



TC.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ERCP İŞLEMİ ÖNCESİ VERİLEN VIDEO DESTEKLİ
EĞİTİMİN KAYGI DÜZEYİ VE MEMNUNİYETE ETKİSİ**

LEYLA ÇEVİK

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN

Doç. Dr Selda Rızalar

İSTANBUL-2019

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Hemşirelik
Tez Sahibi : Leyla ÇEVİK
Tez Başlığı : ERCP İşlemi Öncesi Verilen Video Destekli Eğitimin Kaygı
Düzeyi ve Memnuniyete Etkisi
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Unkapanı Yerleşkesi
Sınav Tarihi : 07.08.2019

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Doç.Dr. Selda RIZALAR

Kurumu

İstanbul Medipol Üniversitesi

İmza

Sınav Jüri Üyeleri

Doç.Dr. Sonay GÖKTAŞ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Dr.Öğr.Üyesi Nihal SUNAL

İstanbul Medipol Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun 20./08./2019. tarih ve 2019.../...26... - 09... sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdür V.



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar her safhasında etik dışı herhangi bir davranışımın olmadığını, çalışmamdaki bütün bilgilere ulaşırken akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, bu çalışmada elde edilemeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da tezimin kaynaklar listesine eklediğimi, bu tez çalışmamın planlanması ve yazımı esnasında faydalandığım tüm bilgilerde telif haklarını ihlal edici herhangi bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Leyla ÇEVİK



TEŞEKKÜR

Bilimsel kaynak teşkil etmesi bakımından özenle hazırladığım ve emek verdiğim bu tez çalışmamda planlanmasından yazımının her aşamasına katkısı olan, destekleyen, engin bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, beni her konuda sabırla dinleyen ve yönlendiren, zamanını, güvenini esirgemeyerek her daim yanımda olan, bana her konuda rehber olan çok sevdiğim değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Selda RIZALAR'a,

Araştırmanın uygulanmasına imkan sağlayan değerli hastane yöneticilerime,

Bu çalışmamda ERCP işlemini birlikte yaptığım fotoğraf ve video çekimlerinde desteğini esirgemeyen, engin bilgisinden faydalandığım değerli hocam Yrd. Doç. Mustafa Salih Akın'a

Eğitimim boyunca ve tezimin uygulanması aşamasında desteğini esirgemeyen sevgili Sorumlu hemşirem, meslektaşım Sevil Seki'ye

Hayatımın her aşamasında olduğu gibi sevgi ve ilgilerini esirgemeyen destekleriyle güç bulduğum, azim ve kararlılığımın yegane sorumluları çok değerli ailem'e

Desteğiyle "azim ve güvenin sayesinde her işin üstesinden gelirsin" diyerek beni her işimde motive eden çok sevdiğim biricik ablam Zeliha Çevik'e

SONSUZ TEŞEKKÜRLER...

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ ONAYI.....	i
BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
KISALMA VE SİMGELER LİSTESİ.....	vi
ŞEKİL VE RESİMLER LİSTESİ.....	vii
TABLO LİSTESİ.....	viii
1. ÖZET.....	1
2. ABSTRACT.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4. GENEL BİLGİLER.....	6
4.1. ERCP Girişiminin Tanımı Ve Tarihçesi.....	6
4.2. ERCP Girişiminin Uygulanması.....	8
4.3. ERCP Girişiminin Komplikasyonları.....	11
4.4. Kaygı.....	13
4.5. Hasta Memnuniyeti.....	14
4.6. ERCP İşleminde Hemşirelik Bakımı.....	15
4.7. Hasta Eğitimi.....	17
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
5.1. Araştırmanın Amacı.....	21
5.2. Araştırmanın Hipotezleri.....	21
5.3. Araştırmanın Tipi.....	21
5.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	21
5.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	22
5.6. Araştırmanın Etik Yönü.....	23

5.7. Verilerin Toplanması.....	23
5.7.1. Veri Toplama Araçları.....	23
5.7.1.1. Veri Toplama Formu.....	23
Hasta Tanıtım Formu	23
Durumluk -Sürekli Kaygı Ölçeği (State- Trait Anxiety Inventory /STAI).....	24
Hasta Memnuniyet Ölçeği (Visual Analog Scala (VAS) / Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)).....	24
5.8. Araştırmanın Uygulanması.....	25
5.8.1. Kontrol Grubu.....	25
5.8.2. Deney grubu.....	26
5.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	28
6. BULGULAR.....	29
7. TARTIŞMA.....	39
8. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	43
9. KAYNAKLAR.....	44
10. EKLER.....	52
11. ETİK KURUL ONAYI.....	63
12. ÖZGEÇMİŞ.....	66

KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

BT: Bilgisayarlı Tomografi

CRP: C- Reaktif Protein

ERCP: Endoskopik Retrograd Kolanjio Pankreatografi

EUS: Endoskopik Ultrasonografi

Hmg: Hemoglobin

INR: İnternational Normalized Ratio

MRCP: Manyetik Rezonans Kolanjio Pankreatografi

Ort: Ortalama

PEP: Post ERCP Pankreatit

Sd: Standart değer

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

SPSS: Statistical Package For Social Sciences

SS: Standart Sapma

VAS: Visual Analogue Scale

GKÖ: Görsel Kıyaslama Ölçeği

ŞEKİLVE RESİMLER LİSTESİ

Resim 4.2.1.1.1. ERCP İşleminde Kanülasyon.....	9
Resim 4.2.1.2.1. ERCP İşleminde Sfinkterotomi.....	9
Resim 4.2.1.3.1. ERCP İşleminde Balonla Taş Çıkarma.....	10
Resim 4.2.1.4.1. ERCP İşleminde Basketle Taş Çıkarma.....	10
Resim 4.2.1.5.1. ERCP İşleminde Stent Takma ve Çıkarma.....	11
Resim 4.3.2.1. ERCP İşleminde Kanama.....	12
Resim 4.3.3.1. Kolanjitte Safra Drenajı.....	13
Şekil 5.5.1. Güç Analizine Göre Örneklem Sayıları.....	22
Şekil 5.8.2.1. Araştırmanın Şeması.....	27
Şekil 6.1. Deney ve Kontrol Gruplarının Durumluk Kaygı Puanlarının Ortalamaları.....	36
Şekil 6.2. Deney ve Kontrol Gruplarının Sürekli Kaygı Puanlarının Ortalamaları.....	37
Şekil 6.3. Deney ve Kontrol Gruplarında Memnuniyet Puan Ortalamaları.....	38

TABLO LİSTESİ

Tablo 6.1. Deney ve Kontrol Gruplarının Tanımlayıcı Özelliklerin Karşılaştırılması.....	29
Tablo 6.2. Deney ve Kontrol Gruplarının ERCP İşlemine İlişkin Endikasyon Durumlarının Karşılaştırılması.....	32
Tablo 6.3. Deney ve Kontrol Gruplarının ERCP İşlem Öncesi Belirti Durumlarının Karşılaştırılması.....	33
Tablo 6.4. Deney ve Kontrol Gruplarının Durumluk Kaygı Puanlarının Karşılaştırılması.....	35
Tablo 6.5. Deney ve Kontrol Gruplarının Sürekli Kaygı Puanlarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 6.6. Deney ve Kontrol Gruplarının Memnuniyet Puanlarının Karşılaştırılması.....	38

1.ÖZET

ERCP İŞLEMİ ÖNCESİ VERİLEN VIDEO DESTEKLİ EĞİTİMİN KAYGI DÜZEYİ VE MEMNUNİYETE ETKİSİ

Bu araştırma ERCP işlemi öncesi verilen video destekli eğitimin kaygı düzeyi ve memnuniyete etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü olarak yapıldı. Araştırma Bağcılar Medipol Mega Hastanesi'nin ERCP ünitesinde 1 Eylül 2017 - 31 Aralık 2018 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Örneklem 35 deney, 35 kontrol grubu olmak üzere toplam 70 hasta alındı. Veriler tanıtıcı özellikler formu, Durumluk - Sürekli Kaygı Ölçeği (Spielberger'in State- Trait Anxiety Inventory - STAI) ve VAS ile toplandı. Kontrol grubundaki hastalara ERCP ünitesine kabul edildikten sonra hemşire tarafından rutin eğitim, deney grubundaki hastalara video destekli eğitim verildi. Girişim öncesinde ve sonrasında her iki grup STAI form doldurdu. Ayrıca üniteden ayrılmadan önce her iki gruba VAS ile memnuniyet değerlendirmesi yapıldı. Veriler SPSS 22.0 programında değerlendirildi; sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, t-testi, eşleşmiş grup t-testi ile analiz edildi. Deney ve kontrol gruplarının cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim, gelir, sosyal güvence, meslek, yaşanılan yer bakımından benzer olduğu, ERCP'nin her iki grupta en sıklıkla koledokolitiazis endikasyonu için yapıldığı, hastaların en çok ağrı şikayeti ile hastaneye başvurdıkları belirlendi. Deney ve kontrol gruplarında işlem öncesi durumluk kaygı puanları arasında fark bulunmadı ($p>0,05$), işlem sonrası durumluk kaygı puanları arasında fark bulundu ($p<0,05$). Deney grubunun işlem sonrası durumluk kaygı puanı, kontrol grubunun puanından düşük bulundu. Kontrol grubunda işlem sonrası durumluk kaygı puanı öncesine göre arttı ($p<0,05$). Deney ve kontrol gruplarında işlem öncesi ve sonrası sürekli kaygı puanları benzer bulundu ($p>0,05$). Deney grubunda işlem sonrası sürekli kaygı puanı işlem öncesine göre azaldı ($p<0,05$), kontrol grubunda ise değişmedi ($p=0,424>0,05$). Sonuç olarak video destekli eğitimin ERCP işlemi sonrasında durumluk anksiyeteyi düşürdüğü, hasta memnuniyetini artırdığı belirlendi.

Anahtar Sözcükler: eğitim, ERCP, hemşirelik, kaygı, memnuniyet

1. ABSTRACT

DETERMINING THE EFFECT OF VIDEO ASSISTED EDUCATION ON ANXIETY LEVEL AND SATISFACTION BEFORE ERCP PROCEDURE.

This study was conducted and only controlled to determine the effect of video assisted education on anxiety level and satisfaction before ERCP procedure. The study was carried out in ERCP unit of Bağcılar Medipol Mega Hospital between 1 September 2017-31 December 2018. A total of 70 patients (35 experimental and 35 control groups) were included in the study. The data descriptive characteristics form was collected by State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and VAS. After admission to the ERCP unit, the nurse provided routine training to the patients in the control group and video-assisted training to the patients in the experimental group. Both groups completed the STAI form before and after the intervention. In addition, satisfaction with VAS was performed in both groups before leaving the unit. The data were evaluated in SPSS 22.0 program. Number, percentage, mean, Standard deviation, t-test, paired group t-test were analyzed. It was determined that the experimental and control groups were similar in terms of gender, age, marital status, education, economic income, social insurance, profession, place of residence. The most common indication for ERCP in both groups was choledocholithiasis, and the most common reason for admission was abdominal pain. There was no difference between State-Trait Anxiety scores in the experimental and control groups ($p > 0.05$). Post-procedural State-Trait Anxiety scores were significantly different between the two groups ($p < 0.05$). Post-procedural State-Trait Anxiety scores of the experimental group were lower than the control group. In the control group, State Trait Anxiety scores increased after the procedure compared to the pre-procedure ($p < 0.05$). In the experimental and control groups, trait anxiety scores were similar before and after the procedure ($p > 0.05$). Postoperative trait anxiety scores decreased in the experimental group ($p < 0.05$), but did not change in the control group ($p = 0.424 > 0.05$). As a result, it was determined that video assisted education decreased state anxiety and increased satisfaction after ERCP procedure.

Keywords: ERCP, anxiety, education, satisfaction, nursing

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Endoskopik Retrograd Kolanjio pankreatografi (ERCP), gastrointestinal sistem değerlendirmesi için uygulanan, pankreas ve safra yolları hastalıklarının tanı ve tedavisinde yaygın olarak kullanılan endoskopik bir işlemdir (1,2,3). ERCP dünyada 1968 yılında uygulanmaya başlanan ve ülkemizde de 1976'dan beri yapılan önemi giderek artan invaziv bir girişimdir (4). Bu işlemde, endoskop ve X-ray cihazları kullanılarak pankreas kanalı ve safra yolları görüntülenir. Böylece safra yolları ve pankreas hastalıklarının tanısında ve tedavisinde kullanılır. Tanının yanı sıra tedaviye imkân sağlaması, bu yöntemin önemini oldukça arttırmaktadır (5,6,7).

ERCP işlemi ucunda kamerası olan yandan görüşlü duodenoskop adı verilen cihazla beraber skopi adı verilen röntgen cihazı bir arada kullanılarak gerçekleştirilir. ERCP işlemi çoğunlukla elektif olarak nadiren acil olarak uygulanabilir. İşlem gastroenterologlar veya cerrahlar tarafından gerçekleştirilir. ERCP hemşiresi hastayı üniteye kabul eder, işlem öncesi hazırlığını yapar, hastayı bilgilendirir, işlem sırasında hekime yardım eder, işlem sırasında hastayı komplikasyon yönünden gözler, sonrasında takip eder ve hasta eğitimi yapar (8).

ERCP gibi ileri teknoloji gerektiren tanı ve tedavi yöntemleri uygulaması hastalarda kaygıya sebep olabilmektedir (9). Hastalar hastaneye hangi durumda gelirse gelsin içinde bulunulan ortam, yapılacak olan tanı ve tedavi girişimleri hakkında bilgi yetersizliği, sağlık çalışanlarının kullandığı tıbbi terminoloji hastaların kaygı yaşamasının nedenleri arasında yer almaktadır (10). Eberhardt ve ark. tarafından yapılan endoskopi öncesi bilgi, sosyal destek ve endişe konulu araştırmada, endoskopi uygulanacak hastalarda anksiyetenin temel nedenleri işlem hakkında bilgi eksikliği (% 53), olası doku hasarına yönelik endişelenmek (% 24.4) ve girişime yönelik olumsuz tutumlar (% 22.1) olarak belirlenmiştir (9,11). Tıbbi tanı girişimleri sırasında anksiyete düzeyinin yüksek olması hastanın işlemi tolere etmesini zorlaştırabilir, kooperasyonunu azaltabilir, girişim süresini uzatabilir, komplikasyon riskini artırabilir. Doktorun tanı ve tedavi girişimlerini uygulama yeteneğini sınırlandırabilir ve hasta memnuniyetini azaltabilir (12,13,14,15).

ERCP işleminde hemşirelik bakımı konusundaki literatür bilgisi son yıllarda yapılmış olan birkaç çalışma ile sınırlıdır. ERCP hasta üzerindeki psiko-sosyal etkileri bakımından endoskopi girişimi ile benzer etkilere sahiptir. Endoskopi yapılan hastalarda anksiyeteyi düşürmeye yönelik birçok çalışma mevcuttur. Önceki çalışmalarda endoskopi sırasında hastaların %40-75'inin çeşitli düzeylerde, %78.9'unun ciddi düzeyde kaygı yaşadığı belirlenmiştir (9,11).

Tanı işlemleri sırasında hasta konforunu sağlamak ve işlem sonrası komplikasyonları azaltmak için hastanın kaygısını azaltmak gereklidir. Kaygıyı azaltma girişimlerinden biri hastanın eğitilmesidir. Yapılan çalışmalara göre ERCP işlemi öncesinde hastanın bilgilendirilmesi bireyin kendine güvenini oluşturmakta ve işlemin daha iyi tolere edilmesini sağlamaktadır (16,17,18,19,20). Callaghan ve Chan çalışmasında hasta eğitiminin endoskopi işleminde kaygıyı belirgin düzeyde azaltmakta ve hasta memnuniyetini arttırmada etkili olduğunu bildirmektedir (21).

Eğitimin anksiyete üzerine etkisine ilişkin literatürde farklı çalışma bulgularına da rastlanabilmektedir. Kamyabi'nin çalışmasında video destekli eğitim uygulamasının endoskopi hastalarının anksiyete düzeyini değiştirmedığını ve hasta memnuniyetini arttırdığını göstermektedir (22).

Geçmişte yapılan çalışmalar, doktorlar ve hemşireler (23,24,25,26) tarafından hastalara broşür (27) gibi yazılı materyallerle verilen sözel eğitim ya da video gösterisiyle (28,29) eğitimin kaygıyı azalttığı memnuniyeti artırdığını göstermiştir.

