

T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**CERRAHİ ANKSİYETE ÖLÇEĞİ
TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Gökçen GÖL

Hemşirelik Anabilim Dalı

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ

ORDU-2021

TEZ BİLDİRİMİ

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazım aşamasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başka eserlerden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olacak şekilde atıfta bulunulduğunu, hazırlanan tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitede bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Gökçen GÖL

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca her türlü konuda bilgi ve deneyimi ile bana yol gösterip desteğini, emeğini ve yardımını hiç eksik etmeyen tez danışmanım, değerli hocam Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ'a,

Tez çalışmama önerileriyle katkı sağlayan Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü ve Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Nülüfer ERBİL'e ve Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü ve Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Dilek ÇİLİNGİR'e,

Tezin istatistiksel analizlerin değerlendirilmesinde Doç. Dr. Cantürk ÇAPIK'a,

Tezimin hazırlama sürecinde çeviri-geri çeviri yapan ve uzman görüşleri için destek aldığım öğretim üyelerine,

Cerrahi Anksiyete Ölçeği Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasına izin veren Elizabeth BROADBENT'e,

Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği'ni eşdeğer form olarak kullanabilmek için kullanım izni veren Prof. Dr. Ayşe Nuray KARANCI'ya,

Beni her zaman her konuda destekleyen, bugünlere gelmemde büyük katkı ve yardımları olan aileme ve eşime,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Gökçen GÖL

ÖZET

CERRAHİ ANKSİYETE ÖLÇEĞİ TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ

Amaç: Bu araştırma, “Cerrahi Anksiyete Ölçeği”ni (Surgical Anxiety Questionnaire) Türk dili ve kültürüne uyarlayarak, geçerlilik ve güvenilirliğini incelemek amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Çalışma metodolojik tipte olup, örnekleme cerrahi kliniklerine ameliyat olmak üzere yatışı yapılan 204 hasta alındı. Veriler, kişisel bilgi formu, “Cerrahi Anksiyete Ölçeği” ve “Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği” ile toplandı. Cerrahi Anksiyete Ölçeği’nin dil ve kapsam geçerliliği, açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi, iç tutarlılık testleri ile geçerlilik ve güvenilirlik incelemesi yapıldı.

Bulgular: Cerrahi Anksiyete Ölçeği’nin İngilizce özgün formunun dil geçerliliği çeviri-geri çeviri yöntemi ile kapsam geçerliliği ise uzman görüşleri ile sağlandı. Faktör analizi bulguları, Cerrahi Anksiyete Ölçeği’nin Türkçe formunun orijinal yapısında olduğu gibi üç alt boyuttan oluştuğunu gösterdi. Bu nedenle ölçekten hiçbir madde çıkarılmadı ve 3 alt boyutlu yapısı kabul edildi. Ayrıca orijinal faktör yapısına uygun olarak 6, 11 ve 15. maddeler herhangi bir alt boyuta dahil edilmedi. Cerrahi Anksiyete Ölçeğine ait uyum incelemesinde; χ^2/SD değeri 1.61, GFI 0.95, AGFI 0.93, CFI 1.00, RMSEA 0.055 ve SRMR 0.081 olarak saptandı ve ölçeğin bu hali ile kabul edilebilir olduğuna karar verildi. Cerrahi Anksiyete Ölçeği toplam Cronbach α katsayısı 0.844 ve ölçeğin tüm maddeleri ile ilgili madde toplam korelasyonları pozitif değerli bulundu. Cerrahi Anksiyete Ölçeği ve eşdeğer ölçek olan Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, yüksek düzeyde ve pozitif yönlü ilişki bulundu ($r=0.802$, $p<0.05$). Toplam Cerrahi Anksiyete Ölçeği puan ortalaması 7.49 ± 7.12 olarak belirlendi.

Sonuç: Araştırma sonucunda, Cerrahi Anksiyete Ölçeği’nin Türkçe formunun Türk dili ve kültürüne uygun, geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi, Preoperatif Anksiyete, Güvenilirlik, Geçerlilik, Ölçme Aracı

ABSTRACT

TURKISH VALIDITY AND RELIABILITY OF THE SURGICAL ANXIETY QUESTIONNAIRE

Aim: This study was conducted in order to examine the validity and reliability by adapting the Surgical Anxiety Questionnaire to Turkish language and culture.

Material and Method: The study is of methodological type and 204 patients who were hospitalized for surgery in surgery clinics were included in the sample. The data were collected using a personal information form, "Surgical Anxiety Scale" and "Surgical Anxiety Scale". Language and content validity, explanatory and confirmatory factor analysis, internal consistency tests and validity and reliability of the Surgical Anxiety Scale were evaluated.

Results: The language validity of the original English form of the Surgical Anxiety Scale was provided by the translation-back translation method, and the content validity was provided by expert opinions. Factor analysis findings showed that the Turkish version of the Surgical Anxiety Scale consists of three sub-dimensions, as in its original structure. For this reason, no item was removed from the scale and 3 sub-dimensional structure was accepted. In addition, in accordance with the original factor structure, items 6, 11, and 15 were not included in any sub-dimension. In the compliance examination of the Surgical Anxiety Scale; The χ^2/SD value was determined as 1.61, GFI 0.95, AGFI 0.93, CFI 1.00, RMSEA 0.055 and SRMR 0.081 and the scale was decided to be acceptable in this state. The total Cronbach α coefficient of the Surgical Anxiety Scale was 0.844, and the total item correlations for all items of the scale were found to be positive. A statistically significant, high and positive correlation was found between the Surgical Anxiety Scale and the equivalent scale, the Surgical Anxiety Scale ($r = 0.802, p < 0.05$). The mean score of the Total Surgical Anxiety Scale was determined as 7.49 ± 7.12 .

Conclusions: As a result of the research, it was determined that the Turkish form of the Surgical Anxiety Scale is a valid and reliable measurement tool suitable for Turkish language and culture.

Keywords: Surgery, Preoperative Anxiety, Validity, Reliability, Measurement Tool.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
İÇ KAPAK SAYFASI	
ONAY	
TEZ BİLDİRİMİ	I
TEŞEKKÜR	II
ÖZET	III
ABSTRACT	IV
İÇİNDEKİLER	V
ŞEKİLLER DİZİNİ	IX
TABLolar DİZİNİ	X
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ	XI
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırma Sorusu	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Anksiyete	5
2.1.1. Anksiyete Tarihçesi	5
2.1.2. Anksiyete Tanımları	7
2.1.3. Anksiyete Düzeyleri	9
2.1.4. Anksiyete Nedenleri	11
2.1.5. Anksiyete Belirtileri	12
2.1.6. Anksiyete Bozukluklarında Risk Etmenleri	14
2.2. Cerrahide Anksiyete	15
2.2.1. Preoperatif Anksiyete	16
2.3. Cerrahi Girişimde Anksiyeteye Yönelik Hemşirelik Girişimleri	18
2.4. Ölçek Çalışmalarında Geçerlilik ve Güvenilirlik	20
2.4.1. Geçerlilik Çalışmaları	21
2.4.1.1. Dil Geçerliliği	22

	Sayfa No
2.4.1.2. Kapsam Geçerliliği	23
2.4.1.3. Yapı Geçerliliği	24
2.4.2. Güvenilirlik Çalışmaları	25
2.4.2.1. Değişmezlik	26
2.4.2.2. İç Tutarlık	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1. Araştırmanın Türü	29
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	29
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	29
3.3.1. Araştırmanın Evreni	29
3.3.2. Araştırmanın Örnekleme	29
3.3.2.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	30
3.3.2.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	30
3.4. Veri Toplama Araçları	30
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu	30
3.4.2. Cerrahi Anksiyete Ölçeği	31
3.4.3. Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği	31
3.5. Cerrahi Anksiyete Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenilirliği.....	32
3.5.1. Dil Geçerliliği	32
3.5.2. Kapsam Geçerliliği	32
3.5.3. Eşdeğer Formlar Güvenilirliği	32
3.6. Ön Uygulama	33
3.7. Verilerin Toplanması	33
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	33
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	34
4. BULGULAR	35
4.1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalıklarıyla İlgili Özelliklerine Ait Bulgular	35

	Sayfa No
4.2. Cerrahi Anksiyete Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik	
Bulguları	38
4.2.1. Cerrahi Anksiyete Ölçeği'nin Dil Geçerliliği	
Bulguları	38
4.2.2. Cerrahi Anksiyete Ölçeği'nin Kapsam Geçerliliği	
Bulguları	38
4.2.3. Cerrahi Anksiyete Ölçeği'nin Yapı Geçerliliği	
Bulguları	40
4.2.3.1. Cerrahi Anksiyete Ölçeği'nin Açıklayıcı	
Faktör Analiz Bulguları	43
4.2.3.2. Cerrahi Anksiyete Ölçeği'nin Doğrulayıcı	
Faktör Analiz Bulguları	45
4.2.4. Cerrahi Anksiyete Ölçeği İç Tutarlılık Bulguları	46
4.2.5. Eşdeğer Form Bulguları	48
4.3. Cerrahi Anksiyete Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan	
Puanların Dağılımı	48
4.4. Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalıklarıyla İlgili	
Özelliklerine Göre Cerrahi Anksiyete Ölçek ve Alt Boyut	
Puan Ortalamalarının İncelenmesi	49
5. TARTIŞMA	53
5.1. Cerrahi Anksiyete Ölçeği'nin Geçerlilik Bulgularının	
Tartışılması	54
5.1.1. Dil Geçerliliği Bulgularının Tartışılması	54
5.1.2. Kapsam Geçerliliği Bulgularının Tartışılması	54
5.1.3. Yapı Geçerliliği Bulgularının Tartışılması	55
5.2. Cerrahi Anksiyete Ölçeği'nin Güvenilirlik	
Bulgularının Tartışılması	58
5.2.1. Eşdeğer Form Güvenilirliği Bulgularının	
Tartışılması	59

	Sayfa No
5.2.2. İç Tutarlılık Bulgularının Tartışılması	59
5.3. Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalıklarıyla İlgili Özellikleri ile Cerrahi Anksiyete Ölçeği Puanlarının Tartışılması	61
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	68
6.1. Sonuçlar	68
6.2. Öneriler	70
KAYNAKLAR	71
EKLER	83
Ek 1. Kişisel Bilgi Formu	83
Ek 2. Cerrahi Anksiyete Ölçeği Türkçe Formu	84
Surgical Anxiety Questionnaire'nin Özgün Formu	85
Ek 3. Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği	86
Ek 4. Surgical Anxiety Questionnaire Kullanım İzni	87
Ek 5. Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği Kullanım İzni	88
Ek 6. Kurum İzni	89
Ek 7. Etik Kurul İzni	90
Ek 8. Bilgilendirilmiş Onam Formu	91
Ek 9. Çeviri-Geri Çeviri Yapan Uzmanlar	92
Ek 10. Görüşü Alınan Uzmanlar	93
ÖZGEÇMİŞ	94

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil4.1 Cerrahi Anksiyete Ölçeği Türkçe Versiyonu PATH Diyagramı	46

TABLULAR DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 2.1 Anksiyete Belirtileri	13
Tablo 3.1 Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler	34
Tablo 4.1 Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı ..	36
Tablo 4.2 Hastaların Hastalıklarıyla İlgili Özelliklerinin Dağılımı	37
Tablo 4.3 Cerrahi Anksiyete Ölçek Maddelerine Ait KGİ Skorları	39
Tablo 4.4 Cerrahi Anksiyete Ölçek Maddelerine Ait KMO ve Bartlett Testi Değerleri	40
Tablo 4.5 Cerrahi Anksiyete Ölçeğine Ait Anti-İmage Korelasyonları	41
Tablo 4.6 Cerrahi Anksiyete Ölçeğine Yönelik Faktör Analizi Bulguları	44
Tablo 4.7 Cerrahi Anksiyete Ölçeğine Yönelik Saptanan Uyum İndeksi Değerleri, Normal ve Kabul Edilebilir Değerler	45
Tablo 4.8 Cerrahi Anksiyete Ölçeğine Ait Madde Toplam Korelasyonları ve Cronbach α Kat Sayıları	47
Tablo 4.9 Eşdeğer Form Eşdeğerlik Sonuçları	48
Tablo 4.10 Cerrahi Anksiyete Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Dağılımları	49
Tablo 4.11 Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Cerrahi Anksiyete Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	50
Tablo 4.12 Hastaların Hastalıklarıyla İlgili Özelliklerine Göre Cerrahi Anksiyete Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	52

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

AFA	: Açıklayıcı Faktör Analizi
AGFI	: The Adjusted Goodness of Fit Statistic
CAÖ	: Cerrahi Aksiyete Ölçeği
CFI	: Comperative Fit Index
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSM	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GFI	: Goodness of Fit Index
KGİ	: Kapsam Geçerlilik İndeksi
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin
LISREL	: Linear Structural Relations
Max	: Maksimum
Min	: Minimum
n	: Örneklem Sayısı
Ort	: Ortalama
RMSEA	: Root Mean Square Error of Approximation
SAQ	: The Surgical Anxiety Questionnaire
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
SRMR	: Standardized Root Mean Square Residual
TDK	: Türk Dil Kurumu

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

İnsanlığın başlangıcından bu yana nasıl yaralanma ve hastalık varsa cerrahinin de o denli uzun yıllara uzanan bir geçmişi vardır. Yaralanan ilk insan ile başlayan cerrahi, uzun yıllar boyunca tıbbın ve bilimin gelişim sürecinde göz ardı edilmiş, yetersiz zanaat konumundan bugünkü tıbbın önemli ve saygıdeğer branşlarından biri konumuna gelmiştir. Bir başka ifade ile geçmişte cerrahi en son başvurulmuş tedavi seçeneği olarak düşünülürken, günümüzde akla ilk gelen tedavi şeklidir (Erdil ve Erbaş, 2012; Eti Aslan, 2017). Cerrahi adına ortaya çıkan bu değişimde ve cerrahi girişimlerin sayısal artışında; anatomi alanındaki gelişmeler, anestezi ve antisepsinin keşfedilmesi, teknolojik ilerlemeler ve bu ilerlemelerin cerrahi alanında kullanılması, tanı yöntemlerindeki gelişmeler, bakım hizmetlerinin niteliğinin artması ve tıbbın her alanlarında olan ilerlemeler etkili olmuştur (Erdil ve Erbaş, 2012; Aksoy ve ark., 2017). Bugün cerrahi, insan vücudunda meydana gelen patolojik sorunları hafifletmek, durdurmak veya bazı doku ya da organları vücuttan çıkararak mevcut sorunu ortadan kaldırmak amacı ile yapılan ya da sağlığın bozulması halinde morbidite azaltan, yaşam süresini uzatan ve yaşam kalitesini artıran, planlı anatomik değişimler olmasının yanında en önemli temel tedavi yöntemi olarak uygulanmaktadır (Aksoy ve ark., 2017).

Her yıl ülkemizde bir önceki yıla göre katlanarak artış gösteren milyonlarca sayıda cerrahi girişim gerçekleştirilmektedir. Sağlık Bakanlığı'nca yayımlanmış olan 2018 yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı'nda bulunan verilere göre, Türkiye'de 2002 yılında yapılan ameliyat sayısı 1.598.362 iken; bu sayı %325 artış göstererek 2018 yılında 5.201.738'e ulaşmış ve her 1.000 kişide gerçekleştirilen ameliyat sayısı 63.4 olarak açıklanmıştır (Bora Başara ve ark., 2019).

Ameliyat olma düşüncesi hastalarda, mevcut hastalığından kurtulma tekrar eski sağlığına kavuşma ümit ve beklentisine ek olarak psikolojik ve ruhsal yönden bedeninin ve yaşamının denetimini kaybedeceği, organ ya da doku kaybı endişesine yol açabilir. Cerrahi girişim uygulanacağına hasta bireye anlatılması ile başlayan endişe ve anksiyete ameliyat öncesi dönemde hastaneye yatmayla beraber artarak bireyin hastalığına olan uyumunu, bakımını, tedavi süresini, yaşam kalitesini, düzelme

ve iyilik halini, hastalığın gidişatını ve diğer komplikasyonlar ya da ek hastalıklarla karşılaşma riskini arttırarak bireyin durumunu olumsuz yönde etkiler. Ameliyat olmak hasta bireyler için sadece fizyolojik bir stresör olmasının yanında güçlü bir psikolojik stresördür (Sigdel, 2015; Eti Aslan, 2017). Hasta bireyler, gerek mevcut hastalığın kendilerinde oluşturduğu fiziksel değişimler gerekse hastaneye yatmanın getirdiği çevre değişimi sonucunda anksiyete yaşayabilmekte, ameliyat olmak ise yaşadıkları bu anksiyete de önemli bir yere sahiptir. Genel olarak fiziksel ağrı veren işlemlere maruz kalma, aileden ve evden uzak kalma, işini, çalışma gücünü ya da bedeni üzerinde denetimini kaybetme, farklı bir ortamda bulunma, bilinmeyen alet ve işlemlere maruz kalma, anesteziye ilişkili düşünceler, ölüm riski, engelli olacağına ya da bedenini eskisi gibi kullanamayacağına ilişkin düşünceler, sözel iletişim kuramama endişesi ve cinsel yeterliliğin azalması hastaneye yatan bireyin anksiyete duymasına yol açabilecek diğer nedenler arasındadır (Yardakçı Akyolcu, 2004; Eti Aslan, 2017). Bu nedenle, preoperatif anksiyete yaygındır ve cerrahi uygulanan hastalar arasında bildirilen preoperatif anksiyete prevalansı %60 ila %90 arasında bulunmuştur. Nijerya'da üçüncü basamak bir hastanede yapılan bir çalışmanın ve Nijer'de yapılan bir pilot çalışmanın sonucu, cerrahi hastaların sırasıyla %51 ve %90'ında belirgin preoperatif anksiyete olduğu bildirilmiştir (Akinsulore ve ark., 2015).

Anksiyete fizyolojik, psikolojik ve davranışsal belirtilerin de eşlik ettiği, gerginlik, endişe, kaygı, huzursuzluk, tedirginlik ve yaygın bir korku duygusu veya açıklanamayan içsel rahatsızlık durumudur. Bireyler yaşadıkları olaylar karşısında, hafif tedirginlik hissinden aşırı bir panik derecesine kadar farklı düzeylerde anksiyete yaşayabilirler (Öz, 2004; Erkilic ve ark., 2017). Genellikle gelecekte karşılarna çıkabilecek herhangi bir tehlikeyi beklemenin neden olduğu huzursuzluk hissi olarak tanımlanan anksiyete, hafif düzeyde seyrettiğinde bireyin dikkatini, kavrama yeteneğini, cesaretini ve atılganlığını artırırken; yüksek düzeyde seyrettiğinde ise algılama, kavrama ve karar verme yeteneğini azaltabilir (Çetinkaya ve Karabulut, 2010). İleri düzeyde ve uzun süre yaşanan anksiyete sempatik, parasempatik ve hormonal uyarıların artmasına neden olarak, bireyde birçok psikolojik ve fizyolojik sorunlar meydana getirebilir (Sigdel, 2015; Erkilic ve ark., 2017).

Ameliyattan önceki evrede oluşan anksiyete, planlanan cerrahi girişimin şekline, ameliyatın hasta için önemine ve anlamına, beklentilerinin karşılanıp

karşılammamasına, etkilenen organ ya da sistemlere, ameliyatın risk ve zorluk derecesine, hastanın girişime yönelik önyargılarına, aileden uzak ve yabancı bir çevrede bulunmaya, kontrol kaybına ve ameliyat sonrası olası olumsuz sonuçlara göre değişebilmektedir (Aykent ve ark., 2007; Gürsoy ve ark., 2016).

Cerrahi girişim öncesi anksiyete iyi yönetilemediği takdirde hayati bulgularda değişikliklere neden olarak ameliyatın ertelenmesinde ve ameliyat sonrası komplikasyon gelişme olasılığının artmasında, aynı zamanda ameliyat öncesi hastaya verilmesi gereken bilgilerin hasta tarafından algılanmasında sınırlayıcı bir etkiye sahiptir. Sağlık personelleri tarafından hasta bireylere uygulanacak olan girişimleri doğru, eksiksiz ve etkili planlayabilmek için hastaların içinde bulunduğu anksiyete düzeylerini belirlemek gereklidir (Acar ve Fındık, 2015). Hemşirelerden tüm cerrahi süreç boyunca anksiyete oluşturabilecek stresörleri belirlemesi, bireylerin stresörlere karşı gösterdikleri anksiyete düzeylerini bilip tanınması, buna yönelik uygun olan hemşirelik girişimleri planlaması, planlanan bu girişimlerin uygulaması ve uygulama sonuçlarını değerlendirmesi ve yorumlaması beklenilmektedir (Akınsulore ve ark., 2015; Gürsoy ve ark., 2016). Hasta, ailesi ve sağlık çalışanları arasındaki köprü görevini üstlenen hemşire, duyguların açıklanmasına, sorulmak istenilenlerin gün ışığına çıkmasına, endişe ve korkuların en aza indirilmesine ve etkin hemşirelik bakımının sunulmasına ortam hazırlayıcıdır (Aksoy ve ark., 2017).

Cerrahi anksiyeteyi değerlendirmek amaçlı ülkemizde farklı ölçekler kullanılmaktadır. Bunlar arasında en yaygın kullanılan Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği (Öner ve Lecompte, 1998), Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği (Karancı ve Dirik, 2003), Beck Anksiyete Ölçeği (Ulusoy ve ark., 1998), Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve Bilgi Ölçeği'dir (Aykent ve ark., 2007). Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılacak olan Cerrahi Anksiyete Ölçeği'nin içeriğine bakıldığında hastalarda ameliyat öncesi anksiyete nedeni olabilecek tüm faktörleri kapsadığı görülmektedir. Bu çalışma ile Burton ve arkadaşları (2018) tarafından geliştirilen Cerrahi Anksiyete Ölçeği (The Surgical Anxiety Questionnaire)'nin Türk kültürüne uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılacak ve Cerrahi alana özgü yeni ve etkili bir ölçüm aracı literatüre kazandırılacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Burton ve arkadaşları (2018) tarafından geliştirilen, ‘‘Cerrahi Anksiyete Ölçeği’nin (The Surgical Anxiety Questionnaire) Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılarak yeni bir ölçme aracının hemşirelik alanına kazandırılması amaçlanmıştır.

1.3. Araştırma Sorusu

Cerrahi Anksiyete Ölçeği’nin Türkçe formu, Türk kültürüne uygun geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Anksiyete

2.1.1. Anksiyete Tarihçesi

Anksiyete, geçmişten günümüze kadar birçok doktorun ve yazarın dikkatini çekmiş bunun yanı sıra çeşitli yazılara da konu olmuştur. Anksiyeteye ilişkin en eski yazılı belge günümüze kadar gelebilmiş, bilinen en eski destan özelliğinde olan ve milattan önce 3000’li yıllarda yazılmış olan Gılgamış Destanıdır. Ölümsüzlüğün ve bilginin peşindeki insanı yani kendisini yücelterek anlatan Kral Gılgamış, ölümsüzlüğüne karşı duyduğu endişeleri anlatmaktadır (Tükel ve Alkın, 2006). Anksiyete ile ilgili yapılan tanımlamalar ve betimlemeler antik metinlerde de görülmektedir (Stone, 1997).

Manik, histeri ve paronaya kavramları gibi psikiyatriye birçok farklı terim kazandırmış olan Hipokrat’ın tabiriyle, her türlü psikolojik sorunun kaynağı insanın kendi beyinidir. Hipokrat’ın ruhsal sorunlarla ilgili yazılarında “amaçsız anksiyete” şeklinde adlandırdığı bir durumdan ve korkudan bahsettiği bilinir (Stone, 1997).

Ortaçağ döneminde anksiyete kavramını tanrı korkusu ile ilişkili olduğunu düşünüp hastalık olarak incelememişlerdir (Işık, 2006). Dilbilimciler tarafından 17. yüzyılda anksiyete terimi; paroksizmal (ani ve geçici krizler) şeklinde ortaya çıkan şiddetli huzursuzluk hissi, yerinde duramama hali ve endişe ya da kaygı belirtileri için kullanılmıştır. Bunlar gibi benzer durumlar ya da duygular için, bazı anlam farklılıklarıyla birlikte Almanlar “Angst”, Fransızlar “Angoisse”ve İspanyollar ise “Angustia” ifadeleri kullanmışlardır (Nutt ve ark.,1998)

18. yüzyıldan sonra anksiyeteye ilişkin birçok tanımlamalar ve açıklamalar yapılmıştır. De la Mettrie’nin 1748 yılında yapmış olduğu çalışmalarıyla birlikte anksiyete artık psikiyatrik bir sorun olarak incelenmeye başlanmıştır (Işık, 2006). Anksiyete ile ilgili tam kapsamlı tanımlama ve açıklamalar 18. yüzyıldan sonra görülmektedir (Nutt ve ark.,1998)

1800’lü yılların ilk yarısına kadar anksiyetenin fiziksel belirtileri bazı organ veya sistemlerin değişik hastalıkları olarak düşünülürken, Otto Domrich, 1800’lü yılların ortalarında tıbbi psikoloji dalında ilk defa “anksiyete ataklarına” değinmiştir.

Bu kavram 1789 Fransız devriminden sonra ortaya çıkan nörosirkülatuvar nevrasteni, hiperventilasyon sendromu, asker kalbi gibi kavramlarının yerine kullanılmıştır. Feuchtersleben, 1847’de ilk defa organlardan kaynaklanan hastalıkların yol açtığı anksiyete belirtilerini gözlemlemiştir. Morel, 1866 yılında sinir sistemindeki değişikliklerin duygusal değişimlere neden olmasından bahsetmiştir (Nutt ve ark., 1998). Yine 1800’lü yılların ortalarında Karl Ideler ve Heinrich Neumann, birbirlerinden ayrı olarak, anksiyetenin doyurulmamış cinsel arzular ve diğer benzer bazı dürtülerin, ruhsal rahatsızlıklara kaynak teşkil edeceği düşüncesini öne sürmüştür (Stone, 1997). 1890’larda birçok organ ve sistem hastalıklarında anksiyete belirtilerinin görülmesiyle beraber, fiziksel ve ruhsal bozukluk belirtilerinin görüldüğü anksiyete şeklinde adlandırılan, aynı klinik durumun parçaları olduğu düşüncesi gelişmeye başlamıştır (Nutt ve ark., 1998).

Anksiyete ve anksiyete bozukluklarını kapsamlı bir şekilde yaklaşık 100 yıl önce ilk inceleyen Sigmund Freud’dur. Freud ilk kez anksiyete nevrozunu çok kapsamlı bir kavram olarak ele alıp, 1895 yılında nevrasteniden ayırarak farklı bir sendrom olarak tanımlamıştır. Freud’un belirttiğine göre anksiyetenin bir tipi de kontrol altına alınamamış olan libidodan kaynaklanmaktadır. Bireyin yaşayabileceği en acı his olarak açıklanabilen anksiyete, psiko-analizin ilk evrelerinde biyolojik temelli bir durum olarak kabul edilmiş, ancak Freud yapısal kişilik kuramını geliştirdikten sonra, 1926’da yayımlanmış olan “Ketlenmeler-Belirtiler-Anksiyete” isimli kitabında, anksiyeteyi egonun bir işlevi olarak tanımlamış ve bu duygunun psikolojik kökenli bir olgu olduğunu öne sürmüştür (Özakkaş, 2014).

