgun, E., & Candan Dönmez, Y. (2010). Hastaların ameliyat öncesi döneme ait bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, 3(3), 10-5.

Duskova, M. (Ed.). (2009). *Introduction To The Surgery*. (1nd ed.). Academic Press. https://www.lf3.cuni.cz/3LFSVI-61-version1-introduction_surgery.pdf.

Dursun, A. (2018). *Kalp damar cerrahisi planlanan hastalarda ameliyat öncesinde müzik dinletiminin cerrahi korku ve anksiyete üzerine etkisi*. Yüksek lisans tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 511003).

Eker Y.P., & Köksel, P. (2023). Septorinoplasti olacak hastalara verilen eğitimin cerrahi anksiyete, ağrı korkusu, ağrı ve konfor düzeyi üzerine etkisinin incelenmesi: randomize kontrollü çalışma. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(4), 1711-1721.

Erdoğan, Z., & Bulut, H. (2019). Abdominoplastide hemşirelik bakımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 16(1), 41-47.

Ertem, M., & Savcı, A. (2023). Cerrahi girişim geçiren hastaların beslenme durumlarının ağrı ve mobilizasyona etkisinin incelenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 246-255.

Eti Aslan, F. (2004). Ameliyat sonrası ağrı değerlendirmesinde görsel kıyaslama ölçeğiyle basit tanımlayıcı ölçeğin duyarlık ve seçiciliği. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 8(1), 1-6.

Eti Aslan, F. (2009). Cerrahi hemşireliğinin tarihçesi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(1), 104-113.

Feizerfan, A., & Sheh, G. (2015). Transition from acute to chronic pain. *Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain*, 15(2), 98-102.

Fındık, Ü., & Topçu, S. (2015). Cerrahi girişime alınış şeklinin ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 19(2), 22-33.

Friedrich, S., Reis, S., Meybohm, P. & Kranke, P. (2022). Ameliyat Öncesi Kaygı. *Anesteziyolojide Güncel Görüş* 35(6), 674-678. DOI: 10.1097/ACO.0000000000001186.

Gagliese, L., Gauthier, L.R., Macpherson, A.K., Jovellanos, M. & Chan, V.W., (2008). Correlates of postoperative pain and intravenous patient-controlled analgesia use in younger and older surgical patients. *Pain Med*, 9(3), 299-314. doi: 10.1111/j.1526-4637.2008.00426.x.