Bununla birlikte yapılan çalışmalarda en uygun hasta eğitim yönteminin ne olduğuyula ilgili tartışmalar sürmektedir. Daha önceki çalışmalar yazılı ve sözlü eğitimin sonuçları arasında anlamlı fark olmadığını göstermiştir (29,30,31). Pehlivan ve ark. sözel eğitimin yazılı eğitimden etkili olduğunu bildirmiştir (32). Bazı çalışmalarda video temelli eğitimin yazılı ve sözel eğitimden daha etkili olduğu bildirilmiş olmakla birlikte (13,15,33,34). Callaghan et al. (2001), Eley et al (2013), Tan et al. (2005). çalışmalarında video destekli eğitim ve diğer eğitim yöntemleri arasında anlamlı fark bulmamıştır (21,29,35).

Memnuniyet sağlık bakım kalite güvenliğinin anahtar komponentlerinden biridir. Bunun için güvenlik ve kalite hizmetlerinin sağlanması sürecinde, sağlık çalışanlarının hastanın korku ve kaygısını azaltmak ve memnuniyetini artırmak için bu kriterleri ölçmeleri ve uygun girişimleri yerine getirmeleri gerekmektedir (12,13,14,15).

Bu araştırma ERCP işlemi öncesi verilen video destekli eğitimin kaygı düzeyi ve memnuniyete etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.



4. GENEL BİLGİLER

4.1. ERCP Girişiminin Tanımı ve Tarihçesi

ERCP (Endoskopik Retrograd Kolonjio Pankreatografi) duodenoskop adı verilen yandan görüşlü endoskop cihazının ve X-RAY ışınlarının birlikte kullanımıyla kontrast madde verilerek karaciğer, safra ve pankreas kanallarının drenajının görüntülenmesi işlemidir. Tanısal ve tedavi edici olarak uygulanmaktadır (1,2,5,6,36).

Günümüzde bilgisayarlı tomografi (BT) , endoskopik ultrasonografi (EUS), manyetik rezonans kolanjio pankreatografi (MRCP) gibi görüntüleme işlemlerinin uygulanmasıyla ERCP daha çok tedaviye yönelik uygulanmaktadır (2,6).

Endoskopik işlemler birçok hastalığın tanısının konulmasında ve tedavi edilmesinde önemli yeri olan girişimsel işlemlerdir. ERCP hayat kurtaran bir işlem olması sebebiyle bugün bir çok hasta ERCP işlemi sayesinde yaşamlarını devam ettirmektedirler. ERCP yöntemi minimal invazif bir işlem olması, hastanede kalma sürecini azaltması gibi cazip avantajları beraberinde getirmesi sonucu hepatopankreato biliyer uygulamalarda önemli gelişmeler sağlamıştır ancak yanlış veya eksik uygulamalar, işlem sırasında ve sonrasında karşılaşılan komplikasyonlar ciddi sorunlara yol açabilmektedir (6,37). Bu nedenle hastaya sağlanan yararı en üst seviyeye çıkarırken oluşabilecek komplikasyonları da minimal düzeyde tutmak son derece önemlidir (37).

ERCP işlemi diğer endoskopik işlemlerden daha invaziv ve komplikasyon riskinin fazla olması sebebiyle önem taşımaktadır. Bu nedenle işlemi yapacak olan ekibin ERCP işlemi hakkında bilgi sahibi olması, eğitimi, teknik donanımı ve gelişebilecek komplikasyonlara yönelik deneyimi son derece önemlidir. Ayrıca hastanın yapılacak işlem hakkında bilgilendirilmesi, hastanın işleme olan uyumu, hastanın iletişimi işlemi gerçekleştiren ekibe güveni, konforu ve memnuniyeti yine bu işlemin önemini ortaya koymaktadır (6,38).

İnvaziv bir girişim olan ERCP işleminde gerek hastanın hazırlık sürecinde gerekse işlem sırası ve sonrasındaki takip sürecinin titiz bir şekilde yapılması olası komplikasyonların en aza indirilmesi açısından son derece önemlidir (16).

İlk endoskopik retrograd pankreatografi 1968 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde Dr Mccune ve ark'ı tarafından uygulanmıştır. Mccune ve ark' pankreas kanal sisteminin endoskopik olarak görüntülenmesinin pankreas hastalıklarının tanısında önemli olacağını düşünerek ilk köpekler üzerinde uygulayarak, başarılı sonuçlara ulaşmışlardır. Ancak kullanılan endoskopların yetersizliği, çalışma kanalının olmayışı, açılarının dar ve manevralarının olmaması sebebiyle üretici firmalarla işbirliği yapılarak fiberoptik duodenoskop geliştirdiler. Köpeklerden alınan başarılar sonrasında insanlar üzerinde denemeler yapılmış ve ilk olarak endoskopik retrograd pankreatografi uygulanmış oldu (39).

Oi ve arkadaşları ilk olarak 1970'de endoskopik kolanjio pankreatografi işlemini uyguladılar. Böylece endoskopik retrograd kolanjio pankreatografi tamamlandı (40).

İlk olarak 1974 yılında Almanya'da Classen ve Demling (41). Japonya'da ise Kawai ve arkadaşları endoskopik biliyer sfinkteretomi yaparak başarıya ulaşmışlardır ve böylece ERCP'nin safra yolları taşları için tedavi edici yönü popülaritesini artırarak önem kazanmıştır (41).

Türkiye'de ilk ERCP işlemi 1976' da Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Prof. Dr Atilla Ertan tarafından uygulanmıştır. Yine 1976 yılında Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi'nde de ERCP yapılmaktaydı. 1980'li yıllardan bu yana ERCP ile endoskopik tedavilerin uygulanması hız kazandı.

Son zamanlarda endoskopik ultrasonografi (EUS), bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans kolanjio pankreatografi (MRCP) gibi görüntüleme işlemlerinin uygulanması tanısal ERCP'yi sınırlandırarak terapötik ERCP'nin yapılmasını gerekli kılmaktadır. Günümüzde ERCP ile pankreatobiliyer hastalıkların ülke çapında tedavi edici yönü giderek artmaktadır (4).

4.2. ERCP Girişiminin Uygulanması

ERCP işlemi hem ayaktan takip edilen hem de yatan hastalarda uygulanmaktadır (8). İşlem sırasında duodenoskop adı verilen ucu bükülebilen yandan kamera görüşü olan endoskop cihazı ve floroskopi cihazı birlikte kullanılır. Hasta işlem masasına sol yan pozisyonda yatırılmaktadır (8,42). Ağızına lokal anestetik ilaç sıkılarak boğaz bölgesi uyuşturulmakta ve sedatif etkili ilaçlar damardan yapılarak endoskop cihazı yutturulmaktadır. Hastanın işlem esnasında dilini ve cihazı ısırması için ağızlık takılmaktadır (7). Ağız, yemek borusu ve mide geçilerek on iki parmak bağırsağının ikinci kısmına gelinir, koledok kanalı ve pankreas kanalının birleşmesiyle oluşan papilla vaterine ulaşılır. Papilla vateri özel bir kateter yardımıyla kesi yapılarak klavuz tel yardımıyla koledok kanalına ulaşılır kontrast madde verilerek karaciğer, safra ve pankreas kanalları görüntülenir (7,37). ERCP işlemi ortalama 15- 60 dakika sürebilmektedir (37). Hastanın işlem süresince vital bulguları yakından izlenmektedir (7).

ERCP işleminde safra yollarında taş veya herhangi bir tıkanıklık görülürse safra kanalının ağzı (papilla) kesi yapılarak genişletilebilmektedir, safra yolundaki taşlar balon ve basket yardımıyla çıkarılabilmektedir, taş büyük ise mekanik litotripsi işlemiyle kırılarak çıkarılabilmektedir ya da safra yollarındaki darlık sebebiyle drenajın akmasını sağlayacak bir tüp (stent) yerleştirilmektedir, bu tüp aynı zamanda pankreasa kanalına da konulabilmektedir (37).

4.2.1.1. Kanülasyon: ERCP işleminde koledok ve pankreas kanalının kanülasyonu ön koşuldur. Papillavaterine ulaşıldıktan sonra kanül veya sfinkteratom yardımıyla koledok kanalına giriş sağlanmaktadır ancak kanülasyonun güç olduğu durumlarda klavuz tel ile giriş gerçekleştirilir.

Güç kanülasyonların ve tekrarlanan denemelerin yarattığı papiller travma ve pankreas kanalına kontrast maddenin kaçması ERCP sonrası pankreatit gelişme riski ortaya koymaktadır.

Kanülasyonun başarılı olmadığı durumlarda özel iğne uçlu bir kateterle papilla ön kesisi yapılarak giriş kolaylaştırılabilmektedir (6). (resim 4.2.1.1.1).



Resim 4.2.1.1.1. ERCP İşleminde Kanülasyon

4.2.1.2. Sfinkterotomi: Sfinkterotomi yardımı ile papilla vaterinin alt ucunun açılmasıdır, hastaya koter ayağı bağlanarak elektriksel bir akım verilerek yapılmaktadır, bu işlem safra ve pankreas yollarında yapılacak terapötik girişimi büyük ölçüde kolaylaştırmaktadır. Sfinkterotomi tamamlandığında duodenuma safra akışı olmaktadır (6). (resim 4.2.1.2.1).



Resim 4.2.1.2.1. ERCP İşleminde Sfinkterotomi

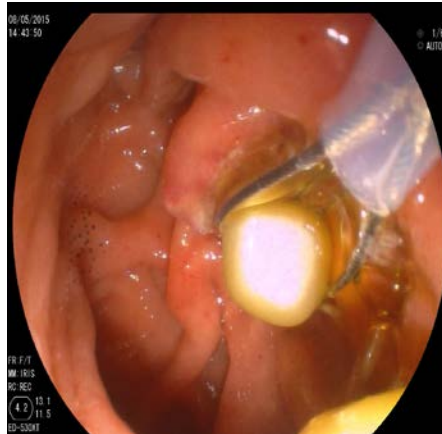
4.2.1.3. Balonla Taş Çıkarma: Klavuz tel yardımıyla balon koledok kanalına ilerletilmektedir taşın üzerine geçirilerek uygun büyüklükte şişirilir ve koledok kanalı boyunca papillaya kadar hareket ettirilir, endoskopun gücüyle aşağı çekilerek taş çıkartılır (43). (resim 4.2.1.3.1).



Resim 4.2.1.3.1. ERCP işleminde Balonla Taş Çıkarma

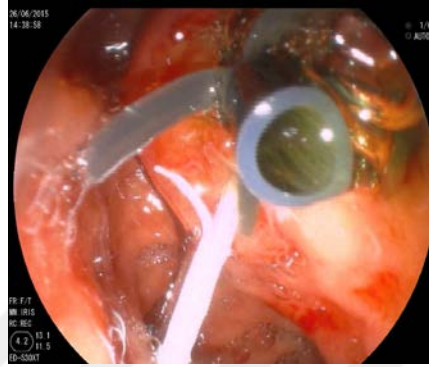
4.2.1.4. Basketle Taş Çıkarma: Orta ve büyük taşların çıkarılması için kullanılmaktadır. Özel çaplı basket kateterler koledok içine yerleştirilir ve taşın üzerine ilerletilerek açılır taş yakalandıktan sonra basket kateter yarım kapatılarak papilla vateri seviyesine getirilir ve burada tam kapatılarak endoskop yardımıyla koledok kanalına zarar vermeden taş çıkarılmaktadır. Büyük taşların çıkarılmasında özel litotriptör basketler taşların kırılması için kullanılmaktadır (43).

(resim 4.2.1.4.1).



Resim 4.2.1.4.1. ERCP İşleminde Basketle Taş Çıkarma

4.2.1.5. Stent Takma ve Çıkarma: Bu işlem safra yollarının darlıklarında, postoperatif kolesistektomi ve transplantasyon cerrahi sonrasında oluşan kaçaklarda, tümoral oluşumlara bağlı gelişen tıkanıklarda pankreatit gelişen hastalara, safra yolunun ve pankreasın drenajının sağlanması için yapılmaktadır. Stentler metal ve plastik olarak iki çeşittir. Plastik stentler sık kullanılır, 3- 6 ay arası kaldıktan sonra çıkartılır gerekirse yeniden takılabilir (44). (resim 4.2.1.5.1).



Resim 4.2.1.5.1. ERCP İşleminde Stent Takma ve Çıkarma

4.3. ERCP Girişiminin Komplikasyonları

ERCP işleminin safra yolları ve pankreas hastalıklarının tanı ve tedavisinde kullanımının yaygınlaşması ve minimal invaziv bir işlem olması sebebiyle işlem sırasında ve sonrasında komplikasyonlarla karşılaşılabilir. Oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi ve yaşanmaması için, hastanın işlem öncesinde dikkatli değerlendirilmesi, uygulanacak girişimde endikasyonun doğruluğu, işlemi gerçekleştirecek ekibin deneyimi, işlem öncesinde hastalara işlem ile ilgili bilgilendirmenin eksiksiz yapılması ve hastanın takibi son derece önem taşımaktadır. Gereksiz ERCP işlemi işlem sonrası komplikasyonların önlenmesi açısından son derece önemlidir. Günümüzde radyolojik görüntüleme işlemlerinin gelişimiyle beraber ERCP işlemi tanı koymak yerine tedavi edici olarak yapılmaktadır.

ERCP işlemi, komplikasyonlar açısından diğer endoskopik işlemlerle karşılaştırıldığında önemli oranda morbidite ve mortaliteye neden olduğundan çalışmaların büyük bir bölümü, komplikasyonların gelişiminde rol oynayan risk faktörlerini belirlemeye yönelik yapılmaktadır. ERCP sonrası işleme bağlı komplikasyonlar; işlemden sonraki ilk 3 gün içinde gelişirse erken dönem, 3.

günden sonra gelişirse geç dönem komplikasyonlar olarak değerlendirilmektedir. Erken dönemde gelişen komplikasyonlar sedasyon ve işleme bağlı komplikasyonlar olup pankreatit, kanama, kolanjit ve perforasyondur (45).

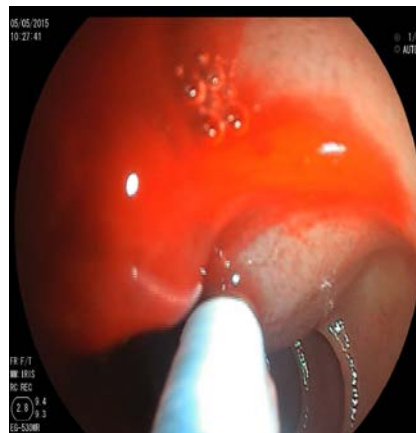
4.3.1. Pankreatit: ERCP sonrası en sık gelişen komplikasyon pankreatittir (6).

Tunç N, Kılıç S, Şahin A ve ark. yaptığı çalışmada, Post ERCP Pankreatit (PEP) (%7,6), kanama (%3,1), perforasyon (0,1) olarak görülmüştür (47).

Safra kanalına birden fazla girilmesi ve işlem süresinin uzaması pankreatit riskini arttırmaktadır (6,48).

Geç dönem gelişen komplikasyonlar ise stentin tıkanması ve kayması, safra yollarının ve ampullanın manüplasyonuna bağlı oluşan inflamasyon olarak sıralanabilir (45).

4.3.2. Kanama: ERCP işleminde uygulanan sfinktereotomiye bağlı kanamalar görülebilmektedir. Antikoagülan ilaç kullanan hastalar kanama komplikasyonu açısından risk oluşturmaktadır. Bu hastaların ERCP işleminden 3-5 gün öncesine kadar antikoagülan ilacı kesilmeli, işlem gününe kadar daha düşük molekül ağırlıklı heparin kullanımına geçilmelidir, bu hastalara işlem gününe kadar INR takibi yapılmalıdır. Tanı amaçlı yapılacak ERCP işleminde kanama komplikasyonu açısından risk oldukça düşüktür ancak tedavi edici ERCP işlem öncesinde hasta dikkatle takip edilmelidir. ERCP işlemi sırasında kesi modu dikkatli ayarlanmalıdır (6,48). (resim 4.3.2.1).



Resim 4.3.2.1.. ERCP İşleminde Kanama

4.3.3. Kolanjit:

ERCP işleminden sonra yeteri kadar safra akışının olmaması temel neden olarak görülür, safra yollarının taşlardan yeteri kadar arındırılmamış olması, safra kesesinde ve safra yollarında gereğinden fazla kontrast maddenin varlığı kolanjite sebep olmaktadır. Safra akışını drene edebilmek için safra yoluna konulacak bir drenaj tüpü kolanjitte etkili olmaktadır (6) . (resim 4.3.3.1).