Anksiyete teriminin anlaşılabilirliğine en önemli katkılardan birini Karen Horney yapmıştır. Freud görüşü nevroz anlayışına tümüyle farklı bir bakış açısı getirerek kişiliğin ve nevrozun oluşumunda dürtüsel güçler ve biyolojik etkilerden ziyade kültürel etmenlere vurgu yapmaktadır. Nevrozların asıl sebebini emosyonel anlaşmazlıklar, olumsuz çocukluk yaşanmışlıkları ve kişiler arası ilişkilerde erişkin dönemde görülen bazı bozukluklar olarak tanımlamaktadır. Ayrıca Horney, anksiyete ve korku kavramlarını sıklıkla beraber kullanarak bu iki kavramın benzerliğine dikkat çekmiştir (Geçtan, 2004).

Bu gelişmelere rağmen anksiyete kapsamına giren çeşitli klinik tabloların birbirinden ayrılıp farklı klinik tanımlamalar olarak açıklanması DSM-III (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ile 1980 yılında gerçekleşebilmiştir (Köroğlu, 2013).

Daha sonra 2000 yılında yayımlan DSM-IV'te, DSM-III'den farklı olarak aşırı anksiyete ve endişeyi niteleyen gerçektışı sözcüğü kaldırılmış; toplumsal, mesleki ve diğer önemli alanlarda işlevsellikte bozulma meydana gelmesi gerekliliği belirtilmiştir (APA, 2000).

2013 yılında ise günümüzde kullanılmakta olan DSM-V yayınlanmış olup, DSM-IV-TR'ye göre anksiyete bozuklukları grubu içerisinde bir çok değişiklik yapılmıştır (Alçı ve ark., 2019).

Son olarak DSM-V'e göre anksiyete aşağıdaki gibi sınıflandırılmaktadır (Köroğlu, 2013).

- Ayrılma anksiyetesi bozukluğu,
- Seçici konuşmazlık (mutizm),
- Sosyal anksiyete bozukluğu,
- Özgül fobi,
- Agorafobi,
- Panik bozukluğu,
- Yaygın anksiyete bozukluğu,
- Başka belirlenmiş anksiyete bozukluğu,
- Başka bir tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu,
- Madde ya da ilacın yol açtığı anksiyete bozukluğu,
- Belirlenememiş anksiyete bozukluğudur.

2.1.2. Anksiyete Tanımları

Anksiyete, kelime olarak Hint-Avrupa kökenli “sıkı, dar” anlamına gelen “angh” sözcüğünden Latince'ye geçmiş olan “sıkıca bastırmak, boğmak” anlamına gelen “angere-anx” sözcüğünden türemiştir (Tükel ve Alkın, 2006). Türk Dili'nde “bun, bunaltı”, “kaygı”, “endişe”, “can sıkıntısı” ya da “hoş olmayan heyecansal bir endişe hali” gibi kelimelerle aynı anlama geldiği şeklinde açıklanır (TDK, 2020). Türk

Dil Kurumu (TDK) “genellikle kötü bir şey olacakmış düşüncesiyle ortaya çıkan ve sebebi bilinmeyen tasa, gerginlik duygusu” şeklinde anksiyeteyi tanımlamaktadır (TDK, 2020).

Anksiyete kavramı, hoş olmayan heyecan, endişe veya kaygı hali olmakla beraber kişinin benliğini tehdit altında hissettiği bir duygulanım ve gerilim hali şeklinde tanımlanmaktadır (Sertbaş ve Bahar, 2004; Cüceloğlu, 2005). Webster sözlüğünde; olması muhtemel veya yakında beklenen bir olumsuzluğun oluşturduğu acı veren huzursuzluk hissi ya da hali şeklinde ifade edilmektedir (Öz, 2004; Kocabaşoğlu, 2005). Anksiyete her insan tarafında bazı durumlarda gözlenen evrensel bir duygu durum hali olup, bireyin kendini güvende hissetmediği olaylara ya da durumlara karşı geliştirdiği doğal bir cevaptır. Birey, alışlagelmiş bir düzen içerisinde giden yaşamında, ne olduğunu tam anlayamadığı farklı ya da bilinmeyen bir olayla karşılaştığı zaman bu duyguyu deneyimlemektedir. Psikoanalistler anksiyetenin doğumla başlayıp ölüme kadar sürdüğünü belirtmektedir (Öz, 2004; Cüceloğlu, 2005).

Psikoanalitik Kuram’ın öncüsü olan ve psikolojide anksiyete terimini ilk defa kullanıp kavram olarak tanımlayarak sebep olan faktörleri araştırıp inceleyen kişi Sigmund Freud’dur. Freud, anksiyeteyi içsel muhtemel bir tehdit ya da tehlikeye karşı benliği uyararak mevcut savunma düzenlerini aktif hale getirip buna karşı verilen tepki şeklinde ifade etmiştir (Işık, 2006; Tükel ve Alkın, 2006). Günümüze kadar birçok kişinin dikkatini ve ilgisini çeken anksiyeteye ile ilgili çeşitli tanımlar yapılmıştır;

Louise Hay ilk olarak 1984 yılında çıkan Düşünce Gücüyle Tedavi adlı kitabında anksiyete için yürek darlığı ifadesini kullanmış olup, hayatın akışına ve yaşam sürecine güvenmeme şeklinde açıklamıştır (Hay, 2008).

Öner ve Le Compte (1998) anksiyeteyi; iki kavram olarak durumluk ve sürekli anksiyete şeklinde açıklamışlardır. Durumluk anksiyete, kişinin içinde bulunduğu stresli ya da baskı altında hissettiği durumdan dolayı ortaya çıkan subjektif korku olup, fizyolojik olarak otonom sinir sisteminin uyarılması sonucunda kızarma, sararma, terleme ve titreme gibi fiziksel belirtiler, kişinin huzursuzluk ve gerilim duygularının göstergeleridir. Stres yoğun hissedildiğinde durumluk anksiyete seviyesinde artma, stresin ortadan kalktığı zamanlarda azalma olur. Sürekli anksiyete ise, kişinin anksiyete yaşantısına olan yatkınlığı olup, içinde olduğu durumları sıklıkla stres olarak

algılayıp yorumlama eğilimi şeklinde de tanımlanabilir. Bu tür anksiyete seviyesi yüksek olan kişilerin daha kolay incinip karamsarlığa düştükleri ve durumluk anksiyeteyi de sıklıkla ve daha yoğun şekilde yaşadıkları gözlemlenir.

Korku kavramıyla anksiyete kavramı arasındaki farkı belirlemeye çalışan Freud, Almandada korku için kullanılmakta olan “angst” sözcüğünü yanlış tercümeyle anksiyete olarak ifade etmiştir. Daha sonra anksiyete ile korku kelimesi çoğu kez birbirleri yerine kullanılıp karıştırılsa da temel farklılıkları ile korkunun kesin bilinen dış objelerden, anksiyetenin ise bilinç dışı objeler veya bilinmeyen bir nedeni olan ve içten gelen tehdit ya da tehlike karşısında hissedilen huzursuzluk verici, rahatsız edici bir duygu durumu olduğu açıklanmıştır (Özakkaş, 2014).

Anksiyetenin kişiden kişiye değişebilen ya da kişiye özgü bir deneyim olmakla beraber bilinmeyen bir nedene bağlı olması tanımlanmasını zorlaştırmıştır. Her insanın yaşamının herhangi bir anında hissettiği belirsizlikler karşısında anksiyete duygusunu yaşayabileceği ifade edilmiştir (Şahin, 2019). Anksiyete kavramı; içsel sıkıntı, kaygı, bunaltı veya endişe şeklinde de adlandırılmaktadır. Anksiyete yaşayan birey bu durumu gereksiz bir endişe hali, kötü bir şey olacakmış hissi veya kaynağı belli olmayan korku hissi olarak ifade edilmekte olup, korku ise dışarıdan gelebilecek ve nedeni ya da kaynağı bilinen olağan bir tehlikeye anında şiddetli bir korku duygusuyla birlikte ruhsal, bedensel ve fiziksel olarak verilen tepki ya da reaksiyondur (Işık, 2006).

2.1.3. Anksiyete Düzeyleri

Anksiyete, bireyin belli bir seviyeye kadar sağlıklı bir şekilde günlük yaşamını sürdürebilmesinde olumlu etkisi ile beraber gerekli bir duygudur (Kocabaşoğlu, 2005). Fizyolojik fonksiyonları hafif ya da orta düzey anksiyete genellikle arttırıp hızlandırırken; şiddetli anksiyete azaltıp yavaşlatabilmektedir (Yardakçı ve Akyolcu, 2004). Uzun ve ileri düzeyde yaşanan anksiyete, sempatik, parasempatik ve hormonal uyarıların artışına sebep olarak, bireyi psikolojik ve fizyolojik birçok istenmeyen problemlerle yüz yüze getirebilmektedir (Klopfenstein ve ark., 2000).

Yaşamının herhangi bir döneminde görülebilen, bazı durumlarda sıklığı, şiddetive süresi artabilen, hafif derecedeki tedirginlik ya da gerginlik duygusundan, panik haline kadar ilerleyebilen anksiyete, bireyler tarafından değişik yoğunluklarda

hissedilebilir (Aydın Aşık ve ark., 2017). Birçok araştırmacı anksiyeyi dört aşamada tanılamaktadır (Sertbaş ve Bahar 2004; Yardakçı ve Akyolcu 2004; Öz, 2004; Hay, 2008). Bu düzey ve belirtiler;

Hafif Anksiyete Düzeyi; duygular alarmdadır, bireyin konuşma hızı, şiddeti ve içeriğinin uyumlu olduğu, geniş algılama alanıyla çevresel olaylardan haberdar olduğu, öğrenme düzeyinin, problem çözme yeteneğinin, yaratıcılığın ve katılımcılığın etkin olduğu gözlenmektedir (Öz, 2004).

Orta Anksiyete Düzeyi; bireyin sorumluluk duygusu, algılama, kavrama ve iletişim becerilerinin zayıflaması gibi bilişsel belirtilerin yanında kasların gerginliği, nabız, kan basıncında ve solunum sayısında artış, çarpıntı, mide problemleri ve terleme gibi hafif fiziksel belirtilerinde ortaya çıktığı görülür. Konuşma hızı ve şiddeti çoğu kez artmıştır (Wittchen ve ark., 2000; Öz, 2004)

Yüksek Anksiyete Düzeyi; birey, küçük ayrıntılar üzerinde yoğunlaşarak detaylar ve olaylar arasındaki bağ kuramayıp, çevrede olup bitenleri algılamada zorlandığı, algılama ve kavrama alanının iyice daraldığı görülmektedir. Çarpıntı, nefes alıp vermede zorluk, mide yakınmaları, gerginlik, baş ve göğüs ağrısı gibi daha ciddi belirtilerle görülen fiziksel ve duygusal huzursuzluk hali mevcuttur. Yüksek tonlama ve hızlı konuşma, elleri ovuşturma, yüzü buruşturma ve aşağı yukarı yürümeler olabilir (Wittchen ve ark., 2000; Öz, 2004).

Panik Anksiyete Düzeyi; en şiddetli ve yoğun yaşanan, dikkatsizlik ve uyum bozuklukları görülen anksiyete düzeyidir. Bireyin dikkatinin tamamen dağınık, olaylar arasında bağ kurmadan yoksun, odaklandığı olayı abartır ve çarpıtır, kendilerine yönelik olayları görmezlikten gelir. Çevresel tehditlere ve tehlikelere karşı tepkisiz veya yanıtsızdır. Nefes darlığı, boğulma ya da tıkanma hissi, çarpıntı, göğüs ağrısı, baş dönmesi ve kontrol kaybı gibi fiziksel belirtiler gözlemlenir. Birey, kendisini veya çevresini değişmiş ya da gerçek dışı algılayabilir, rahatlamak için yardıma ihtiyacı vardır (Öz, 2004).

Hafif ve orta düzeyde anksiyete kişinin olaylara konsantrasyonunu, problem çözme ve öğrenme aşamasında bilişsel aktivitesini artırırken, yüksek düzeyde anksiyete durumunda bilişsel işlevler olumsuz etkilendiği için olaylara konsantre olmaya ve olaylar arasında bağ kurmada zorluklar yaşanmasına neden olmaktadır.

Panik düzeyde anksiyetede ise, anlama, kavrama ve algılama alanları tamamen daraldığı için birey konular ve olaylar arasındaki bağı kuramaz. Bireyin anksiyetesi yüksek ise öğrenme, düşünme, algılama, kavrama, yargılama, karar verme ve problem çözme becerisi olumsuz yönde etkilenir (Öz, 2004).

2.1.4. Anksiyete Nedenleri

Anksiyetenin birden fazla nedeni olabilir. Bu nedenler arasında beyin kimyası, mizaç, çocukluk çağı yaşantısı, travma geçmişi, hastalığın gidişatının belirsizliği, genetik faktörler gibi pek çok unsur sayılabilir (Barlow ve ark., 2002; Cüceloğlu, 2005). Anksiyetenin nedenleri genel olarak, biyolojik ve psikolojik nedenler olmak üzere iki başlık altında incelenebilir.

Biyolojik nedenler: Otonom sinir sisteminde sempatik etkinliğin artması sonucu anksiyetenin fizyolojik belirtilerinin ortaya çıktığı düşünülmektedir. Biyokimyasal çalışmalar nörotransmitterler üzerinde durmakta, anksiyeteyi noradrenalin ve serotonin ile ilişkilendirmektedir. Gelişmiş beyin görüntüleme teknikleri ile yapılan çalışmalar ise, beyin bazı bölgelerinin anksiyete ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca bunların dışında kalıtsal bir yatkınlığın olduğu da düşünülmektedir (Öztürk, 2004).

Psikolojik nedenler: Anksiyete iç çatışmanın ürünü olarak görülür. Burdaki çatışma benlik ile altbenlik ya da benlik ile üstbenlik arasında oluşabilir. Altbenlikten haz ilkesi doğrultusunda doyum arayan dürtüler üst benliğin gerçekleri tarafından engellenir. Benlik bunlar arasındaki çatışmayı çözerek dürtüyü bastırırsa sorun çözülür. Benlik çatışmayı çözmezse, bastıramazsa bunu tehlike olarak algılar. Bütün bu süreç bilinç dışında yaşanır. Bilinç alanında ise ortaya anksiyete çıkar (Öztürk, 2004). Otonom sinir sistemi uyarıldığında taşikardi, takipne, baş ağrısı, mide ve barsak hareketlerinin hızlanması diare gibi bazı özel belirtiler ortaya çıkmaktadır (Çetinkaya ve Karabulut, 2010; Karayağız ve ark., 2011).

Anksiyete, birçok farklı nedene bağlı olarak oluşabilen ve kişiden kişiye değişebilen farklı klinik semptomlarla ortaya çıkabilir (Kocabaşoğlu, 2008). Genel olarak ameliyat geçiren ya da hastaneye yatan bireyde en sık görülen anksiyete nedenleri arasında;

- Farklı bir ortamda bulunma,

- Bilinmeyen alet ve işlemlere maruz kalma,
- Fiziksel ağrı veren işlemlere maruz kalma,
- Sözel iletişim kuramama endişesi,
- Ölüm riski ve düşüncesine ait kaygılar,
- Bilinmezlik kaygısı,
- Organ ve doku kaybı korkusu,
- Engelli olacağına veya bedenini eskisi gibi kullanamayacağına ilişkin düşünceler,
- Çalışabilirliğini ya da bedeni üzerinde denetimini kaybetme düşüncesi,
- Ameliyat sonrası ağrı duyacağına ilişkin kaygılar,
- Anesteziye ilişkin kaygılar,
- Sağlığını ya da yaşam amaçlarını kaybetme kaygısı,
- Cinsel yeterliliğin azalması ya da kaybedilmesi kaygısı,
- Yeterliliğini ve değerliliğini kaybetme korkusu,
- Estetiksel ilgili kaygılar, beden imajında bozulma
- Ekonomik zorluklarla ya da ameliyat masraflarına ilişkili kaygılar,
- Ev ve iş hayatında rol ya da statü kaybı yaşanacağıyla ilgili kaygılar,
- Aileden ve evden uzak kalma sayılmaktadır (Öz, 2004; Yardakçı ve Akyolcu, 2004; Eti Aslan, 2017).

2.1.5. Anksiyete Belirtileri

Bireylerin kişilik ya da karakteristik özelliklerine göre ya da anksiyetenin türüne ve düzeyine göre anksiyete belirtileri farklılık gösterebilmektedir. Bu bilgiler ışığında anksiyetenin belirtileri; fizyolojik belirtiler, duygusal belirtiler, bilişsel belirtiler ve davranışsal belirtiler olmak üzere dört grupta sınıflandırılabilir (Kocabaşoğlu, 2008).

Tablo 2.1. Anksiyete Belirtileri

Bilişsel Belirtiler	Duygusal Belirtiler	Davranışsal Belirtiler	Fizyolojik Belirtiler
-Duyusal-algısal sorunlar; bulanıklık, aşırı uyanıklık hali, kendini aşırı gözleme, çevrenin olduğundan farklı ve gerçek dışı görülmesi, gerçek dışılık duyguları -Düşünce zorlukları; önemli şeyleri hatırlayamama, bilinç sislenmesi, düşünmeyi kontrol edememe, dikkat dağınıklığı, düşüncede duraksamalar, kesintiler, yoğunlaşma, objektif düşünme ve nedenselleştirme güçlüğü -Kavramsal sorunlar; kontrolü yitirme, başa çıkamama, fiziksel zarar görme, ölüm ya da aklını yitirme, başkalarınca olumsuz değerlendirilme korkusu, korku veren görsel imgeler, bilişsel sapmalar	Sıkıntı hissi, Şiddetli kontrol kaybı, Çıldırma, Ölüm korkusu, Kötü düşüncelere takılma, Tedirginlik yaşama, Duygusal istikrarsızlık, Kötümserlik, Korku, Huzursuzluk, Endişe, Çaresizlik, Alarm duygusu, Dehşet duygusu, Gerginlik, Sinirlilik	Normal davranışların hiperaktivasyonu veya inhibisyonu, Kaçma, Kaçınma, Olduğu yerde hareketsiz donakalma, Konuşma akışında bozukluk, Huzursuzluk hali, Koordinasyon bozukluğu, Yoğunlaşma bozuklukları,	-Solunum sistemi; boğazda düğümlenme, göğüste ağrı, boğulma, nefes darlığı, hiperventilasyon, hava açlığı, kesik soluma, bronşial spazm -Kardiovasküler sistem; taşikardi, aritmi, çarpıntı, göğüs ağrısı, kan basıncı değişimleri, soluk renk ya da yüzde kızarma, bayılma hissi, gerçek bayılma, -Gastrointestinal sistem; yutma güçlüğü, hava yutma, karın ağrısı, karında huzursuzluk, spazm, bulantı, kusma, iştahsızlık, ishal -Genitoüriner sistem; sıkışma hissi, idrar miktarında artma, sık idrara çıkma, cinsel ve menstruasyon bozuklukları, -Nörolojik sistem; pupillerde genişleme, baş dönmesi, titreme, uyuşukluk, güçsüzlük, görme bulanıklığı, bayılma -Kas-İskelet sistemi; spazm ağrı, sızı, yorgunluk, seğirme, sertlik, uyuşukluk -Otonom sinir sistemi; terleme, ağız kuruması, baş ağrısı -Cilt belirtileri; terleme, sıcak ve soğuk basma nöbetleri, soğuk ve nemli eller, kaşınma krizleri

(Öz, 2004; Işık ve Uzbay, 2008; Taşdemir ve ark., 2013; Yılmaz ve ark., 2017).

Anksiyetenin belirlenmesindeki en etkili, doğru ve güvenilir yöntemlerin başında gözlem ve iletişim gelmekle beraber bunların yetersiz kaldığı durumlarda, özellikle korku veya anksiyeteyi yoğun olarak hisseden ve kendini ifade etmekte zorlanan bireylerin sözel veya sözel olmayan davranışsal belirtileri (genel duruş, el hareketleri, oturma, konuşma ve yüz şekli gibi) hastadan edinilen bilgiler ve gözlemler ile elde edilebilir ve yorumlanabilir. Tüm bu bilgilere, yalnızca sözel olarak ulaşılabileceği gibi, sadece yazılı olarak formlara verilen cevaplar üzerinden de yorumlanabilir (King ve McCool, 2004).

2.1.6. Anksiyete Bozukluklarında Risk Etkenleri

Anksiyete bozukluklarının nedenleri tam olarak bilinmemekle beraber neden olan bazı faktörler vardır (Öz, 2004). Preoperatif anksiyete için birçok risk faktörü vardır. Bunlar;

- Genetik etkenler,
- Biyolojik etkenler,
- Psikodinamik etkenler,
- Öğrenme kuramları,
- Çocuklukta yaşanan ayrılık anksiyetesi ya da anne-baba kaybı,
- Ailesel etkenler; aile içi iletişim bozuklukları, ihmal ve kötüye kullanım, yetersiz destek sistemleri,
- Stresli yaşam olayları,
- Çocukluk çağındaki olumsuz yaşantılar, fiziksel veya cinsel istismara uğrama, davranışsal inhibisyonu,
- Kişilik özellikleri; duyarlılık, stresle baş edememe, bağımlı, obsesif, çekingen, şizoid, paranoid, borderline ve antisosyal kişilik bozuklukları,
- Madde bağımlılığı özellikle alkol ve nikotin bağımlılığı,
- Cinsiyet (kadınlarda daha sık),
- Yaş (erken ve orta erişkinlikte daha sık),
- Düşük sosyoekonomik düzey ve düşük eğitim seviyesi,
- İşsizlik, fazla iş yükü, stresli iş yaşamı, gürültülü işyeri çalışma koşullarındaki değişiklikler,
- Dikkat eksikliği bozukluğu olanlar,

- Mevcut fiziksel hastalıklar (kanser, kalp hastalığı, hipertansiyon, diyabet, felç, migren, immunolojik bozukluklar gibi),
- Göç ile birlikte yeni bir fiziksel, kültürel ve toplumsal çevre,
- Medeni durum,
- Irk ve kültüre göre anksiyete farklılık göstermezken; kültüre özgü anksiyete bozuklukları görülebilir (Caumo ve ark., 2001; Öz, 2004; Doğan, 2010).

2.2. Cerrahi Anksiyete

Cerrahi, hasta için planlı ya da acil durumlarda uygun şartlarda tedavi amacı ile yapılan bir girişim olmasına rağmen kişi için bir travma nedenidir. Cerrahi girişimler, hasta bireyleri fiziksel, psikososyal ve ekonomik açıdan etkileyen, yaşamında önemli deneyimlerden biridir ve her cerrahi girişimde birey ağrılardan, olabilecek şekil bozukluklarından, başkalarına bağımlı kalmaktan, ölebileceğinden, anestezi korkar ve bu korkularına bağlı kaygı, endişe, gerginlik, korku ve heyecan gibi duyguları yaşar. Bu nedenle cerrahi tedavi ihtiyacı olan birey birçok farklı stresörle karşı karşıya gelmektedir (Lewis ve ark., 2004).

Cerrahi tedavi şekli, teknoloji alanındaki hızlı ilerlemeler, anestezi uzmanlığındaki gelişmeler, ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında hasta bakımındaki iyileşmeler ile birlikte en son uygulanan tedavi şekli olmaktan çıkıp günümüzde yaygın olarak uygulanmaktadır (Eti Aslan, 2017). Modern cerrahi yöntemlerinin gelişmesi, daha güvenilir ve güvenli hale gelmesine rağmen, hastaların çoğunun preoperatif, intraoperatif ve postoperatif dönemlerde cerrahi girişimi tehlike şeklinde algılayıp, anksiyete yaşadığı bilinmektedir (Karadağ Arlı, 2017).

Cerrahi girişim yapılmasının gerektiği söylenen birey, artık bir stres faktörüyle yüz yüzedir ve bu stres bireyin yıllarca geliştirdiği başa çıkma mekanizmalarını etkilemektedir. Duygusal yönü güçlü olan bireyler için bile ameliyat geçirecek olmak; ağrı, acı, kayıp ya da ölüm riskleriyle yüz yüze kalmak zorunda olduğu ciddi yaşamsal bir stres kaynağıdır (Demir ve ark., 2010).

Hasta bireyler, hastalığın kendilerinde oluşturduğu fiziksel etkileri ya da hastaneye yatmanın getirdiği çevre değişimi sonucunda anksiyete yaşayabilmektedirler (Yardakçı ve Akyolcu, 2004). Anestezi, cerrahi ya da uygulanan

invaziv girişimler, cerrahi hastasında korkuya neden olan işlemlerendir. Ameliyat, bireyler açısından ağrı, sakat kalma, bağımsızlığın kaybı, estetik ile ilgili kaygılar içermekte ve bu faktörlerin her biri tehdit olarak algılanmaktadır. Bireyler, fiziksel ve yaşamsal düzenlerine yönelik bu tür tehditler karşısında anksiyete yaşayabilmektedirler (Kuğu ve ark., 2001).

Cerrahi girişim, ister büyük veya küçük isterse de acil veya elektif olsun hasta ve yakınlarını hem fizyolojik hem de psikolojik açıdan etkilemektedir. Olumsuz bir yaşam deneyimi olmakla beraber beklenmedik olaylara verilen tepkilere yol açmaktadır. İlk tepki genellikle şok ve şaşkınlıktır ve daha sonra inkar, anksiyete, öfke, üzüntü, keder ve panik yaşanmaktadır. Bunların yanında cerrahi girişimlerin hasta üzerine birtakım genel etkileri de bulunmaktadır. Bu etkiler; cerrahi girişimlere karşı stres tepkisinin oluşması, oluşabilecek enfeksiyona karşı direncin azalması, damar sisteminin bozulması, doku ve organ fonksiyonlarının bozulması, beden imajının ve yaşam tarzının değişmesi olarak değerlendirilebilir (Dolgun ve ark., 2002).

Cerrahi uygulanacak hastalarda anksiyete görülme sıklığı olarak farklı oranlar bildirilmiştir. Jjala ve arkadaşları (2010) bu oranı %60-80, Rosen ve arkadaşları (2008) ve Espineira ve arkadaşları (2009) %11-80 olarak bildirilmektedir. Ameliyat olma kararı ve bekleme süreci birçok hastada iyileşmeyi sekteye uğratmayacak düzeyde anksiyeteye sebep olurken, genel cerrahi ameliyatı olacak hastaların %5'inde tedaviyi redde gidecek düzeyde anksiyete yaşandığı belirlenmiştir (Cimilli, 2001).