- Gençöz, T. (1998). Korku: sebepleri, sonuçları ve başatme yolları. *Kriz Dergisi*, 6(2), 9-16.
- Güçlü, A. (2018). Bariatrik cerrahi ve perioperatif hemşirelik bakımı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 27(3), 209-211.
- Gürkan, A., Aldemir, K., Andsoy, I.I., & Gül, A. (2020). Ameliyat sonrası akut ağrı yoğunluğunun değerlendirilmesinde dört farklı ağrı ölçeğinin karşılaştırılması. *Çukurova Medical Journal*, 45(4), 1562-1571.
- Hudspith, M.J., Siddall, P.J.; & Munglani, R. (2006). Physiology of Pain. *Anestezinin temelleri*, 267-285.
- Ji, W., Sang, C., Zhang, X., Zhu, K., & Bo, L.. (2022). Kişilik, Ameliyat Öncesi Kaygı ve Ameliyat Sonrası Sonuçlar: Bir İnceleme. *Uluslararası Çevre Araştırmaları ve Halk Sağlığı Dergisi*, 19(19), 12162. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912162>
- Jlala, H.A., French, J.L., Foxall, G.L., Hardman, J.G., & Bedforth, N.M. (2010). Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. *British Journal Of Anaesthesia*, 104(3), 369- 374.
- Karakaş, Ö. (2017). *Post-operatif hemşirelik bakımında ağrının değerlendirilmesi ve yönetimi*. Yüksek lisans tezi, Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü İstanbul, <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 474455).
- Karaman, N. (2008). *Cerrahi girişim uygulanan adölesanlar ile anne/babalarının anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki ve anksiyete nedenlerinin incelenmesi*. yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 203992).
- Kassahun., W.T., Mehdorn., M., Wagner., T.C. et al. (2022). The effect of preoperative patient-reported anxiety on morbidity and mortality outcomes in patients undergoing major general surgery. *Sci Rep* 12, 6312 <https://doi.org/10.1038/s41598-022-10302-z>
- Kaya, M., & Karaman Özlü, Z. (2019). Elektif cerrahi bekleyen hastalarda cerrahi korkunun sosyal destek algısı ile ilişkisinin belirlenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Science*, 22(4), 281-290.
- Kılıç, E. (2019). Laminektomi operasyonu olan ileri yaş hastalarda genel anestezi ile spinal anestezinin postoperatif ağrı ve analjezik tüketimi üzerine etkileri: retrospektif deneyimlerimiz. *Dicle Tıp Dergisi*, 46(1), 173-177.
- Kılınç, T., & Özlü, Z. K. (2023). Elektif cerrahi planlanan hastalarda cerrahi korku, uyku ve uykusuzluk durumu arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 5(3), 205-212.
- Kocatürk, P.A. (2000). Strese cevap. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 53(1).
- Koluçak, B. (2019). *Lomber laminektomi operasyonu geçirecek hastaların ameliyat öncesi anksiyete düzeylerinin, ameliyat sonrası ağrıya etkisi*. Yüksek lisans tezi, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 555880).
- Kök, E. (2018). *Kalp cerrahisi geçiren hastalarda postoperatif ağrı düzeyinin ve yönetim kalitesinin incelenmesi*. Yüksek lisans tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 520893).
- Kurnaz, G. (1999). Hasta ve hemşirelerin ameliyat sonrası ağrıya ilişkin değerlendirmeleri. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, nek.istanbul.edu.tr sayfasından erişilmiştir.
- Lamacraft, G. (2012). The link between acute postoperative pain and chronic pain syndromes. *Southern African Journal of Anaesthesia and Analgesia*, 18(1), 45-50.
- LeDoux. J.E., & Pine. D.S. (2016). Using neuroscience to help understand fear and anxiety: a two-system framework. *American Journal Of Psychiatry*, 173(11), 1083-1093.
- Lemke, K.A. (2004). Understanding The Pathophysiology Of Perioperative Pain. *Can Vet J*. 45(5), 405-13.

Mavrogiorgou, P., Zogas, H., Zogas, G., Juckel, G., & Heuer, J.F. (2023). Perioperative ängste und die angst vor dem tod. *Die Anaesthesiologie*, 72(4), 266-272.

Mete, Z. (2020). *Total diz protezi ameliyatı planlanan hastaların cerrahi korku düzeyleri ile ameliyat sonrası ağrı düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi*. Yüksek lisans tezi, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 618324).

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, 1-10.

Odabaşı, G. (2021). *Bariatrik cerrahi uygulanacak hastalarda cerrahi korku düzeyinin ameliyat sonrası ağrı, bulantı-kusma ve uyku kalitesi ile ilişkisi*. Yüksek lisans tezi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 703885).

Okyay, R.D., & Ayoğlu, H. (2018). Çocuklarda postoperatif ağrı yönetimi. *Pediatric Practice and Research*, 6(2), 16-25.

Ongün, P., & Karadaş, A. (2023). Examination of perception of nursing care and quality of recovery in surgical patients according to some variables. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(4), 448-454.

Oral, E. & Usta, T. (Eds.). (2016). *Kronik Pelvik Ağrı*. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi, s.31-37.

Osler, S.W. (1923). *The Evolution of Modern Medicine* (Ed.). Garrison FH, Yale University Press. New Haven. <https://collections.nlm.nih.gov/bookviewer?PID=nlm:nlmuid-54910470R-bk> sayfasından erişilmiştir.

Oyetunde, M. & Akinmeye, A. (2015) Factors Influencing Practice of Patient Education among Nurses at the University College Hospital, Ibadan. *Open Journal of Nursing*, 5, 500-507. doi: 10.4236/ojn.2015.55053.

Öngel, K. (2017). Ağrı tanımı ve sınıflaması. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 9(1), 12-14.