Resim 4.3.3.1. Kolanjitte Safra Drenajı

4.3.4. Perforasyon: ERCP işleminde perforasyon daha çok sfinktereotomi esnasında yaşanabilmektedir. Perforasyon işlem esnasında anlaşılabilir, hastada gelişen ve giderek artan ağrı, karın şişkinliği, taşikardi gibi belirtiler perforasyonu düşündürmektedir. İşlem sonrası çekilen ayakta direkt batın filminde batında hava ve kontrast maddenin verilmesine bağlı sıvı birikimi perforasyon olduğunu ifade eder (6,48).

4.4. Kaygı

Kaygı, bireyin fizyolojik, psikolojik ve davranışsal tepkilerinden oluşan ve hoş olmayan tedirginlik hissi, korku, açıklanamayan rahatsızlık gibi duyguları ortaya koyan durumsal endişe halidir. Kaygı, bireyin kendisine, önem verdiği kişilere ve yaşamına tehdit olarak algıladığı bir durumdur ve bireyi hoşnut olmadığı duygulara karşı harekete geçirerek motive edebilir (10).

Hafif bir şekilde kaygılı olma durumu, bireyi algısal, duygusal ve fizyolojik yönden uyararak bir olay karşısında ve sonrasında öğrenmeyi, problem çözmeyi ve

tatminkar olmayı arttırabilir. Normal seviyede kaygı, kişiyi tehdit eden durum karşısında motive ederek yarar sağlayabilmektedir ancak şiddetli kaygı durumu veya uzun süren panik olma durumu işlev görmedeki bozukluk felce neden olabilmektedir ve hatta ölümle sonuçlanabilmektedir (10).

Kaygı duyan kişi kendini her an bir şey olacakmış gibi hisseder ve tetikte durur (49). Endişe halinde bireyde nefes darlığı, terleme, çarpıntı, göğüs ağrısı, boğulma hissi, ağız kuruluğu, bulantı, baş ağrısı, baş dönmesi, uyuşukluk ve karıncalanma hissi, göz bebeklerinin büyümesi, titreme, yerinde duramama, kontrolü kaybetme korkusu ve yaklaşan ölüm korkusu gibi belirtiler görülür (10,49).

Hemşire hastanın kaygısını anlamak için nedene yönelik girişimlerde bulunmalıdır. Hastanın kendini ifade etmesine yardımcı olmalıdır, bunun için hastaya açık uçlu sorular sorabilir. Çevresel uyaranları azaltmak için sakin bir ortam tercih edilmelidir. Yapılacak her girişim öncesinde hasta bilgilendirilmelidir (10).

4.5. Hasta Memnuniyeti

Memnuniyet hastaların hospitalizasyon sürecinde kurum ve hemşirelik bakım kalitesini gösteren bir kalite ölçüm kriteridir (50). Hasta memnuniyetini etkileyen faktörler, hastaya ilişkin, kuruma ilişkin, bakım ve hizmet verenlere ilişkin olarak görülmektedir. Hasta memnuniyeti sağlık kurumlarının kalite göstergeleri arasında yer almaktadır, hasta memnuniyetini ölçmek hizmet kalite standardını belirlemek açısından önemlidir. Sağlık çalışanlarının göstermiş olduğu tutum ve davranışlar hemşirenin vermiş olduğu bakım hasta memnuniyetine etkileyen önemli etmenlerdendir (51).

Yapılan çalışmalar hemşirelik bakım sürecinde, hastalara girişim öncesi verilen eğitimlerin hasta memnuniyetini nasıl etkilediğini ortaya koymaktadır. Kutlutürkan ve ark.'nın yaptığı çalışmada hasta memnuniyetinin, yazılı eğitim materyali verilen hasta grubunda verilmeyen hasta grubuna göre daha yüksek olduğunu belirtmiştir (52).

Yine Kamyabi ve ark.'nın yaptığı çalışmada gastroskopi girişimi öncesinde hastalara verilen video destekli eğitimin hasta memnuniyetini arttırdığı belirlenmiştir (22).

4.6. ERCP İşleminde Hemşirelik Bakımı

ERCP hemşiresi hastayı işleme hazırlamadan önce hastanın hangi konularda bilgi gereksiniminin olduğunu değerlendirip bireye özgü bir bakım uygulamalıdır. Hastanın işleme bağlı anksiyete yaşayıp yaşamadığını sözel ve davranışsal tepkilerini dikkatli değerlendirmelidir bu durum işlem sırası ve sonrası bakım komplikasyonlarının en aza indirgenmesinde önemlidir. ERCP işlemi öncesinde hastaya işlem hakkında gerekli açıklamalar yapılmalı ve işlemin olası riskleri hakkında bilgiler verildikten sonra onay formunu imzalayıp imzalamadığının kontrolü sağlanmalıdır (8).

Hastanın işlem öncesi hazırlığında hemşirelik bakımı;

- Hastanın işlemde uygulanacak ilaçların reflekslerini ve algı durumunu etkileyeceği bildirilir ve işlem sonrası eşlik etmesi için refakatçi ile gelmesi söylenmelidir (53)
- Hastanın işlem öncesi 6-8 saat açlık durumu kontrol edilmelidir, tüm alanın görüntülenmesi, kusmanın ve aspirasyon riskinin olmaması için son derece önemlidir (8,53)
- Alerjisi olup olmadığı sorgulanmalıdır (8)
- İşlem sırasında aspirasyonu önlemek için takma dişi çıkarılır, hasta güvenliği nedeniyle diğer gözlük ve kontakt lens gibi protezlerin çıkarılması gerekir (8,53)
- Hastanın öyküsü dikkatli bir şekilde alınmalıdır, kullandığı ilaçları ve kan testlerinin sonuçları kontrol edilmelidir (8,53)
- İşlem öncesi bazı ilaçların kesilmesi gerekebilir, antikoagülan ilaç kullanımı sorgulanmalıdır, kullanıyorsa hekim ile görüşülerek 3-5 gün öncesinde kesilerek düşük molekülü heparin uygulanmasına geçilmelidir (8,53)
- Diabeti olan hastalarda diyet ve ilaç uygulamaları için hekim ile görüşülmelidir (8)

- Hastaya gereksinimlerine göre bilgilendirme yapılır, ERCP işlemi nasıl uygulanacağı anlatılmalı ve işlem için onam formu imzalatılmalıdır (8,53)
- Hastaya işlem öncesinde önlük, bone giydirilir (8)
- İşlem öncesinde uygulanacak sedatif ilaçlar için damar yolu açılmalıdır, hastaya, yapılacak ilaçların ağrı kesici, sakinleştirici, gevşeme etkisi yapabileceği bilgisi verilmelidir (8,53)
- İşlem öncesi monitörize edilerek vital bulguları izlenmelidir (8)
- İşlemin amacı, süresi, komplikasyonları anlatılmalıdır (8,53)

Hastanın işlemi sırasında hemşirelik bakımı;

- Hazırlık süreci tamamlanan hasta işlem odasına alınır (8)
- İşlem odasına alınan hasta X-Ray masasına oturtulur ve gerekli ekipmanlar (tansiyon manşonu, pulseoksimetre, elektrot) takılarak hasta monitörize edilir ve sol yan pozisyonda yatırılır (8,53)
- Boğaz bölgesi lokal anestezi sprey ile uyuşturulur (8,53)
- Hastanın ağız bölgesine endoskop cihazının ısırılmaması ve rahat ilerlemesi için ağızlık yerleştirilir (8,53)
- Sedatif ilaçlar hekim istemine göre uygulanır (8)
- Koruyu ekipmanlar giyilerek steril olarak hazırlanılır ve işleme başlanır (8)
- Hemşire işlem esnasında hekime yardım eder (8,53)
- Hemşire hastanın (tansiyon, kalp atımı, ateş, bilinç durumu, solunum sayısı ve oksijenlenme durumu) gibi rutin değerlerini izler, rahatsızlık belirtileri yönünden gözler (8,53)

Hastanın işlem sonrasında hemşirelik bakımı;

- İşlem sonrası gözlem odasında hasta yatağına alınarak, monitörize edilir (8)
- Hastanın vital bulguları yakından izlenir ve hasta dosyasına kaydedilir (8)
- Komplikasyon belirti ve bulguları yönünden takip edilir(artan ağrı, abdominal distansiyon, taşikardi, bulantı, kusma, solunum güçlüğü), genel durumunda değişiklik gözlenirse hekime bildirilir (8,53)

- İşlemden 2-3 saat sonra hastanın genel durumuna göre taburcu edilir ya da komplikasyon olasılığı var ise yatarak takip edilir (8)
- Evde kullanması gereken ilaç varsa tedavi protokolü oluşturulur (8)
- İşlem sonrası 24 saat içinde araç kullanmaması gerektiği, düşme riski açısından dikkatli olması ve ağır işlerden kaçınması belirtilir (8,53)
- İşlemden 24 saat sonra kontrol kan testlerini yaptırması gerektiğinin bilgisi verilir(hekim istemine göre; (amilaz, lipaz, Hmg, CRP,) (8)
- Evde gelişebilecek ateş, şiddetli karın ağrısı, koyu renkli siyah dışkılama gibi olumsuz durumlar hakkında bilgilendirme yapılarak sağlık kuruluşuna başvurması ve hekimin bilgisinin olması gerektiği söylenir (8,53).

4.7. Hasta Eğitimi

Hasta eğitimi, sağlık çalışanları tarafından hastaların iyileşme süreçleri için bir gereksinim olarak görülmektedir. İyi bir eğitim verildiğinde hastalar klinik durumlarını daha iyi algılayabilir ve kendi sağlıklarını daha iyi yönetebilirler (54,57). Hasta eğitimi anksiyeteyi azaltmada, stresle baş etmede ve hastanede kalış süresini kısaltmada ve hasta memnuniyetini artırmada önemli rol oynamaktadır (55,56). Bu anlamda eğitim dolaylı olarak sağlık bakım hizmetinin kalitesini artırmada rol oynamaktadır (57).

Eğitim verirken hastalara birey merkezli yaklaşılması gereklidir. Verilen eğitimlerde hastaların bireysel özellikleri, sahip olduğu değerler, ailesi ve çevresi, hastalığı algılama durumları, hastalığa bakış açıları, hastalık ve hastane deneyimleri önem taşımaktadır (58,59). Hasta eğitiminin çeşitli eğitim materyalleri ile desteklenerek verilmesi de çok önemlidir (60). Araştırmalarda eğitim sırasında hastaların anlatılanların %20'sini, okuduklarının %40'ını ve multimedya ile %80'ini hatırlayabildikleri belirtilmiştir (57,61). Tanı girişimleri sırasında hastanın kaygı düzeyini azaltmak için literatürde eğitimin etkili olduğu üzerinde durulmaktadır (21). Hasta eğitiminde hem bireyselliğe önem verilmesi hem de sözel anlatımın görsel olarak desteklenmesi özellikle güncel olarak önem kazanmaktadır.

Hasta eğitiminde kullanılan güncel yöntemler üç grupta toplanabilir. Bunlar sözel eğitim modeli, yazılı materyal/broşürler, multimedya tabanlı eğitim (video, CD-ROM, DVD ya da internet) (57).

Sözel eğitim: Sağlık çalışanları tarafından verilen bilgilerin anlaşılması, iyileşme sürecinin hızlanmasına, tedavilerin daha iyi uygulanmasına, hasta memnuniyetinin artmasına, tedavi sürecinde zamanın ve maliyetin azalmasına neden olur. İletişim sağlık bakım çalışanlarının hastalara eksiksiz ve net cevaplar verdikleri zaman etkili olur (54,62). Hastalar iyi bir iletişimle kendi bakımlarına katılabilirler. Sözel eğitim etkin bir uygulama için gereksinim duyulan bir yöntemdir. Bu yöntem hasta ve ailesi ile sağlık çalışanları arasında multidisipliner bir yaklaşımı gerektirir. Sözel eğitim modelinde yetenek, öğretme becerisi ve zaman önem taşıyarak eğitimin sürekliliğini gerektirir (54).

Çalışmalarda etkili sözel hasta eğitiminin hastaların taburculuk sonrası bakım yeteneklerini geliştirdiği ve morbidite ve mortaliteyi azalttığı belirtilmiştir (54,57).

Sözel eğitim sırasında yaşanabilecek sorunlar şöyle sıralanabilir;

- Hemşirelerin eğitim vermek için harcadıkları zaman fazladır.
- Her bir hastanın bireysel özellikleri farklıdır.
- Hastanın gereksinimleri birime gelinceye kadar bilinmeyebilir
- Eğitimi önceden planlamış olmalıdır
- Hatanın klinik durumu ile ilgili bir değişiklik ortaya çıktığında hemşirenin bu konuda bilgi verebilmesi için bir sürece ihtiyacı vardır
- Eğitim sonrası hastanın öğrenme düzeyinin değerlendirileceği bir yönteme ihtiyaç vardır.
- Fiziksel bir mekana gereksinim vardır (54,57).

Yazılı materyal ile eğitim: Yazılı eğitim materyalleri, tanı ve tedavi sürecinde hasta ve ailesini bilgilendirmek ve danışmanlık etmek amacıyla kullanılmaktadır (63). Yazılı materyaller hasta eğitiminde önem taşır ve sözel eğitimi pekiştirirerek değerlendirme imkanı verir. Bu amaçla sözel eğitimi güçlendirmek için hasta eğitiminde yazılı materyallere ihtiyaç duyulur (64,65).

Yazılı materyal ile hasta eğitiminin etkinliği için, hastaların bu materyalleri okuyabilir olması ve kullanılan sözcükleri anlayabilir olması gerekmektedir, seçilecek kelimelerin yaygın olarak kullanımda olması eğitimin etkinliği açısından önem taşımaktadır (64).

Yazılı materyallerde dikkat edilmesi gerekenler:

- Vurgulanmak istenen önemli noktalar kalın ve italik yazım şekli ile belirtilmelidir
- Yazıların net olması için beyaz kağıt üzerinde siyah harflerle yazılması gerekmektedir
- Yazı boyutu olarak en az 12 punto seçilmelidir
- Materyal anlaşılabilir olmalı ve karışık şekil ve resim içermemelidir
- Yanlış anlaşılabilir öğeler kullanılmamalıdır (65).

Gürlek ve Yavuz'un (2013) yaptıkları çalışmada cerrahi alanda çalışan hemşirelerin hasta eğitimini uygularken % 30.1'inin sözel anlatım ve yazılı materyal verme yöntemini, % 31.8'inin sözel anlatım ve yazılı materyal verme yöntemi ile kurumda kullanılan formları kullandıklarını, % 25.4'ünün sadece yazılı materyal verdiklerini belirlemiştir (56).

Multimedya tabanlı eğitim (Videotape, CD-ROM, DVD veya internet): Son yıllarda dünyada olduğu gibi ülkemizde de bilişim teknolojisindeki ilerlemeler hasta eğitimi alanında da değişimlere neden olmaktadır (66).

Sağlık konularında bilgi sahibi olabilmek için internet kullanımı birincil kaynak olarak görülmektedir, internet kullanarak sağlık bakım çalışanları, hastalar ve aileleri arasında etkileşim yaşanmaktadır. Bilgi teknolojisindeki ilerlemeler, internetin daha fazla kullanılması, internetten elde edilen bilgiye birden fazla ulaşılması, sağlık çalışanının bireylerle yüz yüze eğitimlerde daha fazla zamana ihtiyaç olması, web ortamındaki eğitimlerin maliyetlerinin az olması nedeniyle web destekli hasta eğitimi günümüzde giderek artmaktadır (66,67).

Andreas Ihrig ve ark'nın (2012) yaptıkları çalışmada ameliyat gününden bir gün önce 102 hastaya multimedia destekli eğitim, 101 hastaya ise genel standart eğitim verildi, çalışma sonucunda girişimsel işlemlerde multimedia eğitimi alan hastaların almayan hastalara göre daha az kaygı yaşadıklarını ve hasta memnuniyetinin daha fazla olduğunu belirledi (68).

Yeşilyurt'un çalışmasında ameliyat öncesi verilen video destekli eğitim ile hastaların kaygı düzeyini azalttığını belirledi (69).

Tou ve ark.'ı çalışmasında bağırsak ameliyatı öncesinde verilen video materyali ile bilgilendirmenin hastalarda kaygıyı azalttığını belirledi (70).

Multimedya tabanlı veya video destekli eğitimin, sözlü/yazılı eğitim ile kıyaslandığında bir takım avantajları görülmektedir. Video destekli eğitimler tekrarlarla pekiştirilerek izlenebilir, hastalar ve yakınları arasında klinikten uzak olarak etkileşim kurulabilir, görsel ve işitsel uygulamalarla desteklenerek daha kalıcı bir eğitim olabilir (71).