Ameliyat geçiren hastaların iyileşmeleri üzerinde anksiyetenin etkileri araştırılmış ve hastayı cerrahi ile ilgili sıkıntılara hazırladığı için orta düzey anksiyetenin iyileşmede yararlı olduğu gözlemlenmiştir. Fakat bu düzeyin üstünde ya da altında yaşanan anksiyete hastanın iyileşmesinde olumsuz etki yaratabilir (Pritchard, 2011).

2.2.1. Preoperatif Anksiyete

Preoperatif dönem, hastada belirli duygusal, bilişsel ve fizyolojik tepkiler oluşturup anksiyete yaşatan olaylardır (Sigdel, 2015). Preoperatif dönemde oluşan anksiyete düzeyi yapılacak operasyonun tipine, ameliyatın hasta için anlamına, beklentilerin karşılanma derecesine, postoperatif sonuçlara, etkilenen organ ve sistemlere, cerrahinin zorluk ve risk derecesine, bireyin cerrahi girişime yönelik

önyargılarına, yabancı bir çevre ve aileden uzak bulunmaya, kontrol kaybına ve olası olumsuz sonuçlara göre değişebilmektedir (Aykent ve ark., 2007). Hafif düzeyde preoperatif anksiyete vücudun potansiyel gücünü harekete geçirebilir, cerrahi hastaların sorunsuz bir şekilde zorluklardan geçmesine yardımcı olabilir ve postoperatif iyileşmeyi teşvik edebilir (Li ve Hou, 2019). Bununla birlikte, preoperatif anksiyete normalin üstüne çıkar ve uzun süre yüksek seviyelerde kalırsa, taşikardi, hipertansiyon ve artan oksijen tüketimi gibi istenmeyen metabolik değişikliklere neden olabilir, ameliyatın başlamasını veya tamamlanmasını engelleyebilir, vücudun bağışıklık sistemini ve enflamatuvar yanıtları baskılayabilir ve iyileşmeyi geciktirebilir (Jlala ve ark., 2010).

Cerrahi de hastalar, hastaneye başvurduğu ilk andan itibaren ağrı, enfeksiyon riski, beden imajının bozulması gibi cerrahi girişimin fiziksel sonuçlarının yanında, korku ya da kaygı gibi sorunlar da yaşayabilirler. Yaşanabilecek kaygılar arasında; geçirilecek ameliyatın günlük yaşamsal aktivitelerini ve hayat tarzlarını nasıl etkileyeceği kaygısı, sosyal rol ve statü kaybı veya cinsel kimlik kaybı gibi kaygılar yer almaktadır (Pritchard, 2011). Preoperatif anksiyete nedenleri; uygulanacak cerrahi girişimin tipi, anestezi, ameliyat sonrası uyanmamak, ameliyat sırasında uyanmak, anestezi sırasında anlamsız konuşmak, ameliyat sonrası yoğun bakımda kalmak, gelecekle ilgili belirsizlikler, sevdiklerinden ayrılma, kontrol kaybı, fiziksel bütünlüğün bozulması, bağımlı kalma korkusu, postoperatif dönemde bulantı, kusma, ağrı ve rahatsızlık endişesi ve ölüm korkusu şeklinde sayılabilir (Caumo ve ark., 2001; Erci ve ark., 2008; Pritchard, 2011).

Cerrahi girişim uygulanacak hastaların, yaşadıkları anksiyeteyi bazıları sakin ve içine kapanarak, bazıları çocuk gibi bağımlı davranarak ve bazıları da hastalığını inkar edip belirti ve bulguları gizleyerek ifade ederler (Erdil ve Elbaş, 2012). Bu durumlarda, bireyin endişelerinin empati yaparak dinlenmesi, bireyde gerçekçi bir umut oluşmasını sağlayarak başa çıkma mekanizmalarını güçlendirir (Erci ve ark., 2008). Birey, korkularını ifade etmesine fırsat verilerek dinlenmeli ve yapılacak cerrahi girişimle ilgili gerekli açıklamalar yapılarak desteklenmelidir. Aşırı ameliyat korkusu önemli bir sorun olmakla beraber preoperatif dönemde giderilmesi de önemlidir (Erdil ve Elbaş, 2012).

2.3. Cerrahi Girişimde Anksiyeteye Yönelik Hemşirelik Girişimleri

İnsan vücudunun iç ortam dengesinin sürdürülmesi için fizyolojik ve psikolojik dengenin devamlılığı gereklidir. İç ortamın devamlılığını koruyarak, sağlık halinin sürdürülmesini sağlamak ve hastalık durumunda bozulan dengenin iyileştirilmesine yardımcı olmak hemşirelik bakımının temel amacıdır (Çetinkaya ve Karabulut, 2010). Perioperatif dönemde hemşireler, anksiyeteyi değerlendirmek ve hastaların psikososyal refahını iyileştirmek için bakım planlarını uygulamakla görevli sağlık ekibinin birincil üyeleridir (Majumdar ve ark., 2019).

Ameliyat olmak, hasta için fizyolojik bir stresör olmanın yanında güçlü bir psikolojik stresördür. Bireyler cerrahi girişimin faydalı olduğunu kabul etselerde oluşabilecek risklerden korkarak kaygı yaşarlar. Preoperatif dönemdeki anksiyete sebeplerinin en önemlilerinden birisi de bilinmeyen korkusudur. Bu nedenle hastanın preoperatif dönemde psikolojik yönden hazırlığı, fizyolojik yönden hazırlığı kadar önemlidir (Erdil ve Elbaş, 2012).

Preoperatif dönemde psikolojik hazırlık;

- Anksiyeteyi gidermeye,
- Ameliyatta az anestetik ve ameliyat sonrasında az analjezik kullanılmasına
- Ameliyat sonrası yaşam bulgularının kısa zamanda düzene girmesine,
- Strese tepki olarak salınan kortikosteroid hormonların az salınmasına,
- Ameliyat sonrasında hızlı iyileşmeye ve erken taburculuk sürecine yardımcı olur (Erdil ve Elbaş, 2012).

Preoperatif dönemde psikolojik olarak iyi hazırlanmayan ve psikolojik sorunları olan hastalar, ameliyat stresine uyum göstermezler, buna bağlı olarak komplikasyon gelişebilir ve hastanın iyileşmesi gecikebilir. Araştırmalar, psikolojik yönden iyi hazırlanan hastaların ameliyat travması ile daha iyi baş edebildiklerini, komplikasyonların daha az geliştiğini ve hastaların daha kısa sürede iyileştiğini göstermektedir (Erdil ve Elbaş, 2012). Cerrahi hemşiresinin en önemli sorumluluğu ise şartlar ne olursa olsun hasta bireyi ameliyat stresi ile başedebilecek en iyi duruma getirmektir (Erdil ve Elbaş, 2012).

Bunun yanında cerrahi girişim uygulanacak hastanın hazırlığında “açıklama” ve “öğretim” anahtar kelimeleridir. Basit bir kelimenin açıklanması bile hasta bireyin korkusunu gidererek ciddi anksiyete gelişmesinin önüne geçebilir. İlgili literatürler incelendiğinde, preoperatif dönemde iyi hazırlanan ve yeterli bilgi verilen bireylerin, yeterli bilgi verilmeyen bireylerden daha kısa zamanda iyileştikleri ve taburculuk sürecinin daha kısa olduğu görülmektedir (Erdil ve Elbaş, 2012).

Cerrahinin her aşamasında hastanın yanında olan hemşireler, cerrahi girişim boyunca, hasta ve ailesinin anksiyete düzeyini kolaylıkla fark edebilmektedirler (Erdil ve Elbaş, 2012). Hemşireler, bireylerin ameliyat stresi ile baş etmelerini sağlayabilmek amacı ile preoperatif dönemde stres oluşturan unsurları, hastaların bu stresörlere bireysel yanıtlarını belirlemeli, uygun girişimleri planlamalı ve uygulamalıdır (Erdil ve Elbaş, 2012; Aksoy ve ark., 2017). Bu kapsamda hemşirelik bakım süreci aşağıdaki yaklaşımları içermelidir;

- Bireyin anksiyete düzeyi; etkili baş etme yöntemleri, karar verme yeteneği ve destek sistemlerinin varlığı gibi faktörler dikkatli bir biçimde ele alınmalı ve bu faktörlerin ameliyat başarısını etkileyebileceği unutulmamalıdır.

- Tüm hastaların preoperatif dönemde hafif veya şiddetli anksiyete ve korku yaşadıkları düşünülmeli; kişilik yapısı, ameliyat şekli ya da türü ve hasta beklentilerine göre anksiyete düzeyinin değişebildiği dikkate alınmalıdır.

- Hastalara preoperatif dönemde anksiyete varlığı sorgulanmalı, anksiyetelerini dile getirmeleri ve ifade edebilmeleri için uygun ortam oluşturularak yardımcı olunmalı ve bu dönemde görülen anksiyetenin doğal olduğu açıklanıp, yanında olunarak rahatlatılmalıdır.

- Hasta bireyler ameliyat olmayı; yaşamlarına, beden imajlarına, öz saygılarına, benlik kavramlarına ya da yaşam biçimlerine bir tehdit ya da tehlike olarak algılayabilirler. Hemşireler, bu durumlarda hastalarda var olan yanlış inanış biçimlerini eğitim ve bilgilendirme ile doğrusunu açıklayabilmelidir (Karayağız ve ark., 2011; Erdil ve Elbaş, 2012; Aksoy ve ark., 2017).

Preoperatif dönemde yapılacak eğitim, uygulanacak ameliyata ve bireyin durumuna göre farklılık gösterir. Hemşirelerin öğretme işlevinin, her bir hasta için farklılık gösterebildiği unutulmamalıdır (Erdil ve Elbaş, 2012).

2.4. Ölçek Çalışmalarında Geçerlilik ve Güvenilirlik

Ölçme, bireylerin veya nesnelerin belli özelliklere sahip olup olmadığının gözlenip, gözlem sonuçlarının belirlenerek ortaya çıkan sonuçların sembollerle (özellikle sayı sembolleriyle) ifade edilmesidir. Ölçme, bir betimleme ya da tanımlamadır (Tekin, 2019). Ölçekler ise, belirli amaçlar doğrultusunda algı, tutum, davranış gibi benzer özelliklerin, doğrudan ölçülemeyen görüşlerin belirlenmesi için soru, ifade ya da maddeleri belirli standartlara göre oluşturup, bazı teorik temellere dayandırarak dolaylı yoldan durum saptaması yapan ölçme araçlarıdır (Atılğan ve ark., 2019). Ölçekler, ölçüm işlemi kolaylaştırmanın yanında elde edilen sonuçların niteliğinin de belirlenmesini sağlamaktadır. Bilimsel gelişme ölçmeye dayanır, ölçme araçları ile yapılan ölçümler de bu gelişmeyi artırmaktadır (Tavşancıl, 2019). Bir veri toplama aracı olan ölçeklerin nitelikli olması, toplanan verilerin de nitelikli olması anlamına gelmektedir (Erefe, 2012).

Ölçme, belli bir amaç doğrultusunda yapılır. Bu amaç, ölçümü yapılan nitelikler bakımından bireyler, nesnelere veya olaylar hakkında değerlendirmede bulunmak ve bu değerlendirme sonuçlarına dayanarak belirli kararlar vermektir. Verilen kararların doğruluğu; değerlendirme ya da ölçüm sonuçları ve ölçüm aracının uygun olmasıyla ilgilidir. Bireylerin sağlığını ve sağlık davranışlarını değerlendirmede kullanılan; laboratuvar tanı testi veya psikometrik ölçüm araçlarının seçici, duyarlı, geçerli ve güvenilir olması gerekir. Bunun içinde ölçme araçlarının standardize olması istenir. Bu psikometrik ölçümlerin yapıldığı ölçeklerin, standart bir ölçme aracı olarak, uygun bilgiler üretebilmesi için “güvenilirlik” ve “geçerlilik” olarak nitelendirilen iki özelliğe sahip olması gerekmektedir (Ercan ve Kan, 2004). Çok uluslu ya da çok kültürlü çalışmaların sayısının artmasıyla birlikte standardize edilmiş ölçme araçlarına olan gereksinim de artmıştır. Ölçme standardizasyonu için kişinin kültürel çevresine ve yaşantısına göre şekillenen psikometrik ölçümlerinde yani sağlık bilgisi, tutum ve davranışlarda standardizasyon ve güvenilirliği sağlamak için farklı rehberler ve algoritmalar kullanılmaktadır (Çapık ve ark., 2018).

Belirli bir kültürde ve dilde geliştirilen bir ölçüm aracı o kültüre ait özellikleri içermektedir. Bir ölçeğin farklı dillerde ya da kültürlerde kullanılabilmesine yönelik yapılan çalışmalara “ölçek uyarlaması” denilmektedir (Aksayan ve Gözüm, 2002).

Farklı toplumlar arasında duygu, düşünce ve davranışların ifadesi farklılık gösterdiği için ölçek uyarlaması yapılırken, bu dinamik yapı göz önünde bulundurularak gerekli değişiklikler uygulanmaktadır. Kùltürler ve diller arasındaki ölçek uyarlama sürecinde izlenecek adımlar Dünya Sağlık Örgütü tarafından birçok çalışma sonuçları değerlendirilerek bazı aşamalara indirgenmiştir. Uyarlama çalışması yapılmadan önce önemli iki konunun ele alınması gerekmektedir. Bu konulardan ilki, uyarlanacak olan ölçeğin gerçekten gerekli olup olmadığı, ikincisi ise, ölçeğin gerçekten kullanılabilir en iyi ölçüm aracı olup olmadığının incelenmesidir (Çapık ve ark., 2018). Ölçeklerin geliştirilmesi, uyarlanması ve kullanılması aşamasında bir çok kriter ve standarda uygun çalışılması gerekmektedir. Aksi takdirde ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik düzeyi düşük olur (Karakoç ve Dönmez, 2014).

Ölçeğin geçmişte bir başka bir dile uyarlanması sadece dilbilimsel içeriğin uyarlanması olarak görülmekteydi. Günümüzde ise bir ölçeğin farklı dil ve kùltürlerde kullanılması halinde bilimsel dil içeriğinin korunması ancak kùltürel olarak uyarlanması gerektiği kabul edilmiştir (Esin, 2014).

Bütün zorluklarına rağmen, uyarlanmış ölçüm aracının kullanımı zamandan tasarruf sağlar, verilerin genellenebilme yeteneğini artırır, ölçüm yapılan toplumlar arasındaki benzerlik ve farklılıkların araştırılmasına fırsat tanır. Ayrıca, geçerli ve güvenilir ölçüm araçları, hemşirelik bakımına ait verilerin değerlendirilmesinde önemli kanıtlar elde edilmesini sağlamaktadır (Çapık ve ark., 2018).

2.4.1. Geçerlilik Çalışmaları

Geçerlilik kavramı; ölçüm aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği ya da davranışı tam, doğru ve başka özelliklerle ya da davranışlarla karıştırmadan ölçme derecesi olarak tanımlanmaktadır (Ercan ve Kan, 2004; Karakoç ve Dönmez, 2014).

Ölçüm araçlarından elde edilen ölçümler, hangi amaçla kullanılacaksa ölçme geçerliliği de o amaca ve hatta uygulandığı gruba ve uygulama biçimine göre değişebilecektir. Genel olarak, doğrudan ölçmelerde geçerlilik daha yüksek, dolaylı ölçmelerde ise daha düşük olma yönündedir (Ercan ve Kan, 2004). Bir ölçek güvenilir olabilir, ama geçerli olmayabilir. Geçerlilik, bir ölçeğin “işe yararlılığının” kanıtı olduğundan, üzerinde önemle durulmalı, ölçek geliştirici geliştirdiği ölçek kullanılarak yapılan tüm çalışmaları izlemelidir (Erkuş, 2007).

2.4.1.1. Dil Geçerliliği

Geliştirilmiş olan ölçüm aracı, anadilinden başka bir dile çevrilerek kullanılacak ise; bu ölçek uyarlanan dile ve kültürüne uygun olmalıdır (Erkan ve Gömleksiz, 2020). Çeviri ya da tercüme terimi yaygın olarak kullanılsa da bunun anlamı daha geniş bir kavramı belirten adaptasyon ya da uyarlama terimidir. Bu bağlamda uyarlama terimi ölçüm aracını bir dilden diğerine aktarmayı daha iyi şekilde anlatmaktadır (Esin, 2014). Çeviri uyarlama sürecinin ilk basamağı olarak düşünölmelidir (World Health Organization, 2017; International Test Commission, 2018).

Dil uyarlaması sürecinde çevirmenler ve çeviri yöntemi oldukça önemlidir. Uzman çevirmenler seçilirken, sadece çevrilecek dili iyi bilmesi yeterli olmayıp her iki dili ve kültürü yakından tanımalı ancak anadili hedef kültürün (Türkçe) dilinde olmalı, bunun yanında iki dili de anadili gibi bilmelidir (Aksayan ve Gözüm, 2002; Çapık ve ark., 2018). Ölçeğin çeviri aşamasında; çevirisi yapılacak ölçeğin terminolojisine tanıdık, ölçümü yapılacak özellikle ilgili belirli bir düzeyde fikir sahibi olan, her iki dili de akıcı konuşabilen, her iki kültür hakkında bilgi sahibi olan, bu konuda görüşme ya da veri toplama deneyimi olan sağlık alanında uzmanlaşmış bireyler görev alması tercih edilir (World Health Organization, 2017; International Test Commission, 2018; Çapık ve ark., 2018; Erkan ve Gömleksiz, 2020). Çevirmenler hedef dilin dil bilgisel, deyimsel ve kültürel yapısını korumanın yanında konunun kavramsal içeriği de korumalıdır. Çeviri işleminden sonra ölçeklerin dili herkes tarafından kabul edilebilir, doğal ve anlaşılır olmalıdır (Çapık ve ark., 2018). Sonuç olarak çevirmenlerin her iki dildeki gramer, psikolojik ve kültürel farklılıklarını göz önünde bulundurdıklarından emin olunmalıdır (International Test Commission, 2018). Tüm bu farklılıklar neticesinde çeviri aşamasında orijinal ölçekte bazı değişikliklerin yapılması doğal ve kaçınılmazdır, çünkü ölçekler geliştirildikleri toplumun kültürüne özgü olarak geliştirilirler ve orijinal ölçek çevrildiği kültüre uygun olmayabilir. Bu durum farklı diller arasındaki uyum ve eşitlik sağlamayı zorlaştırıcı bir unsur olmaktadır (Esin, 2014).

Çeviri ve geri çeviri yöntemi uyarlama çalışmalarında zaman almasına rağmen sıklıkla kullanılan ve en fazla tercih edilen dil geçerliliği yöntemidir. Bu yöntemde öncelikle ölçek orijinal dilden uyarlama yapılacak olan hedef dile çevirisi yapılır. Daha

sonra bu çevirinin her iki dili de bilen çevirmen/çevirmenlerce ölçeğin ana diline geri çevirisinin yapılması gerekir. Çeviri-geri çevirisi yapılan ölçek araştırmacılar tarafından orijinal ölçekle karşılaştırılır ve her bir madde incelenerek gerekli düzeltmeler yapılır (Çapık, 2014; Erkan ve Gömlüksiz, 2020).

2.4.1.2. Kapsam Geçerliliği

Bir bütün olarak ölçeğin ve ölçekte bulunan maddelerin ölçülmek istenen amaca ne derece hizmet ettiği. Mantık ve istatistiksel yol olmak üzere iki farklı uygulamayla değerlendirilebilir (Ercan ve Kan, 2004; Yurdugül ve Aşkar, 2008). Kapsam geçerliliği için geliştirilmek istenen ölçekteki konuyla ilgili ve o alanda yeterlilik sahibi olan uzmanlar belirlenir ve görüşleri alınır (Yurdugül ve Aşkar, 2008; Tavşancıl, 2019). Bu aşamada farklı ölçütlere göre değerlendirme yapılmasının engellenmesi için uzmanlar ile ölçeği geliştiren kişiler arasında ortak tanımların olması gerekmektedir (Tavşancıl, 2019). Uzmanların kapsam geçerliliği için yaptığı değerlendirmelerde farklı teknikler kullanılabilir (Taşkın ve Akat, 2010). Bu değerlendirme teknikleri, uzman görüşlerine dayalı nitel çalışmaları istatistiksel nicel çalışmalara dönüştüren Lawshe Tekniği ve Dawis Tekniği'dir (Yurdugül ve Aşkar, 2008).

Davis tekniğinde; 5 ile 40 arasında uzman görüşüne başvurulması önerilmektedir. Kapsam geçerliliğinin sınanmasında yapılacak hesaplamalarda objektif sonuçlar elde edilebilmek için uzmanların niteliği ve sayısı oldukça önemlidir (Ayre ve Scally, 2014). Değerlendirilen her bir ölçek maddesi için “uygun” (4), “madde hafifçe gözden geçirilmeli” (3), “madde ciddi olarak gözden geçirilmeli” (2), “madde uygun değil” (1) şeklinde dördü derecelendirme yöntemiyle uzman görüşlerine sunulmaktadır. Daha sonra dört ve üç seçeneklerini işaretleyen uzman sayılarının sayısı toplam uzman sayısına bölünerek kapsam geçerliliği indeks (KGI) değeri elde edilmektedir. Bu değer 0.80'nin üzerinde ise ölçeğin “kapsam geçerliliği vardır” şeklinde kabul edilmektedir (Taşkın ve Akat, 2010; Thorndike ve Christ, 2017).

Lawshe tekniğinde; yine 5 ile 40 arasında uzman belirlenir. Belirlenmiş olan uzmanlardan bir değerlendirme formu ile görüşleri alınır. Maddeler, uzmanlar tarafından gerekli kriterler doğrultusunda “madde hedeflenen yapıyı ölçüyor”, “madde

yapı ile ilişkili ancak gereksiz” veya “madde hedeflenen yapıyı ölçmez” biçiminde derecelendirilir. Burada aynı zamanda değerlendirilen ölçek maddelerin anlaşılma durumu ve kültüre uygunluğu gibi faktörler de uzmanlar tarafından derecelendirilebilir (Şencan, 2005; Yurdugül ve Aşkar, 2008; Thorndike ve Christ, 2017). Kapsam Geçerlilik İndeksini (KGİ) belirlemek için, öncelikle ölçekteki her bir madde için görüşlerini belirten uzmanların sayısı hesaplanır. Daha sonra her bir madde için o maddeye ilişkin görüşünü belirten uzman sayısı, maddeye ilişkin görüş belirten toplam uzman sayısının yarısına bölünür. Her bir madde için bu oranın 1 eksiği alınarak maddelere ilişkin KGİ belirlenir (Şencan, 2005).

2.4.1.3. Yapı Geçerliliği

Yapı kelimesi, doğrudan gözlenemeyen psikolojik özellik anlamına gelmektedir. Zeka, yetenek, güvensizlik, içe ya da dışa dönüklük gibi özellikler psikolojide yapı olarak adlandırılır (Tekin, 2019). Yapı geçerliliği ise bir faktörün diğer faktörlerle olan kuramsal ilişkisi olarak ifade edilmektedir. Bu bağlamda yapısal geçerlilik bütün geçerlilik türlerini kapsamaktadır (Harrington, 2009). Yapı geçerliliği ölçüm aracındaki maddelerin belirlenen özellikleri ya da değişkenleri ne derecede doğru ölçtüğü ile ilgili olup, aynı zamanda da ölçekten elde edilen sonucun ne ile ilgili olduğunu belirlenmesini de sağlamaktadır (Karakoç ve Dönmez, 2014). Bir ölçüm aracının yapı geçerliliğini belirleme süreci ile bilimsel kuram geliştirme süreci bir ölçüde aynıdır (Ercan ve Kan, 2004). Yeni ölçeği karşılaştıracak bir kriter yoksa yapı geçerliliğini sınamak gereklidir. Bu sınama ölçüm aracından elde edilen sonucu ve bu sonucun bağlantılı olduğu ilişkilerin açıklanmasını sağlamaktadır (Tavşancıl, 2019). Uyarlanan ölçeğin, ölçtüğü özelliklerin neler olduğunu ve ölçek uygulanan kişilerin aldığı puanların hangi anlama geldiğini açıklamak için yapı geçerliliği incelenir (Erkuş, 2003).

Yapı geçerliliğini değerlendirme aşamasında araştırmacılar farklı yöntemleri savunmuşlardır. En sık kullanılan yöntemler ise; faktör analizi, iç tutarlık analizi, hipotez testi, benzer ölçek geçerliliği, sağlama geçerliliği, yapısal eşitlik modellemesi, grup farklılıklarının karşılaştırılması, ölçütler ve diğer testlerle arasındaki korelasyonun incelenmesidir (Thorndike ve Christ, 2017; Tavşancıl, 2019; Büyüköztürk, 2020).

Yapı geçerliliğini değerlendirmek için genellikle, temelde birbiriyle ilişkili değişkenleri bir araya getirmeyi sağlayan faktör analizi yöntemi kullanılmaktadır (Erefe, 2012). Bu yöntem, birbiri ile ilişkili çok sayıda faktörü bir araya getirerek kavramsal olarak anlamlı daha az sayıda yeni faktörler keşfetmeyi amaçlayan bir yöntem olarak açıklanabilir (Büyüköztürk, 2002). Bu yöntemin değerlendirilme sürecinde ise açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi verilerinden yararlanılmaktadır (Thorndike ve Christ, 2017). *Açıklayıcı faktör analizi (AFA)*, herhangi bir önsel bilgi olmaksızın ana maddelerden oluşturulacak gizli yapı sayısının belirlenmesinde kullanılan istatistiksel yöntemdir. Amaç, değişken sayısını azaltmak ve yeni teoriler üretmektir. *Doğrulayıcı faktör analizi (DFA)* 'nde ise, "maddeler ile bu maddelere ait faktörler arasında bir ilişki vardır" şeklinde bir hipotez kurulur. Daha sonra, teorik bilgi ve deneysel araştırma veya her ikisi de birlikte kullanılarak ilişki yapısına ait kurulan hipotez istatistiksel açıdan değerlendirilir (Suhr, 2006). Literatür incelendiğinde yapılan çalışmalarda, AFA ile elde edilen verilere DFA uygulanması, alternatif bir çözüm önerisi ortaya koymaktadır (Erkorkmaz ve ark., 2013). Yani kısaca AFA, hipotez kurmaya yönelik bilgi elde etmeyi sağlamaya çalışırken; DFA, belirlenen faktörler arasındaki ilişkinin yeterli düzeyde olup olmadığını, hangi faktörlerin hangi değişkenlerle ilişkili olduğunu, faktörlerin birbirlerinden bağımsız olup olmadığını ve faktörlerin modeli açıklamakta yeterli olup olmadığını test etmede kullanılmaktadır (Özdamar, 2015).