Özberksoy, A., Özbayır, T., & Taşdemir, N. (2009). Meme kanseri olan hastalarda ameliyat öncesi eğitimin ameliyat sonrası ağrı ve kaygı düzeylerine etkisi. *Türkiye Klinikleri Journal Of Medical Sciences*, 29(6), 1605-1611.

Özkan, M. (2020). *Ameliyat dönemine ilişkin bilgilendirmenin cerrahi korkuya etkisi*. Yüksek lisans tezi, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 630738).

Öztürk, Ö. (2022). *Beyin tümörü olan hastaların cerrahi korku, uyku ve iyileşme kalitesinin belirlenmesi*. Yüksek lisans tezi, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 760485).

Özveren, H., Faydalı, S., Gülnar, E., & Dokuz, H.F. (2018). Hemşirelerin ağrı değerlendirmesine ilişkin tutum ve uygulamaları. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 8(1), 60-66.

Özyürek, H. (2016). *Acil ve elektif cerrahide hastaların anksiyete düzeylerinin ve hemşirelik bakım memnuniyetlerinin değerlendirilmesi*. Yüksek lisans tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 447258).

Özyürek, H., & Göktaş, S. (2021). Acil ve elektif cerrahide hastaların anksiyete düzeylerinin ve hemşirelik bakım memnuniyetlerinin değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 3(2), 83-92.

Patel, NB (2010). Ağrı fizyolojisi. *Kaynakların Kısıtlı Olduğu Ortamlarda Ağrı Yönetimi Kılavuzu*, 13.

Potter, P.A., Perry, A.G., Hall, A., & Stockert, P.A. (Eds.). (2023). *Fundamentals of nursing* (7th ed.). Elsevier Mosby.

Qayumi, K. (2012). Surgical techniques: past, present and future. *Surgical Techniques Development*, 2(1), 9.

Raja, S.N., Carr, D.B., Cohen, M., Finnerup, N.B., Flor, H., Gibson, S., et al. (2020). Revised International Association for the Study of Pain Definition of Pain: Concepts, Challenges, and Consensus. *Pain*, 161 (9), 1976-1982.

Reisli, R., Akkaya, Ö. T., Arıcan, Ş., Can, Ö.S., Çetingök, H., vd. (2021). Akut postoperatif ağrının farmakolojik tedavisi. *Türk Algoloji-Ağrı Derneği Klinik Uygulama Kılavuzu*. Agri/Journal of the Turkish Society of Algology, 33.

Ruhaiyem, M.E., Alshehri, A.A., Saade, M., Shoabi, T.A., Zahoor, H., & Tawfeeq, N.A. (2016). Fear of going under general anesthesia: A cross-sectional study. *Saudi Journal Of Anaesthesia*, 10(3), 317-321.

Sağır, G., Kaya, M., Eskiçırak, H.E., Kapusuz, Ö., & Kadioğulları, A.N. (2012). Spinal anestezi planlanan hastalarda görsel bilgilendirmenin preoperatif anksiyete üzerine etkisi. *Türk J Anesth Reanim*, 40(5), 274-278.

Sarıdemir, G. (2023). *Genel cerrahi girişimleri sonrası hastaların iyileşme durumlarının değerlendirilmesi*. Yüksek lisans tezi, Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İSTANBUL.

Selimović, E., & Bajrić, E. (2024). Physiological parameters of dental fear and anxiety in adults related to surgical extraction of impacted third molars. *Balkan Journal of Dental Medicine*, 28(1), 50-55.

Small, C., & Laycock, H.J.J.O.B.S. (2020). Acute postoperative pain management. *Journal of British Surgery*, 107(2), e70-e80.

Souza Monteiro de Araujo, D., Nassini, R., Geppetti, P., & De Logu, F. (2020). TRPA1 as a therapeutic target for nociceptive pain. *Expert Opinion On Therapeutic Targets*, 24(10), 997-1008.

Şahin, M. (2019). Korku, kaygı ve kaygı (anksiyete) bozuklukları. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 6(10), 117-135.

Şenyüz, K.Y., & Koçalış, S. (2017). Cerrahi sonrası ağrıda multimodal analjezi ve hemşirelik yaklaşımı. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(2), 90-95.

Tabakçı, T. (2018). *Hemşirelerin postoperatif ağrı yönetimi ile ilgili bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi*. Yüksek lisans tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 508833).