Hasta eğitimi hastalığın prognozunu olumlu yönde etkilerken, hastanın hastanede kalma süresini kısaltır ve yaşam kalitesi üzerine olumlu etkiler yapar. Eğitim materyali olarak kullanılan kaynakların artması beraberinde yeni öğrenme ve öğretim tekniklerini de ortaya koymaktadır. Bu nedenle hasta eğitiminin çeşitli eğitim materyalleriyle desteklenerek yaygınlaştırılması gerekmektedir (57).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma ERCP işlemi öncesi verilen video destekli eğitimin kaygı düzeyi ve memnuniyete etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

5.2. Araştırmanın Hipotezleri

H₀ ERCP işlemi öncesi verilen video destekli eğitim kaygı düzeyi ve hasta memnuniyeti üzerine etkisi yoktur.

H₁ ERCP işlemi öncesi verilen video destekli eğitim kaygı düzeyini azaltır.

H₂ ERCP işlemi öncesi verilen video destekli eğitim hasta memnuniyetini artırır.

5.3. Araştırmanın Tipi

Araştırma, ERCP işlemi öncesi hastalara verilen video destekli eğitimin kaygı düzeyi ve memnuniyete etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü deneysel olarak yapıldı.

5.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Bağcılar Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nin ERCP ünitesine ERCP için başvuran hastalar üzerinde 1 Eylül 2017 - 31 Aralık 2018 tarihleri arasında yapıldı.

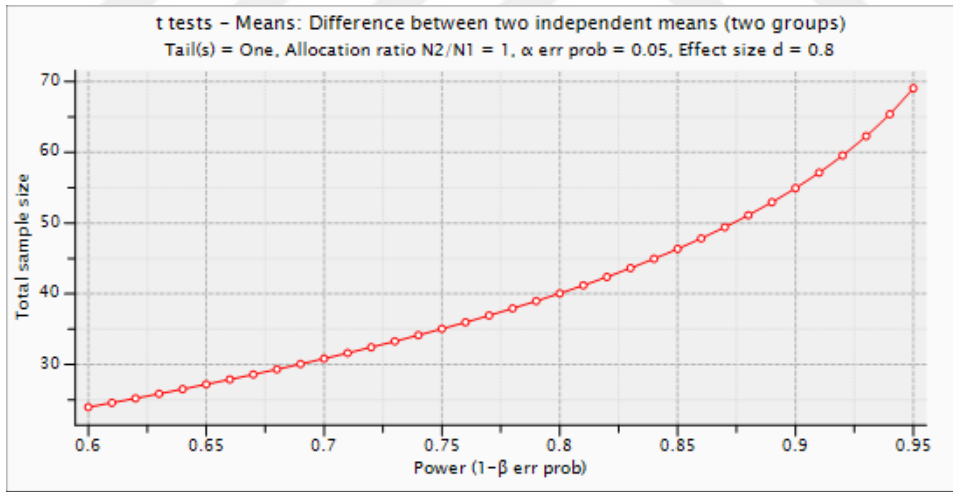
ERCP ünitesi hastanenin -1. katında acil ünitesi ve radyoloji ünitesine yakın olarak dizayn edilmiştir. Araştırmanın yapıldığı ERCP ünitesinde hasta kayıt kabul işlerinin yapıldığı sekreter ünitesi, işlemin uygulandığı bir girişim odası, işlem öncesi hasta hazırlığı ve işlem sonrasında hasta izlemi yapılan iki gözlem odası ve bir doktor odası mevcuttur. Hastanın kayıt kabul işlemi yapıldıktan sonra hasta gözlem odasına alınarak işlem sırası gelinceye kadar bekletilmektedir.

Hasta eğitimleri doktor odasında verilmektedir. Bu üniteye gastroentoloji doktorlarından bir profesör doktor, bir yardımcı doçent doktor ve bir hemşire görev yapmaktadır. Hemşire hastayı üniteye kabul eder, gözlem odasında işlem öncesinde hastayı hazırlar, hastanın öyküsünü alır, alerjisi olup olmadığını sorgular ve işlem

öncesi açlık durumunun en az 6-8 saat olup olmadığını değerlendirir, hastaya önlük bone giydirir, takma dişi olup olmadığını sorgular, takma diş varsa çıkarılmasını sağlar, işlem öncesi uygulanacak ilaçlar için hastaya damar yolu açar, işlem için gerekli olan cihazları ve işlemde kullanılacak materyalleri hazırlar. Girişim sırasında hekime asiste eder, hastayı izler. İşlem sonrası hastayı gözlem odasına alarak izlemine yapar ve kaydeder, işlem sonrası hasta 2-3 saat takip edildikten sonra taburculuk eğitimi verilerek hasta taburcu edilir.

5.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Medipol Mega Hastanesi'nde ERCP uygulanan hastalar oluşturdu. Araştırmaya alınacak kişi sayısını belirlemek üzere güç analizi yapıldı. Testin gücü, G*Power3.1 programı ile hesaplandı. Çalışmanın gücünün belirlenmesinde %95 değerini geçmesi için; %5 anlamlılık düzeyinde ve 0.920 etki büyüklüğünde gruplarda 35'er kişi olmak üzere toplam 70 kişiye ulaşılması gerekmektedir (df=68; t=1.667).



Şekil.5.5.1. Güç Analizine Göre Örneklem Sayıları

Örnekleme dahil edilme kriterleri aşağıda verilmiştir

Örneklem seçilme kriterleri

- 18 yaş üzeri olan,

- Eğitim düzeyi okur yazar olan,
- Bilinci açık olan,
- Genel durumu stabil olan,
- Mental yetersizliği ve psikiyatrik hastalığı olmayan
- Çalışmaya katılmayı kabul eden

Hastalar dahil edilmiş olup örnekleme bu kriterlere uyan 35 kontrol ve 35 deney grubu olmak üzere toplam 70 hasta oluşturdu.

5.6. Araştırmanın Etik Yönü

Bu araştırmanın yapılabilmesi için Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı. Yine bu çalışmanın uygulandığı Medipol Mega Hastaneler Kompleksi Bağcılar Hastanesi Medikal Direktörlüğü'nden yazılı kurum izni alındı (EK-4).

Araştırmaya katılacakları bildirilerek çalışmanın amacı ve sonuçlarının nerede ve nasıl kullanılacağı anlatıldı. Araştırmaya katılan bireylerden sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş onam alındı (EK-2).

Ankete verilen cevapların bir başkası ile paylaşılmayacağı, araştırmacı tarafından gizli tutulacağı ve bilimsel amaçlı kullanılacağı bildirilerek gizlilik ilkesine uyuldu.

5.7. Verilerin Toplanması

5.7.1. Veri Toplama Araçları

5.7.1.1. Veri Toplama Formu

Verilerin toplanmasında 3 bölümden oluşan veri toplama formu kullanıldı (EK-1). Birinci bölümde tanıtıcı özellikler, ikinci bölümde Durumluk -Sürekli Kaygı Ölçeği (Spielberger'in State- Trait Anxiety Inventory), üçüncü bölümde Hasta Memnuniyeti Ölçeği-VAS yer almaktadır.

Hasta Tanıtım Formu: Hastaların kişisel bilgilerini toplamaya yönelik araştırmacı tarafından oluşturulan bu form 12 soru içermektedir. Soruların 9 tanesi sosyo- demografik özelliklerine ilişkin (cinsiyet, yaş, yaş grubu, medeni durumu,

eğitim durumu, gelir durumu, sosyal güvenlik durumu, meslek ve yaşanılan yer), 3 soru ise ERCP işlemine ilişkin (tanı, endikasyon ve belirtiler) sorularını içermektedir.

Durumluk -Sürekli Kaygı Ölçeği (State- Trait Anxiety Inventory / STAI)

Durumluk kaygı, bireyin içinde bulunduğu kaygılı durumundan kaynaklanan, hissettiği öznel korku durumudur. Belirli bir zamanda, belirli koşullarda kişinin kendini nasıl ifade ettiğini gösterir. Sürekli kaygı, bireyin yaşantısında kaygıyı algılama durumu olarak ifade edilir. Sürekli kaygı seviyesi yüksek olan kişilerin, durumluk kaygı seviyeleri de diğerlerine göre daha yüksektir (72).

STAI, Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970 yılında geliştirilip, Öner ve Lecompte tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Durumluk kaygı ölçeğinde kişinin o anki duygularının şiddetine göre (1) hiç, (2) biraz (3) ok, (4) tamamiyle seçeneklerinden birini seçmesi gerekmektedir. Sürekli kaygı durumunda ise; kişinin kendini nasıl hissettiğini anlatan duyguların sıklığına göre (1) hemen hemen hiçbir zaman, (2) bazen, (3) hemen her zaman gibi seçeneklerden birini seçmesi gerekmektedir. STAI ölçeğinde 20'şer madde olmak üzere her iki ölçekte toplamda 40 madde bulunmaktadır. Doğrudan hissedilen ifadelerin olumsuz duygular içerdiğini, tersine dönmüş ifadelerin ise olumlu duyguları içerdiğini göstermektedir. Durumluk kaygı ölçeğinde tersine dönmüş 10 adet ifade yer almaktadır Bunlar: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddelerdir. Sürekli kaygı ölçeğinde ise tersine dönmüş 7 ifade yer almaktadır (72). Bu ölçekte anksiyete skorlaması; 20-39 düşük, 40-59 orta ve 60-80 yüksek olarak belirtilmiştir (73,74).

Bu araştırmada durumluk kaygı ölçeğinin güvenilirliği Cronbach's Alpha=0,940 olarak, sürekli kaygı ölçeğinin güvenilirliği ise Cronbach's Alpha=0,855 yüksek bulunmuştur.

Visual Analog Scala (VAS) / Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)

Hastaların memnuniyet düzeylerinin değerlenmesinde VAS kullanıldı. VAS genellikle hastaların ağrı ve diğer semptomlarını değerlendirmek için kullanılan tek boyutlu değerlendirme ölçütlerinden biridir. Değerlendirmeyi hasta kendisi yapmaktadır. Bir ucunda memnuniyetsizlik, diğer ucunda memnuniyet olan 10

cm/100 mm,'lik bir cetveldir. Dikey veya yatay olabilir. Çalışmada yatay formu kullanılmıştır. Hastaya ölçek gösterilerek cetvel üzerinde uygun gördüğü noktayı işaretlemesi istenir ya da bu hat eşit aralıklar halinde bölünmüş veya hat üzerine konulmuş tanımlama ifadelerine de sahip olabilir (54,55). Sonuç cetvel ile ölçülür cm veya mm olarak rapor edilir.

5.8. Araştırmanın Uygulanması

Hastaların gruplara atanmasında yanlılığı önlemek amacıyla protokol numaralarına göre atama yapıldı. Protokol numarasının sonu çift sayı olan hastalar deney grubuna, tek olanlar ise kontrol grubuna atandı.

5.8.1. Kontrol Grubu

ERCP işlemi için gelen hastalara araştırma hakkında açıklama yapıldı, katılmayı kabul edenlere öncelikle bilgilendirilmiş onam formları (EK-2) doldurtularak onamları alındı. Hastalar gözlem odasına alınıp hazırlandı. Bekleme esnasında hastalara kurumun hemşirelik hizmetleri eğitim biriminin ve ERCP ünitesi ekibi tarafından hazırlanan ERCP işlemi bilgilendirme rehberi ve eğitim broşürü ile bilgilendirme yapıldı.

Hastaya gereksinimlerine ve kaygı yaşadığı nedene yönelik bilgilendirme yapıldı. ERCP işlemine başlamadan önce sedatif ilaçların uygulanacağı, işlem esnasında tansiyonu, kalp atım hızı, kandaki oksijen durumu, monitöre bağlanıp izlenileceğinin bilgisi verildi. İşlemin on beş dakika ile bir saat arasında değiştiğini ve ortalama yarım saat sürdüğünün bilgisi verildi.

İşlem sonrası hemen eve gönderilmeyeceği ve iki ile üç saat arasında bir takip sürecinin olacağı bildirildi. İşlem sonrasında genel durumuna göre üç saat sonunda oral alımına başlanabileceğinin bilgisi verildi. Bu bilgilendirme sonrası hastalara işlemden önce durumluk- sürekli kaygı ölçeği doldurtuldu. Ortalama 20 dakika sürdü. Hasta işlem odasına alınarak ERCP işlemi yapıldı ve hastalar işlem sonrasında gözlem odalarına getirildikten sonra orada takibine devam edildi.

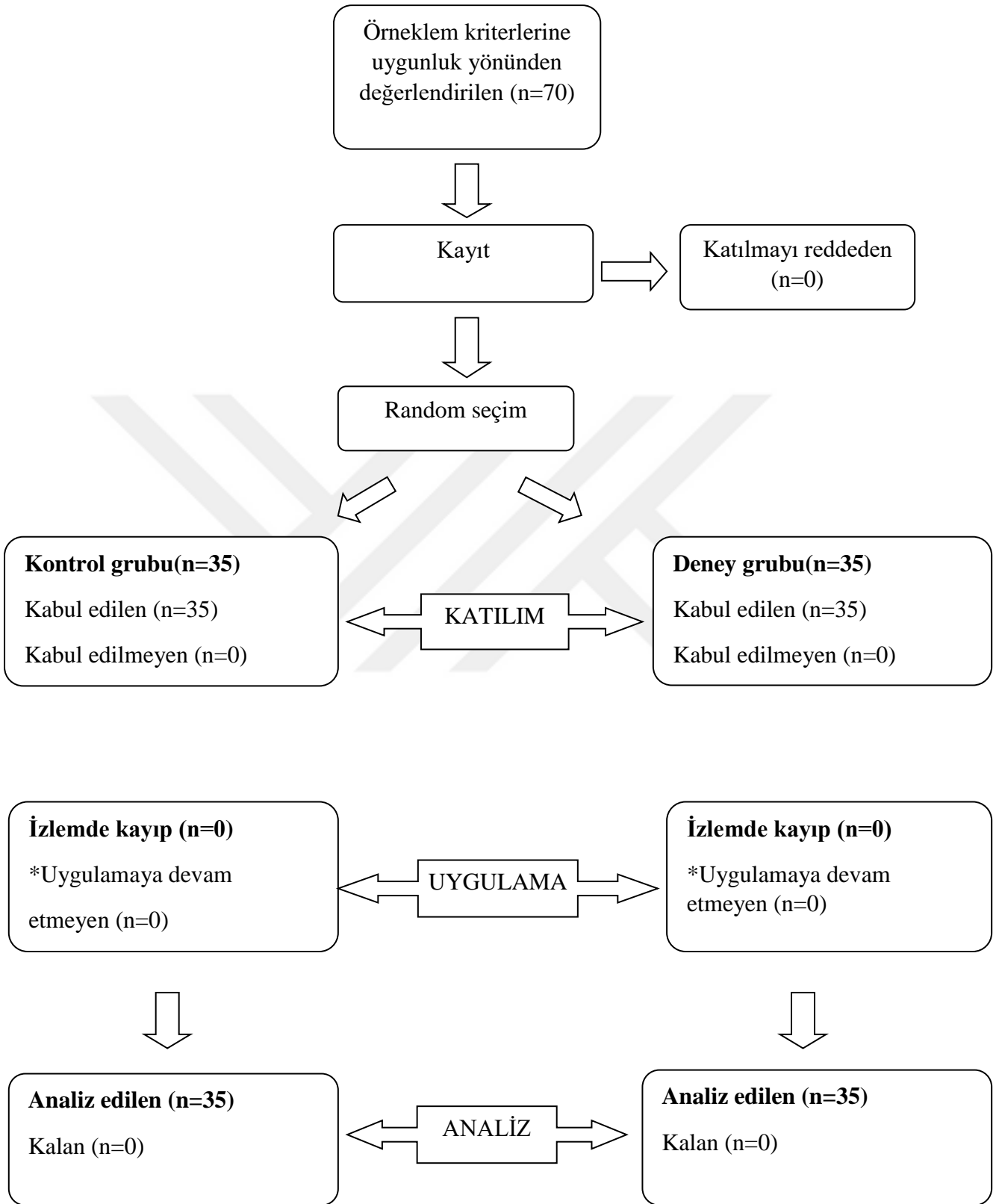
Hastaya taburcu edilmeden hemen önce tekrar durumluk- sürekli kaygı ölçeği ve VAS hasta memnuniyet değerlendirme ölçeği doldurtuldu.

