



**AMELİYAT SONRASI DÖNEMDEKİ HASTALARIN
ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEK, AĞRI VE KAYGI
DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Oktay Ferdi YILDIZ
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Reva BALCI AKPINAR

Yüksek Lisans Tezi-2019

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

**AMELİYAT SONRASI DÖNEMDEKİ HASTALARIN
ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEK, AĞRI VE KAYGI
DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Oktay Ferdi YILDIZ

**Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Reva BALCI AKPINAR**

**ERZURUM
2019**

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI

**AMELİYAT SONRASI DÖNEMDEKİ HASTALARIN
ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEK, AĞRI ve KAYGI
DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Oktay Ferdi YILDIZ

Tez Savunma Tarihi : 08.07.2019

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Reva BALCI AKPINAR (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Gülay İPEK ÇOBAN (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Arzu KARABAĞ AYDIN (Kafkas Üniversitesi)

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Duygu ARIKAN
Enstitü Müdürü

Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM - 2019

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT.....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VII
TABLolar DİZİNİ.....	VIII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Sosyal Destek Kavramı ve Tanımı	4
2.2. Sosyal Destek Türleri.....	6
2.3. Sosyal Destek ve Sağlık.....	8
2.4. Algılanan Sosyal Destek.....	9
2.5. Sosyal Desteğin Sağlanmasında Hemşirenin Rolü.....	10
2.6. Ağrı ve Tanımı.....	11
2.7. Ağrının Tarihçesi	13
2.8. Ağrı Sınıflandırılması	15
2.8.1. Başlama Süresine Göre Ağrının Sınıflaması	15
2.8.2. Kaynaklandığı Bölgeye Göre Ağrı Sınıflaması	16
2.8.3. Mekanizmalarına Göre Ağrı Sınıflaması.....	16
2.9. Ağrıyı Etkileyen Faktörler	18
2.10. Cerrahi Girişim Geçirmiş Hastalarda Ağrı	19
2.11. Postoperatif Ağrıyı Etkileyen Faktörler.....	20
2.12. Ağrı Yönetiminde Hemşirelik Rolü.....	22
2.13. Ağrının Değerlendirilmesi	23
2.14. Ağrı Değerlendirme Yöntemleri.....	23

2.15. Ağrılı Hastanın Değerlendirilmesi.....	24
2.16. Kaygı ve Tanımı	25
2.17. Kaygının Özellikleri	27
2.18. Kaygının Belirtileri	28
2.19. Kaygı Düzeyleri	29
2.20. Kaygı Çeşitleri	30
2.20.1. Durumluk Kaygı	30
2.20.2. Sürekli Kaygı	30
2.21. Kaygı Nedenleri.....	31
2.22. Cerrahi Girişim Geçirmiş Hastalarda Kaygı.....	32
2.23. Kaygı ve Hemşirelik Girişimleri.....	33
3. MATERYAL VE METOT.....	34
3.1. Araştırma Tipi.....	34
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	34
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	34
3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	34
3.5. Veri Toplama Araçları	35
3.5.1. Hasta Tanıtım Formu	35
3.5.2. Görsel Kıyaslama Ölçeği	35
3.5.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	35
3.5.4. Durumluk – Sürekli Kaygı Ölçeği	35
3.6. Verilerin Toplanması	37
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	38
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	39
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	39

4. BULGULAR.....	41
5. TARTIŞMA.....	47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	62
KAYNAKLAR	63
EKLER	94
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	94
EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU.....	95
EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU	95
EK-4. HASTA TANITIM FORMU	93
EK-5. GÖRSEL KIYASLAMA ÖLÇEĞİ.....	98
EK-6. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ.....	99
EK-7. DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ.....	100
EK-8. SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ.....	101
EK-9.UYGULAMA İZNİ.....	102

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimimde ve tez çalışmamı, değerli bilgi ve katkıları ile yöneten, tezimin her aşamasında sabrını, ilgisini ve yardımlarını esirgemeyen kıymetli hocam Sayın Prof. Dr. Reva BALCI AKPINAR' a, Sayın Doç. Dr. Gülay İPEK ÇOBAN' a ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Arzu KARABAĞ AYDIN' a en derin saygı ve şükranlarımı sunarım.

Tezimin farklı aşamalarında yardımcı olan Sayın Öğr. Gör. Mustafa Durmuş'a, Sayın Öğr. Gör. Necmettin Çiftçi'ye ve Sayın Öğr. Gör. Ömer Taşçı'ya, Muş Devlet Hastanesi cerrahi servis hemşirelerine, çalışmama katılan tüm hastalara, eğitim hayatım ve tez çalışmam boyunca desteklerini ve dualarını hiç aksatmayan değerli anneme, babama ve kardeşlerime sonsuz teşekkür ediyorum.

Oktay Ferdi YILDIZ

ÖZET

Ameliyat Sonrası Dönemdeki Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek, Ağrı ve Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Amaç: Bu çalışma ameliyat sonrası dönemdeki hastaların algıladıkları sosyal destek, ağrı ve kaygı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı türde yapılan bu araştırmanın evrenini 21 Mayıs- 31 Ekim 2018 tarihleri arasında Muş Devlet Hastanesinin Genel Cerrahi, Plastik Cerrahi, Üroloji, Ortopedi ve Kulak Burun Boğaz Kliniklerinde ameliyat olmuş yetişkin hastalar oluşturmuştur. Araştırmaya ameliyat sonrası ilk 48 saat içinde olan 517 hasta alınmıştır. Veriler Hasta Tanıtım Formu, Görsel Kıyaslama Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Durumluk Kaygı Ölçeği ve Sürekli Kaygı Ölçeği ile toplanmıştır. Verilerin analizinde yüzdelik dağılım, pearson korelasyon testi, bağımsız gruplar t testi ve ANOVA testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların %63.8'i erkek,%39.7'si 18-29 yaşında ve %65.4'ü evlidir. Hastaların; Sosyal Destek toplam puan ortalaması 32.10 ± 22.14 , Durumluk Kaygı puan ortalaması 36.57 ± 9.27 , Sürekli Kaygı puan ortalaması 37.97 ± 8.65 , Ağrı puan ortalaması ise 5.72 ± 2.69 olarak bulunmuştur. Sosyal Destek toplam puanı ile Durumluk Kaygı ($r=0.104$) ve Sürekli Kaygı ($r=0.121$) puanları arasında pozitif yönlü zayıf ilişki, Sosyal Destek toplam puanı ile Ağrı puanı ($r=-0.450$) arasında negatif yönlü orta kuvvetli ilişki belirlenmiştir ($p<0.05$).

Sonuç: Hastaların sosyal destek alma durumu arttıkça ağrı düzeylerinin azaldığı, sosyal destek ile durumluk ve sürekli kaygı arasında zayıf ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, hemşirelik, kaygı, sosyal destek

ABSTRACT

Investigation of the Relationship Between Perceived Social Support, Pain and Anxiety Levels in Postoperative Patients

Aim: This study was conducted as a descriptive study to investigate the relationship between perceived social support, pain and anxiety levels in postoperative patients.

Material and Method: The universe of this descriptive study consisted of adult patients who were operated in General Surgery, Plastic Surgery, Urology, Orthopedics and Otorhinolaryngology Clinics of Muş State Hospital between 21 May and 31 October 2018. The study included 517 patients who were in the first 48 hours postoperatively. Data were collected with Patient Identification Form, Visual Comparison Scale, Multidimensional Perceived Social Support Scale, State Anxiety Scale and Trait Anxiety Scale. Percentage distribution, pearson correlation test, independent groups t test and ANOVA test were used for data analysis.

Results: The Patients who participated in the study; 63.8% were male, 39.7% were 18-29 years old and 65.4% were married.

The patients mean score of Social Support was 32.10 ± 22.14 , State Anxiety score was 36.57 ± 9.27 , Trait Anxiety score was 37.97 ± 8.65 , and the average pain score was 5.72 ± 2.69 . There was a weak positive correlation between Social Support score and State Anxiety ($r = 0.104$) and Trait Anxiety ($r = 0.121$), and a negative moderately strong relationship between Social Support score and Pain Score ($r = -0.450$) ($p < 0.05$).

Conclusion: At the end of the study; pain level decreased as social support increased, and there was a weak relationship between social support and state and trait anxiety

Keywords: Anxiety, nursing, pain, social support

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ÇBASDÖ	:Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DKÖ	: Durumluk Kaygı Ölçeği
F	: F testi (Varyans Analizi = ANOVA)
GKÖ	: Görsel Kıyaslama Ölçeği
p	: Anlamlılık Değeri
r	: Pearson Momentler Çarpımı Kolerasyon Katsayısı
S.S	: Standart Sapma
SKÖ	: Sürekli Kaygı Ölçeği
t	: t testi

TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 3.1. Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan İstatistiki Analizler.....	38
Tablo 4.1. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri.....	41
Tablo 4.2. Hastaların Algılanan Sosyal Destek, Kaygı, Ağrı Puanlarının Betimleyici İstatistikleri Ve Güvenilirlik Analizleri	42
Tablo 4.3. Hastaların Algılanan Sosyal Destek, Kaygı, Ağrı Puanlarının İlişkisi	43
Tablo 4.4. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Algılanan Sosyal Destek, Kaygı, Ağrı Puanlarına Göre Karşılaştırılması	45

1. GİRİŞ

Bireyler yaşam süreci içinde bazen sağlıklarından uzaklaşarak bakımı ve tedaviyi zorunlu kılan hastalık ile karşı karşıya kalabilmektedirler.^{1, 2} Hastalık durumu bireyin dengesini bozarak fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlara sebep olabilmektedir.^{1, 3} Bu durumlarda bireyin sosyal destek gereksinimi artmaktadır. Sosyal destek güç durumdaki veya stres altındaki bireyin kendine yakın hissettiği aile, eş ve arkadaşlar tarafından temin edilen duygusal, maddi ya da manevi yardım olarak tanımlanmaktadır.⁴ Sosyal destek aynı zamanda bireyler arasındaki karşılıklı etkileşimdir. Sosyal destek bireylerin sorunları ile başa çıkmalarında anlamlı bir güç, iyileşme sürecini destekleyen etkili bir kaynaktır.⁵⁻⁷ Yeterli sosyal destek sağlığın korunmasını, geliştirilmesini, rehabilite edilmesini ve hastalıkların tedavisini olumlu yönde etkileyerek bireylerin yaşam kalitesini arttırmaktadır.⁸⁻¹¹ Yapılan araştırmalarda da sosyal desteğin hastaların psikolojik ve sosyolojik problemlerinin çözümü ve tedaviye uyumu üzerinde güçlü bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir.¹² Krohne ve Slangon¹³ tarafından yapılan bir çalışmada sosyal desteği olan hastaların anksiyete düzeylerinin daha düşük, anestezi gereksinimlerinin daha az olduğu ve daha erken taburcu oldukları saptanmıştır.

Bireylere sağlanan sosyal desteğin, halk arasında mutluluk hormonu olarak bilinen vücudun doğal ve yan etkisi olmayan analjeziği endorfin hormonunun salgılanmasına yardımcı olarak, ağrıyı ve analjezik kullanımına olan gereksinimi azalttığı düşünülmektedir. Ağrı, insanoğlunun tarih boyunca en çok yakındığı ve çaresiz kaldığı evrensel deneyimlerden biri olup, bireyin sağlık hizmetlerine başvurmasını gerektiren, günlük yaşamını olumsuz etkileyen ve istenmeyen bir duyumdur.^{14, 15} Ağrı günümüzde beşinci yaşam bulgusu olarak kabul edilmektedir¹⁶. Uluslararası Ağrı Araştırma Teşkilatı ağrıyı; vücudun herhangi bir bölgesinde meydana gelen gerçek ve potansiyel doku hasarından kaynaklanan hoş olmayan ve öznel bir durum olarak

tanımlamıştır.^{17, 18} Öznel bir durum olduğundan ağrı değerlendirilmesinde en önemli kaynak hastanın kendisidir. Ağrının şiddeti değerlendirilirken bireyin sosyal, psikolojik ve fizyolojik faktörlerden etkilenme durumu ve bunların birbiri ile olan etkileşimi ayrıca incelenmelidir.¹⁹⁻²¹ Birçok nedenden dolayı görülen ağrı; yaş, cinsiyet, kültürel ve sosyal özelliklerden de etkilenmektedir.¹⁵ Ağrısı olan her bireyin ağrısının giderilmesi hem etik zorunluluktur hem de bir hasta hakkıdır.²² Giderilmeyen ağrı; uykusuzluğa, iştahsızlığa, yara iyileşmesinde gecikmeye, yaşam kalitesinin düşmesine, yatış süresinin uzamasına ve mortalite oranının artmasına yol açmaktadır.¹⁸

Kaygı, tüm insanların yaşamlarının bazı dönemlerinde yaşadıkları tehdit veya tehlike olarak algılanan, fizyolojik semptomların eşlik ettiği, endişe ve rahatsızlık veren ve ağrısı olan bireylerde sık rastlanan bir duygu durumudur.^{23, 24} Kaygı aynı zamanda gerilim, tedirginlik, huzursuzluk olarak da tanımlanabilir. Kaygı da ağrı gibi evrensel bir his olup kişinin kendini emniyette hissetmediği durumlara karşı geliştirdiği bir reaksiyondur. Kaygı, bütün insanların hayatlarının bir parçasıdır ve farklı düzeylerde yaşanabilmektedir. Düşük düzeyde ve kısa süreli yaşanan kaygı normal kabul edilmekte iken normalden fazla ve uzun süreli kaygı yaşanması bireyin kişilerarası ilişkilerini, sağlığını ve tüm yaşamını olumsuz etkilemektedir.²⁵ Hastalık süreçleri ve bu süreçte yapılan ve yapılması planlanan işlemlerden dolayı bireylerin kaygı seviyeleri yüksek olabilmektedir.^{3, 26} Hasta bireyler, gerek hastane ortamından gerekse hastalığa bağlı oluşan durumlardan kaynaklanan kaygı hissi yaşayabilirler. İyileşememe ve işini kaybetme düşüncesi, rollerini gerçekleştirememesi, sosyal çevreden uzak kalma, tıbbi aletler, ağırlı işlemler hastalar için kaygıya neden olabilecek etkenlerin bir kısmıdır.

Kaygı ve ağrıya yol açan durumlardan biri de cerrahi girişimlerdir. Öznel olan kaygı ve ağrı durumunun ortaya çıkmasını ve derecesini bireyin önceki deneyimleri, yaşı, cinsiyeti, bireysel özellikleri ve problem çözme becerileri gibi faktörler

etkilemektedir.^{3,26,27} Hastaların yaşadıkları kaygı ve ağrının giderilmesinde hemşireler önemli roller üstlenmektedir. Hemşirelerin hastalarını doğru bir şekilde tanılaması, kaygıya yol açabilecek durumları belirlemesi, hastanın ağrısını etkileyen durumları anlayabilmesi doğru bir hemşirelik yaklaşımı için gereklidir. Hastaya yapılan işlemler hakkında bilgi verme, sorularını cevaplandırma, duygularını ifade etmelerine yardımcı olma, hastaların sosyal destek ağlarını harekete geçirme bu bağlamda yararlı hemşirelik aktiviteleridir.

Bu çalışmanın amacı ameliyat sonrası dönemdeki hastaların algıladıkları sosyal destek, ağrı ve kaygı düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sosyal Destek Kavramı ve Tanımı

Sosyal destek kavramının sağlıkla olan ilişkisi ilk olarak 1960'lı yıllarda yapılan çalışmalarla başlanmış olup bu çalışmalarda sosyal desteğin strese bağlı hastalıklarda olumlu bir etkisinin olduğu saptanmıştır.²⁸ Sosyal destek, anne rahminde iken başlar ve yaşam süresince etrafındaki insanlardan alınarak devam ederken bu süreçte desteğin kim tarafından verildiği de önemlidir.²⁹ Sosyal destek ile ilgili birçok farklı tanım yapılmış olup tam bir uzlaşma sağlanamamıştır. Bu durum araştırmacıların sosyal desteğe farklı yönlerden ve kişilerin ihtiyaçlarının farklı açılardan ele alınmasından kaynaklanmaktadır. Bundan dolayı ilk olarak konu üzerinde çalışma yapmış araştırmacılar ve kuramcılar sosyal desteği nasıl tanımlayıp ve yorumladıklarına göz atmanın faydalı olacağı düşünülmektedir. Bunlardan ilk tanıma göre; stres altındaki bireyin, stresle baş etme kabiliyetini geliştiren ve bireyin maddi, manevi ve psikolojik desteklerini kullanarak stresle baş etmesidir.³⁰ Özbesler'in³¹ aktardığına göre; Thoits, sosyal desteği zor durumdaki veya stres altındaki bireye etrafındaki (eş, aile, arkadaş vb.) insanlar tarafından sağlanan yardım şeklinde ifade etmiştir. Gottlieb³² ilişkilerdeki temel veya ruhsal sorunlarla baş etme, aitlik, saygıyı geliştiren süreç olarak tanımlamıştır. Yıldırım'a³³ göre sosyal destek; kişilerin etrafında gördüğü saygı, sevgi, güven, ilgi, ekonomik destek gibi kişisel, psikolojik ve sosyal nitelikteki çeşitli yardımlar olarak tanımlamaktadır. Elmacı'nın³⁴ aktardığına göre, Sarosan sosyal desteği, bireyin sosyal kaynaklardan güvenli bağlantı yöntemiyle yararlanması şeklinde tanımlamaktadır. Akın ve Ceyhan³⁵'in belirttiğine göre, sosyal desteği, yakın çevrenin sosyal ilişki sıklığı ve sayısı gibi stresin negatif tesirinden kişiyi muhafaza eden sistemleri de içeren bir kavram olarak tanımlamaktadır. Cohen ve Syme³⁶, sosyal desteği, başkalarından alınan destek olarak tanımlamışlardır.

Sosyal destek, bireylerin yakın çevresi ile (arkadaş, eş, aile) olan ilişkilerinde sıkıntılarını ve sorunlarını onlar ile paylaşabilmesi ve sağlığını sağlıklı bir şekilde devam ettirebilmesi ve çevreye adapte olması için önemli bir ihtiyaçtır. Sosyal destek, insanların sürekli ihtiyaç duyduğu şefkat, saygı, sevgi, aitlik gibi gereksinimlerini tekabül ederek bireylerin ruhsal ve fiziksel sağlıklarını pozitif yönde etkiler ve bireylerin karşılaştığı güçlükleri alt etmede büyük bir rol alır.³⁷

Bireylerin eş, aile, arkadaş vb. gibi yakın çevresinden aldıkları destek sosyal, bedensel ve ruhsal gelişimleri için büyük önem arz eder. Özellikle kişinin ailesinden aldığı destek birey için çok önemlidir.³⁸ Sosyal destek, sağlıklı bireylerde olduğu gibi özellikle sağlığını kaybetmiş bireylerde de negatif düşünce ve olumsuzluklara karşı koruyan iyi bir savunma şeklidir.³⁹ Sosyal destekteki herhangi bir aksaklığın ve eksikliğin sağlığa olumsuz yansıdığı bilinmekle beraber, kavram hakkında yapılan açıklamalarda sağlıkta tampon bir rol üstlendiği ifade edilmektedir.⁴⁰ Gerçek anlamda sağlanan sosyal destek bireye itimat kazandırmakla beraber, stres verici vakalarla baş edebilmesinde de verimli bir biçimde mücadele sağlar.⁴¹

Yapılan araştırmalar gösteriyor ki; yetersiz sosyal desteğin bireylerde ruhsal sorunlara, sosyal sorunlara ve hastalıklara karşı yetersiz savunmaya ilişkin bağlantılar tespit edilmiş olup, sosyal ilişkilerinde sıkıntı yaşayan bireylerin olumsuz duyguları sıkça yaşamaktadır.⁴² Sosyal destek tüm herkes için gereksinim duyulan ve yapılmış birçok araştırmada da birey için problemlerin önlenmesi, çare bulunması ve tedavisinde çok önemli bir destek kaynağıdır.⁴³

Krohne ve Slangen¹³ 84 hasta üzerinde yaptıkları bir çalışmada sosyal desteği olanların olmayanlara göre ameliyatta daha az narkoz aldıkları, kaygılarının düşük ve hastanede yatış süresinin daha da az olduğu tespit edilmiştir.

Pinikahana ve ark.⁴⁴'nin yaptıkları bir gözlem çalışmasında sosyal desteği olan şizofreni hastalarının tedaviye olan uyumları, sosyal desteği olmayanlara göre daha üst düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Yapılan tüm bu tanımların ortak noktası ise insanların karşılaştıkları sorunları etrafındaki kişilerden destek alarak sorunu en aza indirmek veya yok etmektir. İnsanlar, çevresindeki bireylerin verdikleri destek ile psikolojik ve fiziksel sorunlarını daha kolay çözmektedirler. Bireylerin sağlıklarını kaybettiklerinde yaşadıkları kriz ve stres süreçlerinde sosyal bağlantılar çok büyük rol almaktadır.²⁹ Yapılan bu açıklamalardan da anlaşılacağı üzere sosyal desteğin sağlıktaki en mühim görevi bireylerin yaşadıkları stresi ve vücuttaki negatif tesirini azaltmak ve bireyi olumsuzluklara karşı korumaya yardımcı olmaktır.

2.2. Sosyal Destek Türleri

Cohen ve Wills sosyal desteği dört türde incelemiştir. Bunlar; bilgisel, duygusal, yaygın ve maddi destek şeklindedir.

2.2.1. Bilgisel Destek

Bu destek türü çevresel ve bireysel problemlerde bireye danışmanlık yapma, öğüt verme, bilgilendirme gibi fiilleri kapsamaktadır. Bireyin gereksinim duyduğu bilgiyi temin ettirme ile sağlanan destek türüdür. Birey herhangi bir stres kaynağı ile sorunu çözmede yetersiz kalmış ise bireyin sosyal çevresi çözüm yolları önererek bireye bilgisel destek sağlayabilir. Bireyin sorunlarını çözmeye yönelik ve yol gösterici destek çeşididir. Bireye, içinde bulunduğu sorunlara yönelik öneride bulunma, rehberlik yapma, nasihatle bulunma ve sorun çözmeye yönelik bilgi türüdür.^{30, 45}

2.2.2. Araçsal Destek

Mali yardımı ifade etmektedir. Maddi yardım ve gereksinim duyulan işlevlerin temin edilmesi, bu sıkıntılardan kaynaklı stresin azaltılması ve sağlığı olumlu yönde

etkilemeyi kapsamaktadır.⁴⁶ Araşsal destek sorunları, birey adına doğrudan yakınları tarafından çözülür.⁴⁵ Birey ve ailesini rahatlatarak olabilecek gerilim ve stresi azaltır. Örneğin; hasta birey için ev ihtiyaçlarını karşılamak, bireye iş bulmak, borç para vermek ya da parayı karşılıksız olarak vermek, ulaşımı sağlamak gibi davranışları kapsamaktadır.

2.2.3. Yaygın Destek

Bireyin boş zamanlarında diğer bireyler ile rahatlaması, eğlenmesi ve vakit geçirmesidir. Birey bu destek türü ile sosyalleşir, bir gruba dahil olur ve sorunları nedeniyle psikolojik bunalımlara girmeden dikkatini başka yöne çekerek ortamın olumlu havası ile sorunlarla baş etmesi daha da kolaylaşır.³⁰ Bu şekilde birey, problemlerini başkaları ile konuşarak stresini azaltır ve rahatlama hisseder.

2.2.4. Duygusal Destek

Değer verilme, anlayış, sevgi, hoşlanma, özen gösterilme, şefkat, saygı, kabul görme, değer verilme ve empati gibi gereksinimleri karşılayan bir destek türüdür. Literatürde yakın destek, ifade edici destek, değerlilik desteği olarak da adlandırılmaktadır. Duygusal destek, hastaya veya bireye yardım ederek psikolojik yönden bireyi pozitif etkiler ve motivasyon sağlar.⁴⁷ Bu destek türü bireyde kaygı ve depresyon ile başa çıkmada çok önemlidir. Duygusal destek, psikolojik sağlığı olumlu etkilemektedir. Çünkü birey, çevresindeki sosyal destekçileri tarafından benimsendiğini, değer verildiğini ve sevildiğini hisseder. Bu da bireyde problemlerle mücadelede artış ve özgüven duygularını pozitif etkiler.⁴⁸⁻⁵⁰ Brown'un, çeşitli sorunların bireyde yarattığı sıkıntı ve gerilim üzerine yapmış olduğu bir çalışmada arkadaşı olmayan bireylerin stresten daha çok etkilendikleri, özgüven eksikliği ve psikopatolojik bulgularının daha çok olduğu belirtilmiştir.^{6, 51}

Yapılmış çalışma sonuçları da gösteriyor ki sosyal desteği fazla olan bireylerin stresle baş etmede kendilerini daha iyi hissettikleri ve daha iyi durumda oldukları; düşük sosyal desteği olanlar ise strese ve depresyona daha çok meyilli olduğu ve bireyde öz güven eksikliğinin olduğu saptanmıştır.⁵²

2.3. Sosyal Destek ve Sağlık

Sosyal destek, hasta bireyin iyileşmesinde önemli bir güçtür.⁷ Bunun yanında hastalığın seyri ve mortalite de sosyal desteğin pozitif etkisi olmasından dolayı hastalık sürecinde bireye sağlanan sosyal desteğin önemi artmaktadır.^{53, 54} Sosyal destek bireyin iyileşmesini hızlandırmakla beraber, tedaviye uyumu da kolaylaştırır ve yaşam kalitesini de artırır.¹⁰ Bu bilgilerden yola çıkarak yapılan araştırmalar, sosyal destek ve sağlıkla ilgili iki temel görüş olduğunu göstermektedir.