2.4.2. Güvenilirlik Çalışmaları

Bir ölçeğin güvenilirliği, ölçülmek istenilen özelliğin ne tutarlılıkla ölçüldüğü veya ölçüm sonuçlarının tesadüfi hatalardan arınmış olma derecesi olarak tanımlanır (Tavşancıl, 2019). Aynı koşullarda ölçme aracıyla tekrarlanan ölçümlerden elde edilen değerlerin kararlılığının bir göstergesidir. Güvenilirlik yalnızca ölçüm aracına ait özellikler olmayıp aynı zamanda da ölçüm aracı ve ölçüm sonuçlarına ilişkin de özelliklerdir (Ercan ve Kan, 2004).

Ölçeğin hatalardan arınmış olarak ölçüm yapabildiğini, verileri doğru şekilde topladığını ve ölçeğin tekrarlanabilir olduğunu göstermek amacı ile güvenilirliği incelenmektedir (Aksayan ve Gözüm, 2002; Erkuş, 2003). Güvenilirliğin dayandığı temel kavram öngörülebilirlik ya da tahmin edilebilirliktir. Temelde güvenilirlik bir

ölçüm aracının içindeki maddelerin birbiri ile olan ilişkisidir (Baydur ve Eser, 2006). Güvenilirlik incelenirken; *tutarlılık* (bir ölçme aracındaki maddeler ile testin bütünü arasındaki uyum), *kararlılık* (ölçülmek istenilen özelliğin, aynı ölçüm aracı ile farklı zamanlarda ve farklı ölçümlerde aynı sonuçlara ulaşılması), *duyarlılık* (ölçüm aracı ya da sonuçlarının birim büyüklüğü olup birim aralığı ne kadar küçükse ölçüm o derece duyarlı kabul edilir) şeklinde üç kavramdan söz edilmektedir (Atılğan ve ark., 2019).

Güvenilirlik hesaplaması, ölçeğin içerdiği maddelerin birbirleri ile olan ilişkisidir (Ercan ve Kan, 2004). Güvenilirlik katsayısı hesaplanırken kullanılan yöntemler için farklı yöntemler uygulanmaktadır (Ercan ve Kan, 2004; Tavşancıl, 2019). Güvenilirlik hesaplama yöntemlerinden hangisinin seçileceği; ilgili değişkenin kararlılık durumu, maddelerin puanlanması ve ilgili değişkenlerin tek veya çok boyutlu olması gibi özelliklere göre değişmektedir (Erkuş, 2007).

2.4.2.1. Değişmezlik

Ölçek maddelerine verilen cevapların aynı ya da farklı zamanlarda tutarlı ve değişmez olması o ölçüm aracının güvenilirliğini göstermektedir (Hergüner ve Özbaran, 2010). Test-tekrar test ya da eşdeğer form güvenilirliği ile değişmezlik sağlanır (Erefe, 2012; Esin, 2014; Heale ve Twycross, 2015).

Test Tekrar Test Yöntemi: Ölçüm aracının aynı kişilere, aynı koşullarda ve belirli (ne hatırlamalarını önleyecek kadar uzun ne de ölçülecek özellikte değişim olmamasına neden olacak kadar kısa) zaman aralığında tekrarlanarak ikinci kez uygulanmasından elde edilen veri grupları arasındaki ilişkidir (Ercan ve Kan, 2004). Bu zaman aralığı ölçülen değişken ve uygulanan kişilere göre değişmekle beraber yaklaşık dört haftanın yeterli olduğu belirtilmiştir (Büyüköztürk, 2020). Zamana göre değişmezlik ölçütü ile bulunacak güvenilirlik katsayısı için, veri türüne göre uygun bir korelasyon çözümlemesi yapılır. Korelasyon katsayısı iki değişken arasındaki ilişkinin derecesi ve yönü hakkında bilgi vermektedir. -1 ile +1 arasında değer alan korelasyon katsayısının +1 olması pozitif ve mükemmel ilişki varlığını gösterir (Tavşancıl, 2019). Bir ölçüm aracının kararlılığının kabulü için farklı zamanlarda yapılan iki ölçek uygulamasından elde edilen korelasyon katsayısının en az 0.70 olması gerekmektedir (Çapık ve Pasinlioğlu, 2015; Tavşancıl, 2019). Kişilerin geleceğini etkileyecek

kararlarda kullanılacak ölçek uygulamalarında ise korelasyon katsayısının az 0.95 olması istenmektedir (Tavşancıl, 2019).

Eşdeğer Formlar Güvenilirliği: Ölçek geliştirilirken, güvenilirliğinin belirlenmesinde aynı zorluk derecesi, kapsam, özellik ve içerikte maddelerden oluştuğu bilinen iki eşdeğer form arasındaki korelasyon değerinin hesaplanmasıyla uygulanan yöntemdir (Ercan ve Kan, 2004; Karakoç ve Dönmez, 2014; Tavşancıl, 2019). Bu eşdeğer formlar arasındaki korelasyon hesaplandıktan sonra güvenilirlik katsayısı şeklinde ifade edilir (Ercan ve Kan, 2004; Tavşancıl, 2019). Koşullar uygun ise kullanılan korelasyon katsayısı genellikle Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı'dır (Tavşancıl, 2019). Ayrıca ölçümlerin eşdeğer olabilmesi için aynı değişkeni ölçmesinin yanında ortalama ve standart sapmalarının da eşit olması gerekmektedir (Karakoç ve Dönmez, 2014; Tavşancıl, 2019).

2.4.2.2. İç Tutarlılık

Sıklıkla başvurulmuş bir güvenilirlik ölçütü olmakla beraber, belirli bir alanı ölçtüğü düşünülen maddelerin ya da soruların kendi içinde ne derece homojen olduğunun ve sadece istenilen kavramları ölçüp ölçmediğinin iyi bir ölçüm yöntemidir. İç tutarlılık temelde, belli bir amacı gerçekleştirmek üzere, her ölçme aracının birbirlerinden bağımsız ölçek maddelerinden oluştuğu ve bu maddelerin bir bütün içinde birbirleri ile eşit ağırlıklara sahip olduğu varsayımına dayanan görüştür (Karakoç ve Dönmez, 2014). Tek bir ölçek kullanılıp, tek bir ölçüm yapılarak maddelerin ya da soruların belirli kavramsal yapıyı tutarlı olarak ölçüp ölçmediği araştırılmaktadır. Ölçek maddeleri arasındaki iç tutarlılık yüksek olması ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir (Şencan, 2005). İç tutarlılık güvenilirliğinde genellikle; yarıya bölme yöntemi, Cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı, Kuder Richardson 20-21 güvenilirlik katsayısı ve madde-toplam korelasyon analizi yöntemleri kullanılmaktadır (Karakoç ve Dönmez, 2014).

Yarıya Bölme Yöntemi: Ölçeği iki eş parçaya ayırarak, her iki yarımın da katılımcılara aynı zamanda uygulanmasından sonra, katılımcıdan bu ikiye bölünen yarılarından aldıkları puanlar arasında korelasyon katsayısı ya da güvenilirlik tahmini yapılmasını sağlamaktadır (Ercan ve Kan, 2004). Eğer ölçeğin alt boyutları var ise her

alt boyut kendi içinde bir bütün olarak kabul edilip uygulanabilmektedir (Tavşancıl, 2019).

Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı: 1951 yılında Cronbach tarafından geliştirilmiş olan alfa katsayısı yöntemi bir iç tutarlılık yöntemidir (Ercan ve Kan, 2004). Ölçeğin iç tutarlılık güvenilirliğini hesaplamak için cronbach alpha iç tutarlılık katsayısı hesaplanmalıdır (Erkuş, 2003; Şencan, 2005; Tavşancıl, 2019). Hesaplanan bu katsayı (r) değeri en az 0.70 olmalıdır (Karakoç ve Dönmez, 2014).

Kuder-Richardson 20-21 Güvenilirlik Katsayıları: Ölçekteki her bir maddenin ya da sorunun aynı özelliği ölçüp ölçmediği yani ölçümü yapılan değişkenlerin homojenliğini test etmektedir. Ölçek maddeleri arasında tutarlılığın ölçümünü vermektedir ve bu ölçüm iç tutarlılık katsayısı şeklinde adlandırılmaktadır (Ercan ve Kan, 2004). Eğer ölçek maddeleri benzer zorlukta değil ise Kuder-Richardson-20, benzer güçlükteyse ve madde analizi yapılmamış ölçeklere Kuder-Richardson-21 formülleri kullanılmaktadır (Erefe, 2012). Geçerliliği değerlendirilen ölçekteki maddelere verilen yanıtlar; istenilen özelliği taşıyor ya da boş bırakılmışsa “0” puan, istenilen özelliği taşıyorsa “1” puan verilerek oluşturulmaktadır (Ercan ve Kan, 2004). Güvenilirliği değerlendirilen ölçeğin, madde sayısına göre kabul edilebilirlik değerinin 0.50 ya da 0.80’in üzerinde olması gerekmektedir (Erefe, 2012).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, ameliyat olacak hastalar için Burton ve arkadaşları (2018) tarafından geliştirilen Cerrahi Anksiyete Ölçeği (The Surgical Anxiety Questionnaire)'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini test etmek amacı ile yapılmış metodolojik tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Fatsa Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Servisinde ameliyat olmak üzere yatışı yapılmış olan hastalarla gerçekleştirilmiştir. Genel cerrahi servisi 28 yataklı, üç hekim ve dokuz hemşirenin çalıştığı bir servistir. Ameliyathanede haftanın dört günü genel cerrahi ameliyatları için ayrılmaktadır. Genel cerrahi servisinde kolesistektomi, umbilikal ve inguinal herni, tiroidektomi, hemoroidektomi, apendektomi ameliyatları gerçekleştirilmektedir. Haftalık acil ameliyatlarda dahil 20-25 ameliyat yapılmaktadır. Fatsa Devlet Hastanesi'nde 2018 yılı içerisinde toplam 3504 cerrahi girişim gerçekleştirilmiş olup gününbirlik vakalar (sünnet, lipom, biyopsi gibi lokal anestezi ile gerçekleşen vakalar) hariç 2475 ameliyat yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırma evreni, Ordu İli Fatsa Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Servisinde ameliyat olacak olan hastalar oluşturmaktadır.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Ölçek uyarlama çalışmalarında, örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde farklı görüşler mevcuttur (Çapık ve ark., 2018). Ölçek güvenilirlik ve geçerlilik araştırmalarında faktör analizinin uygulanabilmesi için maddeler net ise ve madde sayısı fazla değil ise 100 ile 200 birey arasında örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu ifade edilmektedir (Büyüköztürk, 2002; Esin, 2014; Çapık ve ark., 2018). Genel olarak ölçek uyarlama çalışmalarında faktör analizinin yapılabilmesi için örneklem büyüklüğünün, ölçeğin içerdiği madde sayısının 5 ila 10 katı olması önerilmektedir

(Karaçam, 2019; Tavşancıl, 2019). Cerrahi Anksiyete Ölçeği (CAÖ)'nin içerdiği madde sayısı 17 olduğu için örneklem büyüklüğünün 10 katına ulaşılması hedeflenmiş olup bu çalışmada 12 katı alınarak 204 hasta ile çalışma tamamlanmıştır.

3.3.2.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaş ve üzeri olan,
- Elektif genel cerrahi hastaları,
- Genel anestezi alacak hastalar,
- Sözel iletişim kurabilen,
- Kişi, yer ve oryantasyonu olan,
- Genel durumu iyi olan,
- Çalışmaya katılmayı gönüllü kabul eden bireyler araştırmaya alınmıştır.

3.3.2.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri

- Okuma yazması olmayan
- Mental yetersizliği olan,
- Yakın zamanda antidepresan, benzodiazepinler/antipsikotikler kullanmış olan,
- Günübirlik ameliyat programı dahilinde olan,
- Psikiyatrik hastalık öyküsü olan hastaların araştırmaya alınmamıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veriler, “Kişisel Bilgi Formu” (Ek 1), “Cerrahi Anksiyete Ölçeği Türkçe formu” (Ek 2) ve Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği (Ek 3) ile toplanmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Literatür taraması sonucu araştırmacılar tarafından geliştirilen kişisel bilgi formunda, hastanın yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, mesleği, yaşadığı yer, sağlık güvencesi, sigara alışkanlığı, başka kronik hastalıkları, ameliyat sayısı, daha önceki hastane deneyimi, daha önceki cerrahi deneyim durumu, mevcut tanısı, refakatçi durumu, hastalığa bağlı şikayet süresi, ameliyat ile ilgili bilgi düzeyi ve ameliyata ilişkin bilgiyi kimden aldığı gibi toplam 17 soru yer almaktadır (Ek 1).

3.4.2. Cerrahi Anksiyete Ölçeği

Burton ve arkadaşları (2018) tarafından geliştirilen Cerrahi Anksiyete Ölçeği “hiç-0”, “çok az-1”, “orta derecede-2”, “çok-3” ve “aşırı-4” şeklinde puanlanan beşli likert tipinde olan 17 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçeğin uygulanması basit olup hasta tarafından preoperatif dönemde her bir maddenin kendi hissettiği durumu ne kadar yansıttığı dikkate alınarak işaretleme yapılmaktadır. Ölçeğin *sağlıkla ilgili anksiyete* (7, 8, 9, 10, 12, ve 13. madde), *iyileşmeyle ilgili anksiyete* (2, 14, 16, ve 17. madde) ve *prosedürle ilgili anksiyete* (1, 3, 4, ve 5. madde) olmak üzere toplam üç alt boyutu mevcuttur. Alt boyut puanları ve bu alt boyutlara dahil edilmeyen toplam üç maddenin puanları toplanarak Cerrahi Anksiyete Ölçeği toplam puanı elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 68 olup alınan puan yükseldikçe cerrahi anksiyete düzeyi yüksek olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin kesme noktası bulunmamaktadır. Özgün çalışmada Cerrahi Anksiyete Ölçeği toplam Cronbach’s alfa değeri 0.91, sağlıkla ilgili anksiyete alt boyutu için 0.87, iyileşmeyle ilgili anksiyete alt boyutu için 0.78 ve prosedürle ilgili anksiyete alt boyutu için 0.75’dir (Ek 2).

3.4.3. Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği

Karancı ve Dirik tarafından 2003 yılında geliştirilen Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği, ilk olarak acil cerrahi girişim uygulanacak bireylerde anksiyete düzeyini belirlemek amacı ile uygulanmıştır. Ölçek, hastaların ameliyatla olma durumu ile ilgili hissedebilecekleri endişe ya da kaygılarını içeren 10 maddeden oluşan beşli likert tipi bir ölçüm aracıdır. Ölçeğin değerlendirilmesinde, tüm maddelere verilen yanıtlara karşılık gelen puanların (1 puan: hiç katılmıyorum, 2 puan: katılmıyorum, 3 puan: kararsızım, 4 puan: katılıyorum ve 5 puan: tamamen katılıyorum) toplanması ile elde edilen toplam puan kullanılmaktadır. Sadece “ameliyat sonrası tüm ağrı ve sıkıntılarımdan kurtulacağımı düşünüyorum” ifadesini içeren sekizinci madde tersten kodlanarak puanlanmaktadır. Ölçekten, elde edilebilecek en yüksek puan 50 olup, alınan puan arttıkça, bireyin içinde bulunduğu anksiyete düzeyinin de yükseldiği ifade edilmektedir. Ölçeğin kesme noktası bulunmamaktadır. Özgün çalışmada Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği’nin Cronbach Alfa değeri 0.79’dur (Karancı ve Dirik, 2003), (Ek 3).

3.5. Cerrahi Anksiyete Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenilirliği

3.5.1. Dil Geçerliliği

Cerrahi Anksiyete Ölçeği'nin dil geçerliliğini ölçmek için birçok araştırmacı tarafından kabul gören, çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılmıştır. Özgün ölçeğin maddeleri, öncelikle bir uzman çevirmen tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Türkçeye çevrilen ölçek, yeterli düzeyde İngilizce bilen bir öğretim üyesi tarafından incelenerek her bir madde ve alt boyutlar için en iyi tercüme belirlenmiştir. Türkçeye çevirisi yapılan CAÖ'nün her iki kültür ve dile hakim olan, bir uzman tarafından özgün dili olan İngilizceye geri çevirisi yapılmıştır (Ek 9). Çevirisi yapılan ölçekler maddeleri karşılaştırılarak çevirmenler arasında maddelerin benzerliği saptanarak dil geçerliliği sağlanmıştır (Erefe, 2012; Karaçam, 2019).

3.5.2. Kapsam Geçerliliği

Dil uyarlaması yapıp geçerliliği sağlanan Cerrahi Anksiyete Ölçeği'nin kapsam geçerliliğini yani ölçme amacına uygun olup olmadığını belirlemek için, üniversitelerin Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim dalında görevli olan sekiz öğretim üyesinin uzman görüşüne sunulmuştur (Ek 10). Ölçeğin kapsam geçerliliğini değerlendirmek için Davis yöntemi kullanılmıştır (Erefe, 2012). Görüşü alınan uzmanlar, ölçeğin maddelerini Davis yönteminde kullanılan dörtlü puanlama sistemine göre; her bir madde için *1-Uygun değil, 2-Uygun şekle getirilmesi gerekir, 3-Uygun ama ufak değişiklik gerekiyor, 4-Çok uygun* şeklinde 1 ile 4 arasında puanlama yaparak değerlendirmiştir. “Ölçeğin kapsam geçerliliği vardır” diyebilmek için KGİ değeri 0.80 ve üzerinde olmalıdır. Bu çalışmada tüm maddelerin KGİ değeri 0.80 ve üzerinde olduğu için ölçeğin kapsam geçerliliği vardır (Esin, 2014).

3.5.3. Eşdeğer Form Güvenilirliği

Cerrahi Anksiyete Ölçeği'nin kararlılığını test etmek amacıyla kişilerin duygu durumlarının zamana göre değişkenlik göstermesi nedeni ile eşdeğer formlar güvenilirliği yöntemi kullanılmıştır. Bunun için hastaların yaşadığı anksiyete ve kaygı durumunu ölçen Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği'nden yararlanılmıştır.

3.6. Ön Uygulama

Dil ve kapsam geçerliliği sağlanan ve uzman görüşler doğrultusunda son düzenlemeleri yapılan ölçek maddelerinin anlaşılabilirliğini ve kullanılabilirliğini ölçmek amacı ile örnekleme dahil edilme kriterlerine uygun, örneklemin %10'nu oluşturan 17 hastaya yüz yüze görüşme yöntemi ile ön uygulama yapılmıştır. Bu sırada hastaların ölçek maddelerini değerlendirilmeleri istenmiş ve herhangi bir düzeltme ya da öneri gelmediği için mevcut şekliyle çalışmada kullanılmıştır. Bu aşamada doldurulan 17 form çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.7. Verilerin Toplanması

Veriler, yüz yüze görüşme yöntemi ile 22.11.2019-05.02.2020 tarihleri arasında Kişisel bilgi formu (Ek 1), Cerrahi Anksiyete Ölçeği (Ek 2) ve Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği (Ek 3) ile araştırmacı gözetiminde, hastaların kendileri tarafından doldurularak toplanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara, gerekli açıklamalar yapılmış, form ve ölçek maddelerinin doldurulması yaklaşık 15 dakika sürmüştür. Literatürde hastanın sorularına adaptasyonu ve anlatılanları kavramaları için en uygun zamanın ameliyattan birgün öncesi olduğu belirtildiği için anket formu ameliyattan bir gün önceki akşam uygulanmıştır (Erdil ve Elbaş, 2012; Aksoy ve ark., 2017).

3.8. Araştırmanı Etik Yönü

Cerrahi Anksiyete Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapabilmek için Elizabeth Broadbent'dan e-posta aracılığı ile ölçeği Türk kültürüne uyarlamak için kullanım izni alınmıştır (Ek 4). Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği'ni eşdeğer form olarak kullanabilmek için Prof. Dr. Ayşe Nuray Karancı'dan ölçek kullanım izni alınmıştır (Ek 5). Çalışmaya başlamadan önce, araştırmanın Ordu ili Fatsa Devlet Hastanesi'nde yürütülmesi için Ordu İl Sağlık Müdürlüğü'nden (22.11.2019-0000437816-799) kurum izni (Ek 6) ve Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (12.09.2019-127) Etik Kurul Onayı alınmıştır (Ek 7). Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara, form ve ölçekler doldurulmadan önce araştırma hakkında gerekli açıklama yapılarak, yazılı onamları alınmıştır (Ek 8).

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, SPSS for Windows 22 paket programı ve LISREL 8.80 paket programı ile bir uzman tarafından analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayı, yüzdelik, en az ve en çok değerler, ortalama ve standart sapma ve aşağıdaki tabloda yer alan istatistiksel analizler kullanılmıştır.

Tablo 3.1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler

Kullanılan Test	Teknik	
Kapsam Geçerliliği	Davis Tekniği	
Açıklayıcı Faktör Analizi	Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett Katsayıları, Temel Bileşenler Analizi.	
Doğrulayıcı Faktör Analizi	χ^2/SD değeri, GFI, AGFI, CFI, RMSEA, SRMR Uyum İndeksleri ve PATH Diyagramı	
İç tutarlılık	Cronbach α Katsayısı, Madde Toplam Korelasyonu, Eşdeğer Form Eşdeğerliliği	
Kullanılan Test	Normal Dağılan Verilerde	Normal Dağılmayan Verilerde
İkili Grupların Karşılaştırılmasında	-	Mann Whitney U analizi
Çoklu Grupların Karşılaştırılmasında	-	Kruskall Wallis Analizi (İleri analiz olarak Mann Whitney U kullanılmıştır).
İlişkisel Çıkarımlarda	-	Spearman Korelasyon Analizi
Verilerin Normallik Dağılımı	Kurtosis ve Skewness Kat Sayıları*	

4. BULGULAR

4.1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalıklarıyla İlgili Özelliklerine Ait Bulgular

Hastaların %51'i erkek, %24'ü 50-59 yaş grubunda (ort.:49.86±16.56), %83.3'ü evli ve %45.6'sı ilkokul mezunudur. Hastaların %41.7'si ev hanımıdır, %69.6'sı ilçede yaşamaktadır, %96.6'sının sağlık güvencesi bulunmakta ve %24'ü sigara kullanmaktadır. Hastaların %47.1'i herni nedeniyle tedavi almıştır, tamamına genel anestezi uygulanmıştır, %86.3'ü hastaneye poliklinik kontrolü sonrasında yatırılmıştır ve %56.4'ünün kronik bir hastalığı yoktur. Hastaların %83.8'inin daha önce hastane deneyimi, %40.7'sinin en az bir, %36.8'inin en iki ameliyat deneyimi bulunmaktadır. Hastaların tamamının refakatçisi bulunmakta, %53.9'unun hastalıkları ile ilgili şikayetleri 11 ay ve daha kısa bir süredir devam etmektedir. Hastaların %99.5'i hastalık veya ameliyatları ile ilgili bilgi aldıklarını ve bu bilgiyi tamamının hekimden aldığı görülmektedir.

Hastalara ait sosyo-demografik özelliklerin dağılımı Tablo 4.1'de ve hastalıklarıyla ilgili özellikleri de Tablo 4.2'de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=204)

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	100	49.0
Erkek	104	51.0
Yaş Grubu		
18-29 yaş	29	14.2
30-39 yaş	22	10.8
40-49 yaş	43	21.1
50-59 yaş	49	24.0
60-69 yaş	30	14.7
70-79 yaş	27	13.2
80 yaş ve üzeri	4	2.0
Medeni Durum		
Evli	170	83.3
Bekar	34	16.7
Eğitim Durumu		
Okur Yazar	48	23.5
İlkokul	93	45.6
Ortaokul	21	10.3
Lise	28	13.7
Üniversite	14	6.9
Meslek		
Çalışmıyor	16	7.8
Ev Hanımı	85	41.7
Emekli	43	21.1
Memur	8	3.9
Serbest Meslek	39	19.1
İşçi	13	6.4
Yaşanılan Yer		
Şehir Merkezi	10	4.9
İlçe	142	69.6
Köy	52	25.5
Sağlık Güvencesi		
Evet	197	96.6
Hayır	7	3.4
Sigara Kullanma		
Evet	49	24.0
Hayır	155	76.0
Başka Kronik Hastalık Varlığı		
Evet	89	43.6
Hayır	115	56.4

Tablo 4.2. Hastaların Hastalıklarıyla İlgili Özelliklerinin Dağılımı

Hastalıklarıyla İlgili Özellikler	n	%
Tanı		
Herni	96	47.1
Kolesistektomi	45	22.0
Apektektomi	17	8.3
Anal Bölge Ameliyatları	31	15.1
Mide Ameliyatları	4	2.0
Bağırsak Ameliyatları	5	2.5
Guatr	5	2.5
Meme Ameliyatı	1	0.5
Ameliyat Deneyimi		
İlk kez	83	40.7
1	75	36.8
2	36	17.6
3 ve üzeri	10	4.9
Hastane Deneyimi		
Evet	171	83.8
Hayır	33	16.2
Refakatçi		
Evet	204	100
Hastalıkla İlgili Şikâyet Süresi		
11 ay ve altı	110	53.9
1-3 yıl	69	33.8
4-6 yıl	17	8.3
7-9 yıl	3	1.5
10-12 yıl	4	2.0
12 yıl ve üzeri	1	0.5
Hastalık veya Ameliyatla İlgili Bilgi Alma		
Evet	203	99.5
Hayır	1	0.5
Bilgi Alma Kaynağı (cevabı evet olanlar)		
Doktor	203	100

4.2. Cerrahi Anksiyete Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Bulguları

Bu çalışmada Cerrahi Anksiyete Ölçeği'nin Türk kültüründe geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olup olmadığını incelemek amacı ile kapsam geçerliliği, yapı geçerliliği, iç tutarlılık geçerliliği ve eşdeğer form güvenilirliği incelenerek bulgular sunulmuştur.

4.2.1. Cerrahi Anksiyete Ölçeği'nin Dil Geçerliliği Bulguları

Cerrahi Anksiyete Ölçeği'nin dil geçerliliğini test etmek için en çok tercih edilen yöntem olan çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılmıştır. Ölçek maddeleri Türkçeye çevirildikten sonra her iki kültürü ve dili bilen dil bilim uzmanı tarafından İngilizce'ye yeniden çevirisi yapılmıştır. Çeviri işlemi sonrasında çevirmenler arasında benzer sonuçlar elde edilmiştir.

4.2.2. Cerrahi Anksiyete Ölçeği'nin Kapsam Geçerliliği Bulguları

Cerrahi Anksiyete Ölçeği'nin kapsam geçerliliğini değerlendirmek için çeviri aşamasından sonra üniversitelerin Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalında görev yapan sekiz öğretim üyesinden oluşan uzman görüşüne sunulmuştur. Davis tekniği kullanılarak kapsam geçerliliği uzmanlarca değerlendirilen Cerrahi Anksiyete Ölçeğine ait maddelerin KGI skorları Tablo 4.3'de görülmektedir. Cerrahi Anksiyete Ölçeğine ait bütün maddelerin KGI skorları 0.87-1.0 arasında değişmektedir. Dolayısıyla kapsam/içerik geçerliliği yönünden herhangi bir madde ölçekten çıkartılmamıştır (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Cerrahi Anksiyete Ölçek Maddelerine Ait KGİ Skorları

Maddeler	4	3	2	1	KGİ
1. Ne olacağını bilmemekten	7	1	0	0	1.0
2. Mevcut sağlık durumumun ameliyatımı ya da iyileşmemi zorlaştırmasından	8	0	0	0	1.0
3. Enjeksiyon yaptırmaktan ya da damar içi uygulama yapılmasından	7	0	1	0	0.87
4. Anestezi ya da ameliyatım üzerinde kontrol sahibi olmamaktan	6	2	0	0	1.0
5. Vücudumda bir kesik olmasından	8	0	0	0	1.0
6. Ameliyatım esnasında bilinçli ya da uyanık olmaktan	7	1	0	0	1.0
7. Sağlık çalışanlarının ameliyatım esnasında hata yapmasından	6	2	0	0	1.0
8. Anesteziden uyanamamaktan	8	0	0	0	1.0
9. Ameliyatım esnasında doktorların bulabileceği diğer sağlık sorunlarından	7	1	0	0	1.0
10. Ameliyat sonrası kusmaktan ya da hasta hissetmekten	6	2	0	0	1.0
11. Ameliyat sonrası ağrı veya rahatsızlık yaşamaktan	8	0	0	0	1.0
12. Tamamen iyileşmeden önce taburcu olmaktan	5	3	0	0	1.0
13. Hastane ortamından hastalığa veya enfeksiyona yakalanmaktan	5	2	1	0	0.87
14. Okul veya işten ayrılmak zorunda kalmaktan	6	1	1	0	0.87
15. Normal günlük aktivitelere veya hobilerime dönmemin ne kadar süreceğini bilmemekten	6	1	1	0	0.87
16. Ameliyat sonrası yeterli sosyal destek alamamaktan	6	2	0	0	1.0
17. Ameliyatımla ilgili masraflardan	7	1	0	0	1.0
Kapsam Geçerlilik İndeksi					0.961

4.2.3. Cerrahi Anksiyete Ölçeği'nin Yapı Geçerliliği Bulguları

Kapsam geçerliliği süreci tamamlandıktan sonra, çalışmada daha net bulgular elde edebilmek amacıyla yapı geçerliliği kapsamında faktör analizi uygulanmıştır. Faktör analizi öncesinde örneklem yeterliliği ve verinin faktör analizine uygunluğu belirlemek için Kaiser-Meyer-Olkin ve Bartlett's testleri kullanılmıştır. Tablo 4.4'de görüldüğü gibi, KMO değeri 0.832 olarak belirlenmiş ve bu değer temel bileşenler analizine uygun olduğunu göstermiştir. Benzer şekilde Bartlett testi sonuçları da ($\chi^2 = 1381.691$, $p = 0.000$) verinin birbiri ile ilişki gösterdiğini ve faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.4. Cerrahi Anksiyete Ölçek Maddelerine Ait KMO ve Bartlett Testi Değerleri

KMO	0.832
Bartlett	$\chi^2=1381.691$, $p=0.000$

Ayrıca çalışma verilerinin faktör analizine uygun olup olmadığını değerlendirmek için ölçek maddelerinin anti-ımağ korelasyonlarına da bakılmıştır (Tablo 4.5). Tabloda görüldüğü gibi tüm maddeler örneklem yeterlilik ölçütünü karşılamaktadır. Ölçek maddelerinin anti-ımağ korelasyon değerleri 0.669-0.885 arasında değişmektedir.

Tablo 4.5. Cerrahi Anksiyete Ölçeğine Ait Anti-İmage Korelasyonları

	CA7	CA8	CA9	CA13	CA10	CA12	CA2	CA14	CA16	CA17
CA7	0.871 ^a									
CA8	-0.026	0.862 ^a								
CA9	-0.371	-0.371	0.841 ^a							
CA13	-0.134	0.030	-0.256	0.877 ^a						
CA10	-0.211	-0.126	-0.056	-0.211	0.856 ^a					
CA12	-0.092	-0.015	-0.062	-0.199	-0.166	0.881 ^a				
CA2	0.164	0.043	-0.212	0.020	0.050	-0.121	0.807 ^a			
CA14	-0.014	-0.013	0.013	-0.187	0.161	-0.234	0.069	0.784 ^a		
CA16	-0.096	0.160	-0.010	-0.011	-0.085	0.028	-0.349	-0.389	0.732 ^a	
CA17	0.147	-0.259	0.009	-0.019	0.071	-0.001	0.029	-0.012	-0.481	0.699 ^a
CA1	-0.093	-0.074	0.039	-0.021	-0.070	0.071	-0.249	-0.086	0.044	-0.030
CA3	-0.082	-0.001	0.005	-0.146	0.088	0.150	-0.051	-0.004	0.104	-0.051
CA4	-0.031	-0.125	0.016	0.005	-0.071	0.022	-0.072	0.024	-0.054	0.116
CA5	-0.100	-0.059	0.123	-0.084	-0.055	0.023	0.091	0.017	0.025	0.041
CA6	-0.133	-0.128	-0.012	0.132	0.116	-0.105	-0.025	0.208	-0.126	0.074
CA11	0.146	-0.013	-0.035	0.136	-0.372	-0.021	-40.95	-0.084	0.139	-0.046
CA15	-0.138	0.022	0.120	-0.015	0.004	0.063	-0.013	-0.249	-0.074	-0.122

Tablo 4.5. (devamı)Cerrahi Anksiyete Ölçeğine Anti-image Korelasyonları

	CA1	CA3	CA4	CA5	CA6	CA11	CA15
CA1	0.885 ^a						
CA3	0.034	0.726 ^a					
CA4	-0.386	-0.325	0.853 ^a				
CA5	-0.088	-0.034	-0.146	0.873 ^a			
CA6	-0.113	-0.089	0.033	-0.184	0.796 ^a		
CA11	-0.096	0.002	-0.029	-0.002	-0.263	0.771 ^a	
CA15	-0.106	0.071	-0.105	0.012	-0.181	-0.189	0.874 ^a

a= Örneklem yeterliliği ölçütü

4.2.3.1. Cerrahi Anksiyete Ölçeği'nin Açıklayıcı Faktör Analizi Bulguları

Cerrahi Anksiyete Ölçeğinin maddeleri, faktör yükleri ve açıklanan varyansı Tablo 4.6'da sunulmuş olup, ölçeğin orijinal formuna benzer şekilde üç alt boyuttan oluştuğu görülmektedir. Ölçeğe ait bütün maddelerin faktör yükleri 0.40'ın üzerindedir ve açıklanan varyans *Sağlıkla İlgili Anksiyete* alt boyutu için %32.632, *İyileşmeyle İlgili Anksiyete* alt boyutu için %13.086, *Prosedürle İlgili Anksiyete* alt boyutu için %9.214 ve Cerrahi Anksiyete Ölçeği toplam puanı için %54.931 olarak saptanmıştır. Bu nedenle bu aşamada ölçekten hiçbir madde çıkartılmamış ve 3 alt boyutlu yapı kabul edilmiştir. Ayrıca Orijinal faktör yapısına uygun olarak 6, 11 ve 15. maddeler herhangi bir alt boyuta dahil edilmemiştir.

Tablo 4.6. Cerrahi Anksiyete Ölçeğine Yönelik Faktör Analizi Bulguları

Madde No	Maddeler	Faktör/Alt Boyut		
		Sağlıkla İlgili Anksiyete	İyileşmeyle İlgili Anksiyete	Prosedürle İlgili Anksiyete
7.	Sağlık çalışanlarının ameliyatım esnasında hata yapmasından	0.804	0.509	0.233
8.	Anestezi uyanmamaktan	0.646	0.531	0.211
9.	Ameliyatım esnasında doktorların bulabileceği diğer sağlık sorunlarından	0.838	0.374	0.290
10.	Ameliyat sonrası kusmaktan ya da hasta hissetmekten	0.730	0.524	0.179
12.	Tamamen iyileşmeden önce taburcu olmaktan	0.684	0.162	0.396
13.	Hastane ortamında hastalığa veya enfeksiyona yakalanmaktan	0.803	0.250	0.346
2.	Mevcut sağlık durumumun ameliyatımı ya da iyileşmemi zorlaştırmasından	0.325	0.318	0.629
14.	Okul veya işten ayrılmak zorunda kalmaktan	0.396	0.101	0.758
16.	Ameliyat sonrası yeterli sosyal destek alamamaktan	0.318	0.140	0.871
17.	Ameliyatımla ilgili masraflardan	0.133	0.043	0.731
1.	Ne olacağını bilmemekten	0.452	0.761	0.411
3.	Enjeksiyon yaptırmaktan ya da damar içi uygulama yapılmasından	0.190	0.464	-0.047
4.	Anestezi ya da ameliyat sürecinde kontrol sahibi olmamaktan	0.430	0.767	0.236
5.	Vücudumda bir kesik olmasından	0.264	0.585	-0.056
6.	Ameliyatım esnasında bilinçli ya da uyanık olmaktan	0.238	0.697	0.166
11.	Ameliyat sonrası ağrı veya rahatsızlık yaşamaktan	0.254	0.631	0.188
15.	Normal günlük aktivitelere veya hobilerime dönmemin ne kadar süreceğini bilmemekten	0.265	0.531	0.619
Açıklanan Varyans (%)		32.632	13.086	9.214
Toplam Açıklanan Varyans (%)			54.931	

4.2.3.2. Cerrahi Anksiyete Ölçeği'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi

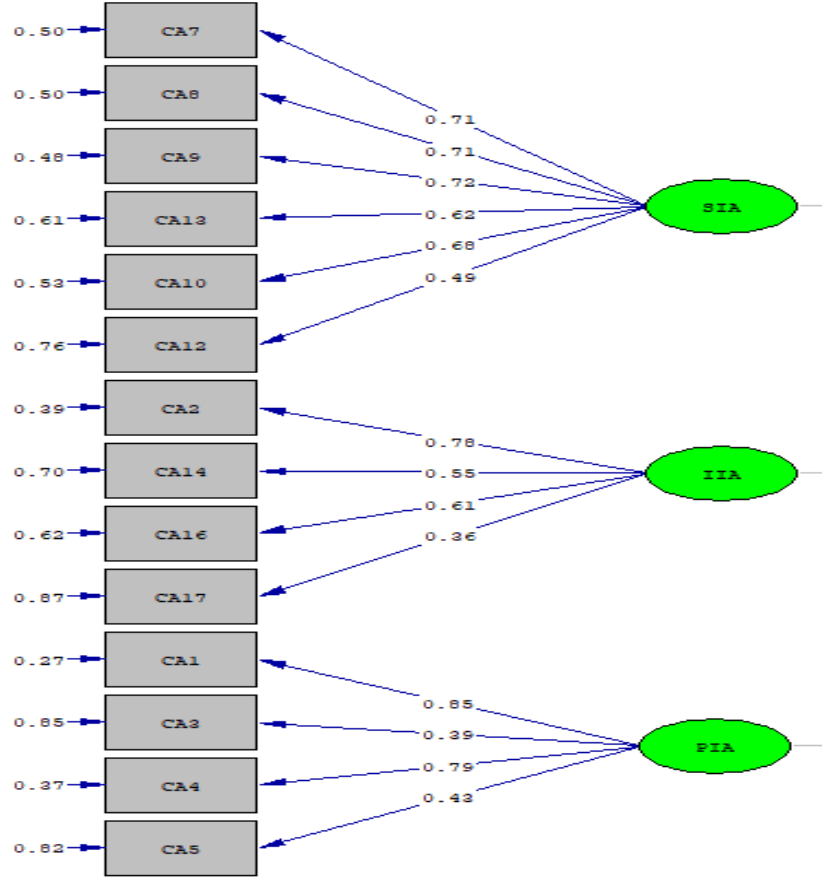
Bulguları

Cerrahi Anksiyete Ölçeği'ne yönelik uyum indeksi değerleri, normal ve kabul edilebilir değerler Tablo 4.7'de sunulmuştur. Cerrahi Anksiyete Ölçeği'nin model uyumunu incelemek için birçok indeksten yararlanılmıştır. Bunlar; χ^2/SD değeri 1.61, GFI 0.95, AGFI 0.93, CFI 1.00, RMSEA 0.055 ve SRMR 0.081 olarak saptanmıştır. İlgili uyum indeks değerleri sonucunda modelin 17 maddelik ve üç alt boyutlu Türkçe formunun kabul edilebilir olduğuna karar verilmiştir.

Tablo 4.7. Cerrahi Anksiyete Ölçeğine Yönelik Saptanan Uyum İndeksi Değerleri, Normal ve Kabul Edilebilir Değerler

İndex	Normal değer	Kabul edilebilir değer	Bulunan değer
χ^2/SD	<2	<5	1.61
GFI	>0.95	>0.90	0.95
AGFI	>0.95	>0.90	0.93
CFI	>0.95	>0.90	1.00
RMSEA	<0.05	<0.08	0.055
SRMR	<0.05	<0.08	0.081

Şekil 4.1'de Cerrahi Anksiyete Ölçeğine yönelik alt boyutları ve maddelerine ait faktör yükleri PATH diyagramı şeklinde sunulmuştur. Modele ait faktör yükleri 0.36 ile 0.85 arasında değişmektedir ve tüm maddelere ait t değeri 1.96'nın (2.49-10.90) üzerindedir. Bu nedenle ölçeğe hiçbir modifikasyon uygulanmadan orijinal yapısında olduğu şekli ile kabul edilmiştir.



Chi-Square=119.18, df=74, P-value=0.00068, RMSEA=0.055

Şekil 4.1. Cerrahi Anksiyete Ölçeği Türkçe Versiyonu PATH Diyagramı

4.2.4. Cerrahi Anksiyete Ölçeği'nin İç Tutarlılık Bulguları

Tablo 4.8'de Cerrahi Anksiyete Ölçeğine ait madde ortalamaları, madde toplam korelasyonları, madde silinirse Cronbach α katsayıları sunulmuştur. Tablo 4.8'de görüldüğü gibi Cerrahi Anksiyete Ölçeği Cronbach α katsayısı 0.844 olup, *Sağlıkla İlgili Anksiyete* alt boyutu için 0.836, *İyileşmeyle İlgili Anksiyete* alt boyutu için 0.734 ve *Prosedürle İlgili Anksiyete* alt boyutu için 0.707'dir. Ölçeğin tüm maddelerine yönelik madde toplam korelasyonları pozitif değerlidir ve hiçbir maddenin silinmesi ölçek Cronbach α katsayısında önemli bir yükselmeye neden olmamaktadır. Bu sonuçlar doğrultusunda bu aşamada da ölçekten hiçbir madde çıkarılmamıştır.

Tablo 4.8. Cerrahi Anksiyete Ölçeğine Ait Madde Toplam Korelasyonları ve Cronbach α Kat Sayıları

Maddeler	n	$\bar{x}\pm SS$	Madde Toplam Korelasyonu	Madde Silinirse Cronbach α
Madde 7	204	0.22±0.56	0.625	0.830
Madde 8	204	0.54±0.87	0.561	0.829
Madde 9	204	0.22±0.60	0.573	0.831
Madde10	204	0.12±0.49	0.497	0.836
Madde12	204	0.37±0.70	0.578	0.830
Madde13	204	0.16±0.49	0.434	0.838
Madde 2	204	0.42±0.71	0.424	0.837
Madde 14	204	0.21±0.60	0.370	0.839
Madde 16	204	0.11±0.43	0.416	0.839
Madde 17	204	0.11±0.46	0.247	0.844
Madde 1	204	0.80±0.94	0.673	0.822
Madde 3	204	0.15±0.60	0.256	0.844
Madde 4	204	0.55±0.80	0.604	0.828
Madde 5	204	0.29±0.69	0.356	0.840
Madde 6	204	1.65±1.59	0.461	0.850
Madde 11	204	0.87±0.94	0.459	0.836
Madde 15	204	0.68±1.00	0.525	0.832
Sağlıkla İlgili Anksiyete Cronbach α				0.836
İyileşmeyle İlgili Anksiyete Cronbach α				0.734
Prosedürle İlgili Anksiyete Cronbach α				0.707
Cerrahi Anksiyete Ölçeği Toplam Cronbach α				0.844

4.2.5. Eşdeğer Form Bulguları

Cerrahi Anksiyete Ölçeği, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında eşdeğer form olarak Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği kullanılmıştır. Eşdeğer form eşdeğerlik sonuçları Tablo 4.9’da sunulmuştur. Tabloda görüldüğü gibi Cerrahi Anksiyete Ölçeği puanı ile Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve yüksek düzeyde ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Eşdeğer form eşdeğerlik kat sayısı olarak kullanılan Spearman Rho kat sayısı 0.802 olarak saptanmış olup bu sonuç iki form arasında istenilen düzeyde korelasyon olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.9. Eşdeğer Form Eşdeğerlik Sonuçları

		Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği
Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği	r	1
	p	-
Cerrahi Anksiyete Ölçeği	r	0.802
	p	0.000

4.3. Cerrahi Anksiyete Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanları

Cerrahi Anksiyete Ölçeği ve alt boyutlarından alınan minimal, maximal ve ortalama puanların dağılımı Tablo 4.10’da sunulmuştur. Tablo 4.10’da görüldüğü gibi hastalar, *Sağlıkla İlgili Anksiyete* alt boyutundan ortalama 1.63 ± 2.81 puan, *İyileşmeyle İlgili Anksiyete* alt boyutundan 0.85 ± 1.68 puan, *Prosedürle İlgili Anksiyete* alt boyutundan 1.80 ± 2.23 puan ve Cerrahi Anksiyete Ölçeği’nden toplam **7.49 ± 1.12** puan alınmıştır.

Tablo 4.10. Cerrahi Anksiyete Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Dağılımları

Alt Boyutlar	Min	Max	$\bar{x}\pm SS$
Sağlıkla İlgili Anksiyete Alt Boyutu	0.00	18.00	1.63±2.81
İyileşmeyle İlgili Anksiyete Alt Boyutu	0.00	10.00	0.85±1.68
Prosedürle İlgili Anksiyete Alt Boyutu	0.00	11.00	1.80±2.23
Cerrahi Anksiyete Ölçeği Toplam Puanı	0.00	43.00	7.49±7.12

4.4. Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalıklarıyla İlgili Özelliklerine Göre Cerrahi Anksiyete Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre Cerrahi Anksiyete Ölçeği ve alt boyutlarının ortalama puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.11’de verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi, cinsiyet ve mesleğe göre “*Sağlıkla İlgili Anksiyete*” alt boyut puan ortalaması kadınlarda ve ev hanımlarında daha yüksek, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Mesleğe göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (U); çalışmayanların ve ev hanımlarının puanlarının, emekli ve serbest meslekte çalışanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sağlık güvencesi ve kronik hastalık mevcudiyeti durumuna göre “*İyileşmeyle İlgili Anksiyete*” alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Sağlık güvencesi olmayanların ve kronik hastalığa sahip olanların “*İyileşmeyle İlgili Anksiyete*” alt boyut puan ortalaması daha yüksektir.

Cinsiyet ve mesleğe göre “*Prosedürle İlgili Anksiyete*” alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Prosedürle İlgili Anksiyete alt boyut puan ortalaması kadınlarda daha yüksektir. Mesleğe göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); ev hanımlarının puanlarının emekli ve serbest çalışanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Cerrahi Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalaması ile cinsiyet ve meslek arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Cerrahi Anksiyete Ölçek toplam puan ortalaması kadınlarda daha yüksektir. Mesleğe göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); çalışmayanların ve ev

hanımlarının puanlarının, emekli ve serbest meslekte çalışanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hastaların diğer sosyo-demografik özellikleri ile Cerrahi Anksiyete Ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.11. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Cerrahi Anksiyete Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	n	Sağlıkla İlgili Anksiyete	İyileşmeyle İlgili Anksiyete	Prosedürle İlgili Anksiyete	Toplam Cerrahi Anksiyete Ölçeği
		$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$
Cinsiyet					
Kadın	100	2.30±3.49	1.06±2.04	2.20±2.28	9.46±7.98
Erkek	104	0.99±1.75	0.64±1.22	1.42±2.13	5.59±5.59
Test ve Önemlilik		U=3795.500 p=0.000	U=4653.000 p=0.134	U=3849.000 p=0.001	U=3549.500 p=0.000
Yaş Grubu					
18-29 yaş	29	1.62±2.32	0.62±1.01	2.03±2.23	8.83±5.68
30-39 yaş	22	2.32±4.57	1.32±2.77	2.09±2.33	8.55±10.06
40-49 yaş	43	1.33±1.92	0.67±1.43	1.56±1.86	6.81±6.27
50-59 yaş	49	1.94±3.59	0.61±1.40	1.76±2.54	7.02±7.89
60-69 yaş	30	1.27±2.05	1.13±2.03	1.83±2.17	7.40±6.62
70-79 yaş	27	1.52±1.87	1.04±1.65	1.67±2.13	7.44±6.54
80 ve üstü	4	1.00±1.41	1.25±0.96	2.50±3.79	5.75±6.29
Test ve Önemlilik		$\chi^2_{KW}=1.065$ p=0.983	$\chi^2_{KW}=7.665$ p=0.264	$\chi^2_{KW}=1.608$ p=0.952	$\chi^2_{KW}=4.647$ p=0.590
Medeni Durum					
Evli	170	1.66±2.93	0.78±1.66	1.77±2.23	7.26±7.40
Bekâr	34	1.47±2.18	1.18±1.80	1.97±2.29	8.62±5.48
Test ve Önemlilik		U=2878.500 p=0.969	U=2470.000 p=0.123	U=2713.000 p=0.559	U=2275.000 p=0.050
Eğitim Durumu					
Okuryazar	48	1.42±1.97	1.27±2.19	1.58±1.76	7.38±6.58
İlkokul	93	1.83±3.46	0.66±1.33	1.90±2.47	7.35±8.22
Ortaokul	21	1.38±2.33	0.43±1.16	1.86±2.39	7.33±6.45
Lise	28	1.71±2.34	1.18±2.20	2.00±2.19	8.82±5.37
Üniversite	14	1.29±2.16	0.64±0.93	1.43±2.06	6.29±5.20
Test ve Önemlilik		$\chi^2_{KW}=0.869$ p=0.929	$\chi^2_{KW}=7.352$ p=0.118	$\chi^2_{KW}=0.809$ p=0.937	$\chi^2_{KW}=4.559$ p=0.336

Tablo 4.11. (devamı) Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Cerrahi Anksiyete Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	n	Sağlıkla İlgili Anksiyete	İyileşmeyle İlgili Anksiyete	Prosedürle İlgili Anksiyete	Toplam Cerrahi Anksiyete Ölçeği
		$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$
Meslek					
Çalışmıyor ^a	16	1.88±2.06	0.94±1.12	1.75±2.05	8.38±4.95
Ev hanımı ^b	85	2.24±3.23	0.88±1.76	2.20±2.30	9.12±7.60
Emekli ^c	43	0.65±1.17	0.56±0.93	1.44±2.21	5.00±5.19
Memur ^d	8	2.00±2.88	1.25±1.75	2.38±2.97	7.50±8.59
Serbest meslek. ^e	39	1.03±2.17	0.79±1.89	1.18±1.85	5.44±5.61
İşçi ^f	13	2.23±4.82	1.38±2.79	2.00±2.42	10.08±11.08
Test ve Önemlilik		$\chi^2_{KW}=19.244$ p=0.002 <i>Fark a-c, a-e arasındadır</i> <i>Fark b-c, b-e arasındadır</i>	$\chi^2_{KW}=4.372$ p=0.497	$\chi^2_{KW}=12.313$ p=0.031 <i>Fark b-c, b-e arasındadır</i>	$\chi^2_{KW}=16.188$ p=0.006 <i>Fark a-c, a-e arasındadır</i> <i>Fark b-c, b-e arasındadır</i>
Yaşanılan Yer					
Şehir merkezi	10	0.90±1.45	1.30±1.70	1.60±2.17	5.40±5.95
İlçe	142	1.73±2.94	0.91±1.80	1.87±2.12	7.74±7.48
Köy	52	1.50±2.66	0.60±1.32	1.67±2.55	7.19±6.30
Test ve Önemlilik		$\chi^2_{KW}=1.044$ p=0.593	$\chi^2_{KW}=2.712$ p=0.258	$\chi^2_{KW}=1.170$ p=0.557	$\chi^2_{KW}=1.102$ p=0.576
Sağlık Güvencesi					
Evet	197	1.63±2.85	0.81±1.69	1.80±2.24	7.46±7.19
Hayır	7	1.57±1.51	1.86±1.35	1.86±2.27	8.29±5.15
Test ve Önemlilik		U=601.000 p=0.535	U=351.500 p=0.011	U=679.000 p=0.943	U=571.500 p=0.441
Sigara Kullanma					
Evet	49	1.88±4.28	0.86±2.00	1.61±2.59	7.12±9.08
Hayır	155	1.55±2.17	0.85±1.58	1.86±2.11	7.60±6.41
Test ve Önemlilik		U=3253.500 p=0.104	U=3400.500 p=0.203	U=3192.500 p=0.081	U=3217.000 p=0.106
Kronik Hastalık					
Evet	89	1.83±3.00	1.03±1.61	1.90±2.27	8.10±7.17
Hayır	115	1.48±2.67	0.70±1.74	1.73±2.21	7.01±7.08
Test ve Önemlilik		U=4606.000 p=0.188	U=3847.500 p=0.000	U=4811.500 p=0.447	U=4583.500 p=0.200

Hastaların hastalıklarıyla ilgili özellikleri ile Cerrahi Anksiyete Ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır ($p>0.05$), (Tablo.4.12).

Tablo 4.12 Hastaların Hastalıklarıyla İlgili Özelliklerine Göre Cerrahi Anksiyete Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	n	Sağlıkla İlgili Anksiyete	İyileşmeyle İlgili Anksiyete	Prosedürle İlgili Anksiyete	Toplam Cerrahi Anksiyete Ölçeği
		$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$
Tanı					
Herni	96	1.30±2.00	0.76±1.61	1.77±2.20	6.89±6.60
Kolesistektomi	45	1.93±3.56	0.76±1.40	1.71±2.39	7.47±7.01
Apekdektomi	17	1.47±2.35	0.94±1.03	2.41±2.45	8.71±6.10
Anal bölge cerrahisi	31	1.77±3.69	0.90±1.94	1.52±1.81	7.32±8.30
Mide cerrahisi	4	0.75±1.50	0.75±0.96	0.75±0.96	5.25±5.19
Bağırsak cerrahisi	5	4.00±3.16	3.60±4.10	3.60±2.70	16.00±9.00
Guatr	5	3.20±4.15	0.20±0.45	2.20±3.35	9.20±10.83
Meme cerrahisi	1	2.00±-	0.00±-	1.00±-	8.00±-
Test ve Önemlilik		$\chi^2_{KW}=7.257$ p=0.403	$\chi^2_{KW}=6.947$ p=0.434	$\chi^2_{KW}=6.260$ p=0.510	$\chi^2_{KW}=7.796$ p=0.351
Cerrahi Deneyim					
İlk kez	83	1.63±3.11	0.81±1.65	1.99±2.47	7.39±7.71
1	75	1.53±2.18	0.84±1.71	1.72±2.13	7.45±6.23
2	36	2.03±3.54	1.14±1.91	1.67±1.94	8.44±7.56
3 ve üzeri	10	1.00±1.33	0.20±0.42	1.40±2.07	5.10±7.11
Test ve Önemlilik		$\chi^2_{KW}=1.029$ p=0.794	$\chi^2_{KW}=4.112$ p=0.250	$\chi^2_{KW}=0.796$ p=0.850	$\chi^2_{KW}=3.339$ p=0.334
Hastane Deneyimi					
Evet	171	1.71±2.96	0.81±1.67	1.69±2.13	7.57±7.21
Hayır	33	1.21±1.90	1.03±1.79	2.39±2.68	7.03±6.73
Test ve Önemlilik		U=2594.500 p=0.431	U=2712.500 p=0.685	U=2453.500 p=0.218	U=2684.000 p=0.657
Hastalıkla İlgili Şikâyet Süresi					
11 ay ve altı	110	1.46±2.25	0.95±1.90	1.47±1.94	6.86±6.30
1-3 yıl	69	2.01±3.70	0.80±1.58	2.20±2.48	8.65±8.46
4-6 yıl	17	1.53±2.00	0.53±0.72	2.53±2.83	7.53±6.45
7-9 yıl	3	0.00±0.00	0.33±0.58	0.67±1.15	3.33±4.93
10-12 yıl	4	1.75±3.50	1.00±0.82	2.25±2.06	8.50±7.59
12 yıl ve üstü	1	0.00±-	0.00±-	0.00±-	3.00±-
Test ve Önemlilik		$\chi^2_{KW}=4.304$ p=0.507	$\chi^2_{KW}=2.207$ p=0.820	$\chi^2_{KW}=8.370$ p=0.137	$\chi^2_{KW}=3.174$ p=0.673

5. TARTIŞMA

Yapılan araştırmaların, hemşirelik mesleğine bilimsel açıdan katkı sağlayabilmesi, çalışmalarda kullanılan ölçeklerin geçerli ve güvenilir olmasına bağlıdır (ınar ve Demir, 2009). Güvenilirlik ve geçerlilik kavramlarının tanımlarına bakıldığında ise, güvenilirlik, uyarlamak istenilen ölçeğin ölçülmek istenilen özellikleri tutarlı ve istikrarlı biçimde ölçüm derecesi şeklinde açıklanırken, geçerlilik ölçüm aracının ölçülmek istenilen özelliğe uygun olması şeklinde açıklanmaktadır (Coşkun ve ark., 2019). Bu bağlamda hemşirelik bakım sürecinin herhangi bir aşamasında kullanılacak olan bir ölçüm aracının uyarlaması yapılıp geçerlilik ve güvenilirliğinin saptanması; doğru araştırma verilerinin bulunması, ekili ve doğru hemşirelik teorileri geliştirilebilmesi ve bilimsel alanda kanıta dayalı uygulamalar yapılabilmesi yönünden oldukça önemlidir (Wood ve Haber, 2006). Nitekim, Türkiye dışında farklı ülkelerde geliştirilen ölçüm araçlarının doğrudan Türkçe’ye aktararak, uyarlama süreçleri ile ilgili yeterince inceleme yapılmadan çalışmalarda kullanılması araştırma sonuçlarıyla ilgili olumsuz sonuçlara sebep olabilmektedir. Bu olumsuz sonuçları engellemek için Türkçe’de faktör yapısı doğrulanmış ve i tutarlığı yüksek bulunmuş ölçüm araçlarına ihtiyaç vardır (ınar ve Demir, 2009). Hemşirelik sürecinde bakım ve uygulamalarda kullanılabilcek bir ölçüm aracının geçerlilik ve güvenilirliğinin belirlenerek bu yönde yapılan çalışmalarda uyarlanan ölçeklerin kullanılması, hemşirelik literatürüne katkısı açısından oldukça önemlidir (apık ve ark., 2018).

Bu araştırmada amaç hastaların preoperatif dönemde kaygı durumlarını belirlemek için Burton ve arkadaşları (2018) tarafından geliştirilen Cerrahi Anksiyete leği’ni Türk dili ve kültürüne uyarlayarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmaktır. Bu kısımda, 17 maddeden oluşan CA’nn dil geçerliliği, kapsam geçerliliği, yapı geçerliliği, iç tutarlık ve hastaların bazı değişkenleri ile CA’nn puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ait bulgular tartışılmıştır.

5.1. Cerrahi Anksiyete Ölçeği Geçerlilik Bulgularının Tartışılması

5.1.1. Dil Geçerliliği Bulgularının Tartışılması

Ölçek uyarlama çalışmalarında, ölçümü yapılacak olan özelliklerin ana dil ve kültürde de aynı kavramsal anlama gelip gelmediğini belirlemek amacı ile ilk basamak olarak dil geçerliliği uygulanmaktadır. Dil geçerliliği başarıyla uygulandıktan sonra ölçüm aracının geçerlilik ve güvenilirlik uyarlaması yapıp, kültürlerarası özelliklerin karşılaştırması gereklidir. Bu anlamda ölçek uyarlaması yapılırken, özenle ve titizlikle kurallara uyulması, çalışmanın geçerli ve güvenilirliği açısından oldukça önemli görülmektedir (Aksayan ve Gözüm, 2002).

Cerrahi Anksiyete Ölçeği'nin dil uyarlaması yapılırken araştırmacılar tarafından sıklıkla tercih edilen çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntemde ilk olarak, CAÖ'nün bir dil bilimci tarafından İngilizce'den Türkçe'ye tercümesi yapılmıştır. Türkçe'ye çevrili yapılan ölçüm aracının, her iki dilde iyi düzeyde bilen, akıcı konuşabilen, çalışma yapılan kültürleri yani hedef ya da ana kültürü tanıyan, ölçülen özelliklerin ait oldukları konuyla ilgili bilgi sahibi olan bir dil bilimci tarafından tekrar İngilizce'ye tercümesi yapılmıştır. Uyarlama sonrası ölçek pilot uygulama kapsamında 17 hastaya uygulanarak ölçek ile ilgili anlam karmaşası, değiştirmeler ya da düzenlemeler olup olmadığı incelenmiştir. Sonuç olarak, CAÖ'nün Türkçe formunun dil geçerliliği bakımından uygun bir ölçüm aracı olduğu saptanmıştır.

5.1.2. Kapsam Geçerliliği Bulgularının Tartışılması

Kapsam geçerliliğinin genel olarak amacı uyarlanmak istenilen ölçeğin ve tüm alt boyutların ölçülmek istenilen değişkeni ölçüp ölçmediği ile beraber bu değişken dışında başka bir kavram içerip içermediğinin değerlendirilmesi ya da bir başka deyişle ölçeğin ölçmek istediği değişkeni, özelliği, kavramı ya da davranışı ne derecede temsil ettiğini belirlemek amacı ile kullanılan bir süreçtir (Aker ve ark., 2005). Kapsam geçerliliği değerlendirilmesinde, ilgili çalışma alanında uzmanlaşmış kişilerden oluşan, uzman görüşüne başvurma yöntemi etkili ve yaygın olarak kullanılan bir geçerlilik sınama yöntemidir (Karagöz, 2019). Kapsam geçerliliğini saptama, ister ölçek geliştirme isterse uyarlama yapmak isteyen bütün araştırmacılar tarafından değerlendirilmesi gerekli olan bir aşamadır (Yurdagül, 2005). Literatür

incelendiğinde kapsam geçerliliği için ölçülmek istenilen ölçme aracının konuyla ilgili en az beş, en fazla 20 uzman görüşüne sunulması önerilmektedir (Erefe, 2012). Kapsam geçerliliği saptanırken Lawshe ve Davis teknikleri sıklıkla kullanılmaktadır (Yurdagül, 2005). Davis tekniğinde uzmanların ölçüm aracında bulunan her bir madde için 1 ile 4 (*1=Uygun değil, 2=Maddenin uygun şekle getirilmesi gerekir, 3=Uygun ama ufak değişiklikler gerekiyor, 4=Çok uygun*) arasında puanlama yaparak değerlendirmeleri istenmiştir. Bu teknikte üç ve dört seçeneklerini işaretleyen uzman sayısı toplam uzman sayısına bölünerek ilgili maddeye ilişkin kapsam geçerlilik indeksi elde edilmektedir. Bu yöntem ile uzmanların görüşleri arasında bir anlaşma olduğunu kanıtlayabilmek için her bir madde ve ölçüğü kapsam geçerlilik indeksinin 0.80 ve üstünde bir değer olması önerilir (Esin, 2014; Karakoç ve Dönmez, 2014). Cerrahi Anksiyete Ölçeği'nin kullanılan yöntemine uygun ve yeterli sayıda uzman ile kapsam geçerliliğini saptamak için ölçüm aracının her bir maddesini cerrahi hemşirelik alanında uzmanlaşmış sekiz öğretim üyesi incelemiştir. İlgili uzmanların incelemeleri ve değerlendirmeleri sonucunda hesaplanan kapsam geçerlilik indeksi değerlerinin Cerrahi Anksiyete Ölçeği'nin her bir maddesine ait KGİ değeri 0.88 ile 1.0 arasındadır. Çalışmada Cerrahi Anksiyete Ölçeği genel kapsam geçerlilik indeksi değeri 0.96 olarak saptanmış ve ölçüm aracının kapsam geçerliliğinin sağladığı sonucuna varılmıştır. Ölçek dil uyarlaması ve kapsam geçerliliği sağlandıktan sonra, çalışmanın dahil edilme ve dışlanma kriterlerine uygun olacak şekilde örneklemin %10'unu oluşturan küçük bir grupta, ölçüm aracının her bir maddesinin anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacı ile ön uygulama yapılması önerilir (Aksayan ve Gözüm, 2002). Bu doğrultuda, Cerrahi Anksiyete Ölçeği'nin dil ve kapsam geçerliliği tamamlandıktan sonra cerrahi girişim geçirecek 17 hastaya ön uygulama yapılmış olup, hastalardan toplanan geri bildirimler sayesinde, maddelerin konuya uygun, açık ve anlaşılır olduğuna karar verilmiş ve ölçüm aracında değişiklik yapılmamıştır.

5.1.3. Yapı Geçerliliği Bulgularının Tartışılması

Ölçüm aracının yapı geçerliliği, ölçülmesi amaçlanan psikolojik özelliği temsil etme yetisi olarak tanımlanabilir. Kişilerin psikolojik özellikleri hakkında teşhis yapılmak istenildiğinde bu özellikleri ölçmek için geliştirilen ölçme araçlarının yapı

geçerliliklerinin yüksek olması beklenmelidir (Köse, 2012). Yapı geçerliliği bir ölçeğin maddelerinin değerlendirdiği özelliklerin yapısını ve kavramını ne derecede doğru ölçebildiğini ve ölçekten elde edilen sonucun ne ile bağlantılı olduğunun belirlenmesini sağlar (Hergüner ve Özbaran, 2010; Tavşancıl, 2019; Büyüköztürk, 2020). Yapı geçerliliğinin yüksek olması, maddelerin homojen ve birbirleriyle benzer olduğunu gösterir (Seçer, 2017).

Yapı geçerliliğinin değerlendirilmesinde; grup farklılıklarının karşılaştırılması, çoklu özellik-çoklu yöntem matrisi, ölçütler ve diğer testlerle arasındaki korelasyonun incelenmesi gibi çeşitli yöntemler bulunmakla birlikte en sık olarak faktör analizi, yapısal eşitlik modellemesi ve benzer ölçek geçerliliği kullanılmaktadır (Karakoç ve Dönmez, 2014; Atılgan ve ark., 2019).

Cerrahi Anksiyete Ölçeği'nin yapı geçerliliğini saptamak üzere faktör analizi uygulanmıştır. Kültürlerarası ölçek uyarlama çalışmalarında yapı geçerliliğini değerlendirmek için oldukça sık kullanılan yöntemlerden biri faktör analizi yöntemidir (Aker ve ark., 2005; Esin, 2014). Faktör analizi, birbirleriyle bağlantılı çok sayıda değişkeni bir araya getirerek az sayıda kavramsal olarak anlamlı yeni değişkenler keşfetmeyi amaçlayan çok değişkenli bir istatistik şeklinde tanımlanabilir (Büyüköztürk, 2002). Çoğunlukla psikolojik ölçme aracı geliştirmek veya ölçme aracının temel aldığı varsayılan kuramsal yapıyı test etmek amacıyla kullanılan bir analiz türüdür (Köse, 2012). Her değişken ve veri topluluğu faktör analizine uygun olmayabilir. Uygunluk koşulu için birçok test yapılmalıdır. (Kalaycı, 2006). Faktör analizi yapılmadan önce verilerin faktör analizine uygunluğu test edilir, eğer küresellik testi istatistiksel olarak anlamlı bulunuyorsa bu durumda faktör analizine geçilir. Verilerin faktör analizine uygunluğu Kaiser-Meyer-Olkin ve Bartlett testi ile sınanabilir (Çokluk ve ark., 2018; Büyüköztürk, 2020). Bartlett 1950 yılında her ne kadar bu testin verilerin küreselliği ile açıklasa da Pett, Lackey ve Sullivan 2003 yılında bu testi maddelerin ya da değişkenlerin tutarlılığı olarak adlandırmaktadır. Verilerin diğer bir ifade ile madde değişken değerlerinin tutarlılığı için geliştirilen yaklaşım ise Kaiser-Meyer-Olkin istatistiğidir. KMO, Bartlett'in aksine bir test istatistiği değil bir ölçüttür. KMO değerinin yüksek olması, ölçekteki her bir değişkenin, diğer değişkenler tarafından tahmin edilebileceği anlamına gelmektedir. Değerlerin sıfır ya da sıfıra yakın bulunması durumunda, korelasyon dağılımında, bir

dağınıklık olduğu için bu değerlere dayalı olarak yorum yapılamaz. KMO testi sonucunda, değer 0.50'den düşük olması halinde faktör analizine devam edilemeyeceği yorumu yapılır (Çokluk ve ark., 2018). Bu doğrultuda Bartlett Testinin anlamlı ve KMO Testinin ise 0.50'den büyük çıkması beklenmektedir. Faktör analizi değerlendirmesi öncesinde örneklem yeterliliği ve verinin faktör analizine uygunluğu belirlemek için KMO ve Bartlett's testleri uygulanmıştır. Bu çalışmada KMO değeri 0.832 ve Bartlett testi değeri $\chi^2 = 1381.691$, $p = 0.000$ olarak saptanmıştır. Bu bulgular elde edilen verilerin normal dağılım gösterdiğini ve faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir (Tablo 4.4). Ayrıca çalışma verilerinin faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek amacıyla ölçek maddelerinin anti-imağ korelasyonları da incelenmiş ve tüm maddelerin örneklem yeterlilik ölçütünü karşıladığı saptanmıştır (Tablo 4.5).

Faktör analizi doğrulayıcı ve açıklayıcı faktör analizleri olarak iki farklı yöntemle yapılır (Büyüköztürk, 2002; Aker ve ark., 2005; Thorndike ve Christ, 2017). Yapı geçerliliğinin değerlendirilmesinde birden fazla faktör ortaya çıkartmak için açıklayıcı faktör analizi ve mevcut modelin doğruluğunu test etmek için doğrulayıcı faktör analizi yöntemleri kullanılmaktadır (Suhr, 2006). DFA, ölçme modellerinin geliştirilmesinde sıklıkla kullanılan ve önemli kolaylıklar sağlayan bir yöntemdir (Yaşlıoğlu, 2017). DFA daha önce kullanılan bir ölçeğin, güncel çalışmalarda kullanıldığında orijinal faktör yapısına uygunluğunu, uyuyor ise uygunluk derecesini denetlemeye yarayan bir yöntemdir (Suhr, 2006).

Yapılan açıklayıcı faktör analizi sonrası; Cerrahi Anksiyete Ölçeği'nin, orijinal yapısında olduğu gibi üç alt boyuttan oluştuğu görülmektedir (Tablo 4.6). Ölçeğe ait bütün maddelerin faktör yükleri 0.40'ın üzerinde olup, açıklanan varyans *Sağlıkla İlgili Anksiyete* alt boyutu için %32.632, *İyileşmeyle İlgili Anksiyete* alt boyutu için %13.086, *Prosedürle İlgili Anksiyete* alt boyutu için %9.214 ve Cerrahi Anksiyete Ölçeği için %54.931'dir. Bu veriler neticesinde bu aşamada ölçekten herhangi bir madde çıkarılmamış ve 3 alt boyutlu yapı kabul edilmiştir. Ayrıca Orijinal faktör yapısına uygun olarak 6, 11 ve 15. maddeler herhangi bir alt boyuta dahil edilmemiştir.

Açıklayıcı faktör analizi sonrası daha kesin bulgular elde etmek için doğrulayıcı faktör analizi ve yapısal eşitlik modellemesi test edilmiştir. Cerrahi Anksiyete Ölçeği'ne ait modelin uyumunu incelemek için birçok indeksten yararlanılmış olup,

χ^2/SD değeri 1.61, GFI 0.95, AGFI 0.93, CFI 1.00, RMSEA 0.05 ve SRMR 0.08 olarak saptanmıştır (Tablo 4.7). Literatürde RMSEA ve SRMR değerlerinin 0.08'in altında GFI, AGFI VE CFI değerlerini ise 0.9'un üzerinde olması gerektirdiği bildirilmiştir (Çapık, 2014). İlgili uyum indeks değerleri sonucunda modelin bu hali ile kabul edilebilir olduğuna karar verilmiştir. Yapısal eşitlik modelinde analizler sonucunda, uygun matris oluşturulduktan sonra PATH diyagramı çizilmiştir. Bu diyagram modele ait verileri verileri grafiksel olarak göstermektedir (Çapık, 2014). Modele ait faktör yükleri 0.36 ile 0.85 arasında değişmektedir ve tüm maddelere ait t değeri 1.96'nın (2.49-10.90) üzerindedir. Bu sonuçlar neticesinde modeli iyileştirmek için hiçbir modifikasyon uygulanmamıştır (Şekil 4.1).

5.2. Cerrahi Anksiyete Ölçeği Güvenilirlik Bulgularının Tartışılması

Güvenilirlik; değişmezlik, tutarlılık, yeterlilik, doğruluk ve eşdeğerlik gibi kavramların sağlanmasını ifade etmektedir. Değişmezlik ve tutarlılık ölçüm aracının yinelenen ölçümlerde benzer sonuçlar vermesi, doğruluk ise ölçümün gerçek değerini saptama başarısıdır. Güvenilirlik düzeyi düşük olan ölçüm araçlarından elde edilen sonuçların gerçek değerleri yansıtmaya başarısı düşük olduğu gibi bilimsel değeri de düşüktür (Erefe, 2012; Esin, 2014). Ölçüm sonuçlarının, hatalardan arınmış olma derecesi olarak tanımlanan güvenilirliği ölçerken, hataların türüne bağlı olarak hesaplanan birden fazla yöntemi mevcuttur (Kartal ve Dirlik, 2016). Bunlardan ilki eşdeğer formlar yöntemidir. Eşdeğer formlar yöntemi aslında sık kullanılan güvenilirlik hesaplama yöntemlerinden birisi olmasına rağmen, güvenilirlik kanıtının elde edilmesi için uygulanacak ölçeğin bir veya daha fazla eşdeğer formunun geliştirilmiş olması gerekmektedir. Test tekrar test güvenilirlik hesaplama yöntemi ise kağıt kalem testlerinde deneyim ve hatırlama gibi bazı sorunlara yol açtığı için, test tekrar test yönteminin güvenilirlik hesaplamada kullanılması için çeşitli önlemler alınması gerekmektedir (Osburn, 2000). Bu nedenle bu çalışmada güvenilirliği ölçmek için test tekrar test yerine eşdeğer formlar yöntemi kullanılmıştır.

Bu çalışmada güvenilirliği sınama yöntemleri olarak iç tutarlılık, madde analizi ve değişmezlik için *eşdeğer form güvenilirliği yöntemi* kullanılmıştır.

5.2.1. Eşdeğer Formlar Güvenilirliği Bulgularının Tartışılması

Bir ölçeğin güvenilirliğinin belirlenmesinde aynı kapsam, zorluk, içerik ve özellikleri ölçen madde ya da sorulardan oluşan başka bir ölçüm aracıyla arasındaki korelasyon değerini hesaplanma yöntemidir (Ercan ve Kan, 2004; Karakoç ve Dönmez, 2014; Tavşancıl, 2019). Ölçekler arasındaki korelasyon hesaplanır ve güvenilirlik katsayısı olarak yorumlanır (Ercan ve Kan, 2004; Tavşancıl, 2019).

Cerrahi Anksiyete Ölçeği, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında eşdeğer form olarak Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği kullanılmıştır. Cerrahi Anksiyete Ölçeği puanı ile Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeğinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve yüksek düzeyde ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$). Eşdeğer form eşdeğerlilik kat sayısı olarak kullanılan Spearman Rho kat sayısı 0.802 olduğu için iki form arasında istenilen düzeyde korelasyon olduğu belirlenmiştir.

5.2.2. İç Tutarlılık Bulgularının Tartışılması

İç tutarlılık yaklaşımında, ölçüm aracındaki maddelerin kendi aralarındaki ilişkisi ve homojenliği saptanmaya çalışılır (Terwee ve ark., 2007; Aktürk ve Acemoğlu, 2012; Karagöz, 2019). Ölçüm güvenilirliğinin tahminini sağlar ve aynı yapıyı ölçen öğelerin ilişkili olması gerektiği varsayımına dayanır (Aktürk ve Acemoğlu, 2012). İç tutarlılık ölçüm aracındaki maddelerin ölçmek istenilen özelliği ölçme başarısını belirleyen güvenilirlik hesaplama yöntemidir. Tek bir ölçümle değerlendirildiği için ekonomik olup sıklıkla kullanılmaktadır. Ölçme araçlarının maddeleri arasındaki iç tutarlılığı yüksek ise bu ölçüm aracı güvenilir kabul edilir (Erefe, 2012; Esin, 2014).

Cerrahi Anksiyete Ölçeği'nin iç tutarlılık derecesi Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı ve madde toplam puan korelasyonları ile değerlendirildi. Cronbach Alfa katsayısı iç tutarlılığı değerlendirmede en sık kullanılan yöntemdir (Kartal ve Dirlik, 2016). Ölçek maddelerin kendi aralarındaki tutarlılık düzeyini ve arka plandaki gizli değişkeni ne kadar temsil ettiğini açıklayan güvenilirlik hesaplama yöntemidir (Şencan, 2005). Cronbach Alfa değeri 0 ile 1 arasında olup özellikle likert tipli ölçekler için bu değer mümkün olduğunca 1'e yakın olmalıdır (Terwee ve ark., 2007; Karakoç ve Dönmez, 2014). Genel olarak ölçekler için alfa katsayısının 0.70'in üzerinde olması istenmektedir ve 0,80'nin üzerindeki alfa değeri ölçeğin yüksek düzeyde güvenilir

olduğunu göstermektedir (Şencan, 2005; Terwee ve ark., 2007; Karakoç ve Dönmez, 2014; Heale ve Twycross, 2015; Karagöz, 2019). Bu çalışmada, Cerrahi Anksiyete Ölçeği toplam Cronbach α katsayısı 0.844 olup, *Sağlıkla İlgili Anksiyete* alt boyutu için 0.836, *İyileşmeyle İlgili Anksiyete* alt boyutu için 0.734 ve *Prosedürle İlgili Anksiyete* alt boyutu için 0.707'dir (Tablo 4.8). Cerrahi Anksiyete Ölçeği özgün formunda (SAQ) mükemmel bir genel güvenilirlik olduğunu belirten 0.91'lik bir Cronbach alfa değerine sahiptir. Her alt alt boyutta da iyi güvenilirlik göstermiştir; sağlık alt boyutu Cronbach alfa 0.87, iyileşme alt boyutu Cronbach alfa 0.75 ve prosedürler ile ilgili endişeler alt boyutu Cronbach alfa değeri 0.78'tir (Burton ve ark., 2018). Bu sonuçlar Cerrahi Anksiyete Ölçeği'nin güvenilirlik düzeyinin orijinal çalışmaya benzer şekilde yüksek olduğunu göstermektedir.

İç tutarlığı hesaplamada kullanılan diğer bir yöntem de madde toplam korelasyonudur. Madde toplam puan korelasyonu ölçeği oluşturan her bir maddenin puanı ile ölçek maddelerinin toplam puanını karşılaştırarak aradaki ilişkinin düzeyini inceler. Madde toplam puan korelasyonunun pozitif yönde ve yüksek olması, maddelerin benzer değişkenleri ölçtüğünü ve ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğunu göstermektedir (Esin, 2014; Büyüköztürk, 2020). Maddenin güvenilir olması için korelasyon değerinin en az 0.20 ve üzerinde olması gerektiği bildirilmiştir. Literatür doğrultusunda bu çalışmada güvenilirlik ölçütü için 0.20 değeri esas alınmıştır. Eğer ölçekte toplam korelasyon katsayısı 0.20'nin altında bir madde varsa bu madde güvenilirliği düşürdüğü için çıkarılır (Aker ve ark., 2005; Esin, 2014; Terwee ve ark., 2007). Bu çalışmada Cerrahi Anksiyete Ölçeği'nin madde toplam puan korelasyon değerleri 0.247-0.673 arasında bulundu (Tablo 4.8). Cerrahi Anksiyete Ölçeği'nin tüm maddelerinin madde toplam puan korelasyon değerleri 0.20'nin üzerinde olup maddelerin güvenilirlik düzeylerinin yeterli olduğu bulunmuştur. Cerrahi Anksiyete Ölçeği'nin orijinal çalışmasında da Pearson korelasyon analizleri, toplam SAQ skoru ile her alt ölçek skoru arasında anlamlı pozitif ilişki olduğu gösterilmiştir. SAQ, alt ölçekler arası madde toplam puan korelasyon değerleri 0.46 ile 0.55 arasında değişmektedir (Burton ve ark., 2018). Cerrahi Anksiyete Ölçeği ile SAQ madde toplam puan korelasyon değerleri benzerlik göstermektedir. Korelasyon değeri düşük olan maddeler, ölçekle ölçülmek istenen değişkenin ölçülmesine çok az katkıda bulunabilmekte ve birbirleri ile düşük ilişki gösteren ya da ilişkisiz olan maddelerin

bir araya getirilmesi ile oluşturulan bir ölçeğin güvenilirliği ve geçerliliği düşük kabul edilmektedir (Tezbaşaran, 2004). Bu çalışmadaki ölçeğin tüm maddelerine yönelik madde toplam korelasyonları pozitif değerlidir ve ölçekten maddelerin tek tek silinmesi durumunda hiçbir maddenin ölçek Cronbach Alfa katsayısında önemli bir yükselmeye neden olmadığı ve sonuç olarak ölçek maddelerinin güvenilir olduğu görülmektedir (Tablo 4.8).