Tadesse, M., Ahmed, S., Regassa, T., Girma, T., Hailu, S., Mohammed, A., et al. (2022). Effect of preoperative anxiety on postoperative pain on patients undergoing elective surgery: prospective cohort study. *Annals of Medicine and Surgery*, 73, 103190.

Tamer, Z. (2019). *Ameliyat öncesi öğretimin anksiyete ve fizyolojik parametreler üzerine etkisi*. Yüksek lisans tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 579016).

Taşdemir, N., Tank, D. Y., & Çetinkaya, B. E. (2020). Hastaların ameliyat öncesi dönemde korku düzeyleri ile öğrenim gereksinimleri arasındaki ilişki. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 7(3), 1-2.

Temiz, Z., & Özer, N. (2015). Ameliyat sonrası ağrı şiddetinin dört farklı ağrı ölçeği ile karşılaştırılması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18 (4), 245-251.

Terzioğlu, F., & Şahan, F.U. (2012). Hemşirelerin Tıbbi Müdahalede Karar Verme Yetkisi ve Konumu. *Sağlık ve Hemşire Yöneticilik Dergisi*, 3(4), 136-42.

Topal Hançer, A. (2023). Prevalence and factors associated with surgery anxiety in hospitalized patients: a point-prevalence study. *Irish Journal of Medical Science*, 192(5), 2095-2103. 80.

Tiryaki, S. (2021). *Diz artroskopisi uygulanacak hastalarda ağrı korkusu ile ağrı şiddetinin değerlendirilmesi*. Yüksek lisans tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü, <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 667171).

Tosun, H., Özkaya, B.Ö., Uz, F., & Gül, A. (2022). Cerrahi girişim uygulanan hastalarda ağrı ve konfor ilişkisi. *Online Turkish Journal of Health Sciences*, 7(1), 47-52.

Türkyılmaz, H.E.U., Eryılmaz, N.C., Güzey, N.A., & Gedikli, A. (2018). Hastaların anestezi hakkında bilgi düzeylerinin saptanması ve anestezi öncesi korkularının belirlenmesi. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 8(4), 350-355.

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Birliği internet sitesi. <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy> sayfasından erişilmiştir.

Uzbay, İ.T. (2002). Anksiyetenin nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5(1), 5-13.

Ünal Çevik, I. (2017). Ağrının kronikleşmesine neden olan faktörler, patofizyoloji temelli tedaviler. *TOTBID Dergisi*, 16, 77-80

Üstünel, F., & Erden, S. (2022). Evaluation of fear of pain among surgical patients in the preoperative period. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 37(2), 188-193.

Vermişli, S., Çukurova, İ., Baydur, H., & Yılmaz, E. (2016). Kulak burun boğaz ve baş boyun cerrahisi kliniğinde cerrahi tedavi için yatan hastaların ameliyat öncesi hasta öğrenim gereksinimi ve kaygı arasındaki ilişki. *The Turkish Journal of Ear Nose and Throat*, 26(2), 79-91.

Yağcı, Ü., & Saygın, M. (2019). Ağrı fizyopatolojisi. *Medical Journal Of Süleyman Demirel University*, 26(2), 209-220.

Yang, C.L., Tan, Y.H., Jiang, X.X., Meng, F.Y., Wu, Y.L., et al. (2012) Pre-operative education and counselling are associated with reduced anxiety symptoms following carotid endarterectomy: a randomized and open-label study. *Eur J Cardiovasc Nurs* 11:284–288.

Yazar, A. (2024). *Abdominal cerrahi hastalarında cerrahi korku düzeyi ile dini başa çıkma arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yüksek lisans tezi, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 854701).

Yeşilbalkan, Ö.U. (2007). Yaşlı bireylerde ağrı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 23(2), 131-144.

Yeşilyurt, M., & Faydalı, S. (2020). Ağrı değerlendirmesinde tek boyutlu ölçeklerin kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(3), 444-451.

Yılmaz, M., & Gürlü, H. (2011). Hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik hemşirelik yaklaşımları: hasta görüşleri. *Ağrı*, 23(2), 71-79

Yurtseven, Ş., Deniz Doğan, S., Arslan, S., Nazik, E., & Erden Yüksekaya, S. (2021). Ameliyat sonrası ağrı şiddetinin farklı ağrı ölçekleri ile değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 13(1).