2.3.1. Temel Etki Modeli

Bu model sosyal destek ve sağlık arasında doğrudan bir ilişkinin olduğunu savunur. Bireyi, stresin negatif havasından koruyarak kendini iyi hissetmesini sağlar.⁵⁰ Sosyal desteği olan bireylerin daha iyi bir halde olduğu, yokluğunda ise olumsuzluklar yaratabileceğini savunan bir modeldir.⁵⁵ Birey, sosyal ilişkiler içindeki arkadaş, eş ve aile tarafından desteklenir, sevilir, saygı gösterilir ve değer buluyorsa kendini mutlu hisseder. Aksi halde sosyal ilişkilerinde yetersizlik olan bireyde psikolojik ve fiziksel rahatsızlıklardaki risk artacaktır.⁴¹

2.3.2. Tampon Modeli

Bu model var olan stresi, sosyal destek ile azaltır. Sosyal destek, stresin yüksek seviyelerde seyrettiği durumlarda bireyin sorunlarla mücadelesini kolaylaştırarak daha iyi uyum sağlamasına yardımcı olur ve tampon görevini üstlenir. Stres olsun veya olmasın sosyal destek bireyin uyumunu ve sağlığını pozitif etkiler.⁵⁵ Sosyal desteği güçlü olan bireylerin, sosyal desteği zayıf olanlara nazaran stresli durumlarla baş

etmede daha iyi oldukları saptanmıştır.⁵⁶ Stresli bir hayatta eş, aile veya dostların yardım etmesi, bireye destek vermesi sosyal desteğin tampon etkisi olarak da adlandırılmaktadır.^{41, 50, 57} Sosyal destek sağlanan bireyler, sağlanmayanlara göre stres verici olaylardan daha az etkilenmektedir.⁵⁷

Sosyal destekler var olan problemleri tamamen ortadan yok etmese bile bireyin gereksinimleri olan bir gruba ait olma, sevgi, özgüven, benlik saygısı gibi sosyal ihtiyaçları karşılayarak bireyi psikolojik yönden rahatlatır ve çaresizlik duygusunu azaltarak yeni çözüm yolları arayışına sevk eder.⁵⁸

2.4. Algılanan Sosyal Destek

Literatüre göre bireyin sağlığını ve mutluluğunu etkileyen sosyal desteğin yararları uzun bir zamandır kabul görmekle beraber özellikle algılanan sosyal desteğin bireyin sağlığını daha iyi bir şekilde etkilediği belirtilmekte ve bireyin fiziksel ve psikolojik sağlığını olumlu yönde iyileştirmektedir. Kuramcılar ve araştırmacılar algılanan sosyal destek kavramı için farklı tanımlar yapmıştır. Sorias'a⁵⁹ göre; algılanan sosyal destek genel anlamda bireyin kendine verdiği değer olarak kabul edilmektedir. Cohen ve Will'e göre; sosyal destek bireyin değer verdiği, önemseydiği kişilerce değerli bulunmaları ve sevmeleri olarak tanımlanmıştır.⁵⁵ Sosyal çevresi tarafından yardım bulacağını, ilişkilerinin iyi olduğunu, sevilip sayıldığını ve değer verildiğini düşünen bireylerin algıladıkları sosyal destek daha fazladır.^{59, 60} Algılanan sosyal destek üç farklı kaynaktan elde edilmektedir. Bunlar; aile, arkadaş ve kişi için değerli olan (komşu, arkadaş) kişilerdir.⁶¹ Algılanan sosyal destek, bireyin kişilik özelliklerinin yanı sıra kolayca değişebilen mizaç ve tutum gibi özelliklerinden de etkilenmektedir. Benlik saygısını pozitif etkileyerek zenginleştiren sosyal destek, bu özelliğinden dolayı da sağlığın korunmasında daha etkili bir rol almaktadır.⁴ Algılanan sosyal destek; sevdiğimizizi hissetmemizi, önemli diğer kişilerle ilişkilerin iyi olduğunu hissetmemizi

ve değer verildiğimizi ya da ilişkilerimizin doyum verici olduğunu gösteren bir kavramdır.⁶²

Algılanan sosyal desteğin, bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığına katkısının olmasında desteğin kim tarafından, nereden alındığı da önemlidir. Çünkü çevremiz de pek çok kaynaktan destek alırız.⁶³ Sosyal destek, formal ve informal destek sistemi olarak iki bölümde ele alınmaktadır. Bireyin yakın çevresi olan eşi, komşuları, arkadaşları, akrabaları ve destek olan diğer bireyler informal destek kaynaklarıdır. Yasal çerçevede hizmet veren yardım kuruluşları, eğitim merkezleri, resmi kurum ve kuruluşlar ve burada görev yapan uzman kişiler ise formal destek kaynaklarıdır.^{64, 65}

2.5. Sosyal Desteğin Sağlanması Hemşirenin Rolü

Yeterli veya yetersiz sosyal destek, müdahaleye ihtiyaç olup olmadığına göre belirlenmelidir. İhtiyaç halinde sosyal destek hemen elde edilebiliyorsa yeterlidir; ama müdahale ile elde ediliyorsa yetersizdir.⁶⁶

Hastaların en büyük sosyal destekçilerinden olan hemşirelere büyük rol düşmektedir ve hemşireler aşağıdaki faktörleri bilmelidir.

- Çeşitli yaşam değişiklikleri ve stresörler ile baş etmek ve günlük görevlerin yapılabilmesi için destekleyici ilişkiler ihtiyaı gereklidir.
- Destekleyici bir ilişkinin olması için verilen desteğin sağlıklı olması gerekir.
- Desteğin kalitesi ve tipi olayın doğasına ve kişisel özelliklere bağlı ihtiyaçlardır.
- Sosyal destek her zaman bir ihtiyaçtır.
- Sosyal destek hem alınır hem de verilir.
- Sosyal destek sağlamada hemşirelerin kullandığı rollerden biri de danışmanlıktır.

Yapılan literatür taramasında sosyal desteğin göğüs ağrısı, doğumla ilişkili ağrı ve postoperatif ağrı gibi klinik ağrı çalışmalarında yararlı bir rolü olduğunu ortaya koymuş olup sosyal desteğin sağlanması, ağrı raporlarında azalma ve analjezik kullanımında düşüş olduğu saptanmıştır.^{67, 68} Örneğin; Cogan ve Spinnato⁶⁹, hastanede doğum yapan kadınlardan sosyal desteği olanlar, refakatsiz kadınlardan daha az ağrı kesici ilaç kullandıklarını bulmuşlardır. Sosyal destek ayrıca azalmış kalp ağrısı ve ameliyat sonrası ağrı ile ilişkilendirilmiştir.⁷⁰⁻⁷³ Örneğin, Kulik ve Mahler⁷², eşlerinden daha fazla destek alan hastaların, koroner bypass ameliyatından sonra daha az eş desteği alan hastalardan daha az analjezik aldığını bulmuşlardır.

2.6. Ağrı ve Tanımı

Ağrı, tıptaki ilerlemelere rağmen herkesin hayatı boyunca zaman zaman karşılaştığı akut hastalılar, kronik hastalıklar, travmalar ve kazalar nedeniyle çokça deneyimlenen nahoş bir durumdur.⁷⁴ Ağrı kelimesi Latince; işkence, ceza, intikam anlamına gelmektedir.⁷⁵ Ağrı kavramı öznel bir durum olduğundan dolayı farklı tanımlar yapılmıştır. Webster⁷⁶ ağrıyı ‘bireyin fiziksel ve ruhsal olarak iyi olmaması durumu ve bu durumdan kaynaklı yaralanma nedeniyle bireyin kaçıp kurtulma isteği ile tepki vermesi durumudur.’ diye tanımlamıştır.

Fizyolog olan Van Firey⁷⁷ de ağrıyı ‘iç organlarda ve deride bulunan serbest sinir uçlarının uyarılmasıyla oluşan bir duyu’ diye tanımlamıştır.

Evrensel bir deneyim olan ve insanoğlunun yüzyıllardır tanımlamaya çalıştığı ağrının tüm dünyaca kabul edilen ve geçerliliğini koruyan tanımını yapan Uluslararası Ağrı Araştırma Derneği (IASP)’ne göre ağrı; bedenin herhangi bir bölgesinden kaynaklanan var olan ya da mümkün doku zedelenmesine bağlı olan ya da olmayan nahoş emosyonel ve duyusal bir davranış seklidir.²¹

En faydalı tanımı ise Hemşire Mc Caffery yapmıştır. Onun tanımına göre ağrı; hasta bireyin söylediği şeydir, hasta söylüyorsa vardır.⁷⁸ Bu tanım, ağrının öznelliğini ve hastaya inanılması gerektiğini vurgulamaktadır.

Ağrı önemli bir halk sorunu olup, toplumda sıkça görülmektedir. Hayatı boyunca ağrı çekmeyen hiçbir birey yoktur. Ağrı, aynı zamanda hastayı bunaltan, düşünce ve davranış bozukluğuna yol açan bir deneyimdir. Bireylerde anksiyete, huzursuzluk ve ruhsal bozukluk gibi durumlara neden olmakla beraber, bireyin kendini ifade etmesini de zorlaştırmaktadır.⁷⁹ Bireyin sağlığını, işinden geri kalmayı, ekonomiyi etkilediği ve hastaneye başvurularının, ağrısı olmayan bireylere göre daha fazla olduğu bilinmektedir.^{80, 81} Ağrı bireyin günlük yaşam aktivitelerini kısıtladığı gibi uyku kalitesini de düşüren önemli bir sorundur.⁸² Ağrının şiddetini ve sıklığını; bireyin kişisel özellikleri, dini inancı, kültürel özellikleri, ekonomik ve psikolojik durumu gibi faktörler etkilemektedir.^{80, 83} Günlük yaşamı olumsuz etkileyen ağrı, öznel olduğu gibi aynı bireyde bile farklı koşullarda farklı şiddette oluşabilmektedir.⁸⁴ Ancak onu yaşayan birey tarafından tanımlanabilen bir kavramdır. Bireyler tarafından hoş olmayan bir deneyim olarak bilinen ağrı, aslında vücut için bir savunma mekanizmasıdır. Olası bir doku hasarında bireyin tepki vermesini sağlar ve hastanede yatan çoğu bireyin ortak sorunudur.⁸⁵ Giderilmeyen ağrı bireyde gücenme, kızgınlık gibi hisler içerir. Kontrol altına alınmayan ağrı, tedavi süresini ve hastanede kalış süresini uzatır ve dolayısıyla finansal maliyeti de arttırır.⁸⁶ Yapılan bir çalışmada da ağrının senelik bakım maliyeti kalp ve kanser hastalarının bakım maliyetinden daha fazla olduğu tespit edilmiştir.⁸⁰

Ağrı, Amerika Ağrı Derneği tarafından beşinci yaşam bulgusu olarak gösterilmiştir. Hastanın kan basıncı, vücut ısısı, solunumu ve nabızı değerlendirirken ağrının varlığı da değerlendirilmelidir.⁸⁷

2.7. Ağrının Tarihçesi

Ağrının tarihi insanlık tarihi kadar eskidir. İnsanoğlunun ağrı ile ilgili fikir ve davranış içinde bulunduğu döneme göre felsefenin, batıl inançların ve dinin etkisi altında kalmış ve bu sorunla baş etmek için çok fazla yöntem tecrübe edilmiştir.^{14, 88} Tüm dönemlerde görülen ağrının nedeni ve tedavisi net bilinmediğinden, insanların sürekli mücadele etmesi durumunda kalmıştır. Baş etmek için farklı tutum ve fikirler ortaya koyulmuş olup bu durumun batıl inanç ve büyü gibi bilim dışı politikalarla tedavi edilmeye çalışılmıştır. Vücudun ağrılı bölgelerine güneşte ısıttıkları taşları uygulama veya vücudun ağrılı bölgelerini soğuk suya batırmak gibi alternatif yöntemler denenmiştir.⁸⁹ Tıbbın babası olan Hipokrat ve öğrencileri ağrı problemine önem vermiş olup ve acıyı önlemek için adamotu, afyon, baldıran gibi maddeler kullanarak sedatif ve fizik tedavi gibi uygulamalar yapmışlardır.^{14, 90}

Eski Çin, Mısır, Yunan, Roma ve Mezopotamya Uygarlıklarında, ağrıyı giderecek bazı batıl inançlar yer almaktadır. Ağrının, tanrı tarafından insanlara bir gazabı olduğu veya kötü ruhtan dolayı olduğuna inanılmaktaydı.⁹¹

Eski roma döneminde Disscorides tarafından ilk kez ağrı kesici hap üretilmiş, ağrının tanımını ise Galen yapmış ve devamlı egzersizin hayat için şart olduğunu savunmuştur.^{92, 93}

İslam, tıptaki bilimsel çalışmaları pozitif yönde etkilemiş. Bugün bile itibarı batılı bilim adamlarınca da kabul görülen fars bilim adamı İbn-i Sina (MS. 980-1037) beş ciltlik meşhur 'El-Kanun fi't – Tıbb' adlı eserinin bir bölümünde ağrı fizyolojisi ve ağrı dindirme metotlarına genişçe yer vermiştir.^{94, 95} İbn-i Sina'ya göre ağrı kesiciler, ağrıyı oluşturan nedeni ya da maddenin dağılımını değiştirerek tesir gösterir. Anestezikler ise, ağrılı bölgenin duyusunun kaldırılmasıyla organların etkinliğini azaltırlar.⁹⁶ İbn-i Sina modern ağrı sınıflamasında olduğu gibi ağrıları; ısıricı, yanıcı,

batıcı, kesici gibi farklı sınıflandırmış ve ‘analjezikler bulunduğu alandaki ağrıyı yok etmeye yaramaktadır.’ demiştir.^{88, 93}

Rönesans dönemiyle birlikte çalışmalar hız kazanmış. Bu dönemde Leonardo Da Vinci fizyoloji ve anatomi alanında çalışmalar yapmış ayrıca periferik sinirler ve işlevleri mevzusunda tanımlar yapmıştır. Leonardo Da Vinci hayvanlardaki çalışmalarına dayanarak bazı spesifik sinirlerin kesilmesiyle meydana gelen anesteziik bölgelerin haritasını çıkarmıştır. Bu tespitlerden yararlanarak ağrının koruyucu tesirini ve yaşamsal önemini ileri sürmüştür.^{94, 97, 98}

Erken Modern Çağ’da Erasmus Darwin, Descartes, Jseph Priestley, Sir Humprey Davy, Henle, Erb ve Schiff Van Frey ağrı, anestezi, analjezi ve ağrı teorileri ile ilgili çalışmalar yapmışlardır.⁹⁶

19.yy döneminde Friedrich Wilhelm Sertürner morfini üretmiştir. Ağrının morfinle kontrolü sağlanmış fakat kontrol dışı kullanımı bireyleri bağımlılık seviyesine getirmiştir.⁸⁸

Ağrı tedavisindeki araştırmalar, İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde önemli gelişmeler göstermiştir. Savaş anında ıstırap çeken ve hastalanmış askerlere yardım etmeye çalışan sağlık personellerinin edinmiş olduğu tecrübeler bugün Algoloji biliminin oluşmasında temel oluşturmuştur.⁸⁸ 1946 yılında ilk ağrı kliniğini kuran cerrah John Bonica, 1954 yılında deneyimlerini paylaştığı ve dönemin en kapsamlı kitabı olan ‘The Management of Pain’ kitabı ile ağrının babası olarak anılmıştır.⁸⁸

1974 yılında International Association for the Study of Pain (IASP) kurulması ile dünyada ağrı çalışmalarındaki hız artmıştır.⁹⁹

Ülkemizde ise ilk ağrı kliniği 1986 yılında İstanbul Tıp Fakültesi’nde kurulmuş ve yine aynı fakültede Anesteziyoloji Anabilim Dalına bağlı Algoloji Bilim Dalı kurulmuştur.⁹⁴

2.8. Ağrı Sınıflandırılması

2.8.1. Başlama Süresine Göre Ağrının Sınıflaması

2.8.1.1. Akut Ağrı

Akut ağrı; bir hastalık süreci, organ hasarlanması veya kasların işlev yetisinin bozulması ile ortaya çıkan tahripkar uyarı olarak tanımlanmaktadır.¹⁰⁰ Akut ağrı, ansızın başlayıp neden olan lezyon ile arasında zaman, şiddet, yer bakımından yakın ilişkisi olan, yara iyileşmesiyle birlikte gittikçe azalan ve kaybolan ağrı şeklindedir. Akut ağrı herhangi bir hastalık değil bir bulgudur.¹⁰¹ Akut ağrı genellikle altı ay kadar devam eder. Akut ağrıda genellikle herhangi bir sinir sistemi harabiyeti yoktur. Akut ağrıya cerrahi girişimler, travmalar, hastalık ve obstetrik ağrılar neden olabilmektedir. Postoperatif ağrı, akut ağrıya en iyi verilebilecek örnektir. Akut ağrı başlangıcından itibaren üç ile altı ay arasında geçmesine rağmen ağrı devam ediyorsa bundan sonra kronik ağrı özellikleri görülür.¹⁰²⁻¹⁰⁴

2.8.1.2. Kronik Ağrı

Kronik ağrı, neden olan hastalığın, yaralanmanın ya da lezyonun iyileşme sürecini aşması olarak kabul edilir.¹⁰⁵ Genellikle süresi altı aydan uzun süren ve bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen veya yıllar geçmesine rağmen sürekli tekrarlayan bir sendromdur.¹⁰² Kronik ağrı, herhangi bir hastalık belirtisi olmamakla beraber, bir hastalık olarak ele alınmalı ve tedavi edilmelidir. Ayrıca ağrı ile mücadelede psikolojik yönden destek verilmesi yararlı olacaktır.^{92, 106} Kronik ağrılı bireylerde yaşam aktivitelerinde bozukluk, sosyal veya iş hayatına azalan ilgi, sürekli yorgun hissetme gibi sorunlarla karşılaşılabilir.⁸⁷ Emboli ve trombüs oluşma riski kronik ağrısı olan bireylerde yüksektir. Çünkü hasta ağrıdan dolayı ekstremitelerini yeterince hareket ettiremiyor ve bireye ağrıdan dolayı uykusuzluk, depresyon, anksiyete ve maddi sıkıntılar yaşatan karmaşık bir tablodur. Bu komplikasyonları azaltmak için bireyin

ağrısının minimum seviyeye getirilmesi gerekir.^{107, 108} Kronik ağrı ile baş etmede en büyük yardımcı, doğru ilaçların kullanılıp, ağrının azaltılmasıdır.⁸⁷ Sinirlerdeki lezyonlar, SSS lezyonları, kas-iskelet bozuklukları, kanser ağrıları, romatoid artrit ağrıları kronik ağrı grubunda yer alır.¹⁰⁰

2.8.2. Kaynaklandığı Bölgeye Göre Ağrı Sınıflaması

2.8.2.1. Somatik Ağrı

Somatik ağrının kaynağı, somatik sinirlerdir. Aniden başlayan, genellikle keskin, iyi lokalize edilen, sızlama ve batma tarzında bir ağrıdır.⁹⁴ Kırık, çıkık, travma, romatoid artrit ve postoperatif ağrı somatik ağrıya örnek olarak verebiliriz.¹⁰⁹

2.8.2.2. Visseral Ağrı

Visseral ağrı, iç organlardan kaynaklı ağrıdır. Ağrı genellikle yavaş yavaş artar, lokalizasyonu zordur, künttür, başka bölgelere yayılım yapabilir. Apandisit ağrısının karın bölgesine yayılması, miyokarddan kaynaklı ağrının sol kola yayılması visseral ağrıya örnek gösterilebilir.^{107, 109}

2.8.2.3. Sempatik Ağrı

Sempatik sinir sistemi aktivasyonu ile oluşan ağrı şeklidir. Damarsal kökenli ve yanıcı türdeki ağrılardır. Bu tür ağrının olduğu bölgede solukluk, soğukluk, üşüme görülür. Kompleks rejyonal ağrı sendromu bu ağrıya örnek verilebilir.¹¹⁰

2.8.3. Mekanizmalarına Göre Ağrı Sınıflaması

2.8.3.1. Nositseptif Ağrı

Nositseptörler, sinir sistemi hariç bütün doku ve organlarda bulunurlar. Vücudun herhangi bir yerindeki lezyonda, noiseseptörler tarafından kavranıp, ağrıyı ileten liflerle omuriliğe oradan da talamusa iletilen ve serebral korteks tarafından algılanan ağrı tipidir.¹¹¹ Somatik ya da visseral lezyonlara bağlı ağrılardır. İç organlar, bağ dokusu, kas, derideki noiseseptörlerin patolojik olaylarla uyarılmasından kaynaklı ağrıdır.

Yüzeysel yapılardan ve deriden kaynaklanan batma, zonklama ve sızlama tarzındaki ağrılar somatik ağrı; iç organlardan kaynaklı keskin, kramp ve zonklayıcı tarzda gelen ağrı da visseral doku hasarından dolayı oluşur. Periferik sinirlerde etkili analjezikler ve opioid ilaçlara yanıt verir.¹¹²

2.8.3.2. Nöropatik Ağrı

Nöropatik ağrı, santral sinir sistemi ya da periferik sinirlerin harabiyeti ile ortaya çıkan ağrıdır. Ağrı, sinir kökenlidir.¹⁰⁷ Diyabetik nöropati ya da disk hernisinde olduğu gibi mekanik bir yaralanmadan kaynaklı çeşitli metabolitlerin salgılanması ile sinir dokusunu etkileyerek nöropatik ağrıya neden olur. Tedavilerinde analjeziklere ilaveten sedatifler ve antidepresan gibi ilaçlarda destek olarak verilebilir.¹⁰⁹ Karıncalanma, yanma, elektrik çarpması ve uyuşukluk gibi hisler mevcuttur. Ağrı, hasardan hemen sonra değil de, daha sonrasında oluşabilir.¹¹³

2.8.3.3. Deafferentasyon Ağrısı

Merkezi sinir sisteminde ya da periferik sinir sistemindeki lezyonlar sonucu somatosensoriyel iletiminin kesilmesi ile merkezi sinir sistemine ulaşamamasıdır. Fantom ağrıları örnek olarak gösterilebilir.^{110, 114} Bu ağrının yanıcı bir özelliği mevcut olup, duyuşsal kaybın gerçekleştiği alanda oluşmaktadır.¹¹⁵

2.8.3.4. Reaktif Ağrı

Motor veya sempatik afferentlerin refleks aktivasyonu ile noziseptörlerin uyarılmalarından kaynaklı olarak oluşur. Miyofasyal ağrı reaktif ağrıya örnek verilebilir. Sızlayıcı, künt, derin ve sürekli bir ağrıdır.¹¹²

2.8.3.5. Psikosomatik Ağrı

Bireyin çeşitli psikolojik problemleri (depresyon, anksiyete) nedeniyle lezyon varmış gibi algılayıp ağrı biçiminde belirtmesidir. Hasta birey, bir anlamda ağrıyı menfaati doğrultusunda kullanmakta, çeşitli ekonomik, kişisel ve toplumsal

problemlerini bu şekilde ifade ederek çevrenin dikkatini ve ilgisini çekmeye çalışmaktadır. Somatizasyon durumu bu ağrı tipine örnek gösterilebilir. Bu tip bireylerde asıl sorun psikolojik olup psikiyatrik destek veya tedavi gerekmektedir.¹⁰⁹

2.9. Ağrıyı Etkileyen Faktörler

Bireylerin ağrıya karşı verdiği tepkiler farklıdır ve ağrı algısı yalnızca uyarının yoğunluğu ile açıklanamaz. Bireyin yaşı, kültürü, cinsiyeti, psikososyal durumu, kişilik özellikleri ağrı algısını ve ağrıya verdiği tepkiyi etkilemektedir.^{116, 117} Bireylerin ağrısını etkileyen faktörlerin iyi belirlenmesi etkili tedavi yöntemlerinin seçilmesinde ve hastanın değerlendirilmesinde önemlidir. Ağrıyı etkileyen faktörleri şöyle sıralayabiliriz.