5.8.2 Deney Grubu

ERCP işlemi için gelen hastalara araştırma hakkında açıklama yapıldı, katılmayı kabul edenlere öncelikle bilgilendirilmiş onam formu (EK-2) doldurtularak onamları alındı. Hastalar gözlem odasına alınıp hazırlandı. Bekleme esnasında hastalara ERCP işlemi bilgilendirme rehberi ve eğitim broşürü verildi, video destekli eğitim verildi. Video materyali ERCP ünitesi ekibi tarafından hazırlandı. Video materyali oluşturulurken Medipol Mega Hastanesi hekimlerinden genel cerrahi uzmanı Prof. Dr. Gökhan Akbulut, gastroenteroloji uzmanı Prof. Dr. Vedat Göral ve Yard. Doç. Dr. Mustafa Salih Akın'ın görüş ve önerileri alındı.

Video içeriğinde işleme başlamadan önce hastanın sol yan pozisyonda yatırıldığı, sakinleştirici ve ağrı kesici ilaçların uygulanacağı, ağızına cihazı ısırmaması ve boğaz bölgesinden rahat geçişin sağlanması için ağızlık yerleştirileceği, işlem esnasında tansiyon, kalp atım hızı ve kandaki oksijen seviyesinin izlendiği, işlem sonrasında gözlem odasında takibinin 2-3 saat devam edeceği, genel duruma göre oral alımının ne zaman verileceği konusunda bilgilendirme yapıldı daha sonra ERCP işleminin nasıl uygulandığı anlatıldı.

Video eğitimi sırasında hastanın soru sormasına fırsat verildi ve gereksinimine yönelik bilgilendirme yapıldı. Video ile eğitim verme yaklaşık 20 dakika sürdü. Bu bilgilendirme sonrası hastalara durumluk- sürekli kaygı ölçeği doldurtuldu. Hasta işlem odasına alınarak ERCP işlemi uygulandı. Hastalar işlem sonrasında gözlem odalarına getirildikten sonra orada izlemine devam edildi. Hastaya taburcu edilmeden hemen önce tekrar durumluk- sürekli kaygı ölçeği ve VAS memnuniyet değerlendirme ölçeği doldurtuldu.



Şekil 5.8.2.1. Araştırmanın Şeması

5.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır.

İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında t-testi kullanılmıştır. Grup içi tekrarlı ölçümler arasındaki fark eşleşmiş grup t-testi ile analiz edilmiştir.



6.BULGULAR

Tablo 6.1. Deney ve Kontrol Gruplarının Tanımlayıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması (n=70)

Deney ve Kontrol Gruplarının Tanımlayıcı Özellikleri		Deney Grubu (n=35)		Kontrol Grubu (n=35)		p
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	17	%48,6	15	%42,9	$x^2=0,230$ p=0,405
	Kadın	18	%51,4	20	%57,1	
Yaş	18-28	4	%11,4	2	%5,7	$x^2=2,143$ p=0,710
	29-39	7	%20,0	7	%20,0	
	40-50	5	%14,3	5	%14,3	
	51-61	4	%11,4	8	%22,9	
	62 ve Üzeri	15	%42,9	13	%37,1	
Medeni Durum	Bekar	3	%8,6	1	%2,9	$x^2=1,061$ p=0,307
	Evli	32	%91,4	34	%97,1	
Eğitim Durumu	Okuryazar	2	%5,7	4	%11,4	$x^2=3,573$ p=0,311
	İlköğretim	21	%60,0	17	%48,6	
	Lise	7	%20,0	4	%11,4	
	Lisans Ve Üzeri	5	%14,3	10	%28,6	
Gelir Durumu	Gelir Giderden Fazla	4	%11,4	9	%25,7	$x^2=5,456$ p=0,065
	Gelir Giderden Az	18	%51,4	9	%25,7	
	Gelir Gidere Denk	13	%37,1	17	%48,6	
Sosyal Güvence	Yok	5	%14,3	0	%0,0	$x^2=5,490$ p=0,064
	SGK	23	%65,7	28	%80,0	

	Diğer	7	%20,0	7	%20,0	
Meslek	Çalışan	10	%28,6	11	%31,4	$\chi^2=0,950$ $p=0,917$
	Ev Hanımı	15	%42,9	17	%48,6	
	İşsiz	4	%11,4	2	%5,7	
	Öğrenci	1	%2,9	1	%2,9	
	Emekli	5	%14,3	4	%11,4	
Yaşanılan Yer	Köy	2	%5,7	1	%2,9	$\chi^2=0,348$ $p=0,500$
	İl Ve İlçe	33	%94,3	34	%97,1	

Tablo 6.1.'de Deney grubu ve kontrol gruplarının tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılması verildi. Deney grubunun %48,6'sı erkek, %51,4'ü kadın, kontrol grubunun %42,9'u erkek, %57,1'inin kadın olduğu görüldü. Deney grubu ve kontrol grubu cinsiyete göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($\chi^2=0,230$; $p=0,405$, $p>0.05$).

Deney grubuna alınan hastaların %11,4'ü 18-28 yaş arasında, %20'si 29-39 yaş arasında, %14,3'ü 40-50 yaş arasında, %11,4'ü 51-61 yaş arasında, %42,9'u 62 yaş ve üzeri olduğu, kontrol grubuna alınan hastaların %5,7'si 18-28 yaş arasında, %20'si 29-39 yaş arasında, %14,3'ü 40-50 yaş arasında, %22,9'u 51-61 yaş arasında, %37,1'i 62 yaş ve üzeri olduğu görüldü. Deney grubu ve kontrol grubu hastaların yaş ile grup arasında anlamlı fark bulunmadı ($\chi^2=2,143$; $p=0,710$, $p>0.05$).

Deney grubunun %91,4'ü evli iken kontrol grubunun %97,1 evli olduğu görüldü. Deney grubu ve kontrol grubu medeni duruma göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($\chi^2=1,061$; $p=0,307$, $p>0.05$).

Deney grubunun %5,7'si Okur yazar, %60'ı İlköğretim, %20'si Lise, %14,3'ü Lisans ve üzeri iken kontrol grubunun %11,4'ü Okuryazar, %48,6'sı İlköğretim, %11,4'ü Lise, %28,6'sı Lisans ve üzeri olduğu görüldü. Deney grubu ve kontrol grubu eğitim düzeyine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($\chi^2=3,573$; $p=0,311$, $p>0.05$).

Hastalar gelir durumuna göre karşılaştırıldığında deney grubunun %11,4'ü gelir durumunun giderden fazla, %51,4'ü gelir durumunun giderden az, %37,1'i gelir durumu gider durumuna denk, kontrol grubunun %25,7'si gelir durumunun giderden fazla, %25,7'si gelir durumunun giderden az, %48,6'sı gelir durumu gider durumuna denk olduğu görüldü. Deney ve kontrol guruplarında gelir durumuna göre karşılaştırmada anlamlı fark bulunmadı ($\chi^2=5,456$; $p=0,065$, $p>0.05$).

Hastaların sosyal güvence durumu karşılaştırıldığında deney grubunun %14,3'ünün sosyal güvencesi olmadığı, %65,7'sinin SGK olduğu, %20'sinin diğer sosyal güvencelerden biri olduğu, kontrol grubunun %100'ünün sosyal güvencesi olduğu, %80'inin SGK olduğu, %20'sinin diğer sağlık güvencesi olduğu görüldü. Deney ve kontrol gruplarının sosyal güvence durumlarına göre karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmadı ($\chi^2=5,490$; $p=0,064$, $p>0.05$).

Hastaların meslek grupları karşılaştırıldığında deney grubunun %28,6'sı çalışan olduğu, %42,9'u ev hanımı olduğu, %11,4'ü işsiz olduğu, %2,9'u öğrenci olduğu, %14,3'ü emekli olduğu, kontrol grubunun %31,4'ü çalışan olduğu, %48,6'sı ev hanımı olduğu, %5,7'si işsiz olduğu, %2,9'u öğrenci olduğu, %11,4'ü emekli olduğu görüldü. Meslek ile grup arasında anlamlı fark bulunmadı ($\chi^2=0,950$; $p=0,917$, $p>0.05$).

Hastaların yaşadıkları yer bakımından karşılaştırıldığında deney grubunun %5,7'sinin köyde yaşadığı, %94,3'ünün il ve ilçede yaşadığı, kontrol grubunun %2,9'unun köyde yaşadığı, %97,1'inin il ve ilçede yaşadığı görüldü. Yaşanılan yer ile grup arasında anlamlı fark bulunmadı ($\chi^2=0,348$; $p=0,500$, $p>0.05$).

Tablo 6.2. Deney ve Kontrol Gruplarının ERCP İşlemine İlişkin Endikasyon Durumlarının Karşılaştırılması (n=70)

Deney ve Kontrol Gruplarının ERCP İşlemine İlişkin Endikasyon Durumları		Deney Grubu (n=35)		Kontrol Grubu (n=35)		p
		n	%	n	%	
Koledokolityazis	Evet	30	%85,7	31	%88,6	$\chi^2=0,128$ p=0,500
	Hayır	5	%14,3	4	%11,4	
Safra Yolu Tümörleri	Evet	5	%14,3	2	%5,7	$\chi^2=1,429$ p=0,214
	Hayır	30	%85,7	33	%94,3	
Cerrahi Sonrası Safra Yolu Kaçağı	Evet	1	%2,9	0	%0,0	$\chi^2=1,014$ p=0,500
	Hayır	34	%97,1	35	%100,0	
Pankreatit	Hayır	35	%100,0	35	%100,0	-
Bening Darlıklar	Evet	2	%5,7	2	%5,7	$\chi^2=0,000$ p=0,693
	Hayır	33	%94,3	33	%94,3	

Tablo 6.2.'de Deney ve kontrol gruplarının ERCP işlemine ilişkin endikasyon durumlarının karşılaştırılması verildi. Hastalarda işlem öncesi koledokolityazis görülme durumu karşılaştırıldığında deney grubunun %85,7'sinde ve kontrol grubunun ise %88,6'sında koledokolityazis endikasyonunu görüldü. Koledokolityazis endikasyonu ile gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($\chi^2=0,128$; p=0,500, p>0.05)

Hastalarda işlem öncesi safra yolu tümörleri görülme durumu karşılaştırıldığında deney grubunun %85,7'sinde, kontrol grubunun ise %94,3'ünde safra yolu tümörleri görülmedi. Safra yolu tümör endikasyonu ile gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($\chi^2=1,429$; p=0,214, p>0.05).

Hastalarda işlem öncesi cerrahi sonrası safra yolu kaçağı görülme durumu karşılaştırıldığında deney grubunun %97,1'inde, kontrol grubunun ise %100'ünde cerrahi sonrası safra yolu kaçağı görülmedi. Cerrahi sonrası safra yolu kaçağı ile gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($\chi^2=1,014$; $p=0,500$, $p>0.05$).

Hastalarda işlem öncesi bening darlık görülme durumu karşılaştırıldığında deney grubunun %94,3'ünde, kontrol grubunun ise %94,3'ünde bening darlık görülmedi. Bening darlıklar ile gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($\chi^2=0,000$; $p=0,693$, $p>0.05$).

Tablo 6.3. Deney ve Kontrol Gruplarının ERCP İşlem Öncesi Belirti Durumlarının Karşılaştırılması (n=70)

Deney ve Kontrol Gruplarının ERCP İşlem Öncesi Belirti Durumları		Deney Grubu (n=35)		Kontrol Grubu (n=35)		p
		n	%	n	%	
Bulantı Kusma	Evet	15	%42,9	17	%48,6	$\chi^2=0,230$ $p=0,405$
	Hayır	20	%57,1	18	%51,4	
Karın Ağrısı	Evet	29	%82,9	31	%88,6	$\chi^2=0,467$ $p=0,367$
	Hayır	6	%17,1	4	%11,4	
Sarılık	Evet	5	%14,3	2	%5,7	$\chi^2=1,429$ $p=0,214$
	Hayır	30	%85,7	33	%94,3	
Ateş Yükseliği	Evet	5	%14,3	1	%2,9	$\chi^2=2,917$ $p=0,099$
	Hayır	30	%85,7	34	%97,1	
Kaşıntı	Evet	6	%17,1	3	%8,6	$\chi^2=1,148$ $p=0,239$
	Hayır	29	%82,9	32	%91,4	
Diğer(idrar rengi değişikliği, pankreatit)	Evet	0	%0,0	2	%5,7	$\chi^2=2,059$ $p=0,246$
	Hayır	35	%100,0	33	%94,3	

Tablo 6.3.'de Deney ve kontrol gruplarının ERCP işlem öncesine ilişkin belirti durumlarının karşılaştırılması verildi. Hastalarda işlem öncesi bulantı, kusma durumu karşılaştırıldığında deney grubunda %42,9'unda, kontrol grubunda ise %48,6'sında bulantı, kusmanın görüldüğü, deney grubunun %57,1'inde, kontrol grubunda ise %51,4'ünde bulantı, kusmanın görülmediği saptandı. Bulantı kusma ile gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($\chi^2=0,230$; $p=0,405$, $p>0.05$).

Hastalarda işlem öncesi karın ağrısı görülme durumu karşılaştırıldığında deney grubunun %82,9'unda, kontrol grubunun ise %88,6'sında karın ağrısı belirtisi görüldü. Karın ağrısı ile gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($\chi^2=0,467$; $p=0,367$, $p>0.05$).

Hastalarda işlem öncesi sarılık görülme durumu karşılaştırıldığında deney grubunun %85,7'sinde, kontrol grubunun ise %94,3'ünde görülmediği saptandı. Hastalarda sarılık belirtisi ile gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($\chi^2=1,429$; $p=0,214$, $p>0.05$).

Hastalarda işlem öncesi ateş yüksekliği görülme durumu karşılaştırıldığında deney grubunun %85,7'sinde, kontrol grubunun ise %97,1'inde ateş yüksekliği belirtisi görülmediği saptandı. Ateş yüksekliği belirtisi ile gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($\chi^2=2,917$; $p=0,099$, $p>0.05$).

Hastalarda işlem öncesi kaşıntı görülme durumu karşılaştırıldığında deney grubunun %82,9'unda, kontrol grubunun ise %91,4'ünde kaşıntı belirtisinin görülmediği saptandı. Kaşıntı belirtisi ile gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($\chi^2=1,148$; $p=0,239$, $p>0.05$).

Hastalarda işlem öncesi diğer belirtilerin görülme durumu karşılaştırıldığında deney grubunun %100'ünde, kontrol grubunun ise %94,3'ünde diğer belirtilerin görülmediği saptandı. Diğer belirtiler ile gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($\chi^2=2,059$; $p=0,246$, $p>0.05$).

Tablo 6.4. Deney ve Kontrol Gruplarının Durumluk Kaygı Puanlarının Karşılaştırılması (n=70)

Gruplar	Deney Grubu (n=35)		Kontrol Grubu (n=35)		*t	Sd	P
	Ort±Ss		Ort±Ss				
Durumluk Kaygı İÖ	40,057	3,948	39,543	3,475	0,578	68	0,565
Durumluk Kaygı İS	32,657	4,101	42,829	4,218	- 10,228	68	0,000
p	8,203		-3,483				
**t	0,000		0,001				

*Bağımsız Gruplar t-testi; **Eşleşmiş Grup t-testi

Tablo 6.4.'de deney ve kontrol gruplarının durumluk kaygı puanlarının karşılaştırılması verildi.

Deney grubunda işlem sonrası kaygı düzeyi 32,657 (düşük anksiyete) iken, işlem öncesi kaygı düzeyi 40,057 (orta anksiyete) olarak belirlendi.

Kontrol grubunda işlem öncesi durumluk kaygı düzeyi 39,543 (düşük anksiyete) iken, işlem sonrası kaygı düzeyi 42,829 (orta anksiyete) olarak belirlendi.