EK-1 ETİK KURUL İZNİ



T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : E-69456409-199-79848
Konu : Etik Kurul Kararı (Şubat)

01.03.2023

Sayın Doç. Dr. Aylin AYDIN SAYILAN

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Başkanlığına sorumlu araştırmacı olarak başvurduğunuz aşağıdaki araştırma Etik Kurul da değerlendirilmiş olup, uygun bulunduğu ilişkin karar formu aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Sorumlu Araştırmacı/ Koordinatör	Yardımcı Araştırmacı/lar	Çalışma Konusu	Protokol No	Karar No	Karar
Doç. Dr. Aylin Aydın Sayılan	Selin Karabulut	Elektif Cerrahi Girişim Geçirecek Olan Hastaların Ameliyat Öncesi Korku Düzeylerinin Ameliyat Sonrası Ağrıya Etkisi	PR0445R0	6	Uygun
Doç. Dr. Aylin Aydın Sayılan	Sevgi ÇOLAK	Total diz protezi ameliyatı olan hastaların bağımsızlık düzeylerinin taburculuk öncesi öğrenim gereksinimlerine etkisi	PR0449R0	10	Uygun

Prof. Dr. Nurettin AKA
Müdür V.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : BZ96-U5AV-SRZZ Belge Doğrulama Adresi : <https://ebyssorgu.klu.edu.tr>

Adres: Kırklareli Üniversitesi Rektörlüğü Kayalı Kampüsü /KIRKLARELİ

Telefon No :

Fax No :

e-Posta :

İnternet Adresi : <http://www.klu.edu.tr>

Kep Adresi : kirkclareliuniversitesirektoru@hs01.kep.tr

Bilgi İçin : Özlem AKAGÜNDÜZ
TAŞ

Bilgisayar İşletmeni

Dahili No:2512



EK-2 KURUM İZNİ



T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü



Sayı : E-79056779-600-423667
Konu : Çalışma hk.

17.03.2023

Sayın Selin KARABULUT

İlgi : a) 14.03.2023 tarihli dilekçe.
b) 16.03.2023 tarihli ve 600-E.422743 sayılı yazı

İlgi (a) dilekçenize istinaden Hastanemiz Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığının düzenlemiş olduğu ilgi (b) yazı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Abdullah TAŞ
Merkez Müdürü

Ek:İlgi (b) Yazı (1 sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSP844EFS6 Pin Kodu :47652

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/trakya-universitesi-ebys>



Adres : Trakya Üniversitesi Rektörlüğü Balkan Yerleşkesi Edirne 22030
Telefon : (0284) 235 27 31 Faks : (0284) 235 27 30
e-Posta:bashekim@trakya.edu.tr Web:http://tuh.trakya.edu.tr/
Kep Adresi : trakyauni@hs01.kep.tr

Bilgi için : Neriman ÜNAL
Unvanı : Evrak Kayıt Birimi Görevlisi



EK-2 (devam) KURUM İZİNİ

Sıra No: 16.03.2023-422/43



T.C.
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Cerrahi Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı
Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı : E-51088030-600-422743
Konu : Çalışma hk.

16.03.2023

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 15.03.2023 tarihli ve 600-E.422046 sayılı yazı

Kırklareli Üniversitesi Tezli Hemşirelik Yüksek Lisans Programında "Elektif Cerrahi Girişim Geçirecek Olan Hastaların Ameliyat Öncesi Korku Düzeylerinin Ameliyat Sonrası Ağrıya Etkisi" adlı çalışmanın bölümümüzde yapılması uygun görülmüştür.
Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. İrfan COŞKUN
Anabilim Dalı Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : BS483J2EHH Pin Kodu : 72952

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/trakya-universitesi-ebys>

Adres : Trakya Üniversitesi Rektörlüğü Tıp Fakültesi Dekanlığı Balkan Yerleşkesi 22030 Edirne