2.9.1. Yaş

Bireyler ağrıyı her yaşta tecrübe edebilirler. Ancak bulundukları yaş gruplarına göre farklı tepkiler gösterebilirler. Çocuklar genellikle ağrıyı, ağlama ve huzursuzluk gibi davranışsal tepkilerle ifade ederken; yaşlılarda ise ağrı yaşlanmaya bağlı, soyluluk, dini inançlar ve iyi bir hasta profili göstermek istemelerinden dolayı ağrıyı tolere edilmesi gereken bir deneyim şeklinde düşünebilmekte ve yaşadıkları ağrıları ifade etmede isteksiz bulunabilirler.^{116, 117} Yapılan çalışmalarda da postoperatif ağrının yaş ilerledikçe ağrı toleransının arttığı ve ağrıyı bildirmenin ise güçleştiği belirlenmiştir. Yaşlıların küçük analjezikler ile genç yaş grubu bireylere göre rahatlamları daha uzun sürdüğü bildirilmektedir.¹¹⁶

2.9.2. Cinsiyet

Ağrı durumunu etkileyen başka bir faktörde cinsiyettir. Ağrı toleransı erkeklerde kadınlara göre daha yüksektir ve ağrı durumunda da erkeklerin kadınlara göre daha sabırlı olduklarına inanılmaktadır. Cinsiyetler arasındaki bu farklılık ağrıya yönelik olan kültürü yansıttığı düşünülmektedir.¹⁰² Yapılan çalışmalarda ağrıları olan kadınların

erkeklerle göre daha kısa sürede analjezik istedikleri ancak bir dozla daha uzun zaman ağrıyı tolere ettikleri buna karşında analjezik kullanım miktarının da erkeklerde daha çok olduğu belirlenmiştir.¹¹⁸

2.9.3.Kültür

Kültürel alt yapı bireylerin ağrı algısını, ağrıya vereceği tepkiyi ve ağrıyı ifade etme durumunu etkilemektedir.¹¹⁹ Her kültürde ağrıyı ifade etme biçimi farklıdır. Bazı kültürlerde birey ağrı durumunu açıkça ifade edebilirken, bazı kültürlerde ise bu durum hoş karşılanmaz. Örneğin; İtalyanlar ağrıların hemen geçmesini istedikleri, İrlandalılar ağrıyı kadere bağladıkları, Yahudilerde ağrılar geçmesine rağmen yakınma eğilimi içinde oldukları belirlenmiştir.^{92, 116}

2.9.4. Önceki Deneyimler

Bireyler hayatları boyunca çeşitli ağrı deneyimlerine sahiptir ve bu deneyimlerden bir öğrenme çıkarırlar. Bu öğrenmeler daha sonra yaşanacak olan ağrılarda verilecek tepkileri önemli derecede etkilemektedir. Birey önceki ağrı deneyimlerinde ağrı yönetimini olumlu yönde sağlayabilmişse, o anda yaşadığı ağrıya karşı toleransı artar ve ağrıya daha iyi baş eder; aksi halde anksiyete artmasından dolayı kas gerginliği oluşur ve bu da ağrının artmasına neden olacaktır.¹²⁰

2.9.5. Anksiyete

Anksiyete, tüm ağrılarda var olan duyuşsal bir tepkidir. Anksiyete ve ağrı algısı birbiri ile ilişkili olup doğru orantılıdır. Duyusal olarak sağlıklı olan bireylerin, sağlıklı olmayan bireylere göre ağrıyı daha az hissettikleri ve iyi tolere ettikleri belirtilmektedir.¹¹⁹

2.10. Cerrahi Girişim Geçirmiş Hastalarda Ağrı

Postoperatif ağrı, cerrahi girişime bağlı oluşan, zamanla azalan ve dokunun iyileşmesi ile son bulan bir akut ağrı tipidir. Dünyada her sene milyonlarca kişi cerrahi

girişim geçirmekte ve farklı seviyelerde postoperatif ağrı deneyimlemektedir.¹²¹ Cerrahi girişimden sonra en çok hissedilen ağrı 12. ve 36. saatleri arasındadır ve bu ağrı gitgide azalan bir durumdur.¹²²⁻¹²⁴

Ameliyat sonrası dönemde hastaların ağrı çekmesine göz yummak veya yeteri kadar çaba harcamamak, insani açıdan etik olmadığı bilinmektedir. Ameliyat sonrası kontrolü iyi sağlanmayan ağrı hastalarda kronik ağrı tehlikesini de beraberinde getiren psikolojik ve fizyolojik etkilere neden olur.¹²⁵

Yakın bir zamana kadar postoperatif ağrı hastaların katlanması gereken normal bir süreç olarak düşünülmekteydi. Ancak günümüzde ameliyat sonrası ağrının, sistemler üzerinde yarattığı negatif etkilerin görülmesiyle postoperatif ağrı tedavisinde önemli ilerlemeler yaşanmış olup, pek çok ilaç ve farklı teknikler hizmete sunulmuştur. Ancak yapılan çok sayıdaki akademik çalışmalar sonucunda, ağrı konusunda kaydedilen bütün ilerlemelere rağmen, postoperatif ağrının hasta bireyler için problem olmaya devam ettiği görülmektedir.¹²⁶

Ameliyat olmuş hastaların neredeyse dörtte üçü akut ağrı ile karşılaşır ve bu hastaların %80'inde orta ve yüksek ağrı şiddeti olmaktadır.¹²⁷ Yapılan bir araştırmada postoperatif hastalarda ağrı yönetiminin yeterli olmadığı ve bundan dolayı hasta bireylerin yaklaşık %50-80'inde orta şiddetli ağrıdan şiddetli seviyeye doğru ağrı deneyimledikleri bildirilmektedir.¹²⁸

Ameliyat sonrası giderilmeyen ağrı, hastanın iyileşme sürecini güçleştirir, taburculuğu geciktirir ve sağlık bakım harcamalarını arttırır.¹²⁹

2.11. Postoperatif Ağrıyı Etkileyen Faktörler

Ameliyat sonrası dönemde ağrıya neden olan pek çok faktör bulunmaktadır. Bunlar:¹³⁰

- Kesinin boyutu,

- Ağrı ve hastane korkusu,
- Hastanın ameliyat sırasındaki pozisyonu,
- Operasyon öncesi hastada ölüm ve anestezi korkusunun olması,
- Hasta bireyin psikolojik ve fizyolojik yapısı,
- Hastanın preoperatif hazırlığı,
- Cerrahi girişime bağlı ciddi komplikasyonlar,
- Ameliyatın süresi, tipi ve yeri,
- Hastaya verilen anestezinin türü,
- Postoperatif dönemde hastaya verilen bakımın niteliği ve kalitesi,
- İntraoperatif travmanın derecesi,
- Hastanın postoperatif dönemde farmakolojik ve psikolojik hazırlığı,
- Yeteri kadar hareket etmemekten kaynaklı distasyon,
- İyi yerleştirilmemiş dren veya tüp,
- Fazla suture atılması,
- Pansuman değişimi,
- Ödem kaynaklı basınç.

Preoperatif dönemde hastaya ağrı yönetimi ile ilgili detaylı bilgi verilmesi, hastanın ağrıyla baş etmesinde önemli bir faktördür. Hastaların kişilik durumu, önceki deneyimleri, psikolojik durumu ve kültürel yapısı farklı olduğundan dolayı ağrıya verecekleri yanıtta farklıdır.^{112, 131}

Ağrı tedavisi, yetersiz yapılması durumunda iyileşmeyi negatif yönde etkiler. Hastanın yatış süresi uzar, bu da hem enfeksiyon riskini hem de bakım maliyetinin artmasına yol açmaktadır. Cerrahi sonrası ağrı kontrol edilmezse hasta da anksiyete, korku, kronik ağrı gelişimi, uykusuzluk ve ajitasyon gibi durumlara neden olabilir.

Ancak ağrı kontrolü etkili bir şekilde sağlanırsa hastanın yatış süresi azalır, morbidite ve mortalite azalır ve hastanın memnuniyeti artar.^{128, 132}

2.12. Ağrı Yönetiminde Hemşirelik Rolü

Ağrı yönetiminin amacı, hastanın ağrı şikayetlerini minimum düzeye getirmek veya tamamen ortadan kaldırmaktır. Ağrı yönetimi bir ekip ve multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir. Ekip üyesinden biri olan hemşireyi diğer üyelerden ayıran en önemli özelliği; ağırlı hasta ile geçirdiği sürenin daha fazla olması, iyi gözlem ve değerlendirme yapmasıdır.¹⁷ Bu nedenle ağrı kontrolünde hemşirenin rolü vazgeçilmezdir. Felsefesi hastayı rahatlatmak olan hemşirenin amacı; hastanın yaşam kalitesini arttırmak, iyileşmesini hızlandırmak ve ağrı nedenlerini bulmaya katkı sağlamaktır.²¹

Hemşire, ağrı yönetiminde tedaviye aktif katılmalı, ağrının tanımlanması, değerlendirilmesi ve gözlemlenmesi, nonfarmakolojik ağrı kontrol tekniklerini kullanarak ağrıyı dayanılacak düzeyde tutarak oluşabilecek problemleri önleyebilmelidir. Bütün bunları yapabilmesi için hemşirenin doğru bilgiye ve doğru yeteneğe sahip olması gerekmektedir.^{17, 21}

Ağrı yönetiminde en fazla kullanılan yöntem farmakolojik yöntemlerdir. Bu yöntem çeşitli ilaçlarla ağrının kontrol altına alınmasını içermektedir. Rahatça uygulanabilir ve hızlı bir etki göstermesinden dolayı ağrı tedavisinde en fazla kullanılan yöntem analjezik tedavisidir.¹³³ Ağrı kontrolünü sağlamada farmakolojik tedavinin yanında nonfarmakolojik yöntemlerde kullanılmaktadır. Nonfarmakolojik yöntemler, ağrı kesicilerle kullanıldığında onların etki gücünü arttıran; tek başına kullanıldığında ise vücutta endorfin ve morfin salgılanmasını sağlayarak ağrının kontrolüne destek olan uygulamalardır. Ağrıyı azaltmada veya gidermede uygulanabilecek nonfarmakolojik yöntemler; sıcak-soğuk uygulamalar, müzik tedavisi, dua etme, akupunktur, meditasyon,

hayal kurma, uyku, masaj ve dikkati başka yöne çekme gibi uygulamalardır.¹³³ Ancak ülkemiz genelinde hemşireler bu uygulamaları yeteri kadar yapamamakta ve analjezik tedaviye yönelmektedirler. Yapılan birçok çalışmada, kullanımı gittikçe artan nonfarmakolojik yöntemlerin ameliyat sonrası ağrı kontrolünün sağlanmasını desteklediği saptanmaktadır.^{92, 129}

Postoperatif ağrı ile mücadelede bu yöntemlerin hemşirelerin bilmesi, uygulaması ve hastalara öğretilmesi çok önemlidir.¹³⁴

2.13. Ağrının Değerlendirilmesi

Ağrı, hoş olmayan bir durum olduğu için her zaman kişiden kişiye değişir yani öznelidir. Dolayısıyla ağrısı olan bireylerin verdikleri cevaplarda değişiklik gösterir. Ağrının öznel bir durum olması nedeniyle hasta bireyleri her yönüyle tanılama ve gözlem yapmayı, doğru anamnez almayı uygun teknikler kullanılarak ağrı değerlendirilmesi gerekmektedir. Ağrı değerlendirilmesinde kullanılmak üzere en güvenilir ölçeğin tespiti için yapılan pek çok çalışmaya rağmen problemi kesin çözüme kavuşturacak bir ölçek varlığından söz edilememektedir.¹⁰²

Ağrıyı değerlendirmenin en basit ve güvenilir yolu, hasta bireyin kendi ifadesidir. Ağrı değerlendirilmesi için ağrının ‘var’ veya ‘yok’ olması yeterli cevap değildir. Hastalar bazı sebeplerden dolayı ağrısını ifade etmeyebilir. Böyle durumlarda, hasta bireyin ağrı davranışları gözlemlenir, ağrı bildirimi hasta yakınlarından alınır ve yaşam bulguları takip edilir.^{103, 119, 125}

2.14. Ağrı Değerlendirme Yöntemleri

2.14.1. Gözlem

Ağrısı olan hastanın değerlendirilmesi ilk önce gözlemle başlar. Ağrıyı azaltan ve artıran davranışlar, uyuyup uyumadığı, hastanın kullandığı ilaçlar, aktivitede azalma ve artış, sinirlilik, yüz ifadesi, ağrılı bölgeyi koruma, destekleme veya ovuşturma,

pozisyon değişiklikleri gibi durumlara bakılması gerekir.⁹⁴ Gözlem özellikle sözel açıklamalarda bulunamayan, konuşma işlevi olmayan veya bu işlevini kaybetmiş, anestezi etkisindeki ve multi travmalı hasta bireylerin ağrılarını belirlemede önemli bir yöntemdir.¹⁰²

2.14.2. Anamnez

Hastadan anamnez alınırken ağrının başlangıç yeri, sıklığı, süresi, şiddeti, niteliği, ağrıyı etkileyen faktörler, geçmiş deneyimler, ağrıyı arttıran ve rahatlatan etkenler değerlendirilir.^{21, 102, 103} Ayrıca anamnez alırken hastanın mevcut hastalık öyküsü, alerji durumu, kullandığı ilaçlarda sorgulanmalıdır.^{21, 103}

2.14.3. Klinik Muayene

Genel olarak vücut muayene edilir ve ağrıya verilen yanıtlar gözlenir. Ağrının fizyolojik (kan basıncı, nabız ve solunum) belirtilere olan etkileri değerlendirilir. Değerlendirme yapılırken hasta birey aktif olarak değerlendirmeye katılmalı, ağrı sorgulanması düzenli olarak yapılmalı, ağrılı hasta hem dinlenme hem de hareket halinde iken değerlendirilmeli yüksek veya kötü ağrı skorlarında ağrı tedavisi bir daha gözden geçirilmelidir.^{102, 103}

2.15. Ağrılı Hastanın Değerlendirilmesi

Ağrılı hastanın değerlendirilmesi tanı ve tedavide önemli bir aşamadır. Ağrı değerlendirilmesi yapılırken sadece ağrının şiddeti değil tüm özellikleri değerlendirilmelidir.⁷⁶ Ağrıyı ilk değerlendirmede hasta bireyden ağrı süresinin detaylı öyküsü alınmalı. Hastadan anamnez alırken ortamın uygun, telaşsız, sakin ve hastanın güvenliğinden emin olunan bir ortam olmasına dikkat edilmelidir. Ayrıca hastanın yöresel ve kültürel farklılıkları da göz önünde bulundurulmalıdır.^{76, 107, 110, 125}

Akut ağrılı hastadan anamnez alırken genellikle hasta gergindir. Bundan dolayı anamnez net, öz, kısa ve objektif olmalıdır. Kronik ağrısı olan hastalarda da ağrının yeri, şiddeti, çıkış nedeni ve mekanizması kesinlikle belirtilmesi gerekmektedir.^{107, 110}

Hastadan anamnez alırken sorular, hastanın kendini rahatça ifade edebileceği bir düzende olmalıdır. Anamnezdeki sorular mevcut şikayeti, şikayetin başladığı zamanı, ağrının lokalizasyonunu (ağrının yeri), ağrının şiddeti (ölçeklerle), arttıran ve azaltan etkenler gibi konuları kapsamalıdır.^{94, 135}

Ağrı değerlendirilmesinde en güvenilir kaynak hastanın kendisi olmasına rağmen, ağrılarını ifade etmekte güçlük çeken hasta gruplarının da olacağı unutulmamalıdır. Bu grupları şöyle sıralayabiliriz:

- Yeni doğanlar,
- Psikiyatrik hastalığı olanlar,
- Endotrakeal tüpü olan hastalar,
- Sağlık personeli ile ortak dili kullanmayanlar,
- Çok yaşlı olan hastalar,
- Kültürel farklılık ve eğitim düzeyinden dolayı ağrısını belirtmede zorluk çeken hasta bireylerdir.

Bu gruptaki hastaları değerlendirirken içinde bulundukları özel durumlar kesinlikle göz ardı edilmemelidir.¹⁰²

Ağrının kaynağı ne olursa olsun bütün ağrılara bazı duygusal tepkiler eşlik eder. Bu tepkilerden en önemlisi kaygıdır. Ağrı ve kaygı arasında doğrudan bir bağın olduğu ve birbirlerini tetikleyerek şiddetlerini arttıkları bilinmektedir.¹⁰²

2.16. Kaygı ve Tanımı

Kaygı kelimesi kökenini Latince olan ‘anxiuos’ tan gelmektedir. Anxiuos kelimesinin de kökeni olan ‘anx’ Latince de ‘boğulma’ veya ‘nefesi kesilmek’

anlamındaki ‘angere’ kelimesinden gelmektedir. Anxiuos kavramının anlamı da kaygılı bireylerin pek çok kez deneyimledikleri boğulma hissine işaret etmektedir.¹³⁶ Türk Dil Kurumu’na (TDK) göre kaygı; endişe, üzüntü duyulan düşünce, tasa olarak tanımlanmaktadır. Kaygı; korku, başarısızlık duygusu, çaresizlik, sonucunu bilememe, sıkıntı, yargılanma ve üzüntü gibi duyguların herhangi birini ya da hepsini içerebilir.¹³⁷

Kaygı kavramı Türkçede ‘endişe, iç sıkıntı, bunaltı’ gibi sözcüklerle aynı anlamdadır. Kişiler bunu ‘nedensiz korku, iyi olmayan bir şeyin olacaktı gibi hissi’ şeklinde ifade etmektedirler.¹³⁸

Psikiyatrik açıdan ise kaygı; somatik belirtilerinde eşlik ettiği, anormal, nedeni olmayan bir tedirginlik durumu diye tanımlanabilir.^{27, 139}

Kaygı, hayatı tehdit eden veya tehdit biçiminde algılanan, rahatsızlık veren korku ve endişe hissidir. İç veya dış dünyadan kaynaklanan bir tehlike durumu, tehlike ihtimali ya da tehlike olarak algılanan herhangi bir vaziyette yaşanan bir duygudur. Kaygı, çevreden gelebilecek kötü olaylara karşı bireyin gereken uyumu sağlama, uyarma ve yaşamını idame ettirmeye katkıda bulunmaktadır.¹⁴⁰

Psikoloji alanında kaygı kelimesini ilk defa kullanan, tanımlayan ve nedenlerini araştıran kişi Freud olmuştur. Freud’a göre kaygı, fiziksel veya toplumsal çevreden gelen tehlikelere karşı bireyi uyarma, gerekli uyumu sağlama ve yaşamı sürdürebilme fonksiyonlarına katkıda bulunmaktadır. Hatta normal seviyedeki kaygı, hayatın devam ettirilebilmesi için gereklidir.¹⁴¹

Hastalar herhangi bir sebepten dolayı kaygı duyabilirler veya var olan kaygıları da bazı semptomların oluşmasına neden olabilir. Otonom sinir sisteminin uyarılması ile solunum sayısı, kan basıncı, bağırsak hareketleri ve kalp atım hızında artış olabilir. Kan şekerinin yükselmesi ile ağız kuruluğu gerçekleşebilir, terleme ve titreme olabilir.

Gerçekleşen bu belirtiler MSS de adrenalin vb. kimyasalların kana karışması ile olur ve kaygı oluşur.¹⁴²

Kaygı, gelecek zamanla bağlantılı olup ve tehdit algılanması durumunda oluşan bilinmezlik korkusu ya da mutluluğu tehdit eden somut veya soyut faktörlerin neden olduğu huzursuzluk, korku ve gerginlikle ilişkili olan öznel bir deneyimdir. Aynı zamanda kaygı; sıkıntı, korku, nedeni bilinmeyen, belirsiz, endişe ve bunaltı hissi olarak da tanımlanabilir. Bu tanımlardan da anlaşılacağı üzere kaygı, hayatın sürdürülmesini ve adaptasyonun gelişmesini sağlayan evrensel bir deneyimdir.¹⁴³ Kaygıyı hem olumlu hem de olumsuz bir his olarak görmek mümkündür. Bireyi korkulan durumlardan uyarması ve tedbir aldırması olumlu; fikirleri bulandırması ve akla, mantığa uygunsuzluğu ise olumsuz olarak nitelendirilir.²⁵

Freud kaygıyı 3 grupta toplamıştır.^{139, 144, 145} Bunlar:

- **Gerçek Kaygı:** Tehlike bireyin dışındadır. Normal ve gerçek olarak tanımlanır. Bireyler yaşamı boyunca bu kaygıyı yaşayabilirler.
- **Moral Kaygı:** Bireyin duyduğu utanma, suçluluk ve vicdan azabı gibi duygulardan kaynaklı manevi bir sıkıntı durumudur.
- **Nevrati Kaygı:** Bireyin içinden kaynaklanan endişeli ve patolojik bir durumdur.

Kaygı yoğunluğunun büyüklüğü neticesinde dikkat, algılama bozuklukları ve davranışlarda aksamalar ortaya çıkar.¹⁴⁶ Bireyin sorun çözme ve karar verme kabiliyetini negatif etkiler. Kaygı aynı zamanda bireylerin rolünü de etkilemektedir. Birey, rolünü yerine getirmede başarısız olduğunda kaygının daha fazla artmasına sebep olabilir.¹⁴⁷

2.17. Kaygının Özellikleri

- Tüm insanları ilgilendirir ve herkes yaşayabilmektedir.
- Kişinin fikir ve algısını etkiler.

- İç sıkıntı yarattığından tanımlaması zordur.
- Herhangi bir tehlikeye karşı uyarıcı ve koruyucudur.
- Bilinmeyi ve belli olmayanı bulma çabasıdır.
- Tehlikeli bir duruma karşı duyulan gerilim ve huzursuzluktur.
- Kişinin şuuru ile algıladığı ve kavradığı bir durumdur.
- Sinir sisteminin belli olmayan herhangi bir tehdide karşı reaksiyon göstermesi ile kişinin kendisini huzursuz ve kaygılı hissetmesidir.¹⁴⁷

2.18. Kaygının Belirtileri

2.18.1. Psikolojik Belirtiler

Kaygı, birey yaşamının tüm dönemlerinde meydana gelebilecek ve farklı faktörlerin kaygının şiddetini ve sıklığını arttırabileceği bilinmektedir. Kaygı, hemen hemen tüm bireyler tarafından ara sıra yaşanan bir duygudur. Tırnak yemek, uyku bozukluğu, depresyon, korku, endişe sinirlilik, gerginlik çaresizlik görülür.¹⁴⁸⁻¹⁵⁰

2.18.2. Fizyolojik Belirtiler

Kaygı, otonom sinir sistemi hiperaktivitesine bağlı olacak şekilde organları ve sistemleri etkilemektedir. Böyle bir organizma kendini koruma amaçlı savunmaya geçer.¹⁵¹ Bunun neticesinde de ağız kuruluğu, yorgunluk, ağrı, uyuşukluk, titreme, güçsüzlük, görme bulanıklığı, taşikardi, çarpıntı, baygınlık hissi, göğüs ağrısı, nefes kesilmesi, bulantı, karın ağrısı, cinsel bozukluk, sık idrara çıkma, baş ağrısı gibi belirtiler görülebilir.^{152, 153}

2.18.3. Zihinsel Belirtiler

Unutkanlık, dikkat dağınıklığı, bilinç bulanıklığı, çevreye ilginin azalması, aşırı düşünme, karar verememe gibi işlevlerde aksamalar yaşanabilir.¹⁵⁴

2.19. Kaygı Düzeyleri

Kaygı düzeyi; bireyden bireye, günlük yaşam koşullarına ve bireysel özelliklere göre değişiklik göstermektedir.¹⁴⁴ Hay ve Peplau kaygıyı dört düzeyde ele almıştır.¹⁴⁸

2.19.1. Hafif Düzey Kaygı

Yaşamsal bulgular normaldir. Kas kasılması çok azdır. Bu aşamada birey, olaylar arasındaki bağlantıyı daha iyi görür, işitir ve kavrar. Birey problemleri çözme yeteneğine sahiptir. Konsantrasyon çok iyidir.^{147, 155}

2.19.2. Orta Düzey Kaygı

Yaşamsal belirtiler normal ya da biraz artmıştır. Bireyin görme, işitme, iletişim ve kavrama yetisinde azalma söz konusudur. Birey çevrede onun için önemli olan durumlara yoğunlaşır; fakat tüm ayrıntıları fark etmez. Bireyde kan basıncı, kas gerginliği, solunum ve nabız sayısında artış ve baş ağrısı, terleme gibi belirtiler görülebilir.^{144, 147}

2.19.3. Şiddetli Düzey Kaygı

Kaygı düzeyi artmıştır. Kavrama alanı fazlasıyla daralmıştır. Duygu, düşünce ve hareketler arasında uyum problemi vardır. Birey ayrıntılara yoğunlaşır. Kişi problemlerde çözüm üretmez ve mantık yürütmekte sıkıntı yaşar. Birey; baş ağrısı, iştahsızlık, korku, bulantı, uykusuzluk ve çarpıntı sıklığından yakınabilir. Bu kaygı düzeyinde müdahale gerekmektedir.¹⁴⁷

2.19.4. Panik Düzeyde Kaygı

Kaygı şiddetinin en fazla olduğu düzeydir. Yaşamsal bulgulardaki değişimler maximum düzeydedir. Birey çevresinde olup bitenleri kavrayamaz ve takip edemez durumdadır. Davranışlarda anormallikler görülür ancak birey bunun farkında değildir. Konuşamama, kontrol kaybı, konfüzyon, çılgılık atma, boğulma, dispne gibi belirtiler

görülebılır. Kişi kriz aşamasındadır. Tedbir alınmaz ise ölüme neden olabilecek girişimlere kalkışabilir.^{147, 156}

2.20. Kaygı Çeşitleri

Spielberger kaygıyı iki grupta incelenmiştir.