Bu çalışma sonucunda üç alt boyutlu ve alt boyutlara dahil edilmeyen üç maddesi ile “Cerrahi Anksiyete Ölçeği”nin Türk dili ve kültürüne uygun, geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu saptanmıştır.

5.3. Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalıklarıyla İlgili Özellikleri İle Cerrahi Anksiyete Ölçeği Puanlarının Tartışılması

Bu çalışmada hastaların CAÖ’den aldıkları ortalama puan **7.49±1.12**, *Sağlık ile İlgili Anksiyete* alt boyut puanı $1.63±2.81$, *İyileşmeyle İlgili Anksiyete* alt boyutu $0.85±1.68$ ve *Prosedürle İlgili Anksiyete* alt boyutu $1.80±2.23$ olarak saptanmıştır (Tablo 4.10). Ölçeğin orijinal formu olan SAQ ile yapılan çalışmada puan ortalaması **13.56+10.93**, *Sağlık ile İlgili Anksiyete* alt boyutu $5.10+5.01$, *İyileşme İle İlgili Anksiyete* alt boyutu $1.89+2.58$, *Prosedür İle İlgili Anksiyete* alt boyutu $2.91+2.94$ olarak belirtilmiştir (Burton ve ark., 2018). Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 68 olup alınan puan yükseldikçe cerrahi anksiyete düzeyi yüksek olarak değerlendirilmektedir. Bu sonuç, her iki çalışmada da preoperatif dönemdeki hastaların anksiyete puanlarının düşük olduğunu göstermektedir. Ölçeğin özgün formunda Cerrahi Anksiyete Ölçeği toplam ve alt boyut puanların bu çalışma sonuçlarından kısmen yüksek olması örneklem grubunu değişik cerrahi hastalarının oluşturması ile açıklanabilir.

Bu çalışmada cinsiyete göre “Cerrahi Anksiyete Ölçek” toplam puan ortalaması, Sağlıkla İlgili Anksiyete ve Prosedürle İlgili Anksiyete alt boyut puan ortalaması kadınlarda daha yüksek saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.11). Bu çalışmaya benzer şekilde, literatürdeki birçok araştırma da cinsiyetin kaygı düzeyleri ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Caumo ve ark., 2001; Yılmaz ve ark., 2017). Yapılan pek çok çalışmada kadınların erkeklere göre daha yüksek anksiyete düzeylerine sahip olduğu belirtilmiştir (Karayağız ve ark.,

2011; Gonçalves ve ark., 2017). Bununla birlikte, cinsiyet ve kaygı arasındaki ilişkiye dair farklı sonuçlar bildiren çalışmalar da vardır (Gonçalves ve ark., 2017). Gürses ve Yılmaz'ın (2020) beyin cerrahi servisinde spinal travma tanısı ile yatan hastalarda yaptıkları çalışmada kadınlarda anksiyete düzeyi daha yüksek bulunmuşlardır. Taşdemir ve arkadaşları (2013) preoperatif bilgilendirmenin ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerini inceledikleri çalışmalarında kadınlarda anksiyete düzeyi anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Aykent ve arkadaşları (2007) preoperatif anksiyete nedenlerini inceledikleri çalışmalarında, kadınlarda anksiyete düzeylerini daha yüksek bulmuşlardır. elik ve Edipoğlu'nun (2018) preoperatif anksiyete ve anestezi korkusunu değerlendirdikleri çalışmalarında da anksiyete düzeyinin kadınlarda erkeklerden anlamlı derecede daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Karayağız ve arkadaşlarının (2011) alışmalarında cerrahi servisinde psikiyatrik yakınmalardan dolayı konsültasyon istenen hastaların %69.7'sini kadınların oluşturduğu ifade edilmiştir. Caumo ve arkadaşları (2001), kadınlarda daha yüksek oranlarda görülen anksiyeteyi, östrojen ve progesteron hormonlarının seviyelerindeki dalgalanmalar ile açıklamışlardır. Turhan ve arkadaşları (2012) kadınlarda erkeklere göre anksiyetenin yüksek olmasını toplumumuzda erkeklerde duygu dışavurumunun daha kısıtlı olması ve duygusal yakınmalarını daha az ifade etmeleri ile ilişkili olabileceğini açıklamışlardır. Yılmaz ve Trkleş (2017), bu durumu kadınlar hormonal ve biyolojik faktörlere, toplumsal beklentilere ya da baskılara daha fazla maruz kalma gibi nedenlerle ruhsal yönden erkeklere göre daha fazla risk altında olmakla birlikte, anksiyete kadınlarda daha yaygın olarak görülmektedir şeklinde yorumlamışlardır. Deneysel alışmalar, östrojen ve progesteron seviyelerindeki dalgalanmaların, duygudurum ve anksiyete bozukluklarının kaynağı olabileceğini ve kadın hastalarda farklılığın nedeni olabileceğini ileri sürmüştür (Ramamohan ve ark., 2018).

Cerrahi Anksiyete leği toplam puan ortalaması, Sağlıkla İlgili Anksiyete ve Prosedürle İlgili Anksiyete alt boyut puan ortalaması çalışmayan ve ev hanımı olan hastalarda yüksek olarak belirlenmiş ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$, (Tablo 4.11). Taşdemir ve arkadaşlarının (2013) alışmasında hastaların meslek gruplarına göre preoperatif anksiyete puanının en yüksek ev hanımı grubunda, en düşük memur grubunda olduğu belirlenmiş ancak aradaki fark

istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Demir ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında hastaların meslekleri ile anksiyete puanları arasında farklılık saptanmamış ancak anksiyete sıklığının işçi grubunda diğer meslek gruplarından yüksek saptanmıştır. Karadağ Arlı (2017) yaptığı çalışmada Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve Bilgi Ölçeği toplam puan ortalamasını memur ve ev hanımlarında daha yüksek belirtmiştir. Okanlı ve arkadaşları (2006), cerrahi servislerinde yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerini inceledikleri çalışmada ev hanımlarında anksiyete ve depresyon puanlarını anlamlı düzeyde daha yüksek belirtmişlerdir. Bu çalışma sonuçları literatürle benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada kronik hastalık mevcudiyeti ile “Cerrahi Anksiyete Ölçeği’nin İyileşmeyle İlgili Anksiyete” alt boyut puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$), (Tablo 4.11). Literatürde anksiyete ve kronik hastalık varlığı ile ilgili değişik sonuçlar bildirilmiştir. Bahar ve Taşdemir (2008), dahili ve cerrahi servislerde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon durumunu inceledikleri çalışmada, kronik hastalığı olanların anksiyete düzeylerinin yüksek olduğunu belirtmişlerdir. İnel (2016) omurilik cerrahisi hastalarında yaptığı çalışmada, kronik hastalık varlığı ile ameliyat öncesi anksiyete düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmiştir. Uğur Nayir (2012) açık kalp ameliyatı olan hastalarda yaptığı çalışmada, hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete puanlarının kronik hastalık varlığı ile ilişkili olmadığını saptamıştır. Bayad’ın (2017) preoperatif cerrahi hastalarında hastalık algısı ve anksiyete düzeyinin ile ilgili çalışmasında, ek hastalığı olan hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete düzeyleri ile ek hastalık varlığı durumunun anksiyete düzeyini etkilemediği ifade edilmiştir. Buldan ve Kuzu Kurban (2018) kronik hastalığı olan olgularda anksiyete ve depresyon düzeylerinin düşük olmasında hastaların çoğunluğunun yanında refakatçilerinin bulunmasının etkili olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışmada ise Cerrahi Anksiyete toplam puan ortalaması ile kronik hastalık varlığı arasında anlamlı fak bulunmamış ancak “İyileşmeyle İlgili Anksiyete” alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bu sonuç kronik hastalığa sahip hastaların ameliyat esnası ve ameliyat sonrası oluşabilecek komplikasyonlara yönelik olarak daha fazla korku ve kaygı yaşamaları nedeniyle iyileşme ile ilgili anksiyete yaşadıkları şeklinde açıklanabilir.

Cerrahi Anksiyete Ölçeği “İyileşmeyle İlgili Anksiyete” alt boyut puan ortalaması ile sağlık güvencesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.11). Okanlı ve arkadaşlarının (2006), cerrahi servislerinde yatan hastalarında anksiyete ve depresyon düzeyleri ile ilgili yaptıkları çalışmada sağlık güvencesi ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel yönden anlamlı fark olduğu belirtilmiştir. Karadağ Arlı'nın (2017) ameliyat öncesi anksiyete durumunu incelediği çalışmasında ameliyat öncesi anksiyete düzeyi ile sağlık güvencesi arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bu sonuçta sağlık güvencesi olmayan hastaların iyileşme sürecinin uzama ihtimalini düşünerek yaşayabilecekleri ekonomik kaygının etkili olduğu düşünülebilir.

Bu çalışmada hastaların yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, yaşanılan yer, sigara kullanımı ile Cerrahi Anksiyete Ölçeği ve alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.11),

Yaş ve ameliyat öncesi anksiyete düzeyi ile ilişkisi konusunda literatürde çelişkili sonuçlar vardır. Aykent ve arkadaşları (2007), yaptıkları çalışmada anksiyetenin 30 yaş altı grupta daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Yaşlılarda gençlerden farklı olarak daha kadercı bakış açısının hâkim oluşu, gençlerin iletişim araçlarını daha yakından takip edebilmeleri ve sağlık alanında yaşanan olumsuz olaylardan haberdar olmaları bu sonuçta etkili olarak değerlendirilmiştir. Sun ve arkadaşları (2008) ise 40 yaş altında endişe seviyesinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Taşdemir ve arkadaşları (2013), yaptıkları çalışmada 50 yaş altındaki hasta grubunun anksiyetesini 50 yaş üstü hasta grubuna göre daha yüksek bulmuştur. Cuvaş ve arkadaşları (2010), yaptıkları çalışmada yaş ilerledikçe durumluk kaygı düzeylerinin azaldığını saptamışlardır. Demir ve arkadaşları da (2009) yaş arttıkça endişe seviyesinin düştüğünü bildirmişler ve bu durumu yaşlılarda daha baskın olan kadercilik algısı ve kültürel faktörlerin yaşam streslerine daha kolay dayanmalarına sebep olması olarak açıklamışlardır. Ölçeğin özgün çalışmasında ise genç hastalarda yaşlı hastalarla karşılaştırıldığında SAQ skorları anlamlı olarak daha yüksek belirtilmiştir (Burton ve ark., 2018). Bizim çalışmamıza benzer şekilde Turhan ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada da yaş gruplarının hastaların ameliyat öncesi anksiyete düzeylerinde herhangi bir etkisi olmadığını saptamıştır. Çelik ve

Edipoğlu'nun (2018) yaptıkları çalışmalarında yaşa göre anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Bu çalışmada medeni durum ile Cerrahi Anksiyete lek toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.11). Benzer şekilde Demir ve arkadaşlarının (2010) ve Akbulut'un (2011) yaptıkları çalışmalarda medeni durum ile ameliyat öncesi anksiyete arasında bir ilişki gösterilmemiştir.

Hastaların eğitim durumu ile Cerrahi Anksiyete leği toplam puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.11). Çalışmalarda eğitim düzeyi ile anksiyete düzeyi arasında ilişkiye yönelik farklı sonuçlar bildirilmiştir. Gz ve arkadaşlarının (2003) alışmasında durumluk kaygı puanlarının sekiz yıl ve üzeri eğitim alanlarda daha yüksek olduğunu gösterilmiştir. Gürses ve Yılmaz (2020) alışmalarında eğitim düzeyi yüksek olanların daha fazla anksiyete yaşandığını saptamışlar ve bu sonucu eğitim düzeyi arttıca hastaların riskleri daha iyi değerlendirdiği, hastalıklarını daha çok araştırdığı ve bununda anksiyete düzeyini arttırdığı şeklinde yorumlamışlardır. Eğitim düzeyi arttıca anksiyete düzeyinin azaldığını gösteren çalışmalar da mevcuttur. Acar ve Fındık (2015) yaptıkları çalışmada, eğitim düzeyi yüksek olan hastalarda ameliyata özgü anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğunu belirlemiştir. Taşdemir ve arkadaşları (2013), Sağır ve arkadaşları (2012) yaptıkları çalışmalarda eğitim durumunun anksiyete derecesini etkilemediğini saptamıştır. Turhan ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada ise eğitim seviyesi ile anksiyete arasında bir ilişki olmadığı, ilkokul mezunu grupta anksiyete düzeyinin en düşük, yüksekokul mezunu grupta en yüksek olduğu belirtilmiştir. İnel (2016) omurilik cerrahisi olan hastalarda yaptığı çalışmada, hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete düzeylerinin eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediğini saptamıştır.

Bu çalışmada yaşanılan yer ile Cerrahi Anksiyete lek toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.11). Benzer olarak Demir ve arkadaşları (2010) alışmalarında hastaların yaşadığı yer ile anksiyete düzeyleri arasında bir fark olmadığını belirtmiştir.

Hastaların sigara kullanma durumu ile “Cerrahi Anksiyete Ölçek” toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.11). Benzer şekilde Akbulut (2011) sigara kullanma alışkanlığı olan hastalarda anksiyete düzeyini değerlendirdiği çalışmada istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptamamış olup bu durumu anksiyete ölçümünün operasyondan bir veya iki gün önce yapılıp, henüz sigara içmeye devam edildiği için geri çekilme semptomlarının oluşmaması ile açıklamıştır. Çalışmamızdan farklı olarak; Caumo ve arkadaşları (2001) sigara içenlerde preoperatif anksiyetenin yüksek olduğunu saptamışlardır. Bu durumu hastaların tüm gün hastanede sigara içmelerinin yasaklanması göz önüne alındığında, sigara içmeyi kesmenin öncesinde ve hemen sonrasında görülen nikotinin geri çekilme semptomlarıyla açıklamışlardır. Cuvaş ve arkadaşları (2010) sigara içiminin preoperatif anksiyete üzerine etkisini inceldikleri çalışmada sigara içmenin kronik olarak anksiyojenik olduğunu belirtmişlerdir.

Hastaların tanı, hastane deneyimi, cerrahi deneyimi, hastalık süresi, ameliyatla ilgili bilgi düzeyi ve ameliyata ilişkin bilgiyi kimden aldıkları ile Cerrahi Anksiyete Ölçeği ve alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.12), (Tablo 4.12).

Bu çalışmada hastaların tanısı ile Cerrahi Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.12). Caumo ve arkadaşları (2001) küçük cerrahi girişimlerin anksiyete düzeyini değiştirmedini, ancak orta ve büyük cerrahi girişimlerin anksiyete düzeyini arttırdığını belirtmişlerdir. Tezel Baydar (2014) yaptığı çalışmada, ameliyat tipi ile durumluk anksiyete puanları arasında anlamlı ilişki saptamamıştır. Taşdemir ve arkadaşları (2013) ameliyat tipi ile preoperatif ve postoperatif dönemde değerlendirilen anksiyete puanları arasında ilişki bulunmadığını belirtmişlerdir. Ölçeğin özgün formunda da cerrahi tipi ile sadece SAQ “iyileşme ile ilgili endişeler” alt boyutu arasında anlamlılık saptanmıştır (Burton ve ark., 2018). Bu sonuçta çalışma kapsamına alınan hastaların özgün çalışmadan farklı olarak tamamının genel cerrahi kapsamında ameliyat geçirecek olmasının etkisi olduğu düşünülebilir.

Hastaların daha önceki cerrahi deneyimi ile Cerrahi Anksiyete Ölçeği ve alt boyutları puan ortalaması arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır ($p>0.05$),

(Tablo 4.12). Literatürde bu konuda değişik çalışma sonuçları bulunmaktadır. Duman ve arkadaşları (2003), ilk kez cerrahi girişim geçirecek hastaların daha önceden operasyon geçirmiş hastalara oranla anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Kuğu ve arkadaşlarının (2001) çalışmalarında daha önce ameliyat olan hastalarda, ameliyat olmayan hastalara göre preoperatif dönemde depresyon puan ortalamaları ve hem ameliyat öncesi, hem de ameliyat sonrası dönemde durumluk anksiyete puan ortalamalarının yüksek olduğu belirtilmiştir. Güz ve arkadaşları (2003) yaptığı çalışmada, geçirilmiş ameliyat öyküsü olan hastaların olmayanlara göre anksiyete puanlarının daha yüksek olduğunu saptamış ancak istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını belirlemişlerdir. Bayad'ın (2017) çalışmasında daha önce ameliyat öyküsü olan hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete düzeyleri ile daha önce ameliyat öyküsü olmayan hastaların anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını belirtilmiştir. Kırdemir ve arkadaşları (2011) daha önce anestezi deneyimi olanlarda endişe düzeyinin düşük olduğunu ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığını belirtmişlerdir. Aynı şekilde Caumo ve arkadaşları (2001), Turhan ve arkadaşları (2012) daha önceki anestezi ve cerrahi deneyiminin ve geçirilmiş ameliyat öyküsünün anksiyete düzeyini etkilemediğini belirlemişlerdir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, Burton ve arkadaşları (2018) tarafından geliştirilen “Cerrahi Anksiyete Ölçeği”nin (The Surgical Anxiety Questionnaire) Türk dili ve kültürüne uygun, geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olup olmadığı incelenmiştir. Bu amaçla, dil, kapsam ve yapı geçerliliği ile güvenilirlik analizleri yapılarak, CAÖ’nün Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği değerlendirilmiştir.

6.1. Sonuç

♣Cerrahi Anksiyete Ölçeği dil geçerliliği için çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılarak geçerliliği sağlanmıştır.

♣Uzman görüşleri eşliğinde, Davis tekniği kullanılarak kapsam geçerliliği değerlendirilen Cerrahi Anksiyete Ölçeği’ne ait maddelerin KGİ değeri 0.87-1.00 arasında tespit edilmiş ve kapsam geçerliliğini sağladığı belirlenmiştir.

♣Faktör analizi öncesinde örneklem yeterliliğini ve verinin faktör analizine uygunluğunu değerlendirilerek; Cerrahi Anksiyete Ölçeği’nin KMO değeri 0.832 ve Bartlett’s testi $\chi^2=1381.691$, $p=0.000$ sonuçlarına göre verilerin birbiri ile ilişkili ve faktör analizi için uygun olduğu saptanmıştır.

♣Araştırma verilerinin faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek amacıyla ölçek maddelerinin anti-imağ korelasyonlarına da bakılmış olup tüm maddelerin örneklem yeterlik ölçütünü karşıladığı belirlenmiştir.

♣Cerrahi Anksiyete Ölçeği’ne ait açıklayıcı faktör analizi sonucunda, tüm maddelerin faktör yükleri 0.40’ın üzerindedir. Açıklanan toplam varyans %54.931’dir ve bu varyans yeterli düzeyde olup, orijinal ölçek olan SAQ’da olduğu gibi üç alt boyutlu yapıya uygundur. Ayrıca orijinal faktör yapısına uygun olarak 6, 11 ve 15. maddeler herhangi bir alt boyuta dahil edilmemiştir.

♣Açıklayıcı faktör analizi inceledikten sonra daha kesin bulgulara ulaşmak için doğrulayıcı faktör analizi ve yapısal eşitlik modellemesi kurulmuştur. Doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre ölçeğin Türkçe formu için 17 maddelik, üç alt boyutlu yapısı ve bu alt boyutlara dahil edilmeyen üç maddesi ile ilgili uyum indeksi değerleri;

χ^2 /SD değeri 1.61, GFI 0.95, AGFI 0.93, CFI 1.00, RMSEA 0.05 ve SRMR 0.08 olarak bulunmuş ve modelin bu hali ile kabul edilebilir olduğu saptanmıştır.

♣Bu çalışmada Cerrahi Anksiyete Ölçeği'ne eşdeğer form olarak Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği kullanılmış olup ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve yüksek düzeyde ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Eşdeğer form eşdeğerlik katsayısı olarak kullanılan Spearman Rho kat sayısı 0.802 olduğu için iki form arasında kolerasyon sağlanmaktadır.

♣Cerrahi Anksiyete Ölçeği'nin Cronbach alfa güvenilirlik katsayıları, ölçeğin tamamı için 0.844, "sağlıkla ilgili anksiyete" alt boyutu için 0.836, "iyileşme ile ilgili anksiyete" alt boyutu için 0.734 ve "prosedür ile ilgili anksiyete" alt boyutu için 0.707 olup, yeterli düzeyde olduğu bulunmuştur.

♣Cerrahi Anksiyete Ölçeği'nin 17 maddelik halinde tüm maddelerine ilişkin toplam korelasyonlarının 0.20'nin üzerinde pozitif değerli ve yeterli düzeyde olduğu saptanmıştır.

♣Cerrahi Anksiyete Ölçeği puan ortalaması 7.49 ± 1.12 olarak belirlenmiştir.

♣Cerrahi Anksiyet Ölçeği puan ortalaması ile cinsiyet, meslek, sağlık güvencesi ve kronik hastalık varlığı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Cinsiyet ve meslekle Cerrahi Anksiyete Ölçeği, Sağlıkla İlgili Anksiyete ve Prosedürle İlgili Anksiyete alt boyut puan ortalamaları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sağlık güvencesi varlığı ve kronik hastalık varlığı ile Cerrahi Anksiyete Ölçeği İyileşmeyle İlgili Anksiyete alt boyut puan ortalamaları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p<0.05$).

♣Cerrahi Anksiyete Ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları ile yaş, medeni durum, eğitim durumu, yaşanan yer, sağlık güvencesi, sigara kullanma, tanı, kronik hastalık olma durumu, hastane deneyimi, ameliyat deneyimi ve hastalıkla ilgili şikâyet süresine göre fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Sonuç olarak; Cerrahi Anksiyete Ölçeği'nin Türkçe formunun Türk diline ve kültürüne uygun, geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Cerrahi Anksiyete Ölçeği'nin;

- Veri toplama aracı olarak preoperatif dönemde farklı örneklem gruplarında kullanılarak geçerlilik ve güvenilirliğinin sınanması,

- Ülkemizde, ameliyat olmak üzere yatışı yapılan hastaların anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi amacı ile sağlık personeli tarafından kullanılması,

- Preoperatif dönemdeki anksiyeteyi tanılama ve azaltma ile ilgili deneysel çalışmalarda kullanılması,

- Preoperatif dönem genel cerrahi dışında farklı cerrahi kliniklerindeki hastalarda da kullanılması önerilir.

KAYNAKLAR

- Acar EÇ, Fındık ÜY. (2015). Ameliyathanede hastaların hemşirelik bakım kalitesi hakkında düşüncelerinin ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(4), 268-273.
- Akbulut S. (2011). Preoperatif Anksiyete Nedenleri ve Preoperatif Vizitin Anksiyete Üzerine Etkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Dicle Üniversitesi, Diyarbakır.
- Aker S, Dünder C, Pekşen Y. (2005). Ölçme araçlarında iki yaşamsal kavram: geçerlik ve güvenilirlik: derleme. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 22(1), 50-60.
- Akinsulore A, Owojuyigbe AM, Faponle A, Fatoye FO. (2015). Assessment of preoperative and postoperative anxiety among elective major surgery patients in a tertiary hospital in Nigeria. *Middle East Journal of Anesthesiology*, 23(2), 235-240.
- Aksayan S, Gözüm S. (2002). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 4(1), 9-14.
- Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N. (2017). Cerrahi Hemşireliği 1 (2. bs.). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri. S: 1, 9, 23-26, 257-263.
- Aktürk Z, Acemoğlu H. (2012). Tıbbi araştırmalarda güvenilirlik ve geçerlilik. *Dicle Tıp Dergisi*, 39(2), 316-319.
- Alçı D, Aydın O, Aydemir Ö. (2019). DSM-5 Yaygın anksiyete bozukluğu için şiddet ölçeği türkçe formunun güvenilirliği ve geçerliliği. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 22(4), 389-395.
- American Psychiatric Association (APA). (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR. Washington DC.
- Atılğan H, Kan A, Aydın B. (2019). Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme (12. bs.). Ankara: Anı Yayınları. S: 34-37, 50-63.

- Aydın Aşık E, Çökmüş FP, Aydemir Ö, Aşçıbaşı K, Herdem A, Çöldür EÖ ve ark. (2017). DSM-5 düzey 2 Anksiyete Ölçeği Türkçe formunun geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(2), 45-50.
- Aykent R, Kocamanoğlu S, Üstün E, Tür A, Şahinoğlu H. (2007). Preoperatif anksiyete nedenleri ve değerlendirilmesi: APAIS ve STAI skorlarının karşılaştırılması. *Türkiye Klinikleri Anesteziyoloji ve Reanimasyon Dergisi*, 5, 7-13.
- Ayre C, Scally AJ. (2014). Critical values for Lawshe's content validity ratio: revisiting the original methods of calculation. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*. 47(1), 79-86.
- Bahar A, Taşdemir HS. (2008). Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 11(2), 9-17.
- Barlow JH, Cullen LA, Rowe IF. (2002). Educational preferences, psychological well-being and self-efficacy among people with rheumatoid arthritis. *Patient Educ Couns*, 46(1), 11-19.
- Bayad A. (2017). Preoperatif Cerrahi Hastalarında Hastalık Algısı ve Anksiyete Düzeyinin Saptanması. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir.
- Baydur H, Eser E. (2006). Uygulama: yaşam kalitesi ölçeklerinin psikometrik çözümlenmesi. *Sağlıkta Birikim Dergisi*, 1(2), 99-123.
- Bora Başara B, Soytulan Çağlar İ, Aygün A, Özdemir TA, Kulali B, Uzun SB ve ark. (2019). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Ankara. Erişim Tarihi:5 Nisan 2020 <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0>
- Buldan Ö, Kuzu Kurban N. (2018). Kronik hastalığı olan olguların anksiyete ve depresyon düzeyleri ile hemşirelik bakımı algısı arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(4), 274-282.

- Burton D, King A, Bartley J, Petrie KJ, Broadbent E. (2018). The Surgical Anxiety Questionnaire (SAQ): development and validation, *Psychology & Health*, 34(2), 129-146. DOI: 10.1080/08870446.2018.1502770
- Büyüköztürk Ş. (2002). Faktör analizi: temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi*, 32, 470-83.
- Büyüköztürk Ş. (2020). Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı İstatistik, Araştırma Deseni, SPSS Uygulamaları ve Yorumu (27. bs.). Ankara: Pegem Akademi. S:167-182.
- Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, Bergmann J, Iwamoto CW, Bandeira D ve ark. (2001). Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiol Scand*, 45, 298-307.
- Cimilli C. (2001). Cerrahide anksiyete. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 4(3), 182-186.
- Coşkun R, Altunışık R, Yıldırım E. (2019). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı (10. bs.). Sakarya: Sakarya Yayıncılık. S:146-150.
- Cuvaş Ö, Aslanargun P, Eymen Aslan FY, Dikmen B, Ceyhan A. (2010). Sigara içiminin preoperatif anksiyete üzerine etkisi. *Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği Dergisi*, 38(5), 348-355.
- Cüceloğlu D. (2005). İnsan ve Davranışları Psikolojinin Temel Kavramları. İstanbul: Remzi Kitabevi. S: 289-322.
- Çapık C. (2014). Geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(3), 196-205.
- Çapık C, Gözüm S, Aksayan S. (2018). Kültürlerarası ölçek uyarlama aşamaları, dil ve kültür uyarlaması: güncellenmiş rehber. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 26(3), 199-210.
- Çapık A, Pasinlioğlu T. (2015). Validity and reliability study of the tilburg pregnancy distress scale into Turkish. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(4), 260-269.
- Çelik F, Edipoğlu IS. (2018). Evaluation of preoperative anxiety and fear of anesthesia using APAIS score. *European Journal of Medical Research*, 23(1), 41.

- Çetinkaya F, Karabulut N. (2010). Batın ameliyatı olacak yetişkin hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin kaygı ve ağrı düzeyine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2), 20-26.
- Çınar Ş, Demir Y. (2009). Araştırma Toplumdaki Hemşirelik İmajı: Bir ölçek geliştirme çalışması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12, 2-24
- Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. (2018). Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik: SPSS ve LISREL Uygulamaları (5. bs.). Ankara: Pegem Akademi. S:177-206.
- Demir A, Akyurt D, Ergün B, Haytural C, Yiğit T, Taşoğlu İ ve ark. (2010). Kalp cerrahisi geçirecek olgularda anksiyete sağaltımı. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 18(3), 177-182.
- Demir A, Turan S, Balaban F, Karadeniz Ü, Erdemli Ö. (2009). Anestezi uygulamaları ile ilgili olarak preanestezik değerlendirme sırasında hastalarda yapılan anket çalışması. *Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği Dergisi*, 37(4), 225–233.
- Doğan O. (2010). Anksiyete bozukluklarının epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri-Özel Konular*, 3(4), 9-18.
- Dolgun E, Yavuz M, Ertürk S, Eroğlu B. (2002). Çocuk cerrahi yoğun bakımda çocukları yatan anne-babaların durumluk-sürekli kaygı düzeylerinin belirlenmesi. *Hemşirelik Forumu*, 5(2), 27-31.
- Duman A, Öğün CÖ, Şahin TK, Sarkılar G, Ökesli S. (2003). Preoperatif korku ve endişeyi etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Selçuk Tıp Dergisi*, 19(1), 21-26.
- Ercan İ, Kan İ. (2004). Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(3), 211-216.
- Erci B, Sezgin S, Kaçmaz Z. (2008). The impact of therapeutic relationship on preoperative and postoperative patient anxiety. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26(1), 59-66.

- Erdil F, Elbaş NÖ. (2012). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği (6. bs.). Ankara: Aydoğdu Ofset Matbaacılık. S:97, 103-114.
- Erefe İ. (2012). Veri Toplama Araçlarının Niteliği, Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri (4. bs.). Erefe İ (Ed.). Ankara: Odak Ofset. S:169-188.
- Erkan S, Gömleksiz M. (2020). Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme (5. bs.). Ankara: Nobel Yayınevi. S:197-238.
- Erkılıç E, Kesimci E, Soykut C, Doger C, Gümüş T, Kanbak O. (2017). Factors associated with preoperative anxiety levels of Turkish surgical patients: from a single center in ankara. *Patient Preference and Adherence*, 11, 291-296.
- Erkorkmaz Ü, Etikan İ, Demir O, Özdamar K, Sanisoğlu SY. (2013). Doğrulayıcı faktör analizi ve uyum indeksleri. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 33(1), 210-223.
- Erkuş A. (2003). Psikometri Üzerine Yazılar (1. bs.). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları No:24. S: 34-158.
- Erkuş A. (2007). Ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarında karşılaşılan sorunlar. *Türk Psikoloji Bülteni*, 13(40), 17-25.
- Esin MN. (2014). Veri Toplama Yöntem ve Araçları ve Veri Toplama Araçlarının Güvenirlik ve Geçerliliği (1. bs.). Erdoğan S, Nahçıvan N, Esin MN. (Ed.). Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Uygulama ve Kritik. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi. S:193-234.
- Espineira CH, Aguila MMR, Castillo MR, Valdivia AF, Sanchez IR. (2009). Relationship between anxiety level of patients and their satisfaction with different aspects of healthcare. *Health Policy*. 89, 37-45.
- Eti Aslan F. (2017). Cerrahi Bakım Vaka Analizleri ile Birlikte (2. bs.). Ankara: Reaksiyon Matbaacılık Akademisyen Kitabevi. S:3-4, 287, 300, 321-323.
- Geçtan E. (2004). Psikanaliz ve Sonrası (10. bs.). İstanbul: Metis Yayıncılık. S: 3-15.
- Gonçalves MAR, Cerejo MNR, Martins JCA. (2017). The influence of the information provided by nurses on preoperative anxiety. *Revista de Enfermagem Referencia*, 17-26.

- Gürses L, Yılmaz ER. (2020). Beyin cerrahi servisinde spinal travma tanısı ile yatan hastalarda anksiyete düzeyleri ve hasta iyileşmesi üzerine etkileri. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 73(1), 53-59.
- Gürsoy A, Candaş B, Şirin G, Yılmaz S. (2016). Preoperative stress: an operating room nurse intervention assesment. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 31(6), 495-503.
- Güz H, Doğanay Z, Güz T. (2003). Lomber disk hernisi nedeniyle ameliyat olan hastalarda ameliyat öncesi anksiyete. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 40(1-2), 36-39.
- Harrington D. (2009). Confirmatory Factor Analysis. New York: Oxford University Pres. S: 21-35.
- Hay Ll. (2008). Düşünce Gücüyle Tedavi (46. bs.) (N. Gün Çev.). İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.
- Heale R, Twycross A. (2015). Validity and reliability in quantitative studies evidence. *Based Nursing*, 18(3), 66-67.
- Hergüner S, Özbaran B. (2010). Çocuk ve Ergen Psikiyatrisinde Ölçütler ve Ölçekler: Yaygın Gelişimsel Bozukluklar Yıkıcı Davranış Bozuklukları. İstanbul: Nobel Tıp Yayınevi.
- International Test Commission (ITC). (2018). Guidelines for translating and adapting tests. *International Journal of Testing*, 18(2), 101–134.
- Işık E. (2006). Anksiyete Bozuklukları. İstanbul: Golden Print. S: 4-26.
- Işık E, Uzbay T. (2008). Antipsikotik İlaçların Yan Etkileri. Güncel Temel ve Klinik Psikofarmakoloji. Ankara: Golden Medya. S: 107-122.
- İnel M. (2016). Omurilik Cerrahisi Hastalarında Ameliyat Öncesi Anksiyete Düzeyini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi, İstanbul.
- Jlala HA, French JL, Foxall GL, Hardman JG, Bedforth NM. (2010). Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesiology. *British Journal of Anaesthesia*, 104 (3), 369-374.

- Kalaycı Ş. (2006). SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. Ankara: Asil Yayın Dağıtım. S:321
- Karaçam Z. (2019). Ölçme araçlarının Türkçeye uyarlanması. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 28-37.
- Karadağ Arlı Ş. (2017). Ameliyat öncesi anksiyetenin APAIS ve STAI-I ölçekleri ile değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(3), 38-47.
- Karagöz Y. (2019). SPSS ve AMOS Uygulamalı Nitel-Nicel-Karma Bilimsel Araştırma Yöntemleri ve Yayın Etiği (2. bs.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık. S:16-17, 103-107.
- Karakoç A, Dönmez L. (2014). Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası Dergisi*, 13(40), 39-49.
- Karanci N, Dirik G. (2003). Predictors of pre and postoperative anxiety in emergency surgery patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 363-369.
- Karayağız F, Altuntaş M, Güçlü YA, Yılmaz TT, Öngel K. (2011). Cerrahi servisinde yatan hastalarda görülen anksiyete dağılımı. *Smyrna Tıp Dergisi*, 22-26.
- Kartal SK, Dirlik EM. (2016). Geçerlik kavramının tarihsel gelişimi ve güvenilirlikte en çok tercih edilen yöntem: Cronbach alfa katsayısı. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 16(4), 1865-1879.
- Kırdemir PÖÖ. (2011). Can postoperative pain and analgesic need be predicted in preoperative period. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 31(4), 951-959.
- King TL, McCool WF. (2004). The definition and assessment of pain. *Journal of Midwifery Women's Health*, 49(6), 471-472.
- Klopfenstein CE, Forster A, Gessel EV. (2000). Anesthetic assesment in an outpatient consultation clinic reduces preoperative anxiety. *Canadian Journal of Anesthesia*, 47 (6), 511-515.

- Kocabaşoğlu N. (2005). Stres ve Anksiyete. İ. Balcıoğlu (Ed.), Medikal Açıdan Stres ve areleri. İstanbul: Aksu Basım. S:181-197.
- Kocabaşoğlu N. (2008). Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi. No:62, S:175-184.
- Köroğlu E. (2013). Amerikan Psikiyatri Birliği. DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. Ankara: HYB Yayıncılık.
- Köse İA. (2012). Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme: Geçerlik ve Güvenirlik. Ankara: Elhan Yayınları.
- Kuğu N, Berkan Ö, Akyüz G, Doğan O. (2001). Ameliyat olan ve olmayan kronik vasküler hastalığı olan olgularda anksiyete ve depresyon düzeyleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2(4), 213-221.
- Lewis SM, Hetkemper MM, Dirksen SR. (2004). Medical Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems. Philedelphia: Mosby Company.
- Li X, Hou D. (2019). Research advances on the relationship between preoperative anxiety and postoperative recovery among patients undergoing hysteroscopic surgery [J]. *Chinese Nursing Research*, 33(12), 2088-2092.
- Majumdar JR, Vertosick EA, Cohen B, Assel M, Levine M, Barton-Burke M. (2019). Preoperative anxiety in patients undergoing outpatient cancer surgery. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 6(4), 440.
- Nutt D, Argyropoulos S, Forshall S. (1998). Generalized Anxiety Disorder: Diagnosis, Treatment And Its Relationship To Other Anxiety Disorders. London; Martin Dunitz.
- Okanlı A, Özer N, Akyıl R, Koçkar . (2006). Cerrahi kliniklerinde yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(4), 38-44.

- Osburn HG. (2000). Coefficient alpha and related internal consistency reliability coefficients. *Psychological Methods*, 5(3), 343.
- Öner N, Le Compte A. (1998). Süreksiz Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı (2. bs.). İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları. S:1-26.
- Öz F. (2004). Sağlık Alanında Temel Kavramlar (1. bs.). Ankara: İmaj Basım. S:163-172.
- Özakkaş T. (2014). Anksiyete Bozuklukları ve Tedavisi (1. bs.). Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları. İstanbul: Acar Matbaacılık. S:1-26.
- Özdamar K. (2015). Paket Programlarla İstatistiksel Veri Analizi-1 (10. bs.). Ankara: Nisan Kitabevi. S:131-140.
- Öztürk MO. (2004). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları (1.bs.). Ankara: HYB Yayıncılık. S:25-89.
- Pritchard MJ. (2011). Using the hospital anxiety and depression scale in surgical patients. *Nursing Standard*, 25(34).
- Ramamohan D, Indira S, Sateesh S, Kumar S, Bhandarkar P, Bhat S ve ark. (2018). Understanding preoperative anxiety in patients before elective surgical intervention. *International Journal of Academic Medicine*, 4(1), 56-59.
- Rosen S, Svensson M, Nilsson U. (2008). Calm or not calm the question of anxiety in the perianesthesia patient. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 23 (4), 237-246.
- Sağır G, Kaya M, Eskiçınar H, Özlem KKA. (2012). Spinal anestezi planlanan hastalarda görsel bilgilendirmenin preoperatif anksiyete üzerine etkisi. *Turkish Journal of Anaesthesiology Reanimation*, 40(5), 274-278.
- Seçer İ. (2017). SPSS ve LISREL ile Pratik Veri Analizi (3. bs.). Ankara: Anı Yayıncılık. S:222.
- Sertbaş G, Bahar A. (2004). Anksiyete ve anksiyete ile baş etmede hemşirelik girişimleri. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 48(6),16-19.
- Sigdel S. (2015). Perioperative Anxiety. *Clinical Trials and Patent*, 1(1), 2.
- Stone M. (1997). Healingthe Mind: A History of Psychiatry From Antiquity To The Present. New York: W.W Norton &Company. S: 1-10.

- Suhr DD. (2006). Exploratory or confirmatory factor analysis?. *Statistics and Data Analysis*, 200(31), 1-17.
- Sun GC, Hsu MC, Chia YY, Chen PY SF. (2008). Effects of age and gender on intravenous midazolam premedication: A randomized double-blind study. *British Journal of Anaesthesia*, 101(5), 632-639.
- Şahin M. (2019). Korku, kaygı ve kaygı (anksiyete) bozuklukları. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi (ASEAD)*, 6(10), 117-135.
- Şencan H. (2005). Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlik (1. bs.). Ankara: Seçkin Yayıncılık. S: 787-788.
- Taşdemir A, Erakgün A, Deniz MN, Çertuğ A. (2013). Preoperatif bilgilendirme yapılan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerinin state-trait anxiety inventory test ile karşılaştırılması. *Turkish Journal of Anaesthesiology Reanimation*, 41, 44-49.
- Taşkın Ç, Akat Ö. (2010). Araştırma Yöntemlerinde Yapısal Eşitlik Modelleme. Bursa: Ekin Yayınevi. S:9-26.
- Tavşancıl E. (2019). Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi (6. bs.). Ankara: Nobel Yayınevi. S: 19-54, 107-110, 152-155, 202-208.
- Tekin H. (2019). Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme (27. bs.). Ankara: Yargı Yayınları. S:31-56, 103-109.
- Terwee CB, Bot SD, Boer MR, Windt DA, Knol DL, Dekker J, ve ark. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(1), 34-42.
- Tezbaşaran A. (2004). Likert tipi ölçeklere madde seçmede geleneksel madde analizi tekniklerinin karşılaştırılması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 19 (54), 77-78.
- Tezel Baydar Y. (2014). Preoperatif Anestezi Bilgilendirmesinde Broşür ile Bilgilendirmenin veya Sözel Bilgilendirmenin Preoperatif Anksiyeteye Olan Etkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- Thorndike R, Christ T. (2017). Psikolojide ve Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme. Ankara: Nobel Kitabevi. S: 27, 118-140, 154-165.

- Turhan Y, Avcı R, Özcengiz D. (2012). Elektif cerrahi operasyon planlanan hastalarda preoperatif ve postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisi. *Anestezi Dergisi*, 20(1), 27-33.
- Tükel R, Alkın T. (2006). Anksiyete Bozuklukları. Ankara: Pozitif Matbaacılık.
- Türk Dil Kurumu. (2020). Erişim Tarihi: 20 Mart 2020, <http://www.tdk.gov.tr/>
- Ulusoy M, Şahin N, Erkmen H. (1998). Turkish version of The Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *Journal Of Cognitive Psychotherapy*, 12, 163-172.
- Uğur Nayir R. (2012). Açık Kalp Ameliyatında Preoperatif Anksiyete ile Postoperatif Komplikasyonlar Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Kocatepe Üniversitesi, Afyonkarahisar.
- Wittchen HU, Kessler RC, Pfister H, Höfler M, Lieb R. (2000). Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective-longitudinal community study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 14-23.
- World Health Organization (WHO). (2017). Process Of Translation And Adaptation Of Instruments. Erişim Tarihi: 5 Mart 2020 http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/
- Wood GR, Haber J. (2006). Nursing Research: Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice. Missouri: Mosby Elsevier. S: 336-340.
- Yardakçı R, Akyolcu N. (2004). Ameliyat öncesi dönemde yapılan hasta ziyaretlerinin hastanın anksiyete düzeyine etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Dergisi*, 1(2), 7-14.
- Yaşlıoğlu MM. (2017). Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 46, 74-85.
- Yurdagül H. İçerik geçerliliği için ölçek geliştirme çalışmalarında içerik geçerlik indeksi kullanımı. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi, Denizli, 2005; 1-6.
- Yurdugül H, Aşkar P. (2008). An investigation of the factorial structures of pupils' attitude towards technology (PATT): A Turkish sample. *Elementary Education Online*, 7(2), 288-309.

Yılmaz M, Türkleş S. (2017). Türkiye’de hemşireler tarafından kadın ruh sağlığı kapsamında yapılan çalışmaların hemşirelik bakımına Etkisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatric Nursing-Special Topics*, 3(3), 260-267.

Yılmaz Ö, Boz H, Arslan A. (2017). Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği’nin (DASS) Türkçe kısa formunun geçerlilik-güvenilirlik çalışması. *Finans Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2(2), 78-91.

Ek 2. Cerrahi Anksiyete Ölçeği

Her maddeye ait ne kadar kaygı (anksiyete) duyduğunuzu yandaki kutucuklara işaretleyiniz.	Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok	Aşırı
1. Ne olacağını bilmemekten					
2. Mevcut sağlık durumumun ameliyatımı ya da iyileşmemi zorlaştırmasından					
3. Enjeksiyon yaptırmaktan ya da damar içi uygulama yapılmasından					
4. Anestezi ya da ameliyatım üzerinde kontrol sahibi olmamaktan					
5. Vücudumda bir kesik olmasından					
6. Ameliyatım esnasında bilinçli ya da uyanık olmaktan					
7. Sağlık personelinin ameliyatım esnasında hata yapmasından					
8. Anesteziden uyanamamaktan					
9. Ameliyatım esnasında doktorların bulabileceği diğer sağlık sorunlarından					
10. Ameliyat sonrası kusmaktan ya da hasta hissetmekten					
11. Ameliyat sonrası ağrı veya rahatsızlık yaşamaktan					
12. Tam olarak iyileşmeden önce taburcu olmaktan					
13. Hastane ortamından hastalık almaktan veya enfeksiyona yakalanmaktan					
14. Okuldan veya işten ayrılmak zorunda kalmaktan					
15. Normal günlük aktivitelere ve hobilerime dönmemin ne kadar süreceğini bilmemekten					
16. Ameliyat sonrası yeterli sosyal desteğe sahip olamamaktan					
17. Ameliyatımla ilgili masraflardan					

Ek 2. The Surgical Anxiety Questionnaire

	Not at all	A little bit	Moderately	Very	Extremely
1. Not knowing what is going to happen					
2. My current health complicating my surgery or recovery					
3. Having an injection or receiving an IV line (a drip)					
4. Not having any control over my anaesthesia or surgery					
5. An incision in my tissues					
6. Being awake or conscious during my surgery					
7. The medical staff making a mistake during my surgery					
8. Not waking up from the anaesthetic					
9. Other health problems the doctors might find during my surgery					
10. Feeling sick or vomiting after my surgery					
11. Experiencing pain or discomfort after my surgery					
12. Being discharged before I have recovered properly					
13. Contracting an infection or getting sick from the hospital environment					
14. Having to take time off school or work					
15. How long it will take to return to my normal daily activities or hobbies					
16. Not having enough social support after my surgery					
17. Costs associated with my surgery					

Ek 3. Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği

Aşağıda, ameliyat olan kişilerin yaşadıkları bazı duygu ve düşünceler ile ilgili ifadeler yer almaktadır. Her bir ifadeyi dikkatlice okuyup, her bir ifadeye ne kadar katıldığınızı aşağıdaki 5’li derecelendirmeyi kullanarak belirtiniz. Lütfen her ifade için sadece bir seçenek işaretleyiniz.

	Hiç katılmıyorum (1)	Katılmıyorum (2)	Kararsızım (3)	Katılıyorum (4)	Kesinlikle katılıyorum (5)
1. Ölüm düşünceleri sık sık aklıma geliyor.					
2. Bana bir şey olursa ailemin ve çocuklarımın ortada kalacağını düşünüyorum.					
3. Ameliyat için bayıldıktan sonra uyanamamaktan korkuyorum.					
4. Ameliyat sırasında kanama ya da başka bir sorun yüzünden öleceğimi düşünüyorum.					
5. Ameliyat sonrası yara yerimin iltihap kapması ya da başka bir sorun çıkarak tamamen iyileşemeyeceğimi düşünüyorum.					
6. Ameliyat sonrasında yürüyememekten ya da eskisi gibi tüm ihtiyaçlarımı karşılayamamaktan korkuyorum.					
7. Ameliyat sonrası çok ağrı çekeceğimi düşünüyorum					
8. Ameliyat sonrası tüm ağrı ve sorunlardan kurtulacağımı düşünüyorum.					
9. Sakat kalmaktan korkuyorum.					
10. Ameliyat esnasında ağrı çekeceğimi düşünüyorum.					

Ek 4. Surgical Anxiety Questionnaire Kullanım İzni



Gökçen Köşgeroğlu <gokcen.kosgeroglu7@gmail.com>

The surgical anxiety questionnaire (SAQ): development and validation

Elizabeth Broadbent <e.broadbent@auckland.ac.nz>
Alıcı: Gökçen Köşgeroğlu <gokcen.kosgeroglu7@gmail.com>

5 Mayıs Paz 00:34

Yes you have permission to use it. I have not given permission to anyone else to use it in Turkish

The items can be found in the paper.

2018 The surgical anxiety questionnaire SAQ development and validation.pdf, ATT00001.htm

Ek 5. Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği Kullanım İzni



Gökçen Köşgeroğlu <gokcen.kosgeroglu7@gmail.com>

"Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği" kullanım izni

Metu <karanci@metu.edu.tr>

8 Ağustos Per 13:14

Alici: Gökçen Köşgeroğlu <gokcen.kosgeroglu7@gmail.com>

Merhaba
Ölçeği tez çalışmanızda kullanabilirsiniz.
İyi çalışmalar
Nuray Karancı

Sent from my iPad
[Alıntılanan metin gizlendi]

Ek 6. Kurum İzni



T.C.
ORDU VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Ordu Üniversitesi - Ordu Üniversitesi
Rektörlüğü - Genel Sekreterlik
22.11.2019 11:14
Sayı: -799-E.00000437816
0000437816

Sayı : 35766460-799
Konu : Araştırma İzni (Doç.Dr.Nurgül
BÖLÜKBAŞ-Gökçen
KÖŞGEROĞLU)

ORDU ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı)

İlgi : 03/09/2019 tarih ve 36910495-663.08-E.00000402855 sayılı yazınız.

Fakülteniz Hemşirelik Anabilim Dalı Doç.Dr.Nurgül BÖLÜKBAŞ'ın danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi Gökşen KÖŞGÖROĞLU'nun "*Cerrahi Anksiyete Ölçeği Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliliği*" konulu çalışmasının sağlık tesisinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, kişisel veri ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, yapılacak çalışma sonucunun Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi ve etik kurulu raporu alındıktan sonra çalışmaya başlanması şartıyla uygun görülmüş olup, alınan komisyon kararı yazımız ekinde gönderilmiştir.

Gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Mustafa KASAPOĞLU
İl Sağlık Müdürü

EKLER:

- 1-Komisyon Kararı (1 Adet)
- 2-İş Birliği Protokolü (1 Adet)

Ek 7. Etik Kurul İzni



ORDU
ÜNİVERSİTESİ

T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Toplantı Saati	Karar Sayısı
12/09/2019	14	15.30	2019-127

Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkan Dr. Öğr. Üyesi Ahmet KARATAŞ başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

KARAR NO: 2019/ 127

Sorumlu yürütücü Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ'ın KAEK 127 Nolu başvurusunun değerlendirilmesi sonucu "*Cerrahi Anksiyete Ölçeği Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliliği*" başlıklı araştırmanın etik ilke ve kurallara uygunluk açısından yapılabilirliğine ve konunun ilgili öğretim üyesine tebliğine toplantıya katılanların oy birliği ile karar verildi.

e-imzalıdır
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet KARATAŞ
Ordu Üniversitesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı



Ek 8. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli Katılımcı,

Ben Gökçen GÖL, Ordu Üniversitesi'nde Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ danışmanlığında yüksek lisans yapmaktayım. Yüksek lisans tezi olarak “**Cerrahi Anksiyete Ölçeği Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması**” isimli araştırmayı yürütmekteyim.

Bu bilimsel çalışma ile Cerrahi Anksiyete Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik çalışmasının yapılması ve ameliyat öncesi cerrahi anksiyetenin değerlendirilmesi mümkün olacaktır.

Ordu İl Sağlık Müdürlüğü'nden çalışma için gerekli izinler alınmıştır. Bu çalışmada yer almanız için size hiç bir ödeme yapılmayacak ve size ek bir maliyet getirmeyecektir, araştırmadaki işlemlerin size hiçbir zararı olmayacak ve istediğiniz zaman çalışmadan ayrılabilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen sizin isteğinize bağlı olup gönüllülük esastır katılmanız için hiçbir zorunluluk bulunmamaktadır.

Araştırmadaki veri toplama formlarını yanıtlama süreniz ortalama 15 dakikanızı alacaktır. Formalara isim yazmanız rakamsal değerlerle ifade edileceği için gerekmemektedir. Verileriniz gizli tutulacak ve kimseyle paylaşılmayacaktır. Çalışma ile ilgili her türlü soruyu istediğiniz zaman aşağıda bulunan iletişim bilgilerini kullanarak yöneltebilirsiniz. Bu formu imzalamakla yukarıda yazılanları ve araştırmaya katılmayı kabul etmiş oluyorsunuz.

Zaman ayırdığınız ve katılımınız için teşekkür ederim

Katılımcının Adı Soyadı:

Adres:

Telefonu:

Tarih ve İmza:

Araştırmacının Adı Soyadı:

İş Adresi:

Telefonu:

E-Posta:

Tarih ve İmza:

Ek 9. Çeviri-Geri Çeviri Yapan Uzmanlar

Dil Bilim Uzmanları

Öğr.Gör. Halise YAVUZ

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Catherine YİĞİT

Çevirmen

Ek 10. Görüşü Alınan Uzmanlar

Prof. Dr. Arzu YILDIRIM	Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Prof. Dr. Ayla GÜRSOY	Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Prof. Dr. Dilek ÇİLİNGİR	Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Prof. Dr. Nezihe KARABULUT	Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Prof. Dr. Sevban ARSLAN	Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Doç. Dr. Gülay İPEK ÇOBAN	Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Gülçin AVŞAR	Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Serap EJDER	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Gökçen GÖL
Doğum Yeri : Onikişubat/Kahramanmaraş
Doğum Tarihi : 04.05.1994
Yabancı Dili : ----
E-posta : gokcen.kosgeroglu7@gmail.com
İletişim Bilgileri : Aybastı Devlet Hastanesi

Öğrenim Durumu :

Derece	Bölüm/ Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi	2012-2016

İş Deneyimi:

Görev	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Kahramanmaraş Özel Markasi Hospital, Kahramanmaraş	2016
Hemşire	Aybastı Devlet Hastanesi, Ordu	2017-Halen