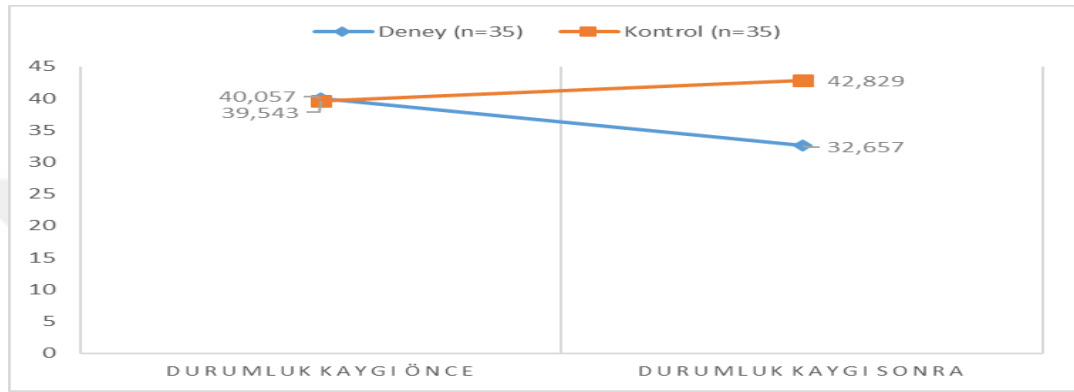
Deney ve kontrol gruplarının durumluk kaygı puanlarının karşılaştırılması incelendiğinde, deney ve kontrol gruplarında işlem öncesi durumluk kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı ($t_{(68)}=0,578$; $p=0,565$, $p>0,05$).

Deney ve kontrol gruplarında işlem sonrası durumluk kaygı puan ortalamaları gruplar arasında anlamlı fark bulundu ($t_{(68)}=-10,228$; $p=0,000$, $p<0,05$).

Deney grubunun işlem sonrası durumluk kaygı puanı, kontrol grubunun işlem sonrası durumluk kaygı puanından düşüktür.

Deney grubunda işlem öncesi durumluk kaygı puan ortalamasına ($\bar{x}=40,057$) göre işlem sonrası puan ortalamasındaki ($\bar{x}=32,657$) azalma anlamlı bulundu ($p=0,000<0,05$).

Kontrol grubunda işlem öncesi durumluk kaygı puan ortalamasına ($\bar{x}=39,543$) göre işlem sonrası durumluk kaygı puan ortalamasındaki ($\bar{x}=42,829$) artış anlamlı bulundu ($p=0,001<0,05$).



Şekil.6.1. Deney ve Kontrol Gruplarının Durumluk Kaygı Puanlarının Ortalamaları

Tablo 6.5. Deney ve Kontrol Gruplarının Sürekli Kaygı Puanlarının Karşılaştırılması (n=70)

Deney ve Kontrol Gruplarının Sürekli Kaygı Puanları	Deney Grubu (n=35)		Kontrol Grubu (n=35)		*t	Sd	P
	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss			
Sürekli Kaygı İÖ	46,429	3,752	46,714	5,814	-0,244	68	0,808
Sürekli Kaygı İS	44,743	3,484	45,686	4,227	-1,018	68	0,312
p	2,977		0,810				
**t	0,005		0,424				

*Bağımsız Gruplar t-testi; **Eşleşmiş Grup t-testi

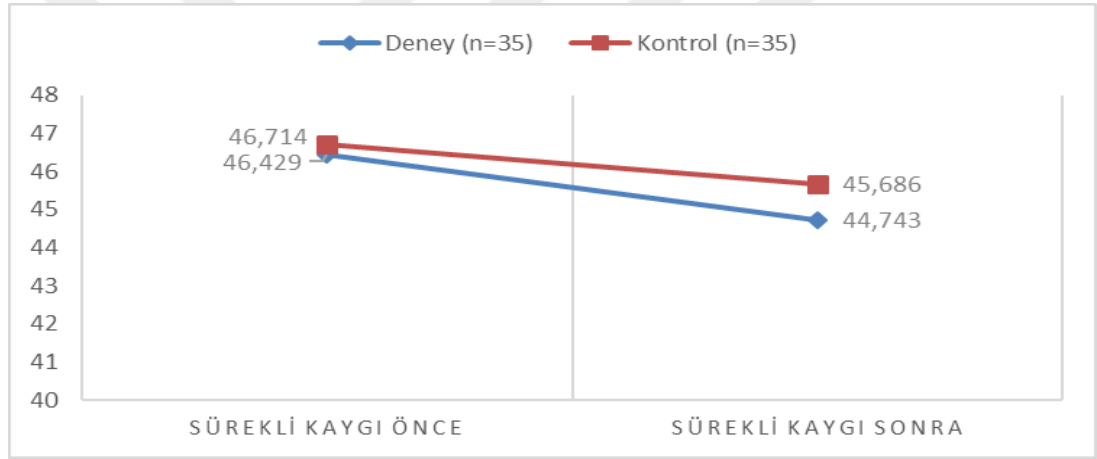
Tablo 6.5.'de deney ve kontrol gruplarının sürekli kaygı puanlarının gruplara göre karşılaştırılması verilmiştir. Deney ve kontrol gruplarında işlem öncesi sürekli

kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı ($t_{(68)}=-0,244$; $p=0,808$, $p>0,05$).

Deney ve kontrol grupları arasında işlem sonrası sürekli kaygı puan ortalaması anlamlı farklılık göstermemektedir ($t_{(68)}=-1,018$; $p=0,312$, $p>0,05$).

Deney grubunda işlem öncesi sürekli kaygı puan ortalamasına ($\bar{x}=46,429$) göre işlem sonrası puan ortalamasındaki ($\bar{x}=44,743$) azalma anlamlı bulundu ($p=0,005<0,05$).

Kontrol grubunda işlem öncesi sürekli kaygı puan ortalamasına ($\bar{x}=46,714$) göre işlem sonrası puan ortalamasındaki ($\bar{x}=45,686$) azalma anlamlı bulunmadı ($p=0,424>0,05$).



Şekil.6. 2. Deney ve Kontrol Gruplarının Sürekli Kaygı Puanlarının Ortalamaları

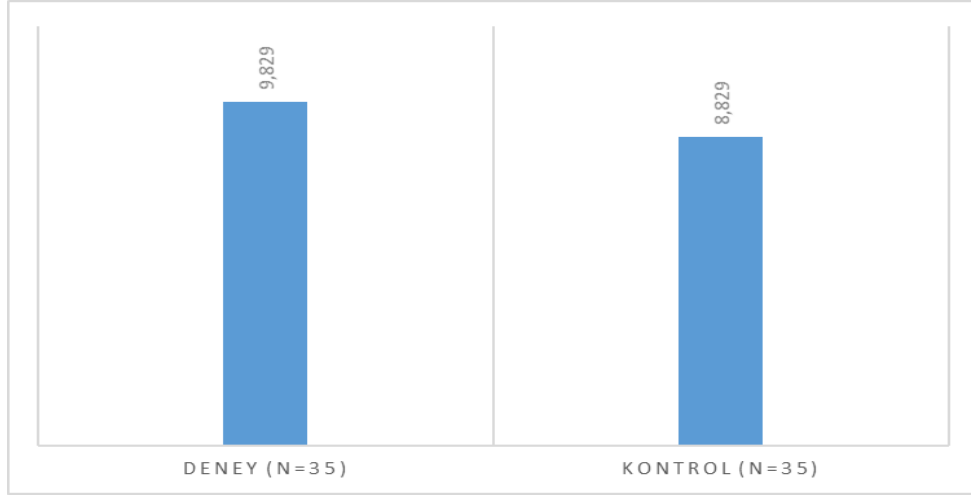
Tablo 6.6. Deney ve Kontrol Gruplarının Memnuniyet Puanlarının Karşılaştırılması (n=70)

Gruplar	Deney Grubu (n=35)		Kontrol Grubu (n=35)		T	Sd	p
	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss			
İşlem Sonrası VAS	9,829	0,382	8,829	0,985	5,600	68	0,000

Bağımsız Gruplar t-testi

Tablo 6.6.'da deney ve kontrol gruplarının memnuniyet puanlarının karşılaştırılması verilmiştir.

Deney grubunun işlem sonrası memnuniyet puanları ($x=9,829$), kontrol grubunun işlem sonrası memnuniyet puanlarından ($x=8,829$) yüksek bulundu ($t_{(68)}=5,600$; $p=0,000$, $p<0,05$).



Şekil 6.3. Deney ve Kontrol Gruplarında Memnuniyet Puan Ortalamaları

7. TARTIŞMA

Bu araştırmada Medipol Mega Hastanesi ERCP ünitesindeki işlem öncesi video desteğiyle ilgili eğitim vermenin kaygı düzeyi ve memnuniyete etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları literatür eşliğinde tartışıldı.

Kontrol ve deney grubunda yer alan hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre kontrol değişkenlerinin benzer özellikte olduğu bulundu. Bu durum grupların homojen olduğunu göstermektedir ($p>0.05$).

Araştırmamızda hastaların sosyo demografik özelliklerine bakıldığında; yaklaşık yarısı kadın, yarısının erkek cinsiyetten olduğu belirlendi. Hastaların yarısının 60 yaş üzerinde, %60'ının ilköğretim mezunu, %85,7'sinin sosyal güvencesi olduğu belirlendi. Demirel'in yaptığı çalışmasında hastaların sosyo demografik özellikler yönünden çalışma bulgularımız ile benzer olduğu görüldü (42).

ERCP endikasyonu yönünden vakaların büyük çoğunluğunda koledokolityazis endikasyonunun görüldüğü belirlendi. Deney grubunun %85,7'sinde, kontrol grubunun %88,6'sında ERCP endikasyonunun koledokolityazis olduğu görüldü. Diğer endikasyonlar tümör, cerrahi sonrası safra yolu kaçağı, pankreatit, benign darlıklar olarak sıralandı. Koçkar ve ark.'ı çalışmasında, en çok ERCP işleminin endikasyonları arasında koledokolityazisin görüldüğünü belirledi (75). Yine Mutlu ve ark.'nın yaptığı çalışmada ERCP işleminin endikasyonları incelendiğinde en çok koledokolityazis endikasyonunun olduğu belirlendi (36). Tunç ve ark.'nın yaptığı çalışmada ERCP endikasyonlarının içerisinde en fazla koledokolityazis olduğunu belirledi. Bu bulgunun literatürdeki çalışmalarla uyumlu olduğu belirlendi (47).

Hastaların ERCP işlemi için başvuru sırasında var olan belirti bulguları incelendiğinde, ilk sırada ağrı yer aldı. İkinci sırada bulantı, kusma görüldü. Deney grubunun %82,9'unun, kontrol grubunun %88,6'sının ağrı belirtisiyle başvurduğu bulundu. İkinci belirti bulantı, kusmadır. Deney grubunun %42,9'unda, kontrol grubunun ise %48,6'sında görüldü. Sarılık, ateş, kaşıntı ve idrarda renk değişikliği ve pankreatit bulgularına yükselme belirtilerine daha düşük oranda rastlandı. Kesler çalışmasında ERCP işlemi öncesi hastalarda ilk belirtinin karın ağrısı, ikinci

belirtinin ise bulantı, kusma olduğunu belirledi. Bu bulgumuz literatür bilgisiyle uyumludur (81).

Tanı işlemleri hastaların kaygı duymalarına neden olmaktadır. Yapılan çalışmaların çoğu hastalara bilgi verilmesinin kaygıyı azalttığını ortaya koymaktadır. Yaptığımız çalışmada deney grubundaki hastalarda işlem öncesi orta düzeyde anksiyete var iken, işlem sonrası düşük anksiyete görüldü. Kontrol grubunda ise işlem öncesi düşük anksiyete var iken, işlem sonrası orta düzeyde anksiyete görüldü. Van Zuen et. al. çalışmasında endoskopi öncesi yazılı materyallerle eğitim verilen hasta gruplarında anksiyete düzeylerinin, yazılı materyallerle eğitim verilmeyen hastaların anksiyete düzeylerine göre daha düşük olduğunu belirledi (27). Çetinkaya çalışmasında kasık fitiği ameliyatına girecek hastalara eğitim rehberi kullanılarak yapılan bilgilendirmenin, ameliyat öncesi kaygı durumlarını azalttığını belirledi (76). Durmuş çalışmasında eğitim verilen batın ameliyatına girecek hastaların kaygı durumlarının ameliyat öncesi eğitim verilmeyen hastaların kaygı durumlarına göre daha düşük olduğunu belirledi (77). Yıldız ve ark.'ı açık kalp cerrahisine girecek hastaların hemşireler tarafından gereksinime göre bilgilendirildiğinde kaygı düzeyinin bilgilendirilme öncesine göre daha düşük olduğunu belirledi (78). Poursharifi et al. (2013) ve Luo (2013) çalışmalarında endoskopi işlemine ilişkin yazılı ve sözlü verilen eğitimlerin kaygı üzerine anlamlı bir etkisinin olmadığını belirtmektedir (30,31).

Araştırmamızda durumluk anksiyete işlem öncesi ve işlem sonrası puan ortalamaları karşılaştığında deney ve kontrol grubunda ortalamalar arasında fark olmadığı belirlendi. Deney ve kontrol gruplarında işlem sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları karşılaştırıldığında deney grubu puanının kontrol grubuna göre düşük olduğu belirlendi. Bu bulgumuz H₁ hipotezini doğrulamaktadır. Çalışmamızdaki bu bulgu video eğitiminin hastanın kaygı düzeyini azalttığını göstermektedir. Callaghan (2001) ve Kamyabi (2016) çalışmalarında endoskopi hastalarının sözel eğitim, yazılı eğitim ve video destekli eğitim sonrasında kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığını belirtmektedir (21,22). McEwen et al. (2007), Arabul et al. (2012), Arabul et al. (2013), Ruffinengo et al. (2009)

çalışmalarında kaygı düzeyini azaltmak için video destekli eğitimin, sözlü ve yazılı eğitime göre daha etkin olduğunu belirtmektedir (13,15,33,34).

Hastalara yapılacak olan girişim öncesi eğitimin hangi yöntemle yapıldığı da önemlidir. Farklı eğitim yöntemlerinin etkinliği çeşitli araştırma bulgularında tartışılmıştır. Çalışmamızda ERCP uygulanan hastalara video destekli verilen eğitimin kaygıyı azalttığı belirlendi. Sorlie ve ark. çalışmasında kalp cerrahisi ameliyatı olacak hastaların servise kabul edildikten sonra ve taburcu edilmeden önce hemşireler tarafından verilen video destekli eğitimin ameliyat sonrasında daha düşük kaygı yaşadıklarını belirlemiştir (79). Video destekli eğitimin kaygıya yönelik olumlu etki yaptığı düşünülmüştür.

Çalışmamızda kontrol grubunu oluşturan hastaların işlem sonrası durumluk anksiyete puan ortalaması, işlem öncesi puan ortalamasından yüksek olduğu saptandı. Hastaların girişim sonrası kaygı düzeyinin arttığı görüldü. Bu bulgu kontrol grubuna verilen eğitimin kaygıyı azaltmada etkili olmadığını düşündürmüştür. Ayrıca işlem sonrasında hastalarda ağrı ve rahatsızlık durumlarının kaygının yükselmesine neden olabileceğini düşündürmüştür.

Deney grubundaki hastaların işlem öncesi durumluk anksiyete puan ortalaması ile işlem sonrası puan ortalaması arasında anlamlı fark saptandı. İşlem sonrası kaygı düzeyi işlem öncesine göre anlamlı olarak düştü. Bu durum deney grubuna video eğitimi vermenin hastaların kaygı düzeyini azalttığını göstermektedir. Literatürde hastalara video eğitimi vermenin kaygı düzeyinin azalttığı yönünde bir çok araştırma yer almaktadır. Yeşilyurt'un çalışmasında ameliyat öncesi video ile bilgilendirmenin hastaların kaygı düzeyini azalttığı belirlenmiştir (69).

Tou ve ark. çalışmasında bağırsak ameliyatı öncesinde oluşturdukları video materyali ile bilgilendirmenin hastalarda kaygı düzeyini önemli oranda azalttığını belirledi (70). Hastaların video eğitimi ile bilgilendirilmesi kaygı düzeyini azaltmakta, bireylerin ERCP işlemini daha rahat geçirmesine ve iyileşmenin kolaylaşmasına yol açabileceği söylenebilir.

Çalışmamızda sürekli kaygı düzeyi, işlem sonrasında işlem öncesine göre daha düşük bulundu. Sürekli kaygı bireyin yaşantısında genel anlamda kaygıyı algılama

durumudur. Akut durumlarda durumluk kaygı düzeyi yükselirken sürekli kaygı düzeyinin değişmemesi beklendik durumdur. Bazı çalışmalarda işlem öncesi ve sonrası sürekli kaygı düzeyinin değişmediği bilgisine rastlanmıştır. Asilioğlu ve Çelik'in açık kalp ameliyatı planlanan hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin anksiyeteye etkisini araştırdığı çalışmada süreklilik kaygı puan ortalamasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (80). Cebeci ve Çelik'in koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastalara uyguladıkları ameliyat öncesi hemşirelik eğitiminin süreklilik kaygı düzeyine etkisi etmediğini belirledi (46).