2.20.1. Durumluk Kaygı

Kaygı tiplerinin ayırımı 1950’li yıllarda yapılmış olup, durumluk-sürekli kaygı kavramları ilk kez Spielberger tarafından öne sürölmüştür.¹⁵⁷

Durumluk kaygı, kişinin o an içinde olduğu stresli olay ya da olaylardan kaynaklı algıladığı öznel bir korkudur. Birey güçsüz olduğu ve kontrol kaybı hissettiği durumlarda meydana çıkar.¹⁵⁸ Genellikle tehlikeli durumların bireyde yarattığı geçici, hoş olmayan, tedirginlik, huzursuzluk ve rahatsızlık oluşturan bir kaygıdır.¹⁵⁹ Bu durumda birey uyanık, bilinci açık ve zihinsel fonksiyonlar çalışır durumdadır. Sevilen birinin hastalığı ya da ölümü, seven bireyin yaşamını negatif etkilemesi bu kaygı çeşidine iyi bir örnektir.¹⁶⁰

Durumluk kaygı düzeyi, stresin çok fazla olduğu durumlarda artar, stres sona erince düşüş olur.¹⁶¹ Durumluk kaygı; gerginlik, sorun ve endişe ile ilişkili olup acil bir durumu göstermektedir. Durumluk kaygı yoğunluğu duruma göre değişen, devamlı olmayan ve bireyin o anki duruma göre gösterdiği geçici duygu durumudur. Strese neden olan kaynak birey tarafından tehdit olarak algılanırsa durumluk kaygı seviyesi fazla; tehlike tehdit edici algılanmazsa kaygı seviyesi düşük olmaktadır.^{157, 162}

2.20.2. Sürekli Kaygı

Sürekli kaygı, kişide mevcut olan kaygı yatkınlığını gösterir ve durumluk kaygının fazlalaşması ve devamlılık halini alması olarak tanımlanmaktadır.¹⁶³ Sürekli kaygı, direk olarak çevreden kaynaklanan tehlike ve tehditlerle bağlantısı bulunmayan içten kaynaklı bir kaygıdır.¹⁵⁹ Bu kaygı türünün şiddeti ve ne kadar süreceği bireysel

özelliklere göre değişiklik gösterir. Birey için önemli olan öz değerlerin tehdit altında olduğu düşüncesi stres yaratır ve sonuç olarak kişide kaygı duyar. Sürekli kaygı seviyesinin fazla olduğu kişilerde durumluk kaygı bulguları da daha sık görülür ve bu kaygı seviyesini de yükseltir. Aynı zamanda durumluk kaygı seviyesinin artması ve sürecin uzaması sürekli kaygıyı da arttırır.^{27, 164} Kaygı seviyesi böyle fazla olan kişilerin daha kolay kötümser ve kırılgan oldukları görünür. Böyle kişiler durumluk kaygıyı da diğer kişilere göre daha fazla yaşarlar.¹⁵⁷ Sürekli kaygı seviyesi fazla olan kişilerin, sürekli kaygısı daha az olan kişilere nazaran stresten daha fazla etkilendiği belirlenmiştir.¹⁴⁴

Seviyesi az olan kaygının bireyde bir şeyler yapma arzusu uyandırdığı, aksi halde ise bireyde çeşitli sosyal, psikolojik ve fiziksel problemlere neden olmaktadır.¹⁵⁹

2.21. Kaygı Nedenleri

Günlük yaşamda birey için kaygıya sebep olacak bazı etkenler vardır. Bu etkenler çocukluk ve yetişkinlik dönemlerinde değişiklik göstermektedirler. Çocukluk döneminde ani gelişen ortam değişiklikleri, anne veya baba kaybı, korkular ya da yeni bir kardeşin olması gibi faktörler kaygıya sebebiyet veren durumlardandır. Yetişkinlik döneminde ise başarısızlık, ölüm, ayrılık, göç, işsizlik, boşanma, çevresel veya kültürel baskılar, ekonomik problemler, tecavüz, hastalık, kabul görmeme gibi olumsuz durumların yanında gebelik, başarı, cinsel gelişme, yeni bir iş, meslekte yükselme, anne-baba olma gibi olumlu sayılacak etkenler kaygıya neden olacak faktörlerdendir.¹

Ayrıca bireyin kendisini güvende hissetmesine engel olabilecek giyim, barınma, beslenme ve toplumsal baskılar kaygıya sebep olabilir. Yaşlılık, ergenlik, emeklilik ve ayrıca herhangi bir organ veya doku hasarı, fonksiyon kaybı, hastanede yatma gibi durumlarda kaygıya sebep olarak görülmektedir.¹⁶³

Herhangi bir sakatlık, tedavi görülmesi, hastalık, sağlık hizmetlerine yeterince ulaşamama ya da zorluk çekme, sağlığın tehlike altında olması ve sağlık durumundaki değişiklikler kaygıya neden olur.²⁴

2.22. Cerrahi Girişim Geçirmiş Hastalarda Kaygı

Hasta olmak bireyler için önemli bir kaygı nedeni iken cerrahi bir operasyon geçirmek kaygının daha fazla artmasına neden olur. Gürsoy, bir çalışmada cerrahi girişim için hastaneye yatış yapan bireylerin, diğer bireylere nazaran daha yüksek kaygı yaşadıklarını aktarmıştır.¹⁶⁵

Hastalar cerrahi işlemin kendileri için faydalı olduğunu kabul etmelerine rağmen müdahalenin risklerinden korkarlar. Bu korku ve kaygı ameliyatın büyüklüğü veya küçüklüğü ile ilgili değildir. Bunun en önemli nedenlerinden birisi bilinmezlik korkusudur. Ameliyattan aşırı derecede korkmak önemli bir problemdir ve hasta da kaygıya neden olur. Böyle bir durumda hemşireler hastaya gerekli açıklama ve bilgilendirmeleri yaparak sosyal destek sağlamalıdır.^{27, 138, 166, 167} Tüm bu nedenlerden dolayı kaygı duyan hastanın ameliyat öncesi kaygısı azaltılmazsa bunun ameliyat sonrası dönemde ağrıyı arttırdığı belirtilmiştir.¹⁶⁸ Yapılan birçok çalışmada ameliyat sonrası yaşanan kaygının, ameliyat öncesi yaşanan kaygı ile bağlantılı olduğunu belirtmektedir.¹⁴⁴

Postoperatif dönemdeki kaygının nedeni ise; iyileşme süreci ve ağrı ile ilgili problemler oluşturmaktadır. Yapılan bir çalışmada ameliyat sonrası yüksek kaygının hastada komplikasyon riskini arttırdığı ve kesilmeyen ağrının ise kaygıyı daha fazla arttırdığı belirtilmiştir.¹⁴⁴

Hayatın her döneminde görülebilen ve hastalık sürecinde daha da önem kazanan kaygının, bütün sağlık profesyonellerince bilinmesi ve hastalara yardım etme, cerrahi girişim süreci hakkında bilgilendirme yapması gerekmektedir.^{27, 167}

2.23. Kaygı ve Hemşirelik Girişimleri

Hemşireler, hastalarla diğer ekip üyelerine göre daha fazla zaman geçirmektedirler.¹⁶⁹ Ayrıca tüm hastane ortamında kaygı yaşayan ve hastalarla ya da bireylerle karşılaşabilirler. Bundan dolayı hemşireler kaygı kavramını iyi bir şekilde bilmeli, birey veya hasta davranışlarını iyice gözlemlemeli ve de yorumlamalıdır. Çünkü her hastanın kaygısını gösterme şekli farklıdır. Kimi içine kapanıktır, kimisi de çocuk gibi davranır.¹⁷⁰ Hemşireler bu durumda doğru ve eksiksiz bilgiler elde ederek girişimlerini planlamalı ve uygulamalıdır. Bu nedenle hemşirelere burada önemli görevler düşmektedir.

- Uygun bir değerlendirme ile kaygının düzeyi belirlenmeli.
- Hasta ile sağlıklı bir iletişim kurulmalı.
- Bireyin güvenliği ve rahatlığı sağlanmalı.
- Fazla uyaranlar ortadan uzaklaştırılmalı.
- Duygu ve düşüncelerini söylemesine müsaade edilmeli.
- Yapılan işlemler hakkında açıklama yapılmalı.
- Bireyle beraberken sakin olunmalı.
- Bireyle kaygıyı azaltacak yöntemler üzerine konuşulur.
- Müzik dinleme, egzersiz gibi dikkati farklı bir yöne çekecek teknikler uygulanmalı.

Lüzum halinde hekim istemiyle kaygıyı azaltıcı ilaçlar uygulayıp, hasta ilacın etki ve yan etkileri yönünden gözlenmelidir.¹⁷¹⁻¹⁷³

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırma Tipi

Bu araştırma, hastaların algıladıkları sosyal destek, ağrı ve kaygı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırmanın verileri 21 Mayıs- 31 Ekim 2018 tarihleri arasında, Muş Devlet Hastanesinin Genel Cerrahi, Plastik Cerrahi, Üroloji, Ortopedi ve Kulak Burun Boğaz Kliniklerinde yatan hastalardan toplanmıştır. Araştırmadan elde edilen verilerin analizi ve araştırma raporunun hazırlanması ise Kasım 2018-Haziran 2019 arasında tamamlanmıştır.

Araştırmanın yapıldığı hastanede kalp damar cerrahisi, göğüs cerrahisi ve beyin cerrahisi ameliyatları ile ilgili yeterli ekipman ve donanım olmadığı için hastalar genellikle ileri teknolojiye sahip hastanelere sevk edilmekte, acil durumlarda ameliyatı yapılan hastalar ise ameliyat sonrası yoğun bakım ünitesine alınmaktadır. Bu nedenle adı geçen klinikler kapsam dışı bırakılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 21 Mayıs- 31 Ekim 2018 tarihleri arasında, Muş Devlet Hastanesinin Genel Cerrahi, Plastik Cerrahi, Üroloji, Ortopedi ve Kulak Burun Boğaz Kliniklerinde ameliyat olarak yatan yetişkin hastalar oluşturmuştur. Araştırmaya ameliyat sonrası ilk 48 saat içinde olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 528 hasta alınmış, ancak 11 hastaya ait veri toplama formları tamamlanamadığından araştırma 517 hasta ile tamamlanmıştır.

3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri

Araştırmaya;

- 18 yaşın üzerinde,

- Ağrının en yoğun yaşandığı ameliyat sonrası ilk 48 saat içinde olan,
- İşitsel ya da görsel bir engeli bulunmayan,
- Türkçe konuşan ve anlayan hastalar alınmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Hasta Tanıtım Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form hastaların sosyo-demografik özellikleri ve hastanede yatma süreci ile ilgili bazı değişkenleri sorgulayan 19 sorudan oluşmuştur. (EK 4).

3.5.2. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)

Bir ucunda ağrısızlık, diğer ucunda olabilecek en şiddetli ağrı yazan 10 cm'lik bir cetvel üzerinde hasta kendi ağrısını işaretler. GKÖ'nin ağrı şiddeti ölçümünde diğer tek boyutlu ölçeklere göre daha duyarlı ve güvenilir olduğu belirtilmektedir. GKÖ'nin dikey kullanımının hastalar tarafından daha iyi anlaşıldığı belirlenmiştir.⁷⁶ (EK 5).

3.5.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Zimet ve ark.¹⁷⁴ tarafından geliştirilen bu ölçek, araştırmada yer alan değişkenlerden biri olan sosyal desteğe ilişkin veri toplama amacını gerçekleştirmek için kullanılmıştır. Ölçek toplam 12 maddeden oluşmakta ve her madde yedi basamaklı bir ölçek üzerinde değerlendirilmektedir. ÇBASDÖ "Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet" şeklinde 7 dereceli olarak düzenlenmiş likert tipi bir ölçektir (EK 6).

Ölçeğin aileden, arkadaştan ve özel insandan alınan sosyal destek olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır. Ölçekte yer alan 3., 4., 8., 11. sorular aileden alınan desteği, 6., 7., 9., 12. sorular arkadaştan alınan sosyal desteği ve 1., 2., 5., 10. sorular özel insandan alınan desteği kapsayan maddelerdir. Her bir destek kaynağına ilişkin maddelerden alınan puanlar kendi içlerinde toplanarak üç ayrı sosyal destek puanı, üç

ayrı tür sosyal destek puanlarının toplanmasıyla da genel bir sosyal destek puanı elde edilmektedir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan ise 28'dir. Alt ölçeklerden alınan puanların toplanması ile elde edilen toplam ölçek puanından alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan ise 84'tür. Ölçekten elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir.

ÇBASDÖ' nin ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışmaları 1995 yılında Eker ve Arkar⁶⁰ tarafından yapılmıştır. Normal, medikal ve psikiyatrik/psikolojik problemleri olan deneklerin oluşturduğu örneklem gruplarıyla yürütülen çalışmada ölçeğin üç faktörlü yapısını destekleyen bulgular elde edilmiştir. İç tutarlılığı ölçmek için Cronbach alfa yöntemi kullanılmıştır. Aile alt ölçeğinin güvenirliği Alpha: 0.85, arkadaş alt ölçeğinin güvenirliği Alpha: 0.88, özel bir insan alt ölçeğinin güvenirliği Alpha: 0.92, toplam puanın güvenirliği Alpha: 0.89 bulunmuştur. Bu çalışmada ise; aile alt ölçeğinin güvenirliği Alpha: 0.97, arkadaş alt ölçeğinin güvenirliği Alpha: 0.96, özel bir insan alt ölçeğinin güvenirliği Alpha: 0.98, toplam puanın güvenirliği Alpha: 0.87 bulunmuştur.

Ölçeğin faktör yapısına ve geçerliliğine ilişkin Zimmet ve ark.¹⁷⁴ tarafından yapılan çalışmalar önerilen üç faktörlü yapıyı desteklemiştir. Ayrıca ölçeğin geçerliliğinin tatminkâr düzeyde olduğu Zimet ve ark.¹⁷⁴, Kazarian ve McCabe¹⁷⁵, tarafından yapılan çalışmalar ile ortaya koyulmuştur. Bunun yanı sıra yapılan çalışmalar genel olarak ölçeğin ve ayrı ayrı alt ölçeklerin iç tutarlılıklarının ve test tekrar test güvenirliklerinin yüksek olduğunu göstermiştir. Bu araştırmada da ölçeğin Cronbach alfa değerleri 0.95-0.98 arasında bulunmuştur.

3.5.4. Durumluk – Sürekli Kaygı Ölçeği (DKÖ-SKÖ)

Durumluk - Sürekli Kaygı Ölçeği, Spielberg ve arkadaşları tarafından 1964 yılında geliştirilmiştir. Öner ve Le Compte tarafından Türkçe uyarlaması ve standardizasyonu 1974- 1977 yıllarında yapılmıştır.¹⁷⁶ Her ikisi de dörtlü likert tiptedir (EK 7, EK 8).

Durumluk kaygı ölçeği, bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğinin tanımlanması ile ilgilidir ve ölçeğin maddelerini okurken o anki duygularının şiddetine göre “1 (Hiç), 2 (Biraz), 3 (Çok), 4 (Tamamen)” gibi, dört seçenekten bir tanesini işaretlemesini gerektirir. Durumluk kaygı ölçeğinde 20 madde bulunmaktadır.

Sürekli kaygı ölçeği ise; bireyin kendini genellikle nasıl hissettiğini tanımlanması gerektirir. Sürekli kaygı ölçeğini okurken ölçek maddelerinin her birini “1 (Hemen hemen hiçbir zaman), 2 (Bazen), 3 (Çoğu Zaman), 4 (Her Zaman) ifadelerinden biriyle yanıtlamışlardır. Sürekli kaygı ölçeğinde de 20 madde bulunmaktadır.

Ölçeklerde iki tip ifade vardır: Doğrudan (direkt) ve tersine dönmüş (reversible) ifadeler. Duruma bağlı kaygı ölçeğinde 10 adet (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20’ inci maddeler); sürekli kaygı ölçeğinde ise yine 10 adet tersine dönmüş ifade (21, 26, 27, 30, 33, 36, 39’uncu maddeler) bulunmaktadır. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler olumlu duyguları dile getirir. Tersine dönmüş ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4’e, 4 ağırlık değerindekiler 1’e dönüşür. Doğrudan ifadelerde 4 değerindeki cevaplar kaygının yüksek olduğunu gösterir. Tersine dönmüş ifadeler ise, 1 değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı, 4 değerindekiler düşük kaygıyı gösterir.

Ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişir; büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan ise düşük kaygı seviyesini belirtir.¹⁷⁶ Öner'in belirttiğine göre, Spielberg' in durumuna bağlı sürekli kaygı ölçeğinde;

0-19 puan kaygı yok,

20-39 puan hafif kaygı,

40-59 puan orta düzeyde kaygı,

60-79 puan ağır düzeyde,

80- ve üzeri puan panik olarak da değerlendirilmektedir.

Ölçeğin Türkçe uyarlanmasında alfa korelasyonları ile saptanan güvenilirlik katsayılarının durumluk kaygı ölçeği için 0.83 ile 0.92 arasında, sürekli kaygı ölçeği için 0.83 ile 0.87 arasında olduğu saptanmıştır.¹⁷⁶⁻¹⁷⁸ Bu çalışmada güvenilirlik katsayıları durumluk kaygı ölçeği için 0.89, sürekli kaygı ölçeği için 0.86 olarak belirlenmiştir.

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından, 21 Mayıs 2018 – 31 Ekim 2018 tarihleri arasında belirtilen kliniklerde, araştırmacının uygun olduğu günlerde ve saatlerde, kliniğin rutin hizmetlerini aksatmayacak şekilde, araştırmaya alınma kriterlerini taşıyan, çalışmaya katılmayı kabul eden hastalarla, yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen verilerin analizi bilgisayar ortamında SPSS 23 programı ile yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan testler Tablo 3.1'de görülmektedir.

Tablo 3.1. Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan İstatistiki Analizler

Parametreler	Uygulanan İstatistikler, Tesler
Hastaların tanımlayıcı özellikleri	frekans (n), yüzde (%)
Hastaların Algılanan Sosyal Destek, Kaygı, Ağrı puanlarının betimleyici istatistikleri	max, min, ortalama, std. sapma çarpıklık, basıklık
Güvenilirlik Analizleri	Cronbach's Alpha
Algılanan Sosyal Destek, Kaygı, Ağrı puanlarının ilişkisi	Pearson korelasyon
Algılanan Sosyal Destek, Kaygı, Ağrı puanlarının yaşa, ekonomik duruma, eğitim durumuna, mesleğe, ameliyat nedenine, yatılan kliniğe, hastaneye getiren kişiye, refakatçi yakınlık derecesine, ailenin geçim kaynağına, en çok ziyaretçi gelmesi istenen kişiye göre karşılaştırılması	tek yönlü ANOVA
Algılanan Sosyal Destek, Kaygı, Ağrı puanlarının yaş, ekonomik durum, eğitim durumu, meslek, ameliyat nedeni, yatılan klinik, hastaneye getiren kişi, refakatçi yakınlık derecesi, ailenin geçim kaynağı, en çok ziyaretçi gelmesi istenen kişi gruplarına göre çoklu karşılaştırılması	Tukey, Tamhane
Algılanan Sosyal Destek, Kaygı, Ağrı puanlarının cinsiyete, medeni duruma, sosyal güvenceye, daha önce ameliyat olma durumuna, ameliyat gününe, kronik hastalık durumuna, aileyle birlikte yaşama durumuna, aile tipine, çocuk sahipliğine, erkek çocuk sahipliğine, kız çocuk sahipliğine, ziyaretçi gelme durumuna göre karşılaştırılması	bağımsız gruplar t

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu'ndan onay (EK 3), Muş İl Sağlık Müdürlüğü'nden uygulama izni (EK 9) alınmıştır. Araştırmanın yapılacağı Muş Devlet Hastanesi yöneticileri ve klinik çalışanlarına araştırma hakkında bilgi verilmiştir.

Araştırmaya alınacak hastalara araştırma hakkında gerekli bilgiler verilerek "aydınlatılmış onam" ilkesi araştırmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları açıklanarak "gönüllülük" ilkesi, verdikleri bilgilerin yalnızca yapılan bu araştırma için kullanılacağı, başkaları ile paylaşılmayacağı konusunda güvence verilerek "gizlilik ve gizliliğin korunması" ilkesi yerine getirilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sonuçları verilerin toplandığı birimlerde yatan hastalara genellenebilir. Çalışmanın yapıldığı cerrahi kliniklerdeki tüm hastaların çalışmaya dahil edilememesi, araştırmanın sınırlılığıdır.



4. BULGULAR

Tablo 4.1. Hastaların tanımlayıcı özellikleri (N: 517)

		n	%
Yaş	18-29	205	39.6
	30-41	108	20.9
	42-53	114	22.1
	54-65	90	17.4
Cinsiyet	Kadın	188	36.2
	Erkek	329	63.8
Medeni Durum	Evli	337	65.4
	Bekar	160	31.1
	Dul/Boşanmış	20	3.5
Eğitim Durumu	Okula gitmemiş	74	14.3
	İlköğretim	187	36.2
	Lise	148	28.6
	Yükseköğretim	108	20.9
Ekonomik Durum	İyi	103	19.9
	Orta	350	67.7
	Kötü	64	12.4
Sosyal Güvence	Var	448	86.7
	Yok	69	13.3
Sosyal yardım alma durumu	Alıyor	32	6.2
	Almıyor	481	93.8
Meslek	Memur, İşçi, Emekli	140	27.1
	Çiftçi	38	7.4
	Esnaf	26	4.8
	Öğrenci	36	7.0
	İşsiz	71	13.8
	Ev hanımı	206	39.9
Çocuk sahibi olma durumu	Var	320	62.0
	Yok	197	38.0
Aileyle birlikte yaşama durumu	Evet	467	90.3
	Hayır	50	9.7
Aile tipi	Geniş aile	293	56.8
	Çekirdek aile	214	41.4
	Tek kişilik aile	10	1.8
Yattığı klinik	Üroloji	165	31.9
	Genel cerrahi	130	25.1
	Ortopedi	82	15.9
	Plastik cerrahi	83	16.1
	Kulak Burun Boğaz	57	11.0
Daha önce ameliyat olma durumu	Evet	253	48.9
	Hayır	264	51.1

Tablo 4.1. (Devamı)

		n	%
Ameliyatın günü	1	285	55.2
	2	232	44.8
Kronik hastalık durumu	Var	87	16.9
	Yok	430	83.1
Hastaneye getiren kişi	Eşi, Çocuğu, Kardeşi	251	48.5
	Kendisi	166	32.1
	Anne, Baba	76	14.7
	Diğer	24	4.7
Refakatçi durumu	Var	491	95.1
	Yok	26	4.9
Ziyaretçi gelme durumu	Geliyor	482	93.2
	Gelmiyor	35	6.8
Ağrı algılama durumu	Hafif	241	46.6
	Rahatsız edici	182	35.2
	Şiddetli	66	12.7
	Çok şiddetli	16	3.1
	Dayanılmaz	12	2.4

Hastaların %39.6'sı 18-29 yaşında, %63.8'i erkek, %65.4'ü evli, %86.'sinin sosyal güvencesi vardır. Hastaların %67.7'sinin ekonomik durumu orta, %36.2'sinin ilköğretim, %27.1'i memur, işçi, emeklidir. Hastaların %46.6'sının hafif ağrısı bulunmakta, %48.9'u daha önce de ameliyat olmuştur.

Hastaların %31.9'u üroloji kliniğine yatmış, %55.2'si ameliyatının 1. gününde, %16.9'unun kronik bir hastalığı bulunmaktadır. Hastaların %90.3'ü ailesiyle birlikte yaşamakta, %56.8'inin ailesi geniş, %48.5'sini eşi, çocuğu ya da kardeşi hastaneye getirmiştir.

Hastaların %62.0'ının çocuğu, %95.1'inin hastanede yattığı süre içinde refakatçisi bulunmakta, %93.2'sinin ziyaretçisi gelmekte, %6.2'si sosyal yardım almaktadır.

Tablo 4.2. Hastaların algılanan sosyal destek, kaygı, ağrı puanlarının betimleyici istatistikleri ve güvenilirlik analizleri

n=517	Minimum Maksimum	Ortalama	Std. Sapma	Çarpıklık	Basıklık	Cronbach's Alpha
Aile Desteği	4-28	10.19	± 8.38	1.21	-0.09	0.97
Arkadaş Desteği	4-28	11.43	± 6.96	0.88	-0.17	0.95
Özel Bir İnsan Desteği	4-28	10.49	± 7.76	1.16	-0.02	0.95
Toplam Sosyal Destek	12-84	32.10	± 22.14	1.14	-0.01	0.98
Durumluk Kaygı	20-76	36.57	± 9.27	0.71	0.43	0.89
Sürekli Kaygı	20-72	37.97	± 8.65	0.54	0.22	0.86
Ağrı Düzeyi	0-10	5.72	± 2.69	-0.45	-0.71	

Hastaların; Aile Desteği puan ortalaması 10.19±8.38, Arkadaş Desteği puan ortalaması 11.43±6.96, Özel Bir İnsan Desteği puan ortalaması 10.49±7.76, Sosyal Destek toplam puan ortalaması 32.10±22.14, Durumluk Kaygı puan ortalaması 36.57±9.27, Sürekli Kaygı puan ortalaması 37.97±8.65, ağrı puan ortalaması 5.72±2.69 olarak bulunmuştur. Hastaların ölçeklerden aldıkları puanlar ve ölçeklerin güvenilirlik katsayıları Tablo 4.2’de görülmektedir.

Tablo 4.3. Hastaların algılanan sosyal destek, kaygı, ağrı puanlarının ilişkisi

		Aile Desteği	Arkadaş Desteği	Özel Bir İnsan Desteği	Toplam Sosyal Destek	Durumluk Kaygı	Sürekli Kaygı	Ağrı Düzeyi
Aile Desteği	r	1	.821**	.945**	.968**	.101*	.114**	-.479**
	p		.000	.000	.000	.022	.009	.000
Arkadaş Desteği	r		1	.859**	.926**	.105*	.145**	-.363**
	p			.000	.000	.017	.001	.000
Özel Bir İnsan Desteği	r			1	.978**	.092*	.091*	-.447**
	p				.000	.036	.039	.000
Toplam Sosyal Destek	r				1	.104*	.121**	-.450**
	p					.019	.006	.000
Durumluk Kaygı	r					1	.500**	-.214**
	p						.000	.000
Sürekli Kaygı	r						1	-.114*
	p							.013
Ağrı Düzeyi	r							1
	p							

**p<0.01, *p<0.05 anlamlı ilişki var, p>0.05 anlamlı ilişki yok, 0<r<0.299 zayıf, 0.300<r<0.599 orta, 0.600<r<0.799 güçlü, 0.800<r<0.999 çok güçlü. ; Pearson Korelasyon

Aile Desteği puanı ile Arkadaş Desteği ($r=0.821$), Özel Bir İnsan Desteği ($r=0.945$), Sosyal Destek toplam ($r=0.968$) puanları arasında pozitif yönlü çok güçlü ve anlamlı ilişki, Durumluk Kaygı ($r=0.101$), Sürekli Kaygı ($r=0.114$) puanları ile arasında pozitif yönlü zayıf ilişki, Ağrı Düzeyi ($r=-0.479$) ile arasında negatif yönlü orta kuvvetli ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Arkadaş Desteği puanı ile Özel Bir İnsan Desteği ($r=0.859$), Sosyal Destek toplam ($r=0.926$) puanları arasında pozitif yönlü çok güçlü ilişki, Durum Kaygı ($r=0.105$), Sürekli Kaygı ($r=0.145$) puanları ile arasında pozitif yönlü zayıf ilişki, Ağrı Düzeyi ($r=-0.363$) ile arasında negatif yönlü orta kuvvetli ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).

Özel Bir İnsan Desteği puanı ile Sosyal Destek toplam ($r=0.978$) puanları arasında pozitif yönlü çok güçlü ilişki, Durum Kaygı ($r=0.092$), Sürekli Kaygı ($r=0.091$) puanları ile arasında pozitif yönlü zayıf ilişki, Ağrı Düzeyi ($r=-0.447$) ile arasında negatif yönlü orta kuvvetli ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Sosyal Destek toplam puan ortalaması ile Durumluk Kaygı ($r=0.104$), Sürekli Kaygı ($r=0.121$) puanları arasında pozitif yönlü zayıf ilişki, Ağrı Düzeyi ($r=-0.450$) ile arasında negatif yönlü orta kuvvetli ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Durumluk Kaygı puanı ile Sürekli Kaygı ($r=0.500$) puanı arasında pozitif yönlü orta kuvvetli ilişki, Ağrı Düzeyi ($r=-0.214$) ile arasında negatif yönlü zayıf ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Sürekli Kaygı puanı ile Ağrı Düzeyi ($r=-0.114$) arasında negatif yönlü zayıf ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). (Tablo 4.3)

Tablo 4.4. Hastaların tanımlayıcı özelliklerinin algılanan sosyal destek, kaygı, ağrı puanlarına göre karşılaştırılması

		Aile Desteği± SS	Arkadaş Desteği± SS	Özel Bir İnsan Desteği± SS	Toplam Sosyal Destek± SS	Durumluk Kaygı± SS	Sürekli Kaygı± SS	Ağrı Düzeyi± SS
Yaş	18-29	10.26±8.16	11.45±7.05	10.35±7.29	32.07±21.44	37.69±9.75	38.77±9.21	5.78±2.80
	30-41	10.19±8.45	11.70±7.21	10.73±8.14	32.63±22.88	36.13±8.61	37.08±8.88	5.87±2.74
	42-53	9.59±8.28	11.11±6.76	10.06±7.85	30.75±21.93	35.84±8.52	36.83±7.92	5.74±2.49
	54-65	10.77±8.94	11.43±6.73	11.06±8.26	33.26±23.30	35.48±9.67	38.67±7.73	5.40±2.64
	F	0.343	0.139	0.331	0.242	1.734	1.816	0.531
	p	0.794	0.937	0.803	0.867	0.159	0.143	0.661
Cinsiyet	Kadın	9.24±7.70	10.93±6.59	9.42±7.22	29.59±20.40	37.27±9.96	39.78±8.66	5.91±2.48
	Erkek	10.74±8.70	11.71±7.15	11.08±7.88	33.53±23.00	36.18±8.85	36.91±8.47	5.62±2.80
	t	-2.033	-1.238	-2.402	-2.015	1.292	3.656	119
	p	0.043*	0.216	0.017*	0.044*	0.197	0.000*	0.235
Medeni durum	Evli	10.06±8.50	11.45±6.98	10.42±8.05	31.93±22.65	35.80±8.88	37.31±8.07	5.70±2.67
	Bekar	10.45±8.19	11.42±6.93	10.65±7.20	32.52±21.25	37.94±9.82	39.18±9.57	5.77±2.74
	t	-0.505	0.055	-0.324	-0.288	-2.508	-2.215	-0.276
	p	0.614	0.956	0.746	0.774	0.012*	0.027*	0.783
Eğitim durumu	Okula gitmemiş	10.32±8.13	11.69±6.34	10.77±7.50	32.78±20.80	36.74±9.08	41.23±7.67	5.23±2.54
	İlköğretim	10.91±8.56	12.03±6.70	11.16±7.78	34.10±22.03	35.51±9.11	37.68±7.49	5.69±2.76
	Lise	9.87±8.26	11.26±7.24	10.08±7.66	31.21±22.27	37.34±9.59	37.77±9.61	5.79±2.65
	Yükseköğretim	9.27±8.35	10.44±7.34	9.69±8.00	29.40±22.95	37.23±9.14	36.52±9.28	6.02±2.70
	F	0.980	1.262	1.013	1.150	1.344	4.714	1.189
	p	0.402	0.287	0.387	0.328	0.259	0.003*	0.314
Ekonomik durum	İyi	9.43±8.87	10.55±7.85	9.63±8.52	29.61±24.75	34.51±9.08	33.60±8.00	6.14±2.39
	Orta	9.99±8.15	11.44±6.74	10.34±7.59	31.76±21.46	36.62±9.18	38.26±8.00	5.64±2.75
	Kötü	12.52±8.45	12.77±6.41	12.70±7.01	37.98±20.56	39.61±9.29	43.42±9.58	5.45±2.80
	F	3.022	2.005	3.332	2.975	6.099	28.857	1.585
	p	0.049*	0.136	0.037*	0.052	0.002*	0.000*	0.206

Tablo 4.4. (Devamı)

		Aile Desteği± SS	Arkadaş Desteği± SS	Özel Bir İnsan Desteği± SS	Toplam Sosyal Destek± SS	Durumluk Kaygı± SS	Sürekli Kaygı± SS	Ağrı Düzeyi± SS
Sosyal güvence	Var	10.12±8.53	11.31±7.05	10.42±7.93	31.86±22.67	36.29±9.12	37.37±8.34	5.69±2.65
	Yok	10.39±7.41	12.26±6.54	10.77±6.74	33.42±19.05	38.50±10.31	41.90±9.84	5.98±2.89
	t	-0.236	-0.995	-0.331	-0.518	-1.754	-3.918	-0.761
	p	0.814	0.32	0.741	0.605	0.08	0.000*	0.447
Sosyal yardım alma durumu	Alıyor	9.88±7.02	11.13±5.93	10.19±6.38	31.19±18.63	35.59±9.01	38.38±7.59	5.94±2.55
	Almıyor	10.25±8.48	11.48±7.03	10.53±7.87	32.26±22.43	36.62±9.28	37.93±8.75	5.70±2.70
	t	-0.240	-0.280	-0.240	-0.263	-0.613	0.283	0.463
	p	0.808	0.780	0.811	0.792	0.544	0.788	0.643
Meslek	Memur, İşçi, Emekli	9.73±8.46	10.89±7.13	10.04±7.93	30.66±22.26	36.49±9.86	36.24±8.12	5.80±2.73
	Çiftçi	11.87±8.54	13.18±6.71	12.26±7.37	37.32±20.71	35.45±7.38	38.58±7.95	4.96±3.04
	Esnaf	12.16±9.71	13.36±8.65	13.12±9.27	38.64±27.16	38.52±10.48	36.52±6.83	5.19±3.02
	Öğrenci	10.95±8.09	11.65±7.79	10.95±7.90	33.54±22.73	39.51±9.36	40.00±9.26	5.33±2.98
	İşsiz	11.69±8.33	11.75±6.89	11.68±7.44	35.11±21.80	37.25±8.53	40.97±8.52	6.05±2.69
	Ev hanımı	9.30±7.98	11.08±6.46	9.66±7.37	30.03±20.77	35.83±9.26	37.81±8.58	5.84±2.53
	F	1.663	1179	1.912	1.640	1.427	3.51	1.156
	p	0.142	0.318	0.091	0.148	0.213	0.004*	0.33
Çocuk sahibi olma durumu	Var	9.90±8.43	11.39±6.95	10.34±7.98	31.63±22.45	35.64±8.86	37.40±8.27	5.70±2.66
	Yok	10.66±8.30	11.50±6.98	10.80±7.42	32.96±21.68	38.08±9.63	38.76±8.98	5.77±2.76
	t	0,998	0,173	0,656	0,661	2,926	1,760	0,261
	p	0,319	0,863	0,512	0,509	0,004*	0,079	0,795

Tablo 4.4. (Devamı)

		Aile Desteği± SS	Arkadaş Desteği± SS	Özel Bir İnsan Desteği± SS	Toplam Sosyal Destek± SS	Durumluk Kaygı± SS	Sürekli Kaygı± SS	Ağrı Düzeyi± SS
Aileyle birlikte yaşama durumu	Evet	10.17±8.46	11.30±6.91	10.47±7.82	31.94±22.28	36.42±9.21	37.68±8.54	5.66±2.66
	Hayır	10.50±7.94	12.40±7.33	10.73±7.52	33.63±21.82	37.46±10.03	39.60±9.03	6.21±2.91
	t	-0.260	-1.046	-0.217	-0.501	-0.737	-1.474	-1.314
	p	0.795	0.296	0.828	0.616	0.462	0.141	0.189
Aile tipi	Geniş aile	10.15±8.39	11.45±6.48	10.43±7.71	32.03±21.62	35.97±9.47	36.94±8.12	5.62±2.67
	Çekirdek aile	10.35±8.45	11.47±7.62	10.63±7.92	32.45±23.06	37.27±8.91	39.41±9.22	5.84±2.75
	t	-0.264	-0.027	-0.286	-0.209	-1.560	-3.187	-0.881
	p	0.792	0.978	0.775	0.835	0.119	0.002*	0.379
Yattığı klinik	Üroloji	11.05±8.82	11.83±7.02	11.39±8.30	34.27±23.39	35.55±8.63	37.05±8.28	5.48±3.00
	Genel cerrahi	9.40±8.22	11.51±7.19	10.10±7.73	31.01±21.99	35.54±9.12	37.58±8.25	5.93±2.61
	Ortopedi	9.07±7.65	10.96±6.76	9.44±7.11	29.48±20.58	38.63±10.46	39.34±8.22	5.49±2.13
	Plastik cerrahi	11.10±8.62	10.93±7.24	10.76±7.83	32.78±22.74	38.94±9.88	39.06±8.79	5.94±2.66
	Kulak Burun Boğaz	9.86±7.95	11.59±6.16	10.00±6.90	31.45±20.11	35.07±7.22	37.61±10.46	6.02±2.72
	F	1.361	0.346	1.091	0.794	3.744	1.409	0.915
	p	0.246	0.847	0.36	0.529	0.005*	0.23	0.455
Daha önce ameliyat olma durumu	Evet	10.74±8.45	11.60±6.96	10.76±7.84	33.11±22.23	36.70±9.70	38.62±8.73	5.55±2.74
	Hayır	9.73±8.30	11.33±6.96	10.30±7.69	31.36±22.08	36.54±8.85	37.46±8.53	5.86±2.64
	t	1.370	0.447	0.678	0.896	0.198	1.525	-1.251
	p	0.171	0.655	0.498	0.371	0.843	0.128	0.211
Ameliyatın günü	1	8.63±7.18	10.29±6.39	9.09±6.87	28.01±19.71	37.44±9.26	37.88±8.69	5.88±2.46
	2	12.09±9.34	12.82±7.41	12.20±8.50	37.11±24.09	35.37±9.16	37.99±8.60	5.57±2.90
	t	-4.610	-4.065	-4.470	-4.470	2.523	-0.150	1.228
	p	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.012*	0.881	0.22
Kronik hastalık durumu	Var	11.07±9.18	11.33±6.59	11.25±7.87	33.64±22.41	37.55±9.58	39.14±7.36	5.03±2.71
	Yok	10.23±8.43	11.39±7.15	10.43±7.92	32.05±22.67	36.19±9.17	37.47±8.77	5.82±2.65
	t	0.776	-0.072	0.816	0.556	1.158	1.728	-2.290
	p	0.438	0.943	0.415	0.579	0.248	0.087	0.022*

Tablo 4.4. (Devamı)

		Aile Desteği± SS	Arkadaş Desteği± SS	Özel Bir İnsan Desteği± SS	Toplam Sosyal Destek± SS	Durumluk Kaygı± SS	Sürekli Kaygı± SS	Ağrı Düzeyi± SS
Hastaneye getiren kişi	Eşi, Çocuğu, Kardeşi	9.59±7.93	11.15±6.60	9.83±7.43	30.57±21.06	36.05±8.98	38.86±8.09	5.77±2.61
	Annesi, Babası	9.85±7.96	11.19±6.64	10.41±7.31	31.45±20.91	38.76±9.61	39.49±8.13	6.30±2.71
	Kendisi	10,60±10.90	11,43±7.38	10,87±8.11	32,90±23.37	35,83±8.97	35,53±8.58	5,52±2.80
	Diğer	14,88±9.26	15,00±8.20	15,21±8.87	45,08±25.46	40,50±10.64	40,63±12.08	4,98±2.61
	F	3,134	2,284	3,753	3,28	3,499	7,056	1,859
	p	0,025*	0,078	0,011*	0,021*	0,015*	0,000*	0,136
Refakatçi durumu	Var	10,00±8.34	11,30±6.93	10,33±7.77	31,63±22.11	36,39±9.19	37,68±8.39	5,77±2.66
	Yok	14,00±8.56	13,92±7.35	13,68±7.16	41,60±21.74	40,12±10.43	42,68±11.40	4,69±3.16
	t	-2,334	-1,841	-2,106	-2,234	-1,973	-2,164	1,887
	p	0,020*	0,066	0036*	0,028*	0,049*	0,040*	0,060
Ziyaretçi gelme durumu	Geliyor	10.02±8.36	11.34±6.92	10.37±7.80	31.73±22.19	36.51±9.23	37.70±8.49	5.76±2.64
	Gelmiyor	12.74±8.30	12.85±7.27	12.41±7.10	38.00±20.83	37.56±9.80	41.94±10.16	4.97±3.49
	t	-1.830	-1.226	-1.486	-1.599	-0.634	-2.377	1.112
	p	0.068	0.221	0.138	0.111	0.526	0.023*	0.276

Yaşları ele alınan hastaların sosyal destek, durumluk-sürekli kaygı ve ağrı düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Cinsiyetleri farklı olan hastaların aile desteği, özel bir insan desteği, sosyal destek toplam, sürekli kaygı puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Medeni durumu incelenen hastaların durumluk kaygı (0.012) ve sürekli kaygı (0.027) puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Hastaların eğitim durumları ele alındığında sürekli kaygı (0.003) puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Hastaları ekonomik durumu incelendiğinde aile desteği (0.049), özel bir insan desteği (0.037), durumluk kaygı (0.002) ve sürekli kaygı (0.000) puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Sosyal yardım alma durumları farklı olan hastaların sosyal destek toplam, durumluk-sürekli kaygı ve ağrı düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. Sosyal güvence durumu farklı olan hastaların sürekli kaygı (0.000) puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Farklı meslek gruplarında çalışan hastaların sürekli kaygı (0.004) puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Çocuk sahipliği durumu farklı olan hastaların durumluk kaygı (0.004) puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Aileyle birlikte yaşama durumu farklı olan hastaların sosyal destek toplam, kaygı ve ağrı düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Hastaların aile tipleri ele alındığında sürekli kaygı (0.002) puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Farklı kliniklerde yatan hastaların durumluk kaygı (0.005) puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Daha önce ameliyat olma durumu farklı hastalar arasında sosyal destek toplam, durumluk-sürekli kaygı ve ağrı

düzeyi bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Hastaların ameliyat günü incelendiğinde aile desteği (0.00), arkadaş desteği (0.000), özel bir insan desteği (0.000), sosyal destek toplam (0.000) ve durumluk kaygı (0.012) puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Kronik hastalık durumu incelenen hastaların ağrı düzeyi (0.022) bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Hastaneye getiren kişisi farklı olan hastalara bakıldığında aile desteği (0.025), özel bir insan desteği (0.011), sosyal destek toplam (0.021), durumluk kaygı (0.015) ve sürekli kaygı (0.000) puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Refakatçi durumu incelenen hastaların aile desteği (0.020), özel bir insan desteği (0.036), sosyal destek toplam (0.028), durumluk kaygı (0.049) ve sürekli kaygı (0.040) puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Hastaların ziyaretçi gelme durumuna bakıldığında sürekli kaygı (0.023) puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

5. TARTIŞMA

Ameliyat sonrası dönemdeki hastalarda algılanan sosyal destek, ağrı ve kaygı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi, amacıyla yapılan çalışma bulguları literatür^{3,27,69-73,102,163-165,171,179-205,208-254} ışığında tartışılmıştır.

Çalışmaya alınan hastaların çoğunun genç grubundan, erkek, evli, orta düzeyde gelire sahip, ilköğretim mezunu, aile ile birlikte yaşadığı ve geniş aileye sahip olduğu görülmektedir. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin bu bölgenin genel özelliklerini yansıttığı düşünülmektedir (Tablo 4.1.).

Çalışmaya alınan hastaların sosyal destek toplam puanı ve tüm alt boyut puanlarının ortalamasının altında olduğu ve en büyük desteğin arkadaştan alındığı belirlendi (Tablo 4.2.). Çalışmamız literatür ile benzerlik göstermeyip yapılan çalışmalarda bireylerin en büyük destekçilerinin aileleri olduğu belirtilmiştir.¹⁷⁹⁻¹⁸¹ Helsen ve ark.'nın¹⁸² yapmış olduğu çalışmada ise aileden alınan sosyal destek azaldıkça, arkadaş desteğinin arttığı belirtilmiştir.

Hastaların kaygı puanlarına bakıldığında durumluk kaygı puan ortalaması ile (36.57 ± 9.27), sürekli kaygı puan ortalamasının (37.97 ± 8.65) ortalamasının altında olduğu belirlendi (Tablo 4.2.). Turhan ve ark.'nın¹⁸³ çalışmasında durumluk kaygının orta seviyede olduğu; Savaş'ın¹⁸⁴ çalışmasında durumluk kaygının hafif düzeyde, sürekli kaygının da orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Akman'ın¹⁸⁵ çalışmasında ise durumluk ve sürekli kaygının hafif düzeyde olduğu belirtilmiştir.

Hastaların ağrı şiddeti (5.72 ± 2.69) ele alındığında ağrının orta düzeyin üstünde olduğu belirlendi (Tablo 4.2.). Çelik'in¹⁸⁶ çalışmasında ise hastalardaki ağrı durumunun orta düzeyde olduğu saptanmıştır.

Hastaların sosyal destek ve kaygı durumunu incelediğimizde aralarında pozitif yönlü zayıf ilişki olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmektedir

($p<0.05$). Sarı ve ark.²⁵² ile Hernandez- Ledesma ve ark.'nın²⁵³ yaptıkları çalışmalarda ise sosyal destek ve kaygı arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını bildirmişlerdir. Sosyal desteğin hastalar tarafından yeteri kadar anlaşılmadığı ya da hissedilmediği düşünülmektedir (Tablo 4.3.).

Sosyal destek ve ağrı arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında negatif yönlü zayıf ilişki ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo4.3.) . Literatürde sosyal desteğin ağrı üzerine olumlu etkisi olduğu belirtilmiştir.⁶⁹⁻⁷³

Hastaların ağrı ve kaygı ilişkisini ele aldığımızda aralarında negatif yönlü zayıf ilişki ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo4.3.). Sidar ve ark.'nın²⁵⁴ yaptıkları çalışmada da ağrı ile kaygı puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Hastaların, ağrı dışı kaygılarının olduğu tahmin edilmektedir.

Çalışmada farklı yaş gruplarında olan hastaların sosyal destek, kaygı ve ağrı puanları arasında fark bulunmaması (Tablo 4.4.), hastalık durumlarında bu değişkenlerin yaştan bağımsız olduğunu düşündürmektedir. Ayaz ve ark.'nın¹⁸⁰ ve Savcı'nın¹⁸⁷ çalışmasında da sosyal desteğin yaştan etkilenmediği saptanmıştır. Guni'nin¹⁸⁸ yapmış olduğu çalışmanın sonucunda ise 31-40 yaş aralığındaki hastaların algılanan sosyal destek puanı daha yüksek bulunmakla beraber, bizim çalışmamızda 54-65 yaş aralığındaki hastaların algılanan sosyal destek puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bunun nedeni de yaşanan kültürel farklılıklar, yaştan ilerlemesi ile bireylere daha fazla yardımda bulunma ve değer verilme olduğu düşünülmektedir.

Hasta yaşının kaygı durumunu etkilemediği görülmüş olup (Tablo 4.4.), literatürdeki bazı çalışmalarla benzer sonuçlar bulunmuştur.^{3, 27, 164, 189, 190} Yıldız'ın¹⁶³ çalışmasında da yaştan artmasıyla durumluk ve sürekli kaygının arttığı ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirtilmiştir.

Hastaların yaşları incelendiğinde ağrı düzeyini etkilemediği görülmektedir .(Tablo 4.4.). Bu çalışma literatürdeki bazı çalışmalarla benzerlik gösterip yaş ve ağrı arasında bir ilişki olmadığını göstermiştir.¹⁹¹⁻¹⁹³ Çelik'in¹⁸⁶ ve Büyükyılmaz ile Aşti'nin¹⁹⁴ çalışmalarında ise yaşlı bireylerin ağrı şiddetlerinin, gençlerden daha fazla olduğu belirtilmiştir. Bulgulardaki bu farklı sonuçların, bireylerin ağrı nedeni; ağrı eşiği, ağrı inancı ve hayat beklentilerinin farklı olmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Cinsiyetleri incelenen hastaların aile desteği, özel insan desteği ve sosyal destek puanlarının anlamlı olduğu görülmektedir($p<0.05$), (Tablo 4.4.). Erkeklerin aldığı sosyal destek toplam puanı, kadınlara göre daha yüksektir. Albal'in¹⁹⁵ çalışmasında ise sosyal destek ile cinsiyet ilişkisinin önemli olmadığı belirtilmiştir. Yıldız'ın¹⁹⁶ çalışmasında ise algılanan sosyal destek düzeyinin kadınlarda daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu çalışma Karataş'ın¹⁹⁷ çalışmasına benzerlik gösterip, sosyal destek düzeyinin erkeklerde, kadınlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu durum çalışmanın yapıldığı bölgenin kültürü, insanların eğitim seviyesi, kadınların ekonomik açıdan dezavantajlı durumda olması ve kadının aile içinde üstlenmiş olduğu rollerden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Hastaların cinsiyetleri ele alındığında sürekli kaygı ile anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Bu çalışmada kadınların hem durumluk hem de sürekli kaygı puanları erkeklerden daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.4.). Yıldız'ın¹⁶³ yapmış olduğu çalışmada da kadınların sürekli kaygı puanı erkeklere göre daha yüksek ve anlamlı bulunmuştur. Jenkins ve ark.¹⁹⁸ ile Çetinkaya ve Karabulut'un³ çalışmalarında ise cinsiyetin sürekli kaygı durumunu etkilemediği saptanmıştır. Yapılan bazı çalışmalarda da kadınların durumluk kaygısının erkeklere göre daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu belirtilmiştir.^{199, 200} Mitchell²⁰¹ de çalışmasında kadınların ameliyat günü kaygılarının daha yüksek olduğunu bulmuştur. Demir ve

ark.'nın¹⁸⁹ çalışmasında ise cinsiyet ve kaygı arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Bu durumun kadınların ve erkeklerin üstlenmiş olduğu roller, hormonal durumdan, kadınların aile içinde daha çok sorumluluk alması, iş hayatı vb. gibi durumlardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Cinsiyetlerine bakılan hastalardan; kadınların ağrı düzey puanı, erkeklere göre daha yüksek olduğu görülmüş olup ancak anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Literatürde de kadınların ağrı bildirimlerinin erkeklere göre daha fazla olduğu ve tedaviyi daha çok istedikleri belirtilmiştir.^{202, 203} Yapılan bazı çalışmalarda erkeklerin ağrı toleransının kadınlara göre daha yüksek olduğu ve bunun başkaları tarafından takdir edilmesine dayandırıldığı görülmektedir.^{102, 203, 204} Kırdemir ve Özorak²⁰⁵'in çalışması da erkeklerin ağrı eşiğinin kadınlara göre daha yüksek olduğunu belirtmiştir. (Tablo 4.4.)

Hastaların medeni durumu incelendiğinde algılanan sosyal destek ve tüm alt boyutlarını etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.4.). Bekarların aile desteği, özel insan desteği ve sosyal destek toplam puanları evlilere göre daha yüksek olup ancak birbirlerine yakın bulunmuştur. Yıldız'ın¹⁹⁶ çalışmasında ise evli bireylerin aile desteği ve özel insan destek puanlarının daha yüksek olduğunu belirlenmiştir. Köçkar'ın²⁰⁶ çalışmasında da medeni durumun sosyal destek üzerinde önemli bir fark oluşturmadığını bulmuştur. Çalışmamız Melissa ve ark.'nın²⁰⁷ çalışmasına benzerlik gösterip medeni durumun sosyal desteği ve tüm alt boyutlarını etkilemediğini belirtmiştir.

Medeni durumları farklı olan hastaların durumluk ve sürekli kaygı puanları anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p<0.05$), (Tablo 4.4.). Literatürdeki bazı çalışmalarda^{208, 209} medeni durum ile kaygı arasında ilişki olduğunu ve bekarların, evlilere göre daha çok kaygı yaşadığı belirtilmiştir. Alacadağ'ın²¹⁰ günü birlik cerrahi

hastalarının preoperatif kaygı düzeyi çalışmada ise medeni durumun kaygıyı etkilemediği ve anlamlı bir farkın olmadığını saptamıştır.

Hastaların medeni durumlarının ağrı düzeyini etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.4.). Bekarların ağrı düzeyi, evlilere daha yüksek ve birbirine oldukça yakın bulunmuştur. Çelik'in¹⁸⁶ yaptığı çalışmada da evlilerin ağrı şiddetinin bekarlara göre daha az olduğu belirtilmiştir. Davison ve ark.'nın²¹¹ çalışmasında ise evlilerin ağrı puanı daha yüksek olduğu saptanmıştır..

Hastaların sosyal güvencesi incelendiğinde sosyal destek ve tüm alt boyutlarını etkilemediği görülmüştür ($p>0.05$), (Tablo 4.4.). Tan ve Karabulut¹⁷⁹'un çalışmasında da hastaların sosyal güvence durumları ile algılanan sosyal destek arasında fark olmadığı bulunmuştur.

Hastaların sosyal güvence durumlarının sürekli kaygıyı etkilediği bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.4.). Zeytin'in²¹² kronik hastalığı olan çocuklu ailelerde yaptığı çalışmada sosyal güvencesi olmayan ailelerin kaygı puanı daha yüksek ve anlamlı bulunmuştur. Güneş'in²¹³ çalışmasında ise sosyal güvencenin kaygı durumunu etkilemediği belirtilmiştir. Sosyal güvencenin olmaması kaygıya neden olan bir unsurdur. Tıbbi tedavi ve cerrahi operasyonların maddi boyutunu düşünürsek sosyal güvencenin olmamasının kaygıya neden olduğu söylenebilir.

Sosyal güvenceleri ele alınan hastaların ağrı düzeyleri incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.4.). Ağrısı olan hastaların ağrısının azaltılması veya kesilmesi hasta hakkı olduğundan hastaneye yatan bütün hastaların ağrı düzeyinin minimum seviyede tutulduğu düşünülmektedir

Ekonomik durumu kötü olan hastaların aile desteği ile özel insan desteği puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$), (Tablo 4.4.). Ekonomik durumu kötü olan gruplara ilk desteğin en yakın kişilerden, aileden ya da

özel birilerinden gelmiş olması olağan ve beklenen bir durum olarak değerlendirilmiştir. Arslan ve Batmaz²¹⁴'ın yaptıkları çalışmada ise ekonomik durumu kötü olanların, ekonomik durumu orta olanlara göre algılanan sosyal destek puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Dedeli ve ark.²¹⁵'nin kanserli hastalarda yapmış oldukları çalışmada ekonomik durumu yüksek olanların sosyal desteği de yüksek bulunmuştur. Bu çalışmanın literatürden farklı olması araştırmanın yapıldığı bölgedeki arkadaş ve akrabalık bağlarının güçlü olması ve ekonomik durumu kötü olan insanlara, komşuların, hayırseverlerin, vakıfların ve devletin daha fazla yardım etmesinden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Ekonomik durumun hastaların durumluk kaygı ve sürekli kaygı puanlarını etkilediği görülmüştür ($p<0.05$), (Tablo 4.4.). Uslu'nun²¹⁶ çalışmasında da ekonomik durumu kötü olanların kaygı puanı yüksek bulunmuş olup çalışmamız ile paralellik göstermektedir. Hastaların ekonomik durumunun sağlık giderlerini karşılama ve bireylerin ekonomik gücüne göre özel sağlık hizmeti veren yerlere başvurduğu düşünülmektedir.

Hastaların ekonomik durumunun ağrı düzeyini etkilemediği bulunmuştur. ($p>0.05$), (Tablo 4.4.). Bu durum ağrının ekonomik durumdan bağımsız bir duyum olduğunu göstermektedir.

Eğitim durumunun hastaların sosyal destek ve tüm alt boyut puanlarını etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.4.). Ayaz ve ark.'nın¹⁸⁰ çalışmasında ise kanserli hastaların eğitim düzeyleri yükseldikçe algılanan sosyal destek puanının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Kool ve ark.'nın²¹⁷ yaptıkları çalışmada düşük eğitilmiş ve genç hastaların daha az düzeyde sosyal desteklerinin olduğunu belirtmiştir. Arslantaş ve ark.'nın²¹⁸ yaptıkları çalışmada ise eğitim durumu ve algılanan sosyal destek arasında anlamlı bir fark olduğu belirtilmiştir.

Hastaların eğitim durumunun sürekli kaygı puanını etkilediği, eğitim düzeyi düşük olan hastaların sürekli kaygı düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.4.). Literatürde eğitim düzeyinin artması ile bireylerin daha çok sorguladığı, daha fazla bilgi topladığı ve daha doğru kararlar aldığı vurgulanmaktadır.²¹⁹ Johansson ve ark.'nın²²⁰ çalışmasında eğitim seviyesinin kaygı durumunu etkilediği ve eğitim seviyesi düşük olanların kaygılarının daha fazla olduğunu belirtmiştir. Biçersoy'un²²¹ çalışmasında eğitim seviyesi düştükçe sürekli kaygı puanı artmakta ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kaygının önemli bir nedeninin bilinmezlikler olduğu düşünüldüğünde eğitim düzeyi yüksek olan hastaların kaygı düzeylerinin daha düşük olması beklenen bir durumdur. Literatürde eğitim düzeyinin kaygıyı etkilemediğini belirten çalışmalarda görülmektedir.^{222, 223}

Hastaların eğitim durumunun ağrı düzeyini etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.4.). Literatürdeki bazı çalışmalarla^{192, 193, 205} benzerlik gösteren bu bulgu ağrının eğitim durumundan bağımsız bir duyum olduğunu göstermektedir. Çelik'in¹⁸⁶ çalışmasında ise ağrı düzeyinin eğitim durumu ile negatif ilişkili olduğunu saptanmıştır. Literatürdeki farklı sonuçlar, ağrıyı etkileyebilen farklı nedenlerin olabileceği gerçeğinden kaynaklanmış olabilir.

Çalışmada hastaların mesleğinin sosyal destek toplam ve tüm alt boyut puanlarını etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.4.). Arslantaş ve ark.'nın²¹⁸ ile Tan ve ark.'nın²²⁴ çalışmalarında da en düşük sosyal destek puanı ev hanımlarında bulunmuştur. Bunun nedeni olarak ev hanımlarının arkadaş çevresinin kısıtlı olması, ev işlerinden dolayı diğer akrabalar ile seyrek görüşmeleri ve ekonomik özgürlüklerinin olmamasından kaynaklandığı olduğu düşünülmektedir.

Hastaların mesleklerinin sürekli kaygı puanını etkilediği, işsizlerin sürekli kaygı puanının en yüksek, memur, işçi ve emeklilerin sürekli kaygı puanının en düşük olduğu

bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.4.). Yıldız¹⁶³'in araştırmasında da çalışmayanların kaygı puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Literatürde çalışma durumunun kaygıyı etkilemediğini belirten çalışmalara da rastlanmaktadır.^{171, 225}

Daha önce ameliyat olma durumunun hastaların sosyal destek ve tüm alt boyut puanlarını, kaygı ve ağrı durumlarını etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.4.). Kanserli hastalarda yapılmış bir çalışmada da algılanan sosyal destek puanının daha önce ameliyat olmuş hastalarda daha yüksek olduğu saptanmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.¹⁸⁷ Daha önce ameliyat olma durumunun kaygı durumunu etkilemediğini gösteren^{3, 27, 164, 189, 226} çalışmaların yanı sıra, ameliyat deneyimi olan hastaların kaygılarının daha düşük olduğunun bulunduğu çalışmalar da mevcuttur.^{165, 227, 228} Fındık ve Topçu²²⁹'nun çalışmasında ise ameliyat deneyimi olanların kaygı düzeylerinin daha fazla olduğu belirtilmiştir. Bu farklı sonuçların görülmesi, hastalara verilen anestezi türü, cerrahi girişimin türü ve süresi, ameliyatın başarı durumu, ameliyat sonrası ağrı durumu ve komplikasyon gibi nedenlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Daha önce ameliyat olma durumlarına bakılan hastaların ağrı düzeyini etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.4.). Büyükyılmaz ve Aşti²³⁰'nin çalışmasında ameliyat deneyimi olanların ağrı toleransının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kırdemir ve Özorak²⁰⁵ ile Özer ve Bölükbaş²³¹'in çalışmalarında da geçirilmiş ameliyat deneyimi olanların daha fazla ağrı tanımladıkları saptanmıştır. Literatürde farklı sonuçların olmasının nedeni olarak; olumsuz ağrı deneyimleri, farklı ameliyatlara geçirilmesi, ek hastalıklar, yetersiz sosyal destek ve kaygı düzeyinin yüksek olması şeklinde yorumlanabilir.

Hastaların yattığı klinikler incelendiğinde; sosyal destek toplam ve tüm alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$),

(Tablo 4.4.). Bu durumun yatış süresinin kısa olması ve erken taburculuk olmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Ortopedi ve plastik cerrahi servisindeki hastaların durumluk kaygı puanı oldukça yakın olup ve en yüksek düzeydedir (Tablo 4.4.). Bu servislerde yatanların daha çok travma kaynaklı ve estetik nedenlerden dolayı operasyon oldukları bilinmekte ve bu da bireylerin beden imajında bozukluklara neden olacağı, iş kayıpları gerçekleştirebileceği, toplumdan uzaklaşmalara neden olabileceği şeklinde düşünülebilir.

Bu çalışmada ameliyatın ikinci gününde olan hastaların, ameliyatın birinci gününde olanlara göre algıladığı sosyal destek ve tüm alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.4.). Bu durumun, ameliyatın birinci gününde olan hastaların anestezi etkisinde olması, ilk gün çoğu kişinin ameliyattan habersiz olması ve haberi olanların ise hastayı ilk gün rahatsız etmek istememesinden kaynaklı olduğu tahmin edilmektedir (Tablo 4.4.).

Ameliyatın ikinci gününde olanların durumluk kaygı puanı daha düşüktür ($p<0.05$), (Tablo 4.4.). Bireylerin ameliyat sonrası dönemde erken taburcu olması, tedaviye hızlı cevap vermesi, komplikasyonların görülmemesi ve sosyal destekçilerinin fazla olması kaygı durumunun daha düşük olmasına yardımcı olduğu tahmin edilmektedir.

Ameliyat sonrası gün ve ağrı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.4.). Çalışmamızda ameliyatın 2. gününde olanların ağrı puanı daha düşük olup, literatürde de ağrının zamanla azaldığı belirtilmiş olup çalışmamız ile paralellik göstermektedir.^{3, 232-234} Ameliyat sonrası hastaların ağrı düzeyinin gittikçe azaldığı tahmin edilmektedir.

Kronik hastalık durumu incelenen hastaların, sosyal destek toplam ve tüm alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır

($p>0.05$), (Tablo 4.4.). Kronik hastalık tanısının konulduğu ilk dönemlerde, bireyler bu durumdan psikolojik olarak etkilenmekte olup, aileleri ve yakınları ile daha fazla zaman geçirir ve iletişim halinde olur. Böylece aldıkları sosyal destek sayesinde psikososyal yönden daha uyumlu ve iyi olurlar. Bu çalışmada kronik hastalığı olan hastaların aile desteği, özel insan desteği ve sosyal destek puanları, kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek bulunmuş olup; ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bunun nedeni olarak kronik hastalığı olanların çevreleri tarafından daha fazla ilgiye ve desteğe ihtiyaçlarının olduğu düşünülebilir.

Kronik hastalığı olanların durumluk ve sürekli kaygı puanları olmayanlara göre daha yüksek bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.4.). Literatürde^{235, 236} kronik hastalıkların psikolojik rahatsızlıklara neden olduğu ve ilaç kullanımını gerektirdiği belirtilmiş olup bu durumda kaygıya yol açtığı düşünülebilir. Çalışmamız Nayir'in²³⁷ çalışmasına paralel olup ek hastalığı olan kalp hastalarının sürekli kaygı puanlarının daha yüksek ve anlamlı olmadığı, saptanmıştır.

Kronik hastalıkları incelenen hastaların ağrı düzeyi ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.4.). Literatürde kronik hastalığı olanların ağrı şiddetlerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir.^{186, 238} Çalışmamızda ise kronik hastalığı olmayanların ağrı düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızın literatürden farklı olmasının nedeni; örneklem grubuna alınan az sayıda hastanın kronik hastalığının olması (%14.9) ve ağır ameliyatların yapılmıyor olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Aileyle birlikte yaşama durumu farklı olan hastalar arasında sosyal destek toplam ve tüm alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.4.). Yatkın'ın²³⁹, böbrek transplantasyonu olan bireylerde yapmış olduğu çalışmada en büyük destekçilerin bireyin ailesi olduğunu

belirtmiştir. Çalışmamız ise literatür ile benzerlik göstermeyip, ailesi ile yaşamayanların aldığı sosyal destek, özel insan desteği, arkadaş desteği ve aile desteği daha yüksektir. Ailesiyle birlikte yaşamayanların aileden ve yakın çevreden uzak olmasından dolayı daha fazla özleindiği, sevildiği, gösterilen ilginin daha fazla olduğu ve arkadaş çevrelerinin fazla olmasından kaynaklı olduğu tahmin edilmektedir.

Aileyle birlikte yaşama durumu farklı olan hastalar arasında kaygı puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.4.). Ancak ailesi ile ayrı yaşayanların durumluk ve sürekli kaygı puanları daha yüksek bulunmuştur. Literatürde de yalnız yaşayanların kaygı durumlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir.¹⁸⁶ Ailesinden ayrı yaşayanların aile özlemi duyması, sorumluluklarının artması ve problemlerle baş etmede güçlük yaşamalarından kaynaklandığı tahmin edilmektedir.

Ailesi ile yaşama durumları farklı olan hastalardan, ayrı yaşayanların ağrı puanı daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.4.). Bunun algılanan sosyal desteğin yetersiz olmasından kaynaklı olduğu tahmin edilmektedir.

Aile tipi farklı olan hastalar arasında sosyal destek toplam ve tüm alt puan boyut puanlarına bakıldığında birbirlerine oldukça yakın olduğu ama istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür ($p>0.05$), (Tablo 4.4.). Tel ve ark.'nın²⁴⁰ ve Yaşkesen'in²⁴¹ yaptıkları çalışmalarda da çekirdek ailede yaşayanların diğer aile tiplerine göre aldıkları sosyal destek puanları daha yüksek bulunmuştur. Tan ve ark.'nın²⁴² yaptıkları çalışmada ise çekirdek aile de yaşayanların sosyal destek puanları daha düşük belirlenmiştir. Literatürde, aile tipinin algılanan sosyal destek üzerine olumlu ve olumsuz etkisi olduğunu belirten farklı çalışmalara ulaşılmıştır.^{187, 243}

Aile tipi durumu farklı olan hastalar arasında, çekirdek aile olanların sürekli kaygı puanı daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.4.). Gülçiğ Çapar'ın²⁴⁴ çalışmasında ise aile tipinin kaygıyı etkilemediği belirtilmiştir.

Aile tipi ile ağrı düzeyi arasındaki ilişkiye bakıldığından puanların birbirine oldukça yakın ve istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($p>0.05$), (Tablo 4.4.). Aile tipinin ağrıya etkisinin olmadığı düşünülmektedir.

Hastaneye getiren kişisi farklı hastalar arasında aile desteği, özel insan desteği ve sosyal destek toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.4.). Diğer kişiler (ambulans, komşu, arkadaş, sevgili) tarafından getirilenlerin algılanan sosyal destek ve tüm alt boyut puanları en yüksek bulunmuştur. Bireylerin eş, çocuk, kardeş ve anne-babanın yanında kendilerini rahat hissetmedikleri, bazı durumlarda utandıkları, diğer kişiler tarafınca getirilenlerin daha fazla ilgi ve alaka gördükleri ve daha rahat oldukları tahmin edilmektedir.

Bireyi hastaneye getiren farklı kişiler arasında diğer (ambulans, komşu, arkadaş) kişilerce getirilenlerin hem durumluk hem de sürekli kaygı puanları daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.4.). Literatürde benzer çalışmaya rastlanmamıştır. Bireyin durumunun kötü olması, yanında en büyük sosyal destekçiler olan aile fertlerinden kimsenin olmaması ve bireyin yalnız yaşıyor olması, bireyin kaygı puanının yüksek olmasına yol açtığı söylenebilir.

Hastayı, hastaneye getiren farklı kişilerden diğerleri tarafından (ambulans, komşu, arkadaş) getirilenlerin ağrı düzeyinin daha az olduğu görülmektedir ($p>0.05$), (Tablo 4.4.). Bu kişilerin ambulans ile hastaneye getirilen ve ilk müdahalelerinin ambulansla yapılan kişiler olduğu düşünülmektedir (Tablo 4.4.).

Çalışmamızda çocuk sahibi olmayanların sosyal destek ve tüm alt boyut puanları, çocuğu olanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.4.). Hayah Abou El Azayiem Bayumi²⁴⁵'nin yaptığı çalışmada çocuğu olmayanların aile, yakın çevre ve yakın arkadaşlarından sağlanan desteğin sosyal desteği arttıran bir etken olduğunu belirtmiştir. Bunun nedeni olarak çocuğu olmayanların daha az stres yaşaması, sorumluluklarının az olması ve çevresi ile daha fazla zaman geçirmesinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Çocuğu olmayanların durumluk kaygılarının anlamlı düzeyde yüksek olmasının ($p<0.05$), (Tablo 4.4.) nedeni; bireylerin yanında refakatçi olarak kimsenin kalmaması, yeterli sosyal destek almaması, bireyin sağlık probleminde yardımcı olacak kimsenin olmaması ve hizmet edecek birilerinin olmayışı şeklinde tahmin edilmektedir

Çocuk sahibi olma durumu ile hastaların ağrı düzeyi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.4.). Ağrı duyumunun, çocuk sahibi olma durumundan bağımsız olduğu düşünülmektedir.

Refakatçi durumuna göre hastalar arasında; aile desteği, özel insan desteği ve sosyal destek toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$), (Tablo 4.4.). Çalışmamızda refakatçisi olmayanların aldıkları puan ortalamaları daha yüksektir. Yılmaz ve Özkan²⁴⁶'ın yaptıkları çalışmada refakatçisi olan hastaların algılanan sosyal destek puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Taşdemir ve Özşaker²⁴⁷'in çalışmasında da ziyaretçilerin, yoğun bakımda yatan hastalar üzerindeki olumlu etkisini bildirmiştir.

Refakatçisi olmayanların durumluk ve sürekli kaygı puanları daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.4.). Refakatçisi olanların sosyal desteğinin fazla olması, refakatçilerin sadece hastanın bakım ve ihtiyaçları dışında onlara diğer konularda da

yardımcı, hastaların kaygısını azaltmada önemli bir faktör olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Refakatçi bulundurma durumuna göre hastaların ağrı puanı arasında fark bulunmaması ($p>0.05$), (Tablo 4.4.) ağrı durumunun bu değişkenden bağımsız olduğunu düşündürmektedir.

Ziyaretçi gelme durumuna hastaların sosyal destek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). (Tablo 4.4.). Gelen ziyaretçilerin, hastanın sevmediği kişiler veya ilişkilerinin zayıf olmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Ziyaretçileri gelmeyenlerin sürekli kaygı puanı en yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.4.). Literatürde hasta ziyaretlerinin ilişkilerin sürmesi açısından önemli ve hastaların kaygılarını azalttığı saptanmıştır.²⁴⁷⁻²⁵⁰ Biçim'in yaptığı çalışmada hastalar, ziyaretlerin güven verici ve rahatlatıcı olduğunu ifade etmişler.²⁵¹ Ziyaretçilerin gelmesi hastaya güven verir, değer verildiğini, sevildiğini ve yalnız olmadığını hissettirir, seklinde yorumlanabilir.

Ziyaretçi gelme durumları incelenen hastaların ağrı puanı bakımından bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.4.). Ziyaretçileri gelen hastaların ağrı puanı daha yüksek bulunmuş olup bunun nedeni olarak; hastanın gelen ziyaretçilerle ilgilenmek istemesi, yeterince dinlenememesi ve uyku düzeninin bozulmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Sosyal yardım alma durumu ele alınan hastalar arasında sosyal destek toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.4.). Literatürde²⁴³ sosyal yardım almayanların sosyal destek düzeyleri, alanlara göre daha yüksek olduğu saptanmış olup çalışmamız ile paralellik göstermektedir.

Sosyal yardım alma durumu farklı olan hastalar arasında durumluk ve sürekli kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Sosyal yardım alanların durumluk kaygı puanı düşük, sürekli kaygı puanı daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.4.). Alınan sosyal yardımın, bireyi ekonomik olarak bir nebze de rahatlatmış olması, içinde bulunduğu o an onu rahatlatmış ancak bu yardımın belli aralıklarla verilmesi veya bireyin ihtiyaçlarını karşılayacak kadar olmaması, bireyin tekrardan sıkıntı yaşayacağı günlerin bekliyor olması, onun uzun süreli bir zaman diliminde tekrar kaygı yaşayacağı tahmin edilmektedir.

Sosyal yardım alma durumları farklı olan hastaların ağrı puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.4.). Ağrı düzeyinin, sosyal yardımdan etkilenmediği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ameliyat sonrası dönemdeki hastaların algıladıkları sosyal desteğin sosyal destek, ağrı ve kaygı arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışma sonucunda;

- Hastaların, algılanan sosyal destek puanlarının orta düzeyin altında olduğu,
- Ağrı düzeyinin orta seviyede olduğu,
- Kaygı puanlarının orta düzeyin altında olduğu,
- Sosyal destek puanı arttıkça ağrı düzeyinin azaldığı,
- Sosyal destek ile kaygı durumu arasında pozitif yönlü zayıf ilişki,
- Sosyal destek ile ağrı düzeyi arasında negatif yönlü orta kuvvetli ilişki,
- Ağrı düzeyi ile kaygı durumu arasında negatif yönlü zayıf ilişki bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Sosyal desteğin önemi hakkında hastalara, yakınlarına ve hemşirelere bilgi verilmesi, hastaların hastanede yattıkları süre içinde sosyal destek ağlarının güçlendirilmesi,
- Ağrının giderilmesinde farmakolojik tedavinin yanında alternatif olarak sosyal desteğin sağlanması,
- Ağrı ve kaygıya neden olabilecek diğer faktörlerin gözden geçirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Vaughn F, Wichowski H, Bosworth GA. Does preoperative anxiety level predict postoperative pain? 2007, 85: 589-604.
2. Özbayır T, Demir F, Candan Y, Coşkun İ, Dramalı A. Hastaların Periopeatif Döneme İlişkin İzlenimlerinin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2003, 6: 14-23.
3. Çetinkaya F, Karabulut N. Batın Ameliyatı Olacak Yetişkin Hastaların Ameliyat Öncesi Verilen Eğitimin Kaygı ve Ağrı Düzeyine Etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010, 13: 20-26.
4. Ardahan M. Sosyal Destek ve Hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi HemşirelikYüksekokulu Dergisi* 2006, 9: 68-75.
5. Lara M, Leader J, Klein DN ve ark. What is social support? Harvard Mental Health Letter, 1998, 14: 6-8.
6. Yıldırım İ. Algılanan sosyal destek ölçeğinin geliştirilmesi, güvenirliği ve geçerliği. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1997, 13: 81-87.
7. Hendryx M, Green CA, Perrin NA. Social Support, Activities, and Recovery from Serious Mental Illness. The Journal of Behavioral Health Services&Research. 2009, 36: 320-329.
8. Hutchison C. Social Support: Factors to consider when designing studies that measure social support. J AdvNurs 1999, 29: 1520-1526.
9. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D. Assessment of Adherence Problems in Patients With Serious and Persistent Mental Illness: Recommendations from the Expert Consensus Guidelines. 2010, 16: 34-45.
10. Baider L, Peretz T, Hadani PE, Koch U. Psychological intervention in cancer patients: a randomized study. *Gen Hop Psychiatry* 2001, 23: 272-277.

11. Luttik ML, Jaarsma T, Moser D, Sanderman R, van Veldhuisen DJ. The Importance and Impact of Social Support On Outcomes In Patients With Heart Failure: An Overview of The Literature. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2005, 20: 162-169.
12. Eker D, Arkar H ve Yaldız H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2001, 12: 17-25.
13. Krohne HW, Slangen KE. Influence of social support on adaptation to surgery. *Health Psychology*, 2005, 24: 101-105.
14. Akdağ R. Hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili bilgi, tutum ve klinik karar verme durumlarının değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi 2008.
15. Ay F, Ecevit Ş. Postoperatif ağrı ve hemşirelik uygulamaları. *Ağrı*, 2010, 22:21-29
16. Mayer DM, Torma L, Byock I, Norris K. Speaking the language of pain. *Am J Nurs*, 2001, 101: 44-49; quiz 50.
17. Aygin D, Var G. Travmalı Hastanın Ağrı Yönetimi ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Sakarya Medical Journal*, 2012, 2: 61-70.
18. Aslan F, Badır, A. Ağrı Kontrol Gerçeği: Hemşirelerin Ağrının Doğası, Değerlendirilmesi ve Geçirilmesine İlişkin Bilgi ve İnançları. *Ağrı Dergisi*, 2005, 17: 44-51.
19. Temiz Z, Özer N. Ameliyat Sonrası Ağrı Şiddetinin Dört Farklı Ağrı Ölçeği İle Karşılaştırılması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015, 18:4
20. Kılıç M, Öztunç G. Ağrı Kontrolünde Kullanılan Yöntemler ve Hemşirenin Rolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2012, 7: 35-51.

21. Çöçelli LP, Bacaksız B, Ovayolu N. Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü. *Gaziantep Tıp Dergisi*,2008, 14: 53-58.
22. Özer S, AkyürekB, Başbakkal B. Hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi, davranış ve klinik karar verme yeteneklerinin incelenmesi. *Ağrı*, 2006, 18: 36-43.
23. Kaplan S, Bahar A, Sertbaş G. Gebelerde Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluk Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*,2007, 10: 113-121.
24. Yiğitoğlu S. Adölesan Gebe ve Eşlerinin Antenatal ve Postnatal Kaygı Düzeyleri ile Evlilikte Uyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2009.
25. Manav F. Kaygı kavramı. *Toplum Bilimleri Dergisi*,2011, 5: 201-211.
26. Okanlı A, Özer N, Akyl RÇ, Koçkar Ç. Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006, 9: 38-44.
27. Ala S. Tiroidektomi Ameliyatı Öncesi Hemsirenin Bilgilendirici Rolünün Hastaların Ameliyat Sonrası Anksiyete Düzeylerine Etkisi.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2007.
28. Sorias O. Sosyal Destekler ve Ruh Sağlığı.Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 1988, 27: 359-363.
29. Khorshid L, Arslan G.G. Hemşirelik ve Sosyal Desteğin Önemi. 2006, 81: 182-188.
30. Cohen S. Social Relationships and Health. *American Psychologist*, 2004, 59: 676-684.

31. Özbesler C. Çocukluk Çağı Lösemileri ve Sosyal Destek Sistemlerinin Aile İşlevlerine Etkisi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara:Hacettepe Üniversitesi, 2001.
32. Mattson M, Hall JG. *Health as communication nexus: A service-learning approach*. IA: Kendall Hunt Publishing Company, 2011, 416.
33. Yıldırım İ. Akademik Başarının Yordayıcısı Olarak Gündelik Sıkıntılar ve Sosyal Destek. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*,2006, 30: 258-267.
34. Elmacı F. Parçalanmış ve Bütünlüğünü Koruyan Aileye Sahip Ergenlerin Depresyon ve Uyum Düzeylerinde Sosyal Destek Rolü. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri Dergisi*,2006, 6: 405-423.
35. Akın D, Ceyhan E. Resmi ve Özel Genel Lise Öğrencilerinin Ailelerinden, Arkadaşlarından ve Öğretmenlerinden Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Açısından Kendini Kabul Düzeylerinin İncelenmesi. *Sosyal Bilimler Dergisi*,2005, 2: 69-88.
36. Cohen S, Syme S.L. Issues in the study and application of social support, In: Cohen S,Syme SL, Editors. *Social Support and Healty*. New York, Academic Press, 1985, 3: 3-22.
37. Özkahraman Ş, Demir Y, Gökdoğan F. Üniversite Öğrencilerinde Algılanan Sosyal Destek Düzeyi ve İlişkili Faktörler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2010, 19: 7-12.
38. Savaş P, Kazak M, Doğan T. Mesleki Olgunluk Düzeyinin Cinsiyet,Yaş ve Aileden Algılanan Sosyal Destek Düzeyine Göre Güncellenmesi. (Electronic Journal), 2006.

39. Yıldırım İ. Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Revizyonu. Eğitim Araştırmaları. *Eurasian Journal of Educational Research*, 2004, 17: 221-236.
40. Yardımcı F, Başbakkal Z. Çocuk-Ergen Sosyal Destek Ölçeği'nin Türkiye'deki Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2009, 12: 41-50.
41. Görgü E. 3-7 Yaş Arası Otistik Çocuğa Sahip Olan Annelerin Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri İle Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2005.
42. Mazzarella D. The Mediating Effects of Perceived Control, Self-efficacy, and Coping on The Relationship Between Social Support and Adjustment to Illness. Doctoral Dissertation, Denver: University of Denver, 2006.
43. Ünsar S, Kurt-Sadırlı S, Demir M, Zafer R, Erol Ö. Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Destek Düzeyleri ve Etkileyen Etmenler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2009, 1: 17-29.
44. Pinikahana J, Happell B, Taylor M, Keks NA. Exploring The Complexity of Compliance in Schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 2002, 23: 513-528.
45. Ünsal P. Bir İş Ortamında Algılanan Sosyal Desteğin İşlevlerine, Kaynaklarına, Cinsiyet ve Mesleğe Göre İncelenişi. IX. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları. Türk Psikologlar Derneği, 1996, 315-326
46. Duyan V. HIV/AIDS'e İlişkin Damgalama ve Sosyal Destek. *Sağlık ve Toplum*, 2001, 11: 3-11.
47. Wills TA, Shinar O. Measuring Perceived and Received Social Support. In: Cohen S, Underwood LG ve Gottlieb GH. (eds). *Social Support Measurement and*

- Intervention: A Guide for Health and Social Scientists. New York, Oxford University Press, 2000, 4: 86-135
48. Kavak S. Algılanan Aile Yakınları Destek Ölçeğinin Geliştirilmesi ve 0-8 Yaş Arası Engelli Çocuğu Olan Annelerin Yakınlarından Aldığı Desteği Algılamaları. Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2007.
 49. Kaner S. Aile Destek Ölçeği: Faktör Yapısı, Güvenirlik ve Geçerlik Çalışmaları. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 2003, 4: 57-72.
 50. Başer Z. Aileden Algılanan Sosyal Destek İle Kendini Kabul Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2006.
 51. Banaz M. Lise Öğrencilerinde Sosyal Destek Kaynakları ve Stres İle Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İzmir, 1992.
 52. Williams K.L, Galliher R.V. Psychology C. Predicting Depression and Self-Esteem From Social Connectedness, Support and Competence. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2006, 25: 855-874.
 53. Aktaş A, Sertel-Berk H.Ö. Verilen Sosyal Destek Ölçeği'nin Psikometrik Özellikleri. *Psikoloji Çalışmaları Dergisi*, 2012, 32: 71-84.
 54. Gençöz T, Astan G. Social Support, Locus of Control, and Depressive Symptoms in Hemodialysis Patients. *Scandinavian Journal of Psychology*, 2006, 47: 203-208.
 55. Cohen S, Wills T.A. Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*, 1985, 98: 310-357.

56. Gökler I. Çocuk ve Ergenler İçin Sosyal Destek Değerlendirme Ölçeği Türkçe Formunun Uyarlama Çalışması: Faktör Yapısı, Geçerlilik ve Güvenirliği. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 2007, 14: 90-99.
57. Taysi E. Benlik Saygısı, Arkadaşlardan ve Aileden Sağlanan Sosyal Destek(Üniversite Öğrencileriyle Yapılan Bir Çalışma). Sosyalo Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2000.
58. Akstüllü N, Dogan S. Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek Etkenleri ile Depresyon Arasındaki İlişki/Relationship of Social Support and Depression in Institutionalized and Non-Institutionalized Elderly. *Anatolian Journal Of Psychiatry*, 2004, 5: 76-84.
59. Sorias O. Sosyal Desteğin Değerlendirilmesi II: Toplumdan Seçilmiş Bir Örnekleme, Sosyal Ağın Yapısal Özellikleri İle Algılanan Destek. *Psikoloji Seminer Dergisi*, 1989, 6: 27-40.
60. Eker D, Arkar H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 1995, 10: 45-55.
61. Çeçen AR. Öğrencilerinin Cinsiyetlerine ve Anababa Tutum Algılarına Göre Yalnızlık ve Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*. 2008, 6: 415-431.
62. Oktan V. Yalnızlık ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin Ergenlerdeki Öfkenin Gelişimine Etkisi. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 2005, 21: 183-192.
63. Demir Ü. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2000, 3: 57-61.
64. Işıkhhan V. Kanser ve sosyal destek. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 2007, 18: 15-29.

65. Eylen B. Bilgi Verici Danışmanlığın Kanser Hastalarının Ailelerinin Sosyal Destek Becerileri Üzerine Etkisi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2001.
66. Pearson R.E. Counseling and Social Support. Sage Publications, London,22.
Pruchno, R.A., Resch L.N. Husband and Wives as Caregivers: Antecedents of Depression and Burden, *The Gerontological Society of America*, 1990, 29: 159-164
67. Niven C. How helpful is the presence of the husband at childbirth? *Reprod Infant Psychol*, 1985, 3:45-53.
68. Hodnett ED. Caregiver support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2000: CD000199.
69. Cogan R, Spinnato JA. Social support during premature labor: Effects on labor and the newborn. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1988, 8: 209-216.
70. Fontana AF, Kerns RD, Rosenberg RL, Colonese KL. Support, stress, and recovery from coronary heart disease: a longitudinal causal model. *Health Psychol*, 1989, 8: 175-193.
71. King KB, Reis HT, Porter LA, Norsen LH. Social support and long-term recovery from coronary artery surgery: effects on patients and spouses. *Health Psychol*, 1993, 12: 56-63.
72. Kulik JA, Mahler HI. Social support and recovery from surgery. *Health Psychol*, 1989, 8: 221-238.
73. Con AH, Linden W, Thompson JM, Ignaszewski A. The psychology of men and women recovering from coronary artery bypass surgery. *J Cardiopulm Rehabil*, 1999, 19: 152-161.

74. Eti F.A, Badir A. Reality about pain control: The knowledge and beliefs of nurses on the nature, assessment and management of pain. *Ağrı*, 2005, 17(2): 44-51.
75. Pasero CL, McCaffery M. Pain ratings: The fifth vital sign. *American Journal of Nursing*, 1997, 97: 15-16.
76. Eti F.A. Ağrı Değerlendirme Yöntemleri. *C.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2002, 6: 9-16.
77. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Esasları Ders Notları. Ankara, GATA Basımevi 1998: 315-316.
78. Pasero C, McCaffery M. When Patients Can't Report Pain. *AJN The American Journal of Nursing*, 2000, 100: 22-23.
79. Karaman H, Kavak G.Ö. Ağrı Kliniğimizin Bir Yıllık Olgu Analizi. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 2010: 17-22.
80. Henschke N, Kamper SJ, Maher CG. In *The epidemiology and economic consequences of pain*, Mayo Clinic Proceedings, 2015, 90: 139-147.
81. Peleg R, Liberman O, Press Y, Shvartzman P. Patients visiting the complementary medicine clinic for pain: a cross sectional study. *BMC Complement Altern Med* 2011, 11: 36.
82. Katzman MA, Pawluk EJ, Tsirgielis D, D'ambrosio C, Anand L, Furtado M. Beyond chronic pain: how best to treat psychological comorbidities. *J Fam Pract*, 2014, 63: 260-265.
83. Koçoğlu D, Özdemir L. The relation between pain and pain beliefs with sociodemographic-economic characteristics at the adult population. *Ağrı*, 2011, 23: 64-70.

84. Cesur S. Cerrahi Hastalarında Ameliyat Öncesi Anksiyetenin Ameliyat Sonrası Ağrı Üzerindeki Etkileri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2015.
85. Karadeniz G(Ed.) ve ark. *Onkoloji Hemşireliği*. İçinde: İç Hastalıkları Hemşireliğinden Teoriden Uygulamaya Temel Yaklaşımlar. Manisa, Baran Ofset, 2008, s:140-172.
86. Sarıyıldız D. Travmalı Hastalarda Ağrı Şiddeti ve Ağrı Geçirme Uygulamalarından Memnuniyetin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2006.
87. Clinic M, Akyüz G, Gündüz H. *Kronik Ağrı*. Rochester, Minnesota, 1. Baskı, Güneş Kitabevi, 2002.
88. Arın G, Kısacık P, Ünal E. *Fizyoterapide Ağrı Yönetimi*, İçinden: Ağrının Tarihçesi ve Sınıflandırılması. Editör: Edibe Ünal. Ankara, Pelikan Yayıncılık, 2015.
89. Potter P.A, Perry A.G. Fundamentals of nursing. (5 th ed). United States of America Mosby. 2001: 1282-1322.
90. Aslan E.F. *Ağrı Doğası ve Kontrolü*, 1. Baskı. İstanbul:Avrupa Tıp Kitapçılık, 2006: 3-68.
91. Öztürk H. Ağrının Tarihçesi Üzerine Bir Değerlendirme. *Lokman Hekim Dergisi*,2013: 26-27.
92. Meltem A. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesinde Çalışan Hemşirelerinin Ağrısı Olan Hastaların Bakımına İlişkin Bilgileri ve Hemşirelik Girişimlerinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Adana: Çukurova Üniversitesi, 2003.

93. Biçici B. McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu nun Geçerlik ve Güvenirliğini incelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi, 2010.
94. Erdine S. *Ağrı*. 3. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, 2007: 3-188.
95. Mc Caffery M, Robinson ES. Your patient is in pain; here's how you respond. *Nursing*, 2002, 32: 36-45.
96. Erdine S. *Ağrı*. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2000: 37-40.
97. Eti Aslan F, Badır F. Ağrı Kontrol Gerçeği: Hemşirelerin Ağrının Doğası, Değerlendirilmesi ve Geçirilmesine İlişkin Bilgi ve İnançları. *Ağrı Dergisi*, 2005, 17: 44-51.
98. Birol L. Hemşirelik Süreci, Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım. İzmir, Etki Matbaacılık Yayıncılık, 2007.
99. Türkoğlu M. Ağrının tanımlanması ve ölçümü, Ağrı ve Tedavisi. İzmir, Yapım Matbaacılık, 1993.
100. Morgan G, Murray Michael J. Clinical Anesthesiology. İçinde: 2008: 359-413.
101. Ayhan F. Abdominal Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Ağrı Deneyimleri ve Ağrı Kontrolüne Yönelik Hemşirelik Girişimleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2015.
102. Dikmen Y.D. *Ağrı ve Yönetimi. İçinde: Hemşirelik Esasları*. 2. Baskı, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık, 2013: 633-667.
103. Aslan F.E, Öntürk Z.K, Uslu Y. *Sağlığın Değerlendirilmesi*. 1. Baskı, Ankara, Özyurt Matbaacılık, 2014: 47-55
104. Korkan E.A, Uyar M. Ağrı Kontrolünde Kanıt Temelli Yaklaşım. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014, 5: 9-14.

105. FayazM.K. Opioid-Sparing Effects of Diclofenac and Paracetamol Lead to Improved Outcomes After Cardiac Surgery. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 2004, 18: 742-747.
106. Demir D.Y, Yıldırım U.Y. Hemşirelikte Eleştirel Düşünme. *S. D. Ü Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dergisi*, 2013: 31-38.
107. Aydın O.N. Ağrı ve Ağrı Mekanizmalarına Güncel Bakış. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2002, 3: 37-48.
108. Edirne S. *Ağrı*, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi, 2000: 82-90.
109. Schaible HG, Richter F. Pathophysiology of pain. *Langenbecks Arch Surg*, 2004, 389: 237-243.
110. Kutsal Y.G, Varlı K, Çeliker R, Özer S, Orer H, Aypar Ü, Şahin A, Oruçkaptan H. Ağrıya Multidisipliner Yaklaşım. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 2005, 36: 111-128.
111. Yücel A, Çimen A. Nöropatik Ağrı: Mekanizmalar, Tanı ve Tedavi. *Ağrı*, 2005, 17: 5-13.
112. Aslan F.E, Uslu Y. Ağrı Sınıflandırılması. İçinde: Aslan F.E. Ağrı Doğası ve Kontrolü, 2. Baskı, Ankara, Akademisyen Kitabevi, 2014, 57-58
113. Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği, Anestezi Uygulama Kılavuzları, Postoperatif Ağrı Tedavisi, 2006, 3-6, Mart.
114. Özcan İ. *Akut Ağrı Fizyopatolojisi*. İstanbul ,Nobel Tıp Kitabevi, 2006.
115. Kocaman G. Ağrı Hemşirelik Yaklaşımları, 1. Baskı. İzmir, Saray Kitabevi, 1994.
116. Kuğuoğlu S. Ağrı Algısının Etkileyen Faktörler. İçinde: Aslan FA (editör). *Ağrının Doğası ve Kontrolü*, 2. Baskı, İstanbul, Avrupa Tıp Kitapçılık, 2014: 51-56.

117. Demir Y.D, Yıldırım U.S, İnce Y, Türkmen Gel K, Akı MayaM. Hemşirelerin Ağrı Yönetimi İle İlgili Bilgi, Davranış ve Klinik Karar Verme Durumlarının Belirlenmesi. *Çağdaş Tıp Dergisi* 2012, 2: 162-172.
118. Kuğuoğlu S.. Ağrı Algısının Etkileyen Faktörler. İçinde: Aslan F.A (editör). *Ağrının Doğası ve Kontrolü, 1. Baskı*, İstanbul Avrupa Tıp Kitapçılık, 2006: 51-60.
119. Tel H. Ağrı, Ağrıya Yönelik Uygulamalar ve Hasta Bakımı Klinik Beceriler: Sağlığın Değerlendirilmesi, Hasta Bakımı ve Takibi. İçinde: Sabuncu N, Ay F.A. (Editör). İstanbul: Nobel Tıp Kitap Evi, 2010: 651-674.
120. Aslan F.E. Travmada Ağrı. İçinde: Şelimen D. (Editör). Acil Bakım, 1. Baskı, İstanbul, Yüce Yayın, 2004: 387-406.
121. Büyükyılmaz F.E, Aştı T. Postoperative pain characteristics in Turkish orthopedic patients. *Pain Manag Nurs*, 2010, 11: 76-84.
122. Mac Lellan K. Postoperative pain: strategy for improving patient experiences. *J ADV Nurs*, 2004, 46: 179-185.
123. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. *Textbook of medical-surgical nursing*. Wolters Kluwer Health, 2008: 258-295.
124. Türgay A.S. Ameliyat Öncesi Sırası ve Sonrası Bakım. İçinde: Ay F.A (editör). Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler, 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2011: 642-671.
125. Aslan E.F. Ağrı Doğası ve Kontrolü İçinde: F. EA (editör). *Postoperative Ağrı*, İstanbul, Avrupa Tıp Kitapçılık, 2006: 159-190.
126. Yılmaz T. Ameliyat Sonrası Hastaların Ağrı Kontrolüne Yönelik Hemşirelerden Beklentileri ve Hemşirelerin Ağrılı Hastaya Yönelik Girişimleri, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2011.

127. Ceyhan D, Güleç M.S. Postoperatif Ağrı Sadece Nosiseptif Ağrı Mıdır? *Ağrı*, 2010, 22: 47-52.
128. Yılmaz M, Gürler H. Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Ağrıya Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları: Hasta Görüşleri. *Ağrı*, 2011, 23: 71-79.
129. Bell L, Duffy A. Pain Assessment and Management in Surgical Nursing: A Literature Review. 2009, 18: 153-156.
130. Arslan S, Çelebioğlu A. Postoperatif Ağrı Yönetimi ve Alternatif Uygulamalar. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2002, 1303-5134.
131. Coşgun NE. Kardiyo-Vasküler Operasyon Geçiren Hastaların Erken Postoperatif Dönemde Ağrı İle Baş Etme Düzeylerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Bilim Üniversitesi, 2015.
132. Yeğin A, Erdoğan A, Hadimioğlu N. Toraks Cerrahisinde Ameliyat Sonrası Analjezi. *GDK Anestezi Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 2005, 13: 418-425.
133. Özveren H, Uçar H. Öğrenci Hemşirelerin Ağrı Kontrolünde Kullanılan Farmakolojik Olmayan Bazı Yöntemlere İlişkin Bilgileri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2009, 16: 59-72.
134. Abdalrahim M.S, Majali S.A, Bergbom I. Documentation of Postoperative Pain By Nurses in Surgical Ward, Acute Pain, 2008, 10: 73-81.
135. Güleç G, Güleç S. Ağrı ve Ağrı Davranışları. *Ağrı*, 2006, 18: 5-9.
136. Beck T.A, Emery G. *Anksiyete Bozuklukları ve Fobiler: Bilişsel Bir Bakış Açısı*. (Çev. Veysel Öztürk). İstanbul, Litera yayıncılık, 2006.
137. Cüceloğlu D. *İnsan ve Davranışı*, 15. Baskı, İstanbul, Remzi Kitabevi, 2006.
138. Kayhan C. Cerrahi Hastalarda Preoperatif Anksiyetenin Postoperatif Komplikasyonlarla İlişkisinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2003.

139. Cansever A. Anksiyete Bozuklukları. İçinde: *Temel Psikiyatri Kitabı*, 2001, 417.
140. Işık E, Tamer Y.I. Çocuk, Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. İstanbul, Baskı Golden Print, 2006, 3-18, 26-36.
141. Eroğlu H. Durumluluk-Süreklilik Kaygı Düzeyi İle Algılanan Stres, Kontrol Düzeyi ve Stresle Başa Çıkma Stratejileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2006.
142. Karayağız F, Altuntaş M, Güçlü Y.A, Yılmaz T.T, Öngel K. Cerrahi Servisinde Yatan Hastalarda Görülen Anksiyete Dağılımı. *Smyrna Tıp Dergisi*, 2011, 1: 22-26.
143. Gürsoy A. Ameliyat Öncesi Dönemde Yaşanan Kaygının Hastanın İyileşme Sürecine Etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2001, 8: 114-119.
144. Cimilli C. Cerrahide anksiyete. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2001, 4: 182-186.
145. Tural Ü. Anksiyete Bozuklukları, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, 5. Dönem Ders Notları, Ankara, 2000.
146. Geçtan E. *İnsan Olmak*. 5. Basım, İstanbul, Metis Yayınları, 2006: 84-94.
147. Öz F. *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*. Ankara, İmaj İç ve Dış Ticaret A.Ş. 2004: 157-172.
148. Taşkın L. *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği*, 7. Baskı, Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 2005: 69-103, 176, 191, 413-434.
149. Bölükbaş N. Ameliyat Olacak Hastaların Hemşirelerden Beklentileri. Hemşirelik Bülteni, 1991, 20: 81-86.
150. Teunissen S. Are Anxiety And Depressed Mood Related To Physical Symptom Burden? *A Study in Hospitalized Advanced Cancer Patients*. 2007, 21: 341-346.

151. Cury f, Menezes R. Prevalence of Anxiety And Depression During Pregnancy in a Private Setting Sample. Archives Women's Mental Health, 2007, 10: 25-32.
152. Türe A. Çocuklara Yönelik Günübirlik Cerrahi Girişimlerde Anneleri Bilgilendirmenin Anksiyete Düzeylerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi 2006.
153. Valenzuela J.M, Barrera J.S, Ornelas J.M. *Anxiety in Preoperative Anesthetic Procedures*. 2010, 78: 147-151.
154. Karabulut N. Batın Ameliyatı Öncesi Uygulanan Farklı Eğitim Programlarının Çocuğun Ve Annenin Kaygı Düzeyine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2004.
155. Çankaya Ö.A. Kronik Hematolojik-Onkolojik Hastalığı Olan Çocukların Kardeşleri ve Annelerine Verilen Hemşirelik Desteğinin Kaygı Düzeylerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2003.
156. Engin E. Anksiyete Bozuklukları. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. 1. Baskı, İstanbul, Tıp Kitabevi, İstanbul, 2014: 277-280.
157. Konter E. Sporda Stres ve Performans. İzmir, Saray Yayınları, 1996: 28-41.
158. Algier L. Hastanede Yatan Adölesanların Kaygı Düzeylerinin Saptanması ve Kaygıya Neden Olabilecek Faktörlerin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 1991.
159. Gülseven B, Şahin A.O, Sabuncu N. Subkutan (SC) Enjeksiyon Uygulamasına İlişkin Psikomotor Beceri Eğitiminde Öğrenim Rehberi Kullanımının Başarı ve Kaygı Düzeyine Etkisi.2. Uluslararası- 9.Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı, 2003, 663.

160. Öner N, Lecompte A. *Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envateri El Kitabı*. 2. Baskı, İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1985.
161. Öz F, Üstün B. Hemşirelik Yüksekokulu Birinci Sınıf Öğrencilerinin Klinik Uygulama Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi. *Hemşirelik Bülteni*, 1995, 9: 57-64.
162. Özgüven İ.E. Psikolojik Testler. Ankara Erdem Yayınları, Sistem Ofset, 1998: 340.
163. Yıldız D. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Hastaların Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı. Yüksek Lisans Tezi: Lefkoşa: Yakın Doğu Üniversitesi, 2011.
164. Gökgündüz Ö. Koroner Anjiyografi Öncesi Hastalara Verilecek Eğitimin Kaygı Düzeylerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi: Kayseri, Erciyes Üniversitesi, 2005.
165. Gürsoy A.A. Ameliyat Öncesi Hastaların Kaygı Düzeyleri ve Kaygıya Neden Olabilecek Etmenlerin Belirlenmesi. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 2001, 1: 21-29.
166. Kayahan M, Sertbaş G. Dahili ve Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastalarda Anksiyete-Depresyon Düzeyleri İle Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Derneği*, 2007, 8: 52-61.
167. Karayurt Ö. Ameliyat Öncesi Uygulanan Farklı Eğitim Programlarının Hastaların Anksiyete ve Ağrı Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1998, 2: 20-26.
168. Lennan K. Management of Pain. United Kindom: Nelson Thornes Ltd, 2006.
169. Birol L. Hemşirelik Süreci. 4. Baskı, İzmir, Bozyaka Matbaacılık, 2000.

170. Yavuz Z. Afyon İlindeki Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Preoperatif Dönemdeki Hastanın Bakımı ve Ameliyata Hazırlığı Hakkında Bilgi Düzeylerinin Saptanması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2004.
171. Gedik A. Nöroşirurji Hastalarında Ameliyat Öncesi ve Sonrası Kaygı Düzeyinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2015.
172. Erdemir F. *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*, istanbul, Nobel Kitabevi, 2005: 12-176.
173. Buldukoğlu K, Doğan S, Kum, N, Öz F, Özaltın G, Özcan A. ve Diğerleri. *Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı*. İstanbul, Vehbi Koç Vakfı, Birmat Matbacılık, 2000: 132-157.
174. Zimet G.D, Powel S.S, Farley G.K. The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess*, 1988, 52: 30-41.
175. Kazarian S.S, McCabe S.B. Dimensions of Social Support in the MSPSS: Factorial Structure, Reliability, and the Oretical İmplications. *J Comm Psyc*, 1991, 19: 150-160.
176. Öner N, Le Compte A. *Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri*, 2. Baskı, İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1985, 1-26.
177. Sargın N. Lise I. ve III. sınıf Öğrencilerinin Durumluk Sürekli Kaygı Düzeylerinin Belirlenip Karşılaştırılması. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayımlanmamış yüksek Lisans Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversite, 1990.
178. Kartopu S. Lise Öğrenci Ve Öğretmenlerinin Durumluluk Ve Sürekli Kaygı Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 2012, 17: 147-170.

179. Tan M, Karabulutlu E. Social Support and Hopelessness in Turkish Patients With Cancer. *Cancer Nursing*, 2005, 28: 236-240.
180. Ayaz S, Efe S.Y, Korukoğlu S. Jinekolojik Kanserli Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler, *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 2008, 28: 880-885.
181. Olçay G.U. Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavisi Gören Bireylerde Algılanan Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2016.
182. Helsen M, Vollebergh W, Meeus W. Social Support From Parents and Friends and Emotional Problems in Adolescence. *J Youth Adoles*, 2000, 29: 319-335.
183. Turhan Y, Ancı R, Özcengiz D. Elektif Cerrahi Operasyonu Planlanan Hastalarda Preoperatif ve Postoperatif Anksiyetenin Hasta Memnuniyeti İle İlişkisi. *Anestezi Dergisi* 2012; 20 ,2012: 27-33.
184. Savaş E. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Yaşanan Anksiyete İle Ameliyat Sonrası Ağrı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi, Uzmanlık Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2011.
185. Akman EK. Kadın Hastalıklarından Ameliyat Olacak Hastalara Preoperatif Dönemde Yapılan Tanıtıcı Eğitimin Kaygı Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2015.
186. Çelik S. Batın Ameliyatından 24-48 Saat Sonra Hastaların Ağrı Düzeyleri ve Uygulanan Hemşirelik Girişimleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013, 2: 325-330.

187. Savcı A.B. Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesini ve Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim.Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2006.
188. Guni Ö.Ö. Kanserli Birey ve Ailelerinin Sosyal Destek Algılarının Belirlenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmetler Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2005.
189. Demir A, Akyurt D, Ergün B, Haytural C, Yiğit T, Taşoğlu İ ve Diğerleri. Kalp Cerrahisi Geçirecek Olgularda Anksiyete Sağaltımı. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 2010, 18: 177-182.
190. Saraçoğlu T. Transrektal Ultrasonografi Eşliğinde Prostat Biyopsisi Yapılan Hastalarda İşlem Öncesi Bekleme Süresi ve Kaygı Düzeyinin Ağrı Algısı Üzerine Etkisi. Uzmanlık Tezi, Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi, 2008.
191. De Cosmo G, Congedo E, Lai C, Premieri P, Dottarelli A, Aceto P. Preoperative Psychologic and Demographic Predictors of Pain Perception and Tramadol Consumption Using Intravenous Patient-Controlled Analgesia. *Clin of Pain*, 2008, 24: 399-405.
192. Sloman R, Rosen G, Rom M, Shir Y. Nurses Assessment of Pain in Surgical Patients. *J Adv Nurs*, 2005, 52: 125-132.
193. Roykulcharoen V, Good M. Systematic Relaxation To Relieve Postoperative Pain. *J Adv Nurs*, 2004, 48: 140-148.
194. Büyükyılmaz F, Aştı T. Ortopedi ve Travmatoloji Hastalarında Postoperatif Ağrı Tanılaması. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2005, 15: 123-139.
195. Albal E, Kutl Y. The Relationship Between The Depression Coping Self-Efficacy Level and Perceived Social Support Resources. *J Psy Nurs*, 2010, 1: 115-120.

196. Yıldız E, Aşti T, Disorders M. Determine The Relationship Between Perceived Social Support and Depression Level of Patients With Diabetic Foot. *J Diabetes Metab Disord*, 2015, 14: 59.
197. Karataş T, Bostanoğlu H. Perceived Social Support and Psychosocial Adjustment in Patients With Coronary Heart Disease. In *J Nurs Stud*, 2017, 23.
198. Jenkins K, Grady D, Wong J, Correa R, Armanious S, Chung F. Post- Operative Recovery: Day Surgery Patients Preferences. *Br. J. Anaesthesia*, 2001, 86: 272-274.
199. Turhan Y. Elektif Cerrahi Operasyon Planlanan Hastalarda Preoperatif ve Postoperatif Anksiyetenin Hasta Memnuniyeti İle İlişkisi. Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi: Adana: Çukurova Üniversitesi, 2007.
200. Kayhan C. Cerrahi Hastalarda Preoperatif Anksiyetenin Postoperatif Komplikasyonlarla İlişkisinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2003.
201. Mitchell M. Influence of Gender and Anaesthesia Type on Day Surgery Anxiety. *Journal of Advanced Nursing*, 2012, 68: 1014-1025.
202. Miller C, Newton S.E. Pain Perception And Expression: The Influence Of Gender, Personal Self-Efficacy, And Lifespan Socialization. *Pain Management Nursing*, 2006, 7: 148-152.
203. Şahin Ş. Ağrı ve cinsiyet. *Ağrı*, 2004, 16: 17-25.
204. Karadakovan A, Aslan F.E. *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım*. İstanbul, Nobel Kitabevi, 2011.

205. Kırdemir P, Özorak Ö. Postoperatif Ağrı ve Analjezik İhtiyacı Preoperatif Dönemde Tahmin Edilebilir mi? Türkiye Klinikleri J Med Sci, 2011, 31: 951-959.
206. Köçkar Ç, Uzun Ö. Lomber Disk Herni Ameliyatı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007, 10: 30-41.
207. Thong, Melissa S.Y, et al. Social Support Predicts Survival in Dialysis Patients. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 2006, 22: 845-850.
208. Bahar A, Taşdemir H.S. Dahili ve Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2008, 11: 9-17.
209. Tel H, Sabancıoğullar S. Hastanede Yatan Hastalarda Uyku, Anksiyete ve Depresyon. 3. Uluslararası-10. Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı, İzmir, 2005: 7-10.
210. Alacadağ M. Gününbirlik Cerrahi Hastalarının Ameliyat Öncesi Kaygı Düzeyleri ve Bilgi Gereksinimleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi, 2016.
211. Davison S.N, Jhangri G.S. The Impact Of Chronic Pain On Depression, Sleep, And The Desire To Withdraw From Dialysis In Hemodialysis Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2008, 30: 465-473.
212. Zeytin A. Kronik Hastalığı Olan Çocukların Ailelerinin Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. Tıp Fakültesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, 2012.

213. Güneş P. Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastaları Taburculuk Öncesi Bilgilendirmenin Anksiyete Düzeyine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2001.
214. Arslan , Batmaz M. Onkoloji Kliniklerinde Tedavi Gören Hastalarda Yalnızlık ve Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2016.
215. Dedeli Ö, Fadiloğlu Ç, Uslu R. Kanseri Bireylerin Fonksiyonel Durumları ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi* 2008, 23: 132-139.
216. Uslu H. Kalp Yetersizliği Olan Hastaların ve Bakımverenlerin Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Antalya: Akdeniz Üniversitesi, 2011.
217. Kool M, Geenen R. Loneliness in Patients With rheumatic Diseases: The Significance of Invalidation and Lack of Social Support. *The Journal of psychology*, 2012, 146: 229-241.
218. Arslantaş H, Adana F, Kaya F, Turan D. Yatan Hastalarda Umutsuzluk ve Sosyal Destek Düzeyi ve Bunları Etkileyen Faktörler. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2010, 18: 87-97
219. Özdemir A.K, Özdemir H.D, Coşkun A, Taşveren S. Diş Hekimliği Fakültesinde Profitez Kliniği ile Diğer Kliniklerde Hasta Anksiyetesinin Araştırılması. *Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 2001, 4: 71-76.
220. Johansson K, Nuutila L, Virtanen H, Katajisto J, Salanterä S. Preoperative Education For Orthopaedic Patients: Systematic Review. *Journal of Advanced Nursing*, 2005, 50: 212-223.

221. Biçersoy G. Günöbirlik Cerrahi Hastalarının Ameliyat Öncesi Kaygı Düzeyleri. Sağlık Bilimler Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Yüksek Lisans Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, 2015.
222. Jawaid M, Mushtaq A, Mukhtar S, Khan Z. Preoperative Anxiety Before Elective Surgery. *Neurosciences*, 2007, 12: 145-148.
223. Kiyohara LY, et al. Surgery Information Reduces Anxiety In The Preoperative Period. 2004, 59: 51-56.
224. Tan M, Okanlı A, Karabulutlu E, Erdem N. Hemodiyaliz Hastalarında Sosyal Destek ve Umutsuzluk Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005, 8: 32-39.
225. Çetin A. Elektif Cerrahi Planlanan Hastaların Preoperatif Dönemdeki Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Bilim Üniversitesi, 2014.
226. Güz H, Doğanay Z, Güz T. Lomber Disk Hernisi Nedeniyle Ameliyat Olan Hastalarda Ameliyat Öncesi Anksiyete. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2003, 40: 36-39.
227. Erdem D, Ugiş C, Albayrak D, Akan B, Aksoy E, Göğüş. Perianal Bölge Ameliyatı Yapılacak Hastalarda Uygulanan Anestezi Yöntemlerinin Preoperatif ve Postoperatif Anksiyete ve Ağrı Düzeylerine Etkisi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 2011, 7: 11-16.
228. Duman A, Öğün Ö.C, ŞahinK. T, Sarkılar G, Ökeşli S. Preoperatif Korku ve Endişeyi Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *S.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 2003, 19: 21-26.
229. Fındık Ü.Y, Topçu S.Y. Cerrahi Girişime Alınış Şeklinin Ameliyat Öncesi Anksiyete Düzeyine Etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2012, 1: 22-33.

230. Büyükyılmaz F, Aştı T. Ameliyat Sonrası Ağrıda Hemşirelik Bakımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2009, 12: 84-93.
231. Özer N, Bölükbaş N. Postoperatif Dönemdeki Hastaların Ağrısı Tanımlamaları Ve Hemşirelerin Ağrılı Hastalara Yönelik Girişimlerinin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2001, 4: 7-16.
232. Good M, Abn S. Korean And American Music Reduces Pain In Korean Women After Gynecologic Surgery. *Pain Management Nurs*, 2008, 9: 96-103.
233. Çetin N, Eşer İ. Hasta Kontrollü Analjezi Yöntemine İlişkin Verilen Hasta Eğitiminin Postoperatif Ağrının Giderilmesine Etkisinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006, 22: 15-25.
234. Shea R, Brooks J.A, Dayhoff N.E, Juanita K. Pain Intensity And Postoperative Pulmonary Complications Among The Elderly After Abdominal Surgery. *Healt&Lung*, 2002, 31: 440-449.
235. Akin S, Durna Z. Kalp Yetersizliği Hastalarının Psikososyal Uyumu. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006, 10: 1-8.
236. Sönmez B, Kasım İ. Diabetes Mellitus' lu Hastaların Anksiyete, Depresyon Durumları ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 2013, 17: 119-124.
237. Nayir H.U. Açık Kalp Ameliyatında Preoperatif Anksiyete ile Postoperatif Komplikasyonlar Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı. Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar: Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2012.
238. Yıldız A, Erol S, Ergün A. Bir Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Ağrı ve Depresyon Riski. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2009, 12: 156-164.

239. Yatkın I. Renal Transplantasyon Hastalarında ve Vericilerde Transplantasyon Öncesi ve Sonrasında Depresyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek. Uzmanlık Tezi. istanbul, Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, 2009.
240. Tel H, Tel H. Quality of Life and Social Support in Hemodialysis Patients. *Pub Med*,2011, 27: 64-67.
241. Yaşkesen A. Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Yorgunluk İle Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Mersin: Mersin Üniversitesi, 2018.
242. Tan M, Okanlı A, Karabulutlu E, Erdem N. Hemodiyaliz Hastalarında Sosyal Destek ve Umutsuzluk Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,2005, 8: 7-11.
243. Demirel AC, Acar H. Genç Kanser Hastalarının Sosyal Destek Düzeyleri ve Yaşam Doyumu. Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal, Hizmetler Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi, 2015.
244. Gülçığ Ç.S. Kemoterapi Gören Kanserli Hastalarda Ağrı İle Anksiyete ve Depresyon Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek lisans tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi, 2010.
245. Bayumi H.A.E.A. Factors Affecting Fatigue in Chronic Renal Failure Patients Under Hemodialysis Treatment at Qena University Hospital in Upper Egypt. *J Biol Agric Healthcare*, 2015, 5: 14.
246. Yılmaz E, Özkan S. Cerrahi Kliniklerinde Yatan Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek ve Yalnızlık Düzeyleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2009, 25: 73-88.

247. Taşdemir N, Özşaker E. Yoğun Bakım Ünitesinde Ziyaret Uygulaması: Ziyaretin Hasta, Hasta Ailesi ve Hemşire Üzerine Etkileri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,2007, 11: 27-31.
248. Simpson T. Critical Care Patients Perceptions of Visits. *Heart and Lung*,1991, 20: 681-688.
249. Gonzalez C, Carroll, DL., Elliott, S., Fitzgerald, A., Vallenth, J. Visiting preferences of patients in the intensive care unitand in a complex medical car eunit. *American Journal Of Critical Care*, 2004, 13: 194-198.
250. Kayhan Z. Hasta Ziyaretlerinin Akut Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Olan Hastalarda Anksiyete, Kan Basıncı ve Kalp Hızı Üzerine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıklar Hemşireliği. Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi, 2006.
251. Biçim S. *Yoğun Bakım Ziyaret Süreçlerinin Tanımlanmasında Özel Kadıköy Acıbadem Hastanesi Genel Yoğun Bakım Ünitesi Ziyaret Süreci Örneği*, I.Ulusal Yatağa Bağımlı Hasta Bakım Kongresi, 2009.
252. Sarı D, Khorshid L, Eşer İ. Hastaneye Yatan Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek İle Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*,2011, 27: 1-9.
253. Hernandez-Ledesma A.L, Rodriquez-Mendez A.J, Gallardo-Vidal L.S, Trejo-Cruz G, Garcia-Solis P, Davila-Esquivel F. Coping Strategies And Quality Of Life İn Mexican Multiple Sclerosis Patients: Physical, Psychological And Social Factors Relationship. *Multiple sclerosis and related disorders* 2018, 25: 122-127.
254. Sidar A, Dedeli Ö, İşkesen A.İ. Açık Kalp Cerrahisi Öncesi ve Sonrası Hastaların Kaygı ve Ağrı Distresi: Ağrı Düzeyi İle İlişkisinin İncelenmesi. *Yoğun Bakım Dergisi*,2013, 4: 1-8.

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı	: Oktay Ferdi Yıldız
Doğum tarihi	: 10 Temmuz 1990
Doğum Yeri	: Muş
Medeni Hali	: Bekâr
Uyruğu	: T.C.
Adres	: Muş Devlet Hastanesi
Tel	: 0546 493 69 92
Faks	: -
E-mail	: ferdi_4919@hotmail.com
Eğitim	
Lise	: Muş Cumhuriyet Lisesi
Lisans	: Muş Alparslan Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu (2009-2013)
Yüksek lisans	: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı (2015-2019)
Doktora	:
Yabancı Dil Bilgisi	
İngilizce	: Başlangıç Seviyesi
Almanca	: -
Rusça	: -
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
-	
İlgi Alanları ve Hobiler	
Doğa gezileri, Bisiklet sürmek, Spor	

EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

Yüksek Lisans Tezi olarak **Prof. Dr. Reva BALCI AKPINAR** danışmanlığında sunulan “**Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek, Ağrı ve Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**” başlıklı çalışmanın tarafımızdan bilimsel etik ilkelere uyularak yazıldığını, yararlanılan eserlerin kaynakçada gösterildiğini, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından belirlenmiş olan Turnitin Programı benzerlik oranlarının aşılmadığını ve aşağıdaki oranlarda olduğunu beyan ederiz.

Tez Bölümleri	Tezin Benzerlik Oranı (%)	Maksimum Oran (%)
Giriş	0	15
Genel Bilgiler	8	30
Materyal ve Metod	19	35
Bulgular	15	10
Tartışma	14	15

Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi halde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz. 17/ 06/ 2019

Öktay Ferdi YILDIZ

Prof. Dr. Reva BALCI AKPINAR

* Tez ile ilgili YÖKTEZ’de yayınlamasına ilişkin bir engelleme var ise aşağıdaki alanı doldurunuz.

☐ Tezle ilgili patent başvurusu yapılması / patent alma sürecinin devam etmesi sebebiyle Enstitü Yönetim Kurulunun .../.../.... tarih ve sayılı kararı ile teze erişim 2 (iki) yıl süreyle engellenmiştir.

☐ Enstitü Yönetim Kurulunun .../.../.... tarih ve sayılı kararı ile teze erişim 6 (altı) ay süreyle engellenmiştir.

EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ ETİK KURUL RAPORU

Sayı: 2018-2/10

Tarih: 27.02.2018

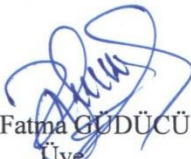
Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu Oktay Ferdi YILDIZ, Reva BALCI AKPINAR isimli araştırmacılar tarafından yapılması planlanan “Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek, Ağrı ve Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” başlıklı araştırmayı etik açıdan **uygun bulmuştur.**


Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI
Başkan


Prof. Dr. Duygu ARIKAN
Üye


Prof. Dr. Nezha KARABULUT
Üye

Prof. Dr. Reva BALCI AKPINAR
Katılmadı


Prof. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ
Üye

EK-4.HASTA TANITIM FORMU

1) Kaç yaşındasınız?

- a) 18-29
- b) 30-41
- c) 42-53
- d) 54-65

2) Cinsiyetiniz nedir?

- a)Kadın
- b)Erkek

3) Medeni durumunuz nedir?

- a) Evli
- b) Bekar
- c) Dul/Boşanmış

4)Sağlık güvenceniz nedir?

- a) Var
- b) Yok

5) Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a) İyi
- b) Orta
- c) Kötü

6) Eğitim düzeyiniz nedir?

- a) Okula gitmemiş
- b) İlköğretim (ilk-orta)
- c) Orta öğretim (lise)
- d)Yükseköğretim

7) Mesleğiniz nedir?

- a) Memur, İşçi, Emekli
- b) Çiftçi
- c) Esnaf
- d) Öğrenci
- e) İşsiz
- f) Ev hanımı

8) Daha önce ameliyat oldunuz mu?

- a) Evet
- b)Hayır

9) Yattığınız klinik?

- a)Üroloji
- b) Kulak burun boğaz
- c) Genel cerrahi
- d) Ortopedi
- e) Plastik cerrahi

10) Ameliyatın kaçınıcı günündesiniz?

- a)1
- b)2

11) Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

- a) Var
- b) Yok

12) Ailenizle mi yaşıyorsunuz?

- a)Evet
- b)Hayır

13) Aile tipiniz?

- a)Geniş aile
- b) Çekirdek aile
- c) Tek kişilik aile

14) Sizi hastaneye kim getirdi?

- a) Eşim, Çocuğum, Kardeşim
- b) Anne, Baba
- c) Kendisi
- d) Diğer

15) Çocuğunuz var mı?

- a) Var
- b)Yok

16) Refakatçiniz var mı?

- a) Var
- b)Yok

17) Ziyaretçiniz geliyor mu?

- a) Geliyor
- b) Gelmiyor

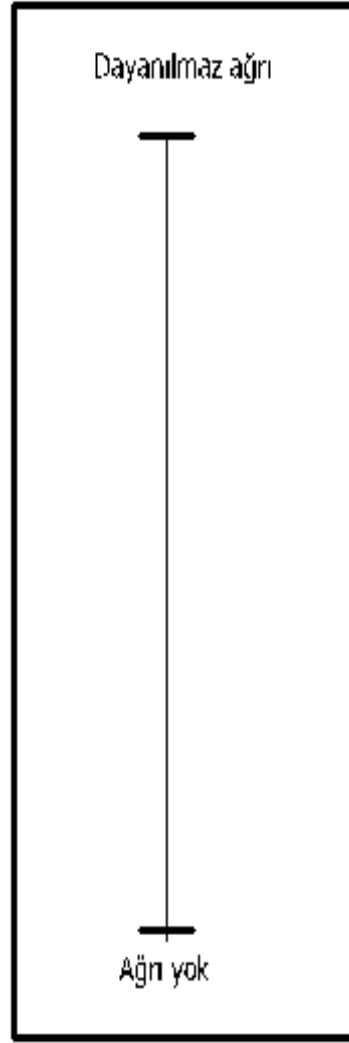
18) Herhangi bir sosyal yardım alıyorsunuz mu?

- a) Evet
- b) Hayır

19)Şuandaki ağrı durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- a) Hafif
- b) Rahatsız edici
- c) Şiddetli
- d) Çok şiddetli
- e) Dayanılmaz

EK-5.GÖRSEL KIYASLAMA ÖLÇEĞİ



EK-6. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda bazı ifadeler bulunmaktadır. Bu ifadeleri okuyup, sizin için ne kadar doğru olduğunu size uygun seçeneği işaretleyerek belirtiniz.

	Tamamen katılıyorum (1)	Çoğunlukla katılıyorum (2)	Katılıyorum(3)	Kararsızım(4)	Katılmıyorum(5)	Çoğunlukla Katılmıyorum(6)	Hiç katılmıyorum (7)
1. Yardıma gereksinim duyduğumda çevremde bana yardım edecek biri vardır.							
2. Üzüntü ve sevinçlerimi paylaşacağım biri vardır.							
3. Ailem gerçekten bana yardım etmeye çalışır.							
4. Ailemden gereksinim duyduğum duygusal yardım ve desteği alırım							
5. Kendimi yanında daima rahat hissettiğim birileri vardır.							
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardım etmeye çalışır.							
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.							
8. Aileme sorunlarımı konuşabilirim.							
9. Üzüntü ve sevinçlerimi paylaşabildiğim arkadaşlarım vardır.							
10. Yaşamımda duygularıma önem veren belli biri vardır.							
11. Alacağım kararlarda ailem yardımcı olmaya gönüllüdür.							
12. Arkadaşlarımla sorunlarımı konuşabilirim.							

EK-7. DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ

İsim:.....

Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:.....

Tarih:...../...../.....

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

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

EK-8. SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:.....

Tarih:...../...../.....

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

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

EK-9.UYGULAMA İZNİ



T.C
MUŞ VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

MUŞ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - MUŞ İL SAĞLIK
MÜDÜRLÜĞÜ
08/05/2018 19:52 - 61414002 - 619 - E.2373



Sayı : 61414002/619
Konu : Uygulama İzni (Oktay Ferdi YILDIZ)

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 24/05/2018 tarihli ve 61414002-E.1800129308 sayılı yazı.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Oktay Ferdi YILDIZ'ın "Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek ,Ağrı ve Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı tez çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı Muş Devlet Hastanesinde yapması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Serdal TÜRKOĞLU
İl Sağlık Müdürü

İstasyon Caddesi Atatürk Bulvarı (Eski Devlet Hastanesi Binası A Blok)/Merkez
MUŞ
Faks No:04362122032
e-Posta:ayse.mergen@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Tıbbi Hizmetler Başkanlığı

Bilgi için:Ayşe MERGEN

Unvan:Uzman

Telefon No:04362121010

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 760f306b-d2ea-4e66-bf25-3dc856f4dbd8 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.