Telefon : 2842357653 Faks : 2842357652

e-Posta: dekanlik@trakya.edu.tr Web: <http://tipfak.trakya.edu.tr/>

Kep Adresi : trakyauni@hs01.kep.tr

Bilgi için : Şükriye YALGIN
Unvanı : Sekreter



EK-3 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Kişisel Bilgi Formu

Anket No:

Yapılan Ameliyat:

1. Yaş:
2. Cinsiyet ☐ Kadın ☐ Erkek
3. Medeni Durum ☐ Evli ☐ Bekar
4. Öğrenim Durum ☐ Okur-yazar değil ☐ Okur-yazar ☐ İlköğretim
☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite
☐ Lisansüstü
5. Çalışma Durumu ☐ Çalışıyor ☐ Çalışmıyor /Emekli
6. Kronik hastalığınız var mı? Cevabınız evet ise hastalığı/hastalıkları yazınız.
☐ Evet..... ☐ Hayır
7. Alışkanlıklar ☐ Yok ☐ Sigara ☐ Alkol
8. Daha önce ameliyat oldunuz mu? Cevabınız evet ise geçirdiğiniz ameliyatı belirtiniz.
☐ Evet..... ☐ Hayır

Aşağıdaki soruları şuanki sağlık durumunuzu ve şimdiki ameliyatınızı dikkate alarak cevaplandırınız.

9. Ameliyattan kaç gün önce hastaneye yatışınız verildi ?
10. Ameliyat öncesi dönem ve yapılması gerekenler hakkında bilgi aldınız mı ?
 Cevabınız evet ise kimden bilgi aldınız ?
☐ Evet ☐ Hayır
11. Ameliyat sonrası dönem ve dikkat edilmesi gerekenler hakkında bilgi aldınız mı ?
 Cevabınız evet ise kimden bilgi aldınız ?
☐ Evet..... ☐ Hayır
12. Ameliyat öncesi ve sonrası yanınızda refakat edecek biri/birileri var mı?
☐ Evet ☐ Hayır
13. Uygulanan anestezi tipi nedir ?.....
14. Ameliyat olmaya karar vermenizdeki en büyük etken nedir?
☐ Ağrının olması
☐ Hareket kısıtlamasının olması
☐ Kişisel bakımın sağlanamaması
☐ Uyku problemlerinin olması
☐ Diğer.....

Katılımınız için teşekkür ederim.

Cerrahi Korku Ölçeği

Bu ölçek sizin cerrahi prosedürde cerrahi girişime maruz kaldığınızda sizin ameliyatın çeşitli yönlerinden ne kadar korktuğunuzu değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Şu anda nasıl hissettiğinizi en iyi yansıtan seçeneği yuvarlak içine alınız.

1) Ameliyattan korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
hiç korkmuyorum çok korkuyorum

2) Anesteziden korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
hiç korkmuyorum çok korkuyorum

3) Ameliyat sonrası ağrıdan korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
hiç korkmuyorum çok korkuyorum

4) Ameliyattan sonra rahatsız edici (bulantı gibi) yan etkilerden korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
hiç korkmuyorum çok korkuyorum

5) Ameliyattan dolayı sağlığımın kötüleşeceğinden korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
hiç korkmuyorum çok korkuyorum

6) Ameliyatın başarısız geçeceğinden korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
hiç korkmuyorum çok korkuyorum

7) Ameliyattan sonra tamamen iyileşemeyeceğimden korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
hiç korkmuyorum çok korkuyorum

8) Ameliyattan sonra iyileşme sürecimin uzun olacağından korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
hiç korkmuyorum çok korkuyorum

Katılımınız için teşekkür ederim.

GÖRSEL KIYASLAMA ÖLÇEĞİ (GKÖ)

Aşağıda üzerinde "0" dan "10" a kadar rakamlar bulunun bir çizgi bulunmaktadır. "0" hiç ağrının olmaması, "10" ise dayanılmaz ağrıyı ifade etmektedir. Şu anki ağrı şiddetinize denk gelen rakamı bir daire içine alarak gösteriniz.

Ameliyat öncesi gece:



Ameliyat sonrası 30. Dakika:



Ameliyat sonrası 2. Saat:



Ameliyat sonrası 6. Saat:



Ameliyat sonrası 12. saat:



Katılımınız için teşekkür ederim.