Literatürdeki araştırmada video eğitimi verilen ve rutin eğitim grupların memnuniyet düzeyleri karşılaştırıldığında deney grubunun memnuniyet puan ortalamasının kontrol grubundan yüksek olduğu belirlendi. Bu bulgumuz ERCP uygulanan hastalarda video gösterilerek yapılan eğitimin memnuniyeti arttırdığını ortaya koymaktadır.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Medipol Mega Hastanesi ERCP ünitesine gelen hastalara, ERCP işlemi öncesi hastalara verilen video destekli eğitimin kaygı düzeyi ve hasta memnuniyetine etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmada elde edilen sonuçlar aşağıda verildiği gibidir.

- Deney ve kontrol gruplarının cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim, gelir, sosyal güvence, meslek, yaşanan yer bakımından benzer olduğu ($p>0,05$),
- ERCP'nin her iki grupta en sıklıkla koledokolitiazis endikasyonu için yapıldığı,
- Hastaların en çok ağrı şikayeti ile hastaneye başvurdukları,
- Deney ve kontrol gruplarında işlem öncesi durumluk kaygı puanları arasında fark bulunmadığı ($p>0,05$),
- Deney ve kontrol grubu hastaların işlem sonrası durumluk kaygı puanları arasında anlamlı fark bulunduğu; deney grubunun işlem sonrası durumluk kaygı puanı, kontrol grubunun puanından düşük olduğu ($p<0,05$),
- Kontrol grubunda işlem sonrası durumluk kaygı puanı öncesine göre arttı ($p<0,05$).
- Deney ve kontrol gruplarında işlem öncesi ve sonrası sürekli kaygı puanları benzer bulundu ($p>0,05$).
- Deney grubunda işlem sonrası sürekli kaygı puanı işlem öncesine göre azaldı ($p<0,05$), kontrol grubunda ise değişmedi ($p=0,424>0,05$).
- Sonuç olarak video destekli eğitimin ERCP işlemi öncesi ve sonrasında anksiyeteyi düşürdüğü, memnuniyeti artırdığı belirlenmiştir.

Bu sonuçlara dayanarak;

ERCP ünitelerinde işlem öncesinde hastalarının kaygı düzeylerinin azaltılması ve memnuniyetinin artırılması için hemşire tarafından video ile bilgilendirme yapılması, pratikte bu uygulamanın sürekliliğinin sağlanması ve araştırmanın daha büyük örneklem grupları ile tekrarlanması önerilebilir.

9. KAYNAKLAR

1. Babacan T. Post ERCP Pankreatit Gelişiminde Metabolik Faktörlerin Ve p22phoxgen Ekspresyonun Önemi. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Gaziantep, 2011.
2. Hilmioğlu F. ERCP'nin Pankreatobiliyer Hastalıklardaki Rolü. İçinde: Şahin B, Parlak E (editörler). ERCP. 1. Baskı. Ankara, Fersa Matbacılık; s:38, 2012.
3. Basat O, Köklü S, Çiçek B, Parlak E, Şahin B. Endoskopik Retrograd Kolanjio-pankreatografi Komplikasyonları: Tek Merkezli Retrospektif Çalışma. Akademik Gastroenteroloji Dergisi, Ankara, 5 (3): 169-172, 2006.
4. Şahin, B. ERCP'nin Tarihçesi. İçinde: Şahin B, Parlak E(editörler). ERCP. 1. Baskı, Fersa Matbacılık, Ankara, s: 1-2, 2012.
5. Çelik S, Taşdemir N. Güncel Yöntemlerle Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Çukurova Nobel Kitabevi, Antalya, s: 364, 2018.
6. Tekant Y. Hepatopankreato biliyer Cerrahi. İçinde: Emre A (editör). ERCP. 1. Baskı, Medikal yayıncılık, İstanbul, s: 667-680, 2009.
7. Kanıcı A, Erol H, Dural Ö, Çulha D, Yıldız C. T.C Sağlık Bakanlığı Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Hastalıkları Hemşirelik Bakım Rehberi. 2011.
8. Sabuncu N, Ay F. Klinik Beceriler, Sağlığın Değerlendirilmesi, Hasta Bakım Ve Takibi. 2. Baskı, Nobel Matbaacılık, İstanbul s:148-158, 2015.
9. Jones MP, Ebert CC, Sloan T, Spanier J, Bansal A, Howden CW, et al. Patient anxiety and elective gastrointestinal endoscopy. J. Clin Gastroenterol. 38(1):35-40, 2004.
10. Öz F. Anksiyete Problemleri. İçinde: Gorman LM, Sultan DF F, Demiralp M (editörler). Psikososyal Hemşirelik. Akademisyen Tıp Kitabevi, 3. Baskı, Ankara, s: 57-72, 2014.
11. Eberhardt J, Van Wersch A, van Schaik P, Cann P. Information, social support and anxiety before gastrointestinal endoscopy. Br J Health psychol. 11(Pt 4): 551- 9, 2006.

12. Shukla AN, Daly MK, Legutko P. Informed consent for cataract surgery: patient under standing of verbal, written, and video taped information. *J Cataract Refract Surg.* 38(1):80–4, 2012.
13. McEwen A, Moorthy C, Quantock C, Rose H, Kavanagh R. The effect of video taped preoperative information on parental anxiety during anesthesia induction for elective pediatric procedures. *Paediatr Anaesth.* 17(6):534–9, 2007.
14. Kakinuma A, Nagatani H, Otake H, Mizuno J, Nakata Y. The effects of short interactive animation video information on preanesthetic anxiety, knowledge, and interview time: a randomized controlledtrial. *Anesth Analg.* 112(6):1314–8, 2011.
15. Ruffinengo C, Versino E, Renga G. Effectiveness of an informative video on reducing anxiety levels in patient sunder going elective coronarography: an RCT. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 8(1):57–61, 2009.
16. Kurt ve ark. Ünitimizde Endoskopik Retrograt Kolanjiyo Pankreatikografi İşlemlerinde Uyguladığımız Hemşire Protokolü. *İstanbul Med J.* 14:106-8, 2013.
17. Maher KA, Cattau EL Jr. The role of endoscopic retrograde cholangio pancreatography injection training sessions for the gastroenterology nurse and associate. *Gastroenterol Nurs,* 12:106-8, 1989.
18. Hibberts F, Barnes E. Theuse of endoscopic retrograde cholangio pancreatography. *Nurs Times,* 99:26-7, 2003.
19. Karadakovan A, Eti Aslan F. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Nobel Kitabevi, 7. Baskı, Ankara, 2009.
20. Hatipoğlu S. Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği İlkeleri. *Gülhane Tıp Dergisi,* 44: 475-9, 2002.
21. Callaghan P, Chan HC. The effect of video tapedor written information on Chinese gastroscopy patients' clinical out comes. *Patient Educ Couns.* 42(3): 225-30, 2001.
22. Kamyabi N, Nakhaei M, Nasiri A, Akbari E, Sharifzadeh G. Effect of Video- and Pamphlet-based Patient Educations on Ankxiety and Satisfaction Among Candidates for Gastroscopy. *Mod Care J.* April; 13(2), 2016.

23. Lee JY, Anhn MW, Kim ET, Kim DH, Kweon HJ, Cho DY, et al. The Effect of Preparatory Education Program on Discomfort and Retching of Examinees during Upper Gastrointestinal Endoscopy. *Korean J FamMed.* 33(4):219–28, 2012.
24. Ersoz F, Toros AB, Aydogan G, Bektas H, Ozcan O, Arikan S. Assessment of anxiety levels in patients during elective upper gastrointesti 4 *Mod Care J.* In Press(InPress), Uncorrected Proof Kamyabi N et al. Nal endoscopy and colonoscopy. *Turk J Gastroenterol,* 21(1):29–33, 2010.
25. Pehlivan S, Ovayolu N, Koruk M, Pehlivan Y, Ovayolu O, Gulsen MT. Effect of providing information to the patient about upper gastrointestinal endoscopy on the patient's perception, compliance and anxiety level associated with the procedure. *Turk J Gastroenterol,* 22(1):10–7, 2011.
26. Abuksis G, Mor M, Segal N, Shemesh I, Morad I, Plaut S, et al. A patient education program is cost-effective for preventing failure of endoscopic procedures in a gastroenterology department. *Am J Gastroenterol.* 96(6):1786–90, 2001.
27. Van Zuuren, F.J., Grypdonck, M., Crevits, E., VandeWalle, C., Defloor, T., The effect of an information brochure on patient sunder going gastrointestinal endoscopy: a randomized controlled study. *Patient Education and Counseling* 64(1-3), 173-182, 2006.
28. Bytzer P, Lindeberg B. Impact of an information video before colonoscopy on patient satisfaction and anxiety - a randomized trial. *Endoscopy.* 39(8):710–4, 2007.
29. Tan JF, Tay LK, Ng LH. Video compact discs for patient education: reducing anxiety prior to cataract surgery. *Insight.* 30(4):16–21, 2005.
30. Poursharifi H, Doshmanshekar M, Somi MH, Hosseinynasab SD. Evaluation of the Effectiveness of Different Teaching Methods on Anxiety in Patients Referred for Endoscopy. *Govaresh.* 18(1): 32-8, 2013.
31. Luo YY. Effects of written plus oral information vs. oral information alone on pre colonoscopy anxiety. *J Clin Nurs.* 22(5-6):817–27, 2013.

32. Gulsen MT. Hastaya, üst gastrointestinal endoskopi hakkında hastanın algılama, uyum ve anksiyete düzeyleri ile ilgili prosedür ile ilgili bilgi vermenin etkisi. Turk J Gastroenterol, 22(1): 10-7, 2011.
33. Arabul M, Kandemir A, Celik M, Alper E, Akpınar Z, Aslan F, et al. Impact of an information video before colonoscopy on patient satisfaction and anxiety. Turk J Gastroenterol, 23(5):523–9, 2012.
34. Arabul M, Kandemir A, Celik M, Torun S, Beyazit Y, Alper E, et al. Impact of video information before unsedated upper gastrointestinal endoscopy on patient satisfaction and anxiety: a prospective and randomized trial. Prz Gastroenterol, 8:44–9, 2013.
35. Eley VA, Searles T, Donovan K, Walters E. Effect of an anaesthesia information video on preoperative maternal anxiety and post operative satisfaction in elective caesarean section: a prospective randomised trial. Anaesth Intensive Care. 41(6):774–81, 2013.
36. Mutlu N, Bolat R, Yorulmaz F, Uysal S, Yüksel O, Oğuz D. Endoskopik retrograd kolanjiyo pankreatografi (ERCP) Güncel Gastroenteroloji, s:10-1, 2006.
37. Boyacıoğlu S. ERCP ‘de Medikolegal Konular. İçinde: Şahin B, Parlak E (editörler). ERCP, 1. Baskı, Fersa Matbaacılık, Ankara, s: 9-11, 2012.
38. Sarıtaş Ü. ERCP Eğitimi. İçinde: Şahin B, Parlak E (editörler). ERCP, 1. Baskı, Fersa Matbaacılık, Ankara, s:27, 2012.
39. Mccune WS, Shorb EB, Moscovitz H. Endoskopik canulation of the ampulla of Vater: a preliminary report. Ann Surg, 167(5): 752-6, 1968.
40. Ooi I. Fiberoptic endoscopy and endoscopic pancreato cholangiography Gastrointestinal Endoscopy, 17: 5962, 1970
41. Kawai K, Aksuka Y, Mırakami K, Tada M, Kohli Y., and Nukayima M.: Endoscopic sphincterotomy of the ampulla vater; Gastrointestinal Endoscopy 20(4) 148-51, 1974.
42. Demirel BC. Gastroenteroloji Kliniğindeki ERCP Uygulanacak Hastalara Bilgi Vermenin Anksiyete Düzeyine Etkisi, Atatürk Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2017.
43. Dişibeyaz S. ERCP ‘de Safra Yolları Taşları,. İçinde: Şahin B, Parlak E (editörler). ERCP, 1. Baskı, Fersa Matbaacılık, Ankara, 137-150, 2012.

44. Çiçek B. ERCP 'de Safra Yolları Taşları. İçinde: Şahin B, Parlak E (editörler). ERCP, 1. Baskı, Fersa Matbaacılık, Ankara, s:151-161, 2012.
45. Silveria MI, Seamon MJ, Porshinsky B. Comlication relatedto endoscopic retrograde cholangio pancreatograpy: A comrehensive clinical reviev. *J Gastrointestin Liv Dis*, 18:73-82, 2009.
46. Cebeci F, Çelik SŞ. Effects of discharge teaching and counselling on anxiety and depression level of CABG patients. *Turkish J Thorac Cardiovasc Surg*, 19(2):170-176, 2011.
47. Tunç N, Kılıç S, Şahin A, Demirel U, Poyrazoğlu, OK, İH. Bahçecioğlu, Yalnız M. ERCP Komplikasyonları; sıklığı, etkileyen faktörler ve yönetimi. *Endoscopy gastrointestinal*, 26(1): 12-16, 2018.
48. Tezel A. ERCP Komplikasyonları ve Tedavisi. İçinde: Şahin B, Parlak E(editörler). ERCP, 1. Baskı, Fersa Matbaacılık, Ankara, s: 410-419, 2012.
49. Sarıkoç G, Demiralp M. Hastalığa Psikososyal Yanıt. In: Gorman LM, Sultan DF. Ed: Öz F, Demiralp M. Psikososyal Hemşirelik. Akademisyen Tıp Kitapevi, 3. Baskı, Ankara, s:7-14, 2014.
50. Özer A, Çakıl E. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen faktörler. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 5(3):140-3, 2007.
51. Kayrakçı F, Özşaker E. Cerrahi hastalarının hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 22(2):105-13, 2014.
52. Kutlurkan S, Görgülü Ü, Fesci H, Karavelioglu A. The effects of providing pre-gastrointestinal endoscopy written educational material on patients' anxiety: a randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 47(9):1066–73, 2010.
53. <https://www.uptodate.com/contents/ercp-endoscopic-retrograde-cholangiopancreatography-beyond-the-basics>. Erişim Tarihi: 10.08.2019.
54. Marcus C. Strategies for improving the quality of verbal patient and family education: a review of the literature and creationof the EDUCATE model. *Health Psychol Behav Med*. 2(1): 482-495, 2014.

55. Çetinkaya F, Karabulut N. Batın ameliyatı olacak yetişkin hastalara verilen eğitimin ağrı ve kaygı düzeyine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2):20-26, 2010.
56. Gürlek Ö, Yavuz M. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ameliyat öncesi hasta eğitimi uygulama durumları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16:1, 2013.
57. Yıldız T. Cerrahi hasta eğitiminde kullanılan güncel yöntemler: Hastalık merkezli değil, hasta merkezli eğitim. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2):129-132, 2015.
58. Lamiani G, Furey A. Teaching nurses how to teach: An evaluation of a workshop on patient education. *Patient Educ Couns*. 75(2): 270-273, 2009.
59. Uzun Ö. Ameliyat Öncesi Hasta Eğitimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek okulu Dergisi*, 3(2): 36-45, 2000.
60. Karadakovan A. Eti AF.Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 2. Baskı, Nobel Kitapevi, Adana, 293-307, 2010.
61. Keulers BJ. Can face to face patient education be replaced by computer based patient education? *Eur J Plast Surg*. 26(6): 280-284, 2003.
62. Erdil F, Elbaş NÖ. Hasta yakınlarının ameliyata ilişkin bilgi gereksinimleri, ameliyatı beklerken yaşadıkları duyguları ve ameliyathane bekleme salonuna ilişkin görüşleri. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 3(6): 1-5, 2000.
63. Smith F, Carlsson E, Kokkinakis D, Forsberg M, Kodeda K, Sawatzky R, Friberg F, Ohle'n J. Readability, suitability and comprehensibility in patient education materials for Swedish patients with colorectal cancer undergoing elective surgery: A mixed method design. *Patient Educ. Couns*. 94: 202-209, 2014.
64. Kaya N, Kaya H. Hemşireler Tarafından Geliştirilen Yazılı Hasta Eğitim Materyallerinin Okunabilirliğinin Saptanması, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11:1-6, 2008.

65. Aldridge MD. Writing and designing readable patient education materials. *Nephrol Nurs J.* 31(4): 373-377, 2004.
66. Demir Y, Gözüm S. Sağlık Eğitiminde Yeni Yönelimler; Web Destekli Sağlık Eğitimi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(4): 196-203, 2011.
67. Fahey N, Patel V, Rosseau G. A comparative analysis of online education resources for patients undergoing endoscopic transsphenoidal surgery. *World Neurosurg*, 82(6), 2014.
68. Ihrig A. Multimedia support in preoperative patient education for radical prostatectomy: The physicians' point of view. *Patient Educ Couns.* 87(2):239-242, 2012.
69. Yeşilyurt D S. Ameliyat Öncesi Video ile Yapılan Bilgilendirmenin hastaların kaygı ve memnuniyetine etkisi. *Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek lisans Tezi*, Edirne, 2016.
70. Tou S, Tou W, Mah D, Karatassas A, Hewett P. Effect of preoperative two-dimensional animation information on perioperative anxiety and knowledge retention in patient undergoing bowel surgery: a randomized pilot study. *Colorectal Dis* 15(5):256-65, 2013.
71. Abed M.A, Himmel W, Vormfelde S, Koschack J. Video- assisted patient education to modify behavior: A systematic review. *Patient Educ Couns.* 97:16-22, 2014.
72. Öner N, Le Compte A. Süreksiz (durumluk) sürekli kaygı envanteri el kitabı, 2. Baskı, *Boğaziçi Üniversitesi Yayınları*, İstanbul, 1998.
73. Sesti AM. State- Trait Anxiety Inventory in Medication Clinical Trials. *QoL Newsletter*, 25:15-16, 2000.
74. Yeniçeri N, Mevsim V, Özçakar N, Özcan S, Güldal D, Başak O. Tıp Eğitimi Son Sınıf Öğrencilerinin Gelecek Meslek Yaşamları İle İlgili Yaşadıkları Anksiyete İle Sürekli Anksiyetelerinin Karşılaştırılması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 21(1): 19-24, 2007.

75. Koçkar CM, Şenol A, Cüre E, Baştürk A, Aydın B. Endoskopik Retrograd Kolanjio Pankreatografi Deneyimi: Prospektif Çalışma. Nobel Med. 5(1):10-13, 2009.
76. Çetinkaya F. Batın Ameliyatı Olacak Yetişkin Hastalara Ameliyat Öncesi Verilen Eğitimin Kaygı ve Ağrı Düzeyine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 2008.
77. Durmuş A. Batın Ameliyatı Olacak Hastalara Preoperatif Dönemde Verilen Eğitimin Kaygı Düzeylerine Etkisinin Belirlenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2015.
78. Yıldız T, Malak A, Gökteş SB, Özen Y. Effect of patient education on patient anxiety levelusing "Scale of Patient Education Requirements" in open heart surgery. Koşuyolu Heart Journal. 18(1):1-5, 2015.
79. Sørliie T, Busund R, Sexton J, Sexton H, Sørliie D. Video information combined with individualized information sessions: effect suponeemotional well-being following coronary artery bypass surgery- a randomized trial. Patient Educ Couns 65(2):180-8, 2007.
80. . Asilioglu K, Celik SS. The effect of preoperative education on anxiety of open cardiac surgery patients. Patient Education and Counseling. 53:65-70, 2004.
81. Kesler O. Akut Pankreatit Tedavisinde Erken Kolesistektominin Yeri. Cerrahi Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008.

10. EKLER

10.1. VERİ TOPLAMA FORMU (EK-1)

HASTA TANITIM FORMU

ERCP İŞLEMİ ÖNCESİNDE VERİLEN VIDEO DESTEKLİ EĞİTİMİN KAYGI DÜZEYİ VE MEMNUNİYETE ETKİSİNİN İNCELENMESİ VERİ TOPLAMA FORMU

Bu form ERCP işlemi öncesinde verilen video destekli eğitimin kaygı düzeyi ve memnuniyete etkisini değerlendirmek için hazırlanmıştır. Vereceğiniz bilgiler bu konu ile ilgili bilimsel bir araştırmada kullanılacaktır. Bu anket formu amacı dışında başka hiçbir yerde kullanılmayacaktır.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

1. Tanıtıcı Özellikler Formu

Denek NO:.....

1. Cinsiyetiniz

1. Erkek

2. Kadın

2. Yaşınız:

3. Yaş Grubunuz:

() 18-28

() 29-39

() 40-50

() 51-61

() 62 ve üzeri

4. Medeni Durumunuz:

() Bekar

() Evli

5. Eğitim Durumunuz:

1. Okur Yazar

2. İlköğretim Mezunu

3. Lise Mezunu

4. Lisans-Yükseklisans Mezunu

6. Gelir Durumunuz:

Gelir giderden fazla Gelir giderden az Gelir gidere denk

7. Sosyal Güvenceniz:

Yok SGK Diğer

8. Mesleğiniz:

Çalışan Ev hanımı İşsiz Öğrenci Emekli

Yaşadığınız Yer:

Köy İl, İlçe Diğer

11. ERCP Endikasyonları:

Koledok(safra kanalı taşları)

Periapuller bölge tümörleri(Pankreas başı, Ampulla vateri, Koledok alt uç)

Cerrahi sonrası safra yolu kaçakları

Pankreatit

Bening darlıklar

12. Hastalığınız sizde ne gibi belirtiler gösterdi?

Bulantı- kusma Karın ağrısı Sarılık Ateş yüksekliği

Kaşıntı Diğer (İdrarda renk değişikliği, pankreatit)

DURUMLUK -SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

Aşağıda duygularınızı anlatmak için bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadenin karşısına o anki hislerinize uygun olan seçeneği fazla zaman kaybetmeden **anında** işaretleyin.

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

19	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20	Şu anda keyfim yerinde	(1)	(2)	(3)	(4)

SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

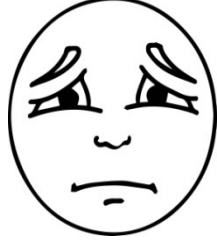
Aşağıda duygularınızı anlatmak için bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadenin karşısına genel durumunuza uygun olan seçeneği fazla zaman kaybetmeden **anında** işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen hemen her zaman
21	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24	Başkaları kadar mutlu olmak isterdim	(1)	(2)	(3)	(4)
25	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26	Kendimim dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğuk kanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini Hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
29	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)

35	Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
36	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38	Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)



HASTA MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ – VAS/ GKÖ



Hiç memnun değilim

Çok memnunum

0 cm

10 cm

10.2. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU (EK-2)

Benim adım Leyla evik, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programında Yüksek lisans öğrencisiyim. Bu araştırmayı ERCP işlem öncesi verilen video destekli eğitimin kaygı düzeyi ve memnuniyete etkisini belirlemek amacıyla yapmaktayım. Bu araştırmanın ERCP işlemi öncesinde video eğitimiyle hastalarda kaygı düzeyini azaltıp, hasta memnuniyetini arttıracığını düşünmekteyim.

Araştırma sırasında yapılacak işlemler için sizden bir ücret talep edilmeyecektir. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, çalışmadan istediğiniz zaman çekebilme hakkına sahipsiniz ya da isteğinize bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışında bırakılabiliyorsunuz. Gerek araştırma yürütülürken, gerekse yayımlandığında kimliğiniz gizli tutulacaktır. Araştırma sırasında size ait bir bilgi söz konusu olduğunda, bu size veya yasal temsilcinize bildirilecektir. Sizden alınan tüm bilgiler bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Bu anketi doldurmak on dakikanızı alacaktır. Katılımınız ve desteğiniz için şimdiden teşekkür ederiz. Sorularınız için iletişim bilgilerim aşağıdadır. Saygılarımla

İstanbul Medipol Üniversitesi

Hemşire Leyla evik

Yukarıda araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bu koşullar altında yukarıda söz konusu olan araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Hasta Adı Soyadı:

İmza:

10. 3. ERCP BİLGİLENDİRME REHBERİ (EK-3).

İŞLEM HAKKINDA BİLGİLENDİRME

- Endoskopik Retrograd Kolanjio Pankreatografi, safra kanalı ve pankreasın röntgen altında, ucunda hassas mikro kamera bulunan, bükülebilir ince uzun bir tüpün ağızdan on iki parmak bağırsağına gönderilmesiyle yapılan bir işlemdir.
- ERCP basit tanısal uygulamadan çok kompleks terapötik uygulamalara kadar farklılık gösteren teknik gerektiren endoskopik bir işlemdir.
- Pankreas kanalı, karaciğer ve safra kesesinin kanalları küçük bir ağızdan on iki parmak bağırsağına boşalır. Hekiminiz bu ağızdan ufak bir plastik tüpü endoskop yardımıyla içeri gönderir ve kanalların röntgende görünmesi için radyo opak madde enjekte eder.
- Karaciğer büyük bir organdır, diğer birçok fonksiyonunun yanı sıra sindirimde yardımcı olan safraı üretir. Safra kesesi küçük armut şeklinde bir organdır ve sindirimde ihtiyaç duyulana dek safraı biriktirir.
- Safra kanalları safraı karaciğerden safra kesesi ve ince bağırsaklara taşıyan tüplerdir. Bu kanallara bazen safra ağacı adı verilir.
- Pankreas sindirimde rol oynayan bazı kimyasal maddeleri ve insülin gibi bazı hormonları üreten bir organdır.
- Endoskopik Retrograd Kolanjio Pankreatografi ile safra kanallarını tutan taş, kist, kitlesel ve iltihabi hastalıklar, safra kanalından travma, kitle veya cerrahi nedenlerle olan sızıntılar ve kanser hastalıkları tanınabilir. Ayrıca, işlem sırasında kesin tanı için patolojik örnekler alınabilir ve saptanan hastalıklara yönelik bir dizi endoskopik tedavi işlemleri yapılabilir.

ERCP İŞLEMİNE HAZIRLIK

- İşlemden önce uygulanacak ilaçların reflekslerinizi ve algı durumunuzu etkileyeceğinden, işlem sonrası size eşlik etmesi için refakatçi ile gelmeniz gerekmektedir.
- İşlem öncesi 8 saatlik aç kalmanız gerekmektedir.
- Kan sulandırıcı ilaç kullanıyorsanız hekime danışarak 3-5 gün kesmeniz gerekebilir.
- İşlem öncesi takma diş, gözlük, işitme cihazı, lens gibi protezler çıkarılmaktadır.
- Diyabetiniz var ise diyet ve ilaç uygulamaları için hekiminiz ile görüşmelisiniz.

ERCP İŞLEMİ SONRASI BAKIM

- İşlem sonrasında kendinizi iyi hissedene kadar (2-3 saat) hemşire kontrolünde olacaksınız.
- İşlemden 2-6 saat sonra (hekim istemi ile) ağızdan beslenebilir ve kullandığımız ilaçları almaya başlayabilirsiniz.
- ERCP sonrası şişkinlik ve mide bulantısı hissedebilirsiniz. Ayrıca bir veya iki gün süren boğaz ağrısı da olabilir. Sakinleştirici ilaçların etkisi azaldıktan sonra 2-3 saat içinde size eşlik eden refakatçiniz ile taburcu olabilirsiniz.
- İşlem sonrası 2- 3 saat yemek yememelisiniz sonrasında gün boyunca sulu gıdalar tüketebilirsiniz.
- İşlemden 24 saat sonra hekiminizin istediği kan tetkiklerini yaptırmanız gerekmektedir.
- İşlem öncesi uygulanan sakınleştirici ilaçlar uyku hali, baş dönmesi ve dikkat dağınıklığı yapabileceğinden 24 saat araç kullanmamanız gerekmektedir.
- İşlem sonrası ağı fiziksel aktivitelerden uzak durmalısınız.
- Yutma güçlüğü, giderek artan karın ağrısı, kanlı ve koyu dışkılama, halsizlik ve bayılma hissi, ateş ve titreme, bulantı- kusma gibi durumlar olduğunda hekiminize ve hemşirenize bilgi veriniz.
- İşlemden sonra en az 1 hafta ağır yağlı yiyeceklerden, yumurtalı, çikolatalı gıdalardan, kızartmalardan, acı ve baharatlı yiyeceklerden uzak durmalısınız.

BEKLENEN FAYDALARI

- Safra yolunda ve karaciğer içi safra kanallarında tıkanıklığa yol açan taş, çamur gibi nedenlerin ortadan kaldırılması ya da tümör veya darlık gibi hastalıkların gerekli girişimlerde aşılması, hedeflenen faydalarıdır

BAŞARI OLASILIĞI

- ERCP’de başarı oranı yapılacak girişim ve tecrübeye göre değişmekle birlikte %90’ın üzerindedir. Bununla birlikte teknik nedenlerle bazı hastalarda başarılı olunamayabilir.
- Bu gibi durumlarda radyolojik veya cerrahi teknikler denenebilir.

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ

- İşlem süresi 15-60 dakika gibi kısa olabilmekle beraber bazen 1 saat veya üzeri de sürebilir. Nadiren işlemin tekrarlanması için ek seans gerekebilir.

RİSKLERİ-KOMPLİKASYONLARI

- Endoskopik Retrograd Kolanjio Pankreatografi, ’nin muhtemel komplikasyonları; Sedasyona bağlı: solunum depresyonu ve durması, kullanılan ilaçlara bağlı alerjik reaksiyonlar; ERCP’ye bağlı pankreatit (pankreas dokusunun iltihabıdır), infeksiyon, kanama ve onikiparmak bağırsağının perforasyondur (delinme). Bunlar nadir görülen komplikasyonlardır ve bunlara bağlı çok nadir olarak ölüm de görülebilmektedir.
- Damardan ilaç verilen yerde gerginlik, ağrı ve şişlik olabilir, fakat birkaç gün içinde düzelir. Herhangi bir ateş, ağrı, kanama şikayetiniz olursa lütfen hekiminizi arayınız.

10.4. KURUM İZİNİ (EK-4)



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

E-İmzalıdır

Sayı : 31034136-302.08.01-E.38751
Konu : Leyla ÇEVİK
Anket Çalışması

19/10/2017

MEDİPOL MEGA ÜNİVERSİTE HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Leyla ÇEVİK'in, Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı tarafından da onaylanmış olan "ERCP İşlemi Öncesi Verilen Video Destekli Eğitimin Kaygı Düzeyi ve Memnuniyete Etkisi" isimli tez çalışması kapsamındaki anket çalışmalarını Hastanenizin ERCP Ünitesinde 1 Eylül ile 31 Aralık tarihleri arasında yapmaları konusunda müsaadelerinizi rica ederim.

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ
Müdür

EK:
-Etik Kurul Kararı(3 Sayfa)
-Anket(3 Sayfa)

Henüz Hizmetler Müd.
ailesinden yazıdan
Meryem HANCI
Medipol Üniversitesinde Hastanesi
Hemşirelik Uzmanı Müdür Yrd.

Medipol Mega Hastanesi
Prof. Dr. Neslin EMEKLİ
E-İmza No: 48759
SGK Tesis Kodu: 33349940

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Neslin EMEKLİ tarafından 19.10.2017 tarihinde e-imzalanmıştır.
Evragınızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden BSFA964BXE kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacık Mah. Ekinciler Cad.No:19 Kavacık Kavşağı 34810
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

11. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.26929
Konu : Etik Kurulu Kararı

10/08/2017

Sayın Leyla ÇEVİK

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "ERCP İşlemi Öncesi Verilen Video Destekli Eğitimin Kaygı Düzeyi ve Memnuniyete Etkisi" isimli başvurunuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Ek:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 10.08.2017 tarihinde e-İmzalanmıştır. Evrağımızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 80B3E5BCX0 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi
Kavacık Mah. Ekinciler Cad.No:19 Kavacık Kavşağı 34810
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	ERCP İşlemi Öncesi Verilen Video Destekli Eğitimin Kaygı Düzeyi ve Memnuniyete Etkisi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Leyla ÇEVİK			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşire			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	27.07.2017		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>		
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	27.07.2017		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>			
Karar Bilgileri	Karar No: 300	Tarih: 09/08/2017				
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekeçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.					

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

12. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	LEYLA	Soyadı	ÇEVİK
Doğum Yeri	Kırıkkale	Doğum Tarihi	26.06.1984
Uyruğu	T.C	TC. Kimlik No	-
E-mail	cevikleyla31@gmail.com	Tel	-

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurum Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Muğla Üniversitesi Fethiye Sağlık Bilimleri Fakültesi	2003
Lise	Bağcılar Anadolu Lisesi	2002

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre- yıl
Hemşire	İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi	1 ay
	Özel İlgı Hastanesi	8 ay
	TBV Özel Hizmet Hastanesi	2008-2012
	TC. Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği	2012-2014
	Medipol Mega Hastanesi	2014- Halen

Yabancı Dil Düzeyi

Yabancı Dil	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	İyi	Orta	İyi

Bilgisayar Bilgisi

Microsoft Office Programları	Kullanma Becerisi
Word	İyi
Excel	İyi
Power Point	İyi