EK-4 CERRAHİ KORKU ÖLÇEĞİ İZİNİ



Selin Karabulut

Cerrahi Korku Ölçeği İzni

2 ileti

Selin Karabulut

21 Ocak 2023 13:16

Alıcı:

Sayın Zeynep Hocam,

Ben Kırklareli Üniversitesi Hemşirelikte Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Selin Karabulut. " Elektif Cerrahi Girişim Geçirecek Olan Hastaların Ameliyat Öncesi Korku Düzeylerinin Ameliyat Sonrası Ağrıya Etkisi" adlı tez çalışmamda geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz " Cerrahi Korku Ölçeği (CKÖ)" ni kullanmak istiyorum. Ölçek üzerine izninizi beklemekteyim. İyi çalışmalar dilerim.

Zeynep Karaman Özlü

26 Ocak 2023 11:43

Alıcı: Selin Karabulut

Merhabalar

Ölçek ekte yer almakta. Çalışmanızda kolaylıklar diliyorum.

--

Doç. Dr. Zeynep KARAMAN ÖZLÜ

Atatürk Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Erzurum, TÜRKİYE

Assoc. Prof. Zeynep KARAMAN ÖZLÜ

Atatürk University

Faculty of Nursing

Department of Surgical Nursing

Erzurum, Turkey

Gönderen: Selin Karabulut

Gönderildi: 21 Ocak 2023 Cumartesi 13:16

Kime:

Konu: Cerrahi Korku Ölçeği İzni

[Alınılan metin gizlendi]



cerrahi korku ölçeği türkçe.docx

14K

EK-5 GÖRSEL KIYASLAMA ÖLÇEĞİ İZİNİ

Selin Karabulut [redacted]

Ölçek İzni

2 ileti

Selin Karabulut [redacted]

21 Ocak 2023 13:34

Alıcı: [redacted]

Sayın Hocam,
Ben Kırklareli Üniversitesi Hemşirelikte Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Selin Karabulut. " Elektif Cerrahi Girişim Geçirecek Olan Hastaların Ameliyat Öncesi Korku Düzeylerinin Ameliyat Sonrası Ağrıya Etkisi" adlı tez çalışmamda uyarlamasını yapmış olduğunuz VAS Ağrı Skalası Ölçeğini kullanmak istiyorum. Ölçek üzerine izninizi beklemekteyim.
İyi çalışmalar dilerim.

Fatma Eti Aslan [redacted]

22 Ocak 2023 06:52

Alıcı: Selin Karabulut [redacted]

Günaydın Selin
GörselKıyaslama Ölçeği (GKÖ)ni
Kullanabilirsin
Başarılar dileri

iPhone'umdan gönderildi

Selin Karabulut [redacted] şunları yazdı (21 Oca 2023 13:35):

[Alıntılanan metin gizlendi]

EK-6 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

T.C. Kırklareli Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Doç. Dr. Aylin Aydın Sayılan ve Yüksek Lisans öğrencisi Selin Karabulut tarafından yürütülen “ Elektif Cerrahi Girişim Geçirecek Olan Hastaların Ameliyat Öncesi Korku Düzeylerinin Ameliyat Sonrası Ağrıya Etkisi ” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı elektif cerrahi geçirecek olan hastaların ameliyat öncesi korku düzeylerinin ameliyat sonrası ağrı üzerindeki etkisini belirlemektir. Araştırmada sizden tahminen 15-20 dk ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya dahil olan hastalara, araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu ve gerekli izinler alınarak kullanılacak olan Cerrahi Korku Ölçeği ve Görsel Kıyaslama Ölçeği kullanılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahiptir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir.

Araştırmaya katılarak vereceğiniz bilgiler için teşekkür ederiz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının

Adı Soyadı:

Tarih:

İmzası:

Araştırmacının

Adı Soyadı: Selin KARABULUT

Tarih:

İmzası:

EK-7 ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Selin	Soyadı	Karabulut
Doğ.Yeri		Doğ.Tar.	
Uyruğu		Email	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.		
Lisans		

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.			
2.			
3.			

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	ÜDS/YDS/YÖK DİL Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce					

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı			
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri