



**T.C.
SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**AMELİYAT ÖNCESİ ÖĞRETİMİN ANKSIYETE VE
FİZYOLOJİK PARAMETRELER ÜZERİNE ETKİSİ**

ZUHAL TAMER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**CERRAHİ HASTALIKLARI
HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI**

SIVAS-2019

**T.C.
SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**AMELİYAT ÖNCESİ ÖĞRETİMİN ANKSİYETE VE
FİZYOLOJİK PARAMETRELER ÜZERİNE ETKİSİ**

ZUHAL TAMER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**CERRAHİ HASTALIKLARI
HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. MERYEM YILMAZ**

SIVAS-2019

“Ameliyat Öncesi Öğretimin Anksiyete ve Fizyolojik Parametreler Üzerine Etkisi” adlı **Yüksek Lisans** Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Cerrahi Hastahkları Hemşireliği** Ana Bilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

.. Başkan Doç. Dr. Meryem YILMAZ

Üye Dr. Öğr. Üyesi
Güliden KÜÇÜKAKÇA ÇELİK

Üye Dr. Öğr. Üyesi
Hesna GÜRLER

ONAY

Bu tez çalışması, 26.07.2019 Tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zübeyda AKIN POLAT
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRÜ



Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

TEŞEKKÜR

Çalışmamın öğrenmek için olduğunu idrak ettiren Hocam ve Tez Danışmanım Sayın Doç. Dr. Meryem YILMAZ'a, istatistik çalışmalarımnda verilerin yorumlanmasındaki katkılarından dolayı Değerli Hocam Yrd. Doç. Dr. Ziyet Çınar'a, lisans ve yüksek lisans eğitimim sırasında gelişimime katkı veren tüm Hocalarıma ve benden yardımlarını, desteğini, sabrını esirgemeyen çalışma arkadaşlarıma, her zaman her koşulda yanımda olan Ablam Şule AYDIN'a, Sevgili Kardeşlerim Murat ve Ceyhun'a ve bugünlere gelmemi sağlayan hayatımdaki en büyük desteğim Annem Şaziye Aydın ve Babam Senati Aydın'a, hayatımın anlamı çocuklarım Ceyda, Kutay ve Umutcan'a, Sevgili Eşim İsmet TAMER'e teşekkür ederim.

Zuhal TAMER

ÖZET

AMELİYAT ÖNCESİ ÖĞRETİMİN ANKSİYETE VE FİZYOLOJİK PARAMETRELER ÜZERİNE ETKİSİ

Zuhal TAMER

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Meryem Yılmaz

2019, 101 sayfa

Bu araştırma, ameliyat öncesi öğretimin anksiyete ve fizyolojik parametreler üzerine etkisini değerlendirmek amacı ile yapıldı.

Bu kontrol grubu kullanılan deneysel tipte bir araştırmadır. Araştırma, 1 Ocak- 30 Haziran 2018 tarihleri arasında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi genel cerrahi kliniğinde yapıldı. Güç analizi sonucuna ($p=0.95$) göre her iki gruba 100 hasta alındı. Bu nedenle araştırmanın örnekleme, araştırma kriterlerine uygun 100 kontrol ve 100 girişim grubu olmak üzere toplam 200 hasta oluşturdu. Veriler anket formu, anksiyete ve ağrı ölçeği kullanılarak toplandı. Veriler, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows, 23.0 programı kullanılarak, t-testi, ANOVA; tek yönlü varyans analizi, Tukey Post Hoc Testi kullanılarak analiz edildi. Anlamlılık düzeyi, % 95 güven aralığında $p<0.05$ olarak kabul edildi.

Bu çalışmada, kontrol grubunun preoperatif anksiyete düzeyi tüm zamanlarda deney grubuna göre yüksekti. Grupların postoperatif üçüncü saat ve birinci gün anksiyete ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ($p<0.05$). Yatışta kontrol grubunun kan glukoz düzeyi daha düşük iken, diğer ölçüm zamanlarında deney grubunun oldukça düşük olduğu ve grupların arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Kontrol grubunun ağrı şiddeti ortalama puanı deney grubuna göre yüksekti ve grupların ağrı şiddeti ortalama puanları arasında fark anlamlı bulundu ($p<0.05$). Sistolik kan basıncının yatışta kontrol grubunda daha düşük, diğer ölçümlerde yüksek olduğu ve kontrol grubunun tüm ölçüm zamanlarında kendi içinde ve gruplar arasında ise, preop sabah ve postop üçüncü saat anlamlı idi ($p<0.05$). Solunum gruplar arasında preop sabah dışındaki ölçümlerde anlamlı bulundu ($p<0.05$). Vücut sıcaklığı grup içinde önemli ($p<0.05$), gruplar arasında önemsiz ve nabız ortalamalarının önemli olmadığı belirlendi ($p>0.05$). İleri yaş, kadın cinsiyeti,

okur-yazar olmayan, majör ameliyat, ameliyat deneyimi olan hastaların anksiyete düzeyi ve fizyolojik parametre ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı. Sonuç olarak, bu çalışmada preoperatif dönemde yapılan öğretimin hastaların anksiyete ve fizyolojik parametreleri üzerinde olumlu yönde etkili olduğu sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: Ameliyat Öncesi, Anksiyete, Stres Tepkisi, Preoperatif Öğretim, Fizyolojik Parametreler



ABSTRACT

THE IMPACT OF PRE-OPERATIVE EDUCATION ON ANXIETY AND PHYSIOLOGICAL PARAMETERS

Zuhal TAMER

Department of Surgical Nursing

Advisor: Assoc. Prof. Dr. Meryem Yılmaz

2019, 101 pages

This research has been conducted to evaluate the effect of preoperative teaching on anxiety and physiological parameters.

The research is used control group experimental type a study. The research was conducted between January 1 - June 30, 2018 in Sivas Cumhuriyet University general surgery clinic. According to the power analysis ($p = 0.95$), for 100 patients were included in each group. Therefore, the sample of the study consisted of 200 patients, 100 control groups and 100 intervention groups in accordance with the research criteria. Data were collected using questionnaire form, anxiety and pain scale. The data were analyzed by using SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows, 23.0, t-test, ANOVA; one-way analysis of variance was analyzed using Tukey Post Hoc Test. Significance level was accepted as $p < 0.05$ within 95% confidence interval.

In this study, the preoperative anxiety level of the control group was higher than the experimental group at all times. The difference between the mean postoperative third hour and first day anxiety levels of the groups was significant ($p < 0.05$). While the blood glucose level of the control group was lower at the time of hospitalization but, the experimental group was significantly lower at the other measurement times and the difference between the groups was significant ($p < 0.05$). The mean pain intensity score of the control group was higher than the experimental group and the difference between the mean pain intensity scores of the groups was significant ($p < 0.05$). The systolic blood pressure was lower in the control group at admission and higher in the other measurements and preoperatively morning and postoperative third hour were significant at all measurement times of the control group ($p < 0.05$). Respiratory was found to be significant in measurements other the preop morning ($p < 0.05$). Body temperature was significant in the group ($p < 0.05$), it was determined that the mean and pulse rates were

not significant between the groups ($p > 0.05$). Advanced age, female gender, illiterate, major surgery, surgical experience patients anxiety level and physiological parameters were found to be higher.

In conclusion, in this study, it was concluded that preoperative teaching had a positive effect on anxiety and physiological parameters of the patients.

Keywords: Preoperative, Anxiety, Stress Response, Preoperative Teaching, Physiological Parameters



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar DİZİNİ.....	xii
KISALTMALAR DİZİNİ	xiii
1.GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2.Araştırmanın Amacı	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Anksiyete	4
2.1.1.Anksiyete Kuramları.....	4
2.1.2. Anksiyetenin Birey Üzerindeki Etkileri	6
2.1.3. Preoperatif Anksiyete	7
2.1.4. Preoperatif Anksiyete Nedenleri	8
2.1.5. Postoperatif Anksiyete.....	9
2.1.6.Preoperatif Anksiyete Yönetiminde Hemşirenin Rolü.....	9
2.2. Psikofizyolojik Cerrahi Stress Tepkisi ve Fizyolojik Parametreler	9
2.2.1. GAS Aşamaları.....	19
2.3. Ağrı.....	19
2.3.1. Başlama Sürelerine Göre Sınıflama	20
2.3.2. Kaynaklandığı Bölgeye Göre Sınıflama.....	20
2.3.3 Mekanizmasına Göre Sınıflama	21
2.3.4. Ağrı Teorileri.....	21
2.3.5.Ağrı Fizyolojisi.....	22
2.3.6. Postoperatif Ağrı ve Fizyopatolojisi.....	23
2.3.7. Postoperatif Ağrının Sistemler Üzerine Etkisi	23
2.5.8.Ağrının Değerlendirilmesi	23
2.3.9.Anksiyete ve Postoperatif Ağrı İlişkisi.....	24
2.3.10. Ağrı Yönetimi	10
2.3.11.Ağrı Yönetiminde Hemşirenin Rolü.....	10

2.4. Preoperatif Dönem Hazırlık	10
2.4.1.Fizyolojik Hazırlık.....	10
2.4.2. Psikolojik Hazırlık	20
2.4.3. Preoperatif Öğretim ve Önemi.....	20
2.4.4. Preoperatif Dönem Gece Hazırlığı.....	21
2.4.5. Ameliyat Günü Hazırlık.....	12
2.4.6. Cilt Hazırlığı.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. Araştırmanın Şekli	25
3.2. Araştırmanın Hipotezleri	25
3.3. Araştırmanın Yeri.....	25
3.4.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	25
3.4.1. Araştırmanın Evreni	25
3.4.2. Araştırmanın Örneklemi	25
3.5.Verilerin Değerlendirilmesi	26
3.6. Değişkenler	26
3.6.1.Bağımlı değişkenler	26
3.6.2.Bağımsız değişkenler.....	26
3.7.Verilerin Toplanması.....	26
3.7.1.Verilerin Toplama Araçları.....	27
3.7.1.1.Anket Formu	27
3.7.1.2.Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği (AÖKÖ)	27
3.7.1.3. Sayısal Ağrı Ölçeği (NRS- Numerical Rating Scala)	28
3.7.1.4. Öğretim Kitapçığı	28
3.8. Etik Boyut.....	28
4. BULGULAR.....	29
5.TARTIŞMA	47
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER	51
6.1. Sonuçlar	54
6.2. Öneriler	54
KAYNAKLAR	55
EKLER.....	63
Ek 1. Anket Formu.....	63

Ek 2. Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği (AÖKÖ).....	65
Ek 3. Ağrı Şiddeti (NRS)	66
Ek 4. C.Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kontrol Grubu Bilgilendirilmiş Olur Formu	67
Ek 5.C.Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Deney Grubu Bilgilendirilmiş Olur Formu.....	70
Ek 6. Ameliyat Öncesi Öğretim.....	73
Ek 7. İzin Formu	83
Ek 8. Etik Kurul Karar Formu	84
ÖZGEÇMİŞ.....	87



TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Hastaların Özellikleri	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.	9
Tablo 2. Hasta Gruplarının Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması.....		290
Tablo 3. Hasta Gruplarının Vücut Sıcaklığı Değerlerinin Karşılaştırılması		311
Tablo 4. Hasta Gruplarının Solunum Değerlerinin Karşılaştırılması		32
Tablo 5. Hasta Gruplarının Nabız Değerlerinin Karşılaştırılması.....		33
Tablo 6. Hasta Gruplarının Sistolik ve Diyastolik Kan Basıncı Değerlerinin Karşılaştırılması		34
Tablo 7. Hasta Gruplarının Kan Glukoz Düzeyi Ortalamalarının Karşılaştırılması		35
Tablo 8. Hasta Gruplarının Ameliyat Sonrası Ağrı Şiddetinin Karşılaştırılması.....		36
Tablo 9. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Anksiyete ve Fizyolojik Parametrelerin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....		37
Tablo 10. Hastaların Ameliyat Büyüklüğüne Göre Anksiyete ve Fizyolojik Parametrelerin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....		39
Tablo 11. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Anksiyete ve Fizyolojik Parametrelerin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.	
Tablo 12. Hastaların Yaş Gruplarına Göre Anksiyete ve Fizyolojik Parametrelerin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.	
Tablo 13. Hastaların Ameliyat Deneyimlerine Göre Anksiyete ve Fizyolojik Parametrelerin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.	

KISALTMALAR DİZİNİ

- CRH** : Corticotropin releasing hormone-Kortikotropin releasing hormon
- ADH** : Antidiuretic Hormone- Antidiüretik Hormon
- ACTH** : Adrenocorticotropic Hormone- Adreno Kortikotropik Hormon
- CAE** : Cerrahi Alan Enfeksiyonları
- GAS** : Genel Adaptasyon Sendromu
- IASP** : International Association for the Study of Pain-Uluslararası Ağrı Çalışma Birliği
- TENS** : Transcutaneous Electric Nerve Stimulation- Transkutanöz Sinir Uyarımı
- NRS** : Numerical Rating Scala- Sayısal Değerlendirme Ölçeği
- ERAS** : Enhanced Recovery After Surgery- Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme
- Preop** : Ameliyat Öncesi
- Postop** : Ameliyat Sonrası

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Anksiyete, sempatik, parasempatik ve endokrin stimülasyonun bir sonucu olarak anormal hemodinamiklere neden olduğu bilinen endişe ve gerginlik duygularını içeren hoş olmayan bir duygusal durum olarak tanımlanabilir (Gonçalves, Silva, Gomes, Pinheiro, Figueiredo & Bezerra, 2016). Bilindiği gibi majör yaşam değişiklikleri anksiyeteye neden olan faktörler arasındadır (Yılmaz, Sezer, Gürler, Bekar, 2012). Cerrahi, genellikle kanama, ağrı, morbidite ya da bazen mortalite riski ile ilişkili majör travmatik bir tedavidir. Bu nedenle cerrahi ya da invazif işlemleri beklemek streslidir ve anksiyeteye neden olarak fizyolojik ve psikolojik parametreleri etkiler (Bedaso & Ayalew, 2019). Ameliyat öncesi (preoperatif) cerrahi anksiyete, cerrahi işlem planlanan hastalarda ortaya çıkan hoş olmayan ve yaygın bir reaksiyon olup, cerrahinin planlandığı zaman başlayan ve cerrahiye alınacağı zaman en üst düzeye kadar çıkabilmektedir (Wilson et al., 2016).

Hastalık, hastaneye yatma, planlanmış cerrahi ve anesteziye sekonder hoş olmayan durum olarak tanımlanan preoperatif anksiyete, yetişkin hastalarda %11-80 düzeyinde rapor edilmektedir (Bansal & Joon, 2016). Türkiye'deki bazı çalışmalarda (Yılmaz ve ark., 2012; Aykent ve ark.,2007; Karanci & Dirik, 2003) cerrahi uygulanacak hastaların orta düzeyden şiddetliye anksiyete yaşadıkları belirlenmiştir.

Preoperatif dönemde yaşanan anksiyete, hastalarda genellikle psikolojik olarak stres tepkisinin başlamasına neden olur. Daha sonra cerrahi girişimin oluşturduğu doku yaralanması ile fizyolojik stres tepkisi bu psikolojik stres tepkisine eklenerek bilinen spesifik psikofizyolojik stress tepkisi ortaya çıkar (Sukumaran et al., 2018; Scott & Miller, 2015).

Psikofizyolojik stres tepkisi, cerrahi hastalarında bozulan homeostatik dengeyi sürdürmek için ortaya çıktığından dolayı istendik ve normal bir tepki olarak kabul edilmektedir. Bu normal psikofizyolojik cerrahi stres tepkisine yanıt olarak bedende otonomik nöroendokrin değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Sempatik SS hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) eksenini aktive ederek kortizol ve aldosteron düzeyinde önemli artışa neden olur. Kortizol karaciğerde glikojenez ve glikoneogenesis ile kan glukoz düzeyinin yükselmesine, aldosteron Na^+ iyonunun tutulmasını sağlayarak sıvıların osmolaritesini artırır (Dimopoulou ve ark. 2008). Bu nörohipofizden antidiüretik

hormon(ADH) salınımı ile böbreklerden suyun geri emilimine neden olur. Bunun yanı sıra sempatik SS ve adrenal medullanın kromaffin hücrelerinden salınan katekolaminler kardiyak debiyi ve kan basıncını, bronş düz kaslarını gevşeterek (bronkodilatasyon) oksijenasyonu artırır. Bu olayların sonucunda stresin fizyolojik parametreleri ortaya çıkar. Bu bulgular; kan basıncında yükselme, kalp atım hızı ve kasılma gücünde artma ve solunumun hızlanmasıdır (Huiku et al., 2007). Bunlara ek olarak preoperatif anksiyete ve dolayısıyla psikofizyolojik stres tepkisinin yüksek olması daha yüksek dozlarda anestezik indüksiyon ajanları gerektirebilir, postoperatif ağrıyı şiddetlendirerek ağrı kesici ilaç gereksinimini artırabilir (Bedaso & Ayalew, 2019). Şiddetli ağrı hastalarda derin solunum ve öksürük, yatakta dönme egzersizlerinin yapılması ve erken mobilizasyon için isteksizliğe neden olarak postoperatif komplikasyonların gelişmesine neden olabilir. Postoperatif komplikasyonlar iyileşmeyi geciktirir ve hastanın hastanede yatış süresini uzatır (Akınsulore, Owojuyigbe, Faponle & Fatoye, 2015).

Hemşireler, özellikle klinik ortamlarda, hastaların karşı karşıya kaldığı stresli durumların yönetiminde yaşamsal rol oynamaktadır. Bu bağlamda hemşirelerin preoperatif dönemde farklı yöntemler kullanarak yapmaları gereken hasta öğretimi, hastaların anksiyete düzeyini azaltarak cerrahi stres tepkisinin istenilen düzeyde gelişmesini, hastaların postoperatif dönemde daha az ağrı yaşamasını, komplikasyon gelişme oranının azalmasını ve iyileşme sürecinin hızlanmasını sağlayabilir. Preoperatif öğretim, hastalara sağlıkla ilgili bilgi sağlama, onlara rahatsızlığı ve komplikasyonları azaltmayı amaçlayan becerileri öğretme ve psikolojik destek sunma olarak tanımlanmaktadır (Ljungqvist, Scott, & Fearon, 2017). Ayrıca perioperatif dönemde hasta öğretimi, bilgilendirilmiş onam gerekliliği nedeni ile evrensel olarak kabul edilmiş bir yöntemdir (Wilson et al.,2016).

Literatürde preoperatif öğretimin yararlı olduğuna ilişkin birçok çalışma bulunmaktadır. Ancak gelişen teknoloji ve değişen hasta gereksinimleri göz önünde bulundurulduğunda preoperatif anksiyete ve cerrahi stres tepkisinin psikolojik ve fizyolojik etkilerine ilişkin daha fazla uygulanabilir klinik kanıtlara gereksinim olduğu söylenebilir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma, ameliyat öncesi öğretimin anksiyete ve fizyolojik parametreler üzerine etkisini değerlendirmek amacı ile yapıldı.

2. GENEL BİLGİLER

Cerrahi girişim, insan organizmasında meydana gelen patolojik olayları hafifletmek, durdurmak veya bazı yapıların çıkarılması ile sorunu ortadan kaldırmak için yapılan, planlı girişimler olarak tanımlanmaktadır. Planlı yapılan, hastalık ve bireye göre hazırlama süreci olan cerrahi girişimler elektif cerrahi olarak adlandırılmaktadır. Elektif cerrahide hasta, cerrahi girişimden birkaç saat ya da bir gün önce kliniğe yatırılır. Bu sürede ameliyat için gerekli fizyolojik, psikolojik hazırlık işlemleri, anestezi, cerrahi girişim, ameliyat sonrası dikkat edilmesi gereken durumlar ile ilişkili konularda eğitim verilebilir.

Bilindiği gibi hastalık minör ya da majör olsun cerrahi girişim kararının verilmesi bireyde anksiyeteye neden olmaktadır. Bu nedenle elektif cerrahi girişim uygulanacak birçok hasta anksiyete tanımlanmaktadır. Cerrahi girişim uygulanacak hastalarda preoperatif dönemde yaşanan anksiyete beklenen bir durum olarak kabul edilmektedir.

Arapça “Cerh” sözcüğünden gelen “cerrahi” kelimesi çürütme, yaralanma, kabul etmeme anlamına gelmektedir. Cerrahi uygulamalar, hastanın sağlık problemlerinin çözümünde temel tedavi yöntemi olmasına rağmen, bireyin normal fizyolojik fonksiyonlarını değiştirebilecek “kontrollü ve planlı travma”dır (Scott & Miller, 2015). Cerrahi, sürekli teknolojik yeniliklere ve müdahalelerin kalitesindeki artışa rağmen, insan için zor bir zamandır

Cerrahi tedavi, organizmanın anatomik ve fizyolojik temel yapısını olabildiğince koruyarak, hastalık, travma ve deformite gibi farklı nedenlerle bozulan vücut fonksiyonlarının organ üzerinde ya da organlar arasında uygun düzenlemelerle eski anatomik ve fizyolojik yapısına en uygun duruma getirilmesini ve yaşamın dayanılır sınırlarda sürdürülmesi için uygulanan el becerisine dayalı bir tedavi yöntemi olarak tanımlanır (Aksoy ve ark., 2012; Aslan, 2009). Başka bir ifade ile cerrahi; medikal tedavi ya da başka tedavi yöntemleri ile iyileşme sağlanamayan hastalıkların, yaralanmaların, bedende meydana gelen yapısal bozuklukların, bedenin fizyolojik esasları korunarak, ameliyat ile onarılmasına ya da hastalıklı organın çıkarılarak iyileştirilmesidir.

Cerrahi gibi majör yaşam değişiklikleri anksiyeteye neden olan en önemli etkenlerdendir. Hasta yaşamı tehdit eden bir durum olan ameliyatı beklerken olabilecek olaylardan korkar ve yüksek düzeyde anksiyete yaşar (Jawaid, 2007).

Anksiyete, cerrahi girişimin planlandığı andan itibaren başlar ve ameliyata alınmak için ameliyathane içinde bekleme odasında en üst düzeye çıkar (Wilson et al., 2016).

2.1. ANKSİYETE

Anksiyete, hastanın rahatını ve iyiliğini tehdit eden hoş olmayan bir duygudur (Aust et al., 2018). Anksiyete, Latince boğulmak, tıkanmak anlamına gelen “angere” kelimesinden türetilmiş olup, kötü bir şey olacakmış kaygısı ve endişesi ile yaşanan bunaltı duygusu, üzüntü ve sıkıntı hissidir (Marrs, 2006). Anksiyete bilim insanları tarafından farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Örneğin; yaşamın tehdit edildiği ya da tehdit olarak algılanan durumlarda yaşanan rahatsız edici ve endişe verici korku duygusu (Kaya, Acaroğlu, Şendir & Güldaş, 2007) otonom sinir sistemi ve endokrin sistem uyarısı ile ortaya çıkan taşikardi ve hipertansiyon gibi anormal hemodinamik parametreler ile ilişkili, gerginlik ve huzursuzluk şeklinde kendini gösteren hoş olmayan durum (Pritchard, 2011) olarak tanımlanmaktadır. Anksiyete korku benzeri bir duygu olmakla birlikte, anksiyeteye neden olan uyaran, korkuya neden olan uyaran kadar net olarak belirlenmiş değildir. Kişi anksiyete durumunda huzursuzdur, kötü bir durum olacağından kaygı duymaktadır. Bu nedenle anksiyete subjektif olup, bireyden bireye değişen, bireyin cinsiyeti, yaşı, deneyimleri, baş etme becerileri gibi bireysel özelliklerden etkilenen tanımlanması zor karmaşık bir durumdur (Ala, 2007).

2.1.1. Anksiyete Kuramları

Anksiyete ilk kez 1895 yılında Freud tarafından “anksiyete nörozu” olarak tanımlanmıştır. Freud anksiyete tanımına açıklık getirmiş, anksiyete tanımını korkudan ayırarak psikodinamik açıdan yaklaşmıştır. Öz (2010) ve Cüceloğlu (2005)'nin ifadesine göre Freud anksiyetenin bireyi toplumsal veya fiziksel çevreden gelebilecek tehlikelere karşı uyaran, çevre ile uyumunu sağlayan ve yaşamı devam ettirmesine yardımcı olan bireyin içgüdüsel dürtülerinden ortaya çıktığı belirtmektedir. Anksiyetenin yoğunluğu/düzeyi, yaşanan durumun birey için taşıdığı öneme göre değişmektedir (Horney, 2003; Özer, 2004). Anksiyete Spielberg (1983) tarafından, aşağıdaki şekilde durumluk ve sürekli anksiyete olarak tanımlanmıştır:

1. Durumluk Anksiyete: Bireyin benliğine ve çıkarlarına gerçek bir tehlike ya da tehdidin bulunduğu çevresel koşullar karşısında oluşan mutsuzluk, tedirginlik, gerginlik, korku ve kişinin karmaşık coşkusal tepkilerinin oluşturduğu bir durumdur. Bu anksiyete birçok durumda normal, hatta mücadele gücü açısından oldukça

faydalıdır. Durumluk anksiyetenin süresi ve şiddeti, algılanan tehdidin düzeyi ve kişinin içinde bulunduğu durumu yorumlaması ile ilişkilidir. Kişinin kendisini güvende hissetme duygusu tehlikede olduğu zaman daha da artar. Durumluk anksiyetede, bireyde gelişen endişe ve gerginlik oluşturan durum ortadan kalktığında, olumsuz duygularda ortadan kalkmaktadır.

2. Sürekli Anksiyete: Çevresel faktörlerden bağımsız olarak bireyin huzursuzluk, kaygı duyma, karamsar olma, stres altında aşırı duyarlılık ile birlikte yaygın coşkusal tepkilerde bulunma eğilimi göstermesidir. Bu duruma bireyin olayı stresli olarak algılama ya da yorumlama eğilimi de denilebilir. Bu tip anksiyetenin şiddeti ve ne kadar süreceği bireyin kişilik yapısına göre değişiklik göstermektedir. Spielberg ve arkadaşları çalışmalarında durumluk anksiyete ve sürekli anksiyete arasında sürekli bir etkileşim olduğunu kanıtlamışlardır. Sürekli anksiyete düzeyinin yüksek olmasının durumluk anksiyete düzeyini de artırdığı görülmüştür. Durumluk anksiyete düzeyinin artması ve sürenin uzaması da yine sürekli anksiyete düzeyini yükseltmektedir. Bunun yanı sıra sürekli anksiyetesi yüksek olan bireylerin, stres karşısında sürekli anksiyetesi düşük seyreden bireylerden daha fazla etkilendikleri belirlenmiştir (Spielberg, 1983). Öz'ün (2010) belirttiğine göre, Hay ve Peplau tarafından, anksiyete dört aşamada tanımlanmıştır:

1. Hafif Anksiyete: Birey çevresindeki olayların farkındadır. Öğrenme ve yaratıcılık düzeyi artmıştır. Duyarlı ve katılımcıdır. Bireyin konuşmasının hızı konuşma içeriği ile de uyumlu olup, mantık yürütme yeteneği ile konsantrasyonu tamdır. Anksiyetenin azaltmasını için tırnak yeme, ağlama, yürüme, uyuma, yemek yeme, sigara içme, gülme, içki içme gibi savunma mekanizmaları kullanılır. Birey bu anksiyete düzeyinde etkin problem çözer.

2. Orta Düzey Anksiyete: Bireyin görme, işitme, kavrama, algılama ve iletişim yeteneği azalır. Bu anksiyete düzeyinde, sorun ile ilişkili küçük bir ayrıntıya odaklanarak diğerlerini görmezden gelme davranışı gözlenebilir. Kas gerginliği, nabız, solunum ve kan basıncında artma, terleme, mide şikayetleri ve kalp çarpıntısı gibi hafif somatik belirtiler görülebilir. Birey kaygılı, ürkek, sabırsız, hassas ve heyecanlı olabilir. Birey sorunlarını uzun sürede çözebilir.

3. Yüksek Düzey Anksiyete: Bireyin algılama ve kavrama yetisi oldukça azalmıştır. Çevresinde yaşananları algılamada zorlanabilir. Birey yaşadığı küçük bir detay ya da detaylar üzerine yoğunlaşır. Olaylar ve ayrıntılar arasında ilişki kurmakta zorlanır. Çarpıntı, dispne, dispeptik yakınmalar, göğüs ağrısı,

uykusuzluk, bulantı, baş ağrısı titreme, iştahsızlık, korku, istemli kas tonüsünde artma ve gerginlik görülür. Rahatsızlık ve hassasiyet duyguları artmış, ölüm duygusu yaşanabilir.

4. Panik Düzey Anksiyete: Anksiyetesinin en yoğun yaşandığı düzey olup, bireyin dikkati tamamen dağılmıştır. Bireyin üzerinde odaklandığı konular çarpık ve abartılıdır. Uyum bozukluğu vardır. Çevrede yaşanan tehlikelere karşı tepkisizdir. Aşırı derecede öfke, ümitsizlik, çaresizlik, tükenmişlik, korku, dispne, boğulma, tıkanma hissi, baş dönmesi, baygınlık hissi, çarpıntı, göğüs ağrısı gibi belirtilerle birlikte ölüm korkusu ya da kontrol kaybı ile kendini gösterir. Birey yaşadığı paniği önlemek için kendine yönelen olayları görmezden gelir. Birey kriz aşamasındadır ve profesyonel yardım alması gerekmektedir.

Hafif ve orta düzeydeki anksiyete, bireyin duruma odaklanmasını, öğrenme ve problem çözme yeteneğini artırırken, yüksek düzey anksiyete, bilişsel işlevleri olumsuz etkiler, odaklanma ve konular arasında bağlantılar kurmada güçlük yaşanır. Panik düzeyde ise, anlama ve kavrama tamamen daralır, olaylar ve konular arasında bağlantı kurulamaz. Anksiyete düzeyi yüksek bireyin öğrenme, kavrama, düşünme, yargılama, karar verme ile sorun çözme yeteneği olumsuz olarak etkilenir (Öz, 2010).

2.1.2. Anksiyetenin Birey Üzerindeki Etkileri

Organizma, bir tehlikeyi algıladığında ya da tehlike öngördüğünde beyin tarafından, otonom sinir sistemine mesaj gönderilir. Sempatik ve parasempatik sinir sistemi olmak üzere iki bölümden oluşan otonom sinir sistemi, bedenin var olan enerji düzeyi ile harekete hazırlanmasından sorumludur. Sempatik sinir sistemi bedenin enerjisini arttıran ve harekete hazırlayan “kaç ya da savaş” tepkisinden sorumlu iken, parasempatik sinir sistemi bedeni yeniden normal/eski durumuna getiren ve dinlenme haline geçiren bölümdür. Otonom sinir sisteminin sempatik bölümünün uyarılması ile oluşan vazokonstriksiyon ve önhipofizden salınan adrenokortikotropin (ACTH) hormon böbrek üstü korteksini uyarır. Uyarı sonrası böbrek üstü korteksinden mineralokortikoid (aldesteron), glikokortikoid (kortizol) ve sex steroidleri salınır. Mineralokortikoidler Na^+ ’un bedende tutulmasını sağlar. Bedende Na^+ tutulumu beden sıvılarının osmolaritesini artırır. Osmolaritenin artması sonucu arkahipofizden antidiüretik hormon (ADH) salınır. ADH böbrek tübüllerinden suyun geri emilmesini sağlar. Bedende Na^+ ve suyun tutulması sonucu kan volümü dolayısıyla, bu fizyolojik olaya kan basıncı ve kalp hızının artmasına neden olur. Glikokortikoidler karaciğerden

glikojenin glikoza dönüşümü ve gerektiğinde yağ ve proteinden glikoneogenesis yolu ile kan glukoz düzeyinin yükselmesini (stres hiperglisemi) sağlar. Stres tepkisi sonucu tükürük salgısı azalır, ağız kuruluğu, göz bebeklerinde genişleme, çizgili kaslarda gerginlikte artma, titreme, terleme ve deri direncinin artmasına neden olur. Otonom sinir sisteminin parasempatik bölümün uyarısı ile mide-barsak hareketleri hızlanır (Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2008) .

Anksiyetenin etkileri aşağıda verilmiştir (Öz, 2010):

1. Fizyolojik Etkiler: Sempatik sinir sisteminin aktive olması sonucu nabız ve solunum sayısında artma, ağız kuruluğu, yutmada güçlük, kan basıncının yükselmesi, bulantı, kusma, iştahsızlık, diyare ya da konstipasyon, sık idrara çıkma, terleme, titreme, baş ağrısı ve baş dönmesi, uykusuzluk, bayılma, yorgunluk ve kas gerginliğini kapsar.

2. Algısal Etkiler: Görme, işitme, koklama, tat alma, dokunma gibi duylarda artış olur.

3. Psikolojik Etkiler: Korku, huzursuz ve tedirgin olma, güvensizlik, çekingenlik, çaresizlik, sinirlilik, öfke, depresyon, sersemleme hali, konsantrasyon güçlüğü, kendini ve başkalarını eleştirme/suçlama eğilimi, aşırı gerginlik, libidoda azalma, kontrolünü kaybetme, iştah kaybı, yorgunluk gibi etkilere neden olur.

4. Bilişsel Etkiler: Bireyin kavrama, düşünme, yargılama, öğrenme, karar verme ve problem çözme yeteneği, çevreye karşı ilgisi, dikkat ve yaratıcılığı azalmıştır.

5. Davranışsal Etkiler: Birey bilinçli ya da bilinçsiz olarak anksiyete yaratan durumlardan kaçma davranışı, dona kalma, yerinde duramama, uykuya dalmada güçlük çekme veya sürekli uyuma isteği gibi davranışlarda bulunur (Güleç & Köroğlu, 2007).

2.1.3. Preoperatif Anksiyete

Hastalık, hastaneye yatma, planlanmış cerrahi ve anesteziye sekonder hoş olmayan durum olarak tanımlanan preoperatif anksiyete, ameliyatı bekleyen hastalarda en yaygın olaylardan birisidir (Woldegerima, Fitwi, Yimer & Hailekiros, 2018). Ameliyat olacağı kendisine söylenen birey için stres tepkisi psikolojik olarak başlar. Bu stres bireyin yıllar boyunca geliştirmiş olduğu başa çıkma mekanizmalarını zorlar. Hasta ameliyat olacağını bilir fakat, ameliyat sonrası neler yaşayacağını, bilmediği için ciddi düzeyde korkar ve anksiyete yaşar (Saraçoğlu ve ark., 2012).

Anksiyete düzeyi hastaneye yatıştan ameliyata kadar geçen sürede ve ameliyat sonrası ilk iki günde daha yüksek olabilir. Preoperatif dönemde anksiyete düzeyi yüksek olan bireylerin postoperatif dönemde uyum sağlamada, iyileşme sürecinde ve komplikasyon gelişmesinde etkili olduğu bildirilmektedir. Preoperatif anksiyete düzeyi yüksek olan hastalarda postoperatif dönemde daha fazla komplikasyon gelişme ve yatış sresinde uzama olasılığı yüksektir (Sidar et al., 2013).

2.1.4. Preoperatif Anksiyete Nedenleri

Preoperatif anksiyete nedenleri aşağıdaki şekilde belirtilmektedir (Karanci & Dirink, 2003; Aykent ve ark., 2007):

1. **Beden Bütünlüğünün Tehdidi:** Tüm cerrahi ve tıbbi girişimlerde yaşanabilen anksiyete, ani ortaya çıkan hastalık ve hastaneye yatma durumlarında daha belirgin olarak ortaya çıkmaktadır.
2. **Yabancı Ortam Korkusu:** Hastane ve hastanede kendisini tanımadığı kişilere teslim etme düşüncesi hastada belirgin bir anksiyeteye neden olmaktadır. Hastanın sağlık bakım personelini seçebilmesi, sağlık bakım personeli ile güven ilişkisi kurması bu endişesinin azalmasına yardımcı olabilmektedir.
3. **Ayrılık Endişesi:** Hastaneye yatma tek başına anksiyete neden olmaktadır. Ayrıca bireyin çevresindeki kişi ve nesnelere uzak kalmak zorunda olması bu endişeyi artırmaktadır.
4. **Sevgi ve İlgi Kaybı Endişesi:** zellikle meme ameliyatları ya da cinsel fonksiyon kaybı ile sonuçlanan ameliyatlardan sonra hissedilen çekicilik ve eşin ilgi kaybı kaygıları bu endişeye neden olmaktadır.
5. **Fonksiyon Kaybına Bağlı Endişeler:** Bağırsak, mide, mesane, kas denetimi gibi fonksiyonların geçici ya da sürekli kaybı ile ilişkili endişeleri içermektedir.
6. **Bedenini Başkalarına Teslim Etme Endişeleri:** Yatağa bağımlı kalma ve oto kontrolünü başkalarına teslim etme, mahremiyetinin sağlanamaması gibi endişeleri kapsamaktadır.
7. **Suçluluk Duygusu:** Ortaya çıkan sağlık sorunları, bir suçun sonucu olarak algılanabilir ya da sağlıklı dönemdeki alışkanlıklar (sigara, alkol) nedeni ile sağlığına dikkat etmemiş olmanın verdiği suçluluk yaşanmaktadır.
8. **Ağrı Korkusu:** Ameliyat olmayı bekleyen tüm hastaları etkilemekle beraber, özellikle daha önce kendisi ya da bir yakını ameliyat olup, ağrı deneyimi yaşamış bireylerde daha belirgin olarak ortaya çıkmaktadır.

9. **Anestezi ile İlişkili Endişe:** Ameliyat sonrası uyanamama, postoperatif dönemde yaşanacak ağrı, ameliyat sırasında uyanmak, ameliyat sonrası bulantı-kusma, yoğun bakımda kalmak, anestezi uzmanının bilgi ve deneyim eksikliği, anestezi uzmanının ameliyat odasında bulunmaması, anestezi uzmanının tavırları, enjeksiyon korkusu, ölmek, anestezi sırasında anlamsız konuşmak, ameliyat sırasında ağrı duymak olarak bildirilmiştir.

2.1.5. Postoperatif Anksiyete

Preoperatif dönemde anksiyete düzeyi yüksek olan hastaların postoperatif dönemde de anksiyete düzeyinin yüksek olduğu bildirilmektedir (Çetinkaya & Karabulut, 2010). Postoperatif dönemde oral alımın kısıtlanması, ilaçların gastrointestinal emiliminin bozulması, eklenen tıbbi sorunlar ve ilaç etkileşimleri anksiyetenin azaltılmasını zorlaştırır iken, yetersiz yapılan ağrı tedavisi de anksiyete düzeyini arttırabilir. Postoperatif anksiyete düzeyi yüksek olan hastalarda tıbbi komplikasyon görülme oranı daha yüksektir (Rosen et al., 2011). Preoperatif dönemde anksiyetenin yoğun olarak yaşanması, postoperatif dönemde yaşanan ağrının yoğunluğunu arttırmakta ve kontrolünü zorlaştırmaktadır (Lennan, 2006). Bu nedenle hastaların preoperatif ve postoperatif anksiyetesinin değerlendirilmesi ve etkin yönetimine ilişkin hemşirelik girişimlerinin planlanması gerekmektedir (Pellino et al., 2005).

2.1.6. Preoperatif Anksiyete Yönetiminde Hemşirenin Rolü

Hemşireler, özellikle klinik ortamlarda, hastalar tarafından yaşanan stresli durumların yönetiminde yaşamsal rol oynamaktadır. Bu bağlamda hemşirelerin preoperatif dönemde farklı yöntemler kullanarak hastaların bireysel özelliklerini dikkate alarak yapmaları gereken hasta eğitimi, hastaların anksiyete düzeyinin azalmasını, cerrahi stres tepkisinin istenilen düzeyde gelişmesini, hastaların postoperatif dönemde daha az ağrı yaşamasını, komplikasyon gelişme oranının azalmasını ve iyileşme sürecinin hızlanmasını sağlayabilir. Preoperatif eğitim, hastalara sağlıkla ilgili bilgi sağlama, onlara rahatsızlığı ve komplikasyonları azaltmayı amaçlayan becerileri öğretme ve psikolojik destek sunma olarak tanımlanmaktadır (Ljungqvist, Scott, & Fearon, 2017). Ayrıca perioperatif dönemde hasta eğitimi, bilgilendirilmiş onam gerekliliği nedeni ile evrensel olarak kabul edilmiş bir yöntemdir (Wilson et al., 2016).

2.2. PSİKOFİZYOLOJİK CERRAHİ STRESS TEPKİSİ ve FİZYOLOJİK PARAMETRELER

Stres terimi ilk olarak 17. yüzyılda “üzüntü, bastırma, rahatsızlık ve sıkıntıyı” tanımlamak için kullanılmıştır. Stres, bir reaksiyon veya bir uyarıcı olarak tanımlanmaktadır (Papathanasiou et al., 2015). Stres, organizmanın dengesini bozan bir durumdur. Kelime olarak Türkçe karşılığı “yüklenme-zorlanma” ve “gerilim yaşama” anlamına gelmektedir.

Stresi tanımlamada üç önemli yaklaşım vardır. Bunlar:

1. Uyarıcı modeli
2. Transaksiyonel model
3. Tepki modeli

1. Uyarıcı Modeline Göre Stress

Bireyin çevresinde kontrolü dışında onu etkileyen ve zorlayan bir durumun varlığında meydana gelmektedir. Stresin düzeyi, doğrudan doğruya bireyin uyum sağlayıcı mekanizmasında değişiklik oluşturan gereksinimlerin miktarı ile ilişkilidir. Bu modelde; meydana gelen tüm etkilerin nedeni aynı olup, bunlar farklı bireyler üzerinde benzer özellikler göstermektedir (Papathanasiou et al., 2015). Ör. Cerrahi girişim.

2. Transaksiyonel Modele Göre Stress

Lazarus, bireyin hatırlama, düşünme, olaylara verdiği anlam ve değer ile çevresi arasındaki ilişkiye bağlı olarak stres yaşadığını ileri sürmektedir. Bu nedenle, Lazarus strese kognitif, fenomenolojik ve transaksiyonel bir yaklaşım getirir. Beklenmedik ani kayıplar, olağanüstü yaşam olayları, yaşamın normal seyrini etkileyen tehdit edici ve tehlike yaratan bazı olaylar stres nedenidir. Bu durumlarda kişilerde stres görülmesi doğaldır. Stresin ortaya çıkması tek başına ciddi bir problem oluşturmaz. Çünkü stres yaşamın normal bir parçasıdır ve ortaya çıkan stres homeostatik sistem tarafından dengelenmektedir (Papathanasiou et al., 2015).

3. Tepki Modeline Göre Stress

Bu modelde; stres yaşayan birey, stres karşısında duygusal, fizyolojik ve zihinsel yanıtlar verir. Bu modeli esas alarak stresi açıklamaya çalışan Hans Selye'nin görüşü büyük kabul görmüştür. Selye'ye göre “Stres dinamik bir durum olup oluştuğu anda kişinin beden direncini tehditkâr ve tehlikeli duruma karşı artırır”. Hans Selye, bedenin

stresörlere; hücre ve doku düzeyinde lokal olarak tepki verebileceği ya da kan basıncında, beden ısısında, sıvı-elektrolit dengesi ve kalp hızındaki değişikliklere yol açabilecek sistemik tepkiyi genel adaptasyon sendromu (GAS) ile açıklamaktadır.

Macar endokrinolog Hans Selye (1936), stresi, genel adaptasyon sendromu fikrini formüle ederek “bedenin herhangi bir değişim talebine spesifik olmayan bir yanıtı” olarak tanımlamıştır (Tonhajzerova & Mestanik, 2017). Hans Selye; GAS olarak tanımlanan, stresin biyo-kimyasal bir modelini geliştirmiştir. Selye fareleri, farklı sürelerde aşırı sıcak, soğuk, basınç, yorgunluk hareketsizlik gibi gerilim yaratan uyarılara maruz bırakmış ve ortaya çıkan fizyolojik tepkileri gözlemleyerek sonuçta aynı fizyolojik tepkiyi görmüş ve sonucunda GAS’ndan bahsetmiştir. GAS, stres tepkisi durumundaki fizyolojik olayları tanımlamaktadır. GAS’a göre, birey bir stresör ile karşılaştığında, sempatik sinir sisteminin devreye girmesi ile “savaş ya da kaç” tepkisi gösterir. Bu sırada bedende oluşan fiziksel ve kimyasal değişiklikler sonucunda birey, stres kaynağı ile yüzleşmeye veya kaçmaya hazır hale gelir. Bu durum hızlı adrenalin salınması sonucu kalp atışında (nabız) hızlanma (taşikardi) olarak gözlenir. GAS dört temel varsayımdan oluşmaktadır (Tonhajzerova & Mestanik, 2017):

1. Aşırı iş yükü ve yolunda gitmeyen olaylar gibi stres faktörleri iç dengeyi bozar. Beden iç dengeyi bozan her türlü stresöre karşı genel bir fizyolojik uyarılma ile yanıt verir. Bu tepki savunmacı ve organizmayı korumaya yöneliktir.
2. Bu fizyolojik uyarılmaya uyum, aşamalı şekilde (alarm, direnç, tükenme) gerçekleşir. Fizyolojik uyarılmaya uyum sağlama süreci, uyarının yoğunluğu, süresi ve strese gösterilen direncin ne kadar başarılı olduğuna göre değişir.
3. Organizmanın uyum yapma enerjisi kısıtlıdır. Bu enerji tüketilirse, organizma bundan sonra gerilim ile baş etme yeteneğini kaybeder ve ölebilir (Tan & Yip, 2018) .

Yeni duruma uyum gösterme amacına dönük tepki üretme süreci olarak GAS, alarm, direnç ve tükenme aşaması olmak üzere üç bölümden oluşur (Szabo, Tache & Somogyi, 2012).

2.2.1 GAS aşamaları

1. Alarm Aşaması

Bu aşama, organizmanın dış uyarıyı stres olarak algıladığı durumdur. Organizmada bir takım değişiklikler ortaya çıkmaya başlar. Gerginliğe neden olan olay, beynin

korteksi tarafından algılanır ve algılanan durum hipotalamusa iletilir. Hipotalamusun hipofizi uyarması ile hipofizden en önemli stres hormonu Adeno Kortikotropik Hormon (ACTH) salınır. ACTH böbrek üstü bezini uyararak böbrek üstü korteksinden steroidlerin ve böbrek üstü medullasından adrenalin ve noradrenalin salgılanmasını sağlar. Steroidler kan glukoz düzeyini ve bedende Na⁺ ve su tutulmasını sağlayarak kan volümünü dolayısıyla kan basıncını yükseltir. Adrenalin kalp hızını artırır. Stres durumu devam ederse direnç aşamasına geçilir (Szabo et al., 2012). Kan volümündeki artış, solunum ve vücut sıcaklığını da etkiler.

2. Direnç Aşaması

Stres verici koşullara rağmen uyuma elverişli bir durum gelişirse direnç oluşur. Bu süreçte organizmanın alarm tepkisi sırasındaki belirtileri ortadan kalkar. Organizma stres verici durumdan kaçmak ya da uyum sağlamak zorunda olduğundan başka stres vericilere direnci düşer (Szabo et al., 2012).

3. Tükenme Aşaması

Stres verici olay çok ciddi boyutta ve uzun sürerse, organizma için tükenme basamağına gelinir. Bu dönemde bazen yeniden alarm dönemi reaksiyonları ortaya çıkar. Her canlının uyum yeteneği ile enerjisi farklıdır ve sınırlıdır. Devam eden ve başa çıkılmayan stresler karşısında, denge bozulur ve uyum için enerjisi biter (Szabo et al., 2012).

2.3. AĞRI

Ağrı, doku harabiyetinin olduğu bölgede bir yanıt olarak ortaya çıkan temelde organizmayı koruyan bir duyudur. Uluslararası Ağrı Çalışmaları Derneği (International Association for the Study of Pain-IASP) 'nin tanımına göre ağrı; "Bedenin herhangi bir bölgesinden kaynaklanan, organik bir nedene bağlı olan ya da olmayan insanın geçmişte ki tüm deneyimlerini kapsayan, hoş olmayan özel bir duyu" olarak tanımlanmıştır. Ağrı, bireyden bireye değişiklik gösteren ve diğer bireyler tarafından anlaşılabilen biyofizyolojik, sosyokültürel, psikososyal değişkenlerin etkilediği öznel bir olgudur. Klinik olarak en yararlı tanımlardan birisi McCaffery tarafından yapılmıştır. McCaffery (1968)'nin tanıma göre; "Ağrı hastanın söylediği şeydir, eğer söylüyorsa vardır." Bu tanım; ağrının subjektif ve çok boyutlu olduğunu göstermekte, bireyin sözlü ve sözsüz ağrı ifadesini yeterince kapsamakta,

daha önemlisi ağrı kontrolünde çok önemli olan güven ilişkisini geliştirmek için hastaya inanılması gerektiğini göstermektedir.

Cerrahi girişim sonrası postoperatif ağrı (insizyonel ağrı), cerrahi travma sonrası nöroseptörlerin uyarılması ile başlayan ve birkaç gün içinde azalması beklenen akut ağrıdır. Günümüzde ağrının fizyolojisi, farmakolojisi, cerrahi teknikler ile cerrahi girişim öncesi, sırası ve sonrası bakımdaki teknolojik ilerlemelere rağmen, cerrahi girişimden sonra hastaların %50-90'ının hâlâ orta düzeyden şiddetliye doğru ağrı yaşadıkları belirtilmektedir (Pogatzki-Zahn et al., 2007). Ağrı değişik şekillerde sınıflandırılmaktadır.

2.3.1. Başlama Süresine Göre Sınıflama

1. Akut Ağrı: Doku hasarı ile başlayan, doku hasarının iyileşme sürecine göre giderek azalan ağrıdır. Neden olan durum ile yer, zaman ve şiddet açısından yakın ilişki vardır.

2. Kronik Ağrı: Akut olarak gelişen patolojik durumun geçmesine rağmen devam eden ya da kronik doku patolojisi ile birlikte olan ağrıdır. 3-6 ay kadar devam edebileceği belirtilmektedir (Aslan, 2006).

2.3.2. Kaynaklandığı Bölgeye Göre Sınıflama

1. Somatik Ağrı: Somatik sinirlerden kaynaklanır. Duyusal lifler ile taşınan, ani başlayan, sabit, keskin, yoğun, ızdırap verici ve iyi lokalize edilebilir. Sinir köklerinin yayılım bölgesinde ya da periferik sinirler boyunca hissedilir. Örneğin, kemik metastaz ağrıları.

2. Visseral Ağrı: Derinden gelen, iyi lokalize edilemeyen, sempatik liflerle taşınan, sıkıştırıcı tarzda olan ağrılardır. Yansıyan (safra kesesi ağrılarının sırt ya da omuzda hissedilmesi) ağrıdır.

Visseral ağrının klinik olarak beş önemli özelliği vardır;

1. Her organdan kaynaklanmaz,
2. Her zaman doku hasarı ile ilgili değildir,
3. Yaygındır, iyi lokalize edilemez,
4. Başka bölgelere yayılım gösterir,
5. Motor ve otonom refleksler ile birlikte seyreder (Aslan,2006).

3. Sempatik Ağrı: Sempatik sinir sistemi aktivasyonu ile ortaya çıkan damarsal kökenli ağrıdır. Yanma tarzında olup, hasta ağrıyan bölgede soğukluk ve üşümeden yakınıdır (Aslan, 2006).

2.3.3. Mekanizmasına Göre Sınıflama

- 1. Nosisepatif Ağrı:** Günlük yaşantıda travmalar, yaralanmalar ve ameliyat sonrası dönemde oluşan ağrılardır.
- 2. Nöropatik Ağrı:** Sinir sistemindeki primer bir hasar veya fonksiyon bozukluğuna bağlı gelişen, uygun olmayan cevap şeklinde tanımlanır.
- 3. Deafferantasyon Ağrısı:** Afferent iletimin olmamasına rağmen ilgili alanda ağrının hissedilmesini ifade eder. Örneğin, fantom ağrısı.
- 4. Psikosomatik Ağrılar:** Psikojenik kompanentin neden olduğu ağrı türleridir.
- 5. Reaktif Ağrılar:** Motor ya da sempatik afferentlerin refleks aktivasyonu ile nosiseptörlerin uyarılması sonucu oluşan miyofasiyal ağrıya örnektir (Aslan, 2006)

2.3.4. Ağrı Teorileri

1. Kapı Kontrol Teorisi

Melzack ve Wall (1965)'un "Kapı Kontrol Teorisine" göre ağrının varlığı ve şiddeti nörolojik uyarıların geçişi ile ilişkilidir. Ağrı geçişini sinir sistemindeki kapı mekanizmaları kontrol eder. Kapı açık ise, ağrı ile sonuçlanan uyarılar bilinç düzeyine ulaşır ve ağrı hissedilir. Kapı kapalı iken, uyarılar bilince ulaşmayacağı için ağrı hissedilmez (Mendell, 2014). Buna göre; bedenin periferinden gelen ağrı uyarılarını ileten A ve C lifleri, dorsal spinal kordun substantia gelatinosa bölümünde ilerler. A ve C lifleri, substantia gelatinosaya geçmişte yaşanan ağrı deneyimleri hatırlanır. Geçmişte yaşanan ağrı deneyimlerinin olumlu olması durumunda, korteks substantia gelatinosaya sinyaller göndererek ağrı kapısını kapatır ve ağrı uyarısının üst merkezlere geçişini engeller. Ancak geçmiş ağrı deneyimleri olumsuz ise, korteks substantia gelatinosaya kapıyı kapat sinyallerini gönderemez ve kapının açılması ile hasta tarafından yoğun ağrı yaşanır (Vigotsky & Bruhns, 2015).

2. Endorfin Teorisi

Stres ve ağrı, endorfin salınımına yol açan en yaygın iki faktördür. Varlıkları 1970'lerin ortalarında belirlenmiş olan, opioid (narkotik) reseptörlerine bağlanarak analjezi etkisi yapan ve endojen ile morfin kelimelerinin bileşimi olan endorfinlerin salınımı ilkesine dayanır. Endorfinler ağrı uyarısının geçişini bloke etmek, uyarıların bilinç düzeyine ulaşmasını engellemek için beyin ve spinal korddaki narkotik reseptörlere tutunurlar. Kan ve spinal sıvıya da geçen endorfinler, ağrı liflerini uyaran histamin, bradikinin gibi kimyasal maddelerin salınımını baskılayarak ağrı hissini azaltmaktadır (Törüner & Büyükgöneç, 2012).

2.3.5. Ağrı Fizyolojisi

Ağrı ile ilişkili mekanizmaları anlayabilmek için noisepsiyon kavramının irdelenmesi gerekir. Noisepsiyon; algılaması ağrı ve doku hasarı arasında gelişen kompleks bir dizi elektrokimyasal olayın tamamını birden tanımlar. Ağrı, noisepsiyon içinde bir algılanma olayıdır. Diğer algılar gibi nörosensoriyal aktivite ve organik, psikolojik faktörler arasındaki etkileşim tarafından belirlenir (Dikmen, 2013). Ağrı algılamasının başlangıç alanı primer afferent noisereptörlerdir (özelleşmiş sinir uçları). Ağrının algılanması, periferde bulunan ağrıya hassas noisereptörlerin aktivasyonu veya hasar gören dokulardan salınan mediyatörler tarafından medulla spinalise afferent iletimi ve dorsal boynuz üzerinden yüksek merkezlere iletilmeleriyle gerçekleşir. Ağrı 4 aşamada algılanır:

1. Ağrının hissedilmesi (Transdüksiyon): Sinirlerin sensoriyal uçlarında, stimulusun elektiriksel aktiviteye dönüştürüldüğü kısımdır.
2. Ağrının iletilmesi(Transmisyon): İlgili yapılardaki bilginin santral sinir sistemine ileildiği aşamadır.
3. Ağrının düzenlenmesi(Modülasyon): Transmisyon iletinin inen nöral yollar ile azaltılması aşamasıdır.
4. Ağrının algılanması (Persepsiyon): Bireyin psikolojisiyle etkileşimi ve sübjektif emosyonel deneyimleri sonucu ortaya çıkan, uyarıların algılandığı son bölümdür (Ellison, 2017).

2.3.6. Postoperatif Ağrı ve Fizyopatolojisi

Cerrahi girişim, iyileşme sürecini hızlandırmak ve komplikasyonları önlemek için mümkün olan en kısa sürede ve etkili bir şekilde hafifletilmesi gereken postoperatif

ağrıya neden olur. Postoperatif ağrı, patofizyolojik ve terapötik açıdan akut ağrı örneğidir. Cerrahi girişim, bölgesel doku hasarına neden olarak prostaglandinlerin, histamin, serotonin, bradikinin, P maddesi ve diğer mediatörlerin salınmasına, zararlı uyarıların üretilmesine ve serbest sinir uçlarının ve nosiseptörlerin tahrişine (nosiseptör ağrısı) yol açar. Bradikinin, serotonin ve histamin reseptörleri hem duyarlılaştırır hem de uyarır, araziidonik asit metabolitleri yalnızca onları duyarlılaştırır (Malek et al., 2017).

2.3.7. Postoperatif Ağrının Sistemler Üzerine Etkisi

Doku hasarı ve stresine patofizyolojik yanıt, solunum, kardiyovasküler, gastrointestinal ve idrar fonksiyon bozukluğu, bozulmuş kas metabolizması ve fonksiyonu, nöroendokrin, immün ve metabolik değişiklikler ile karakterizedir. Bu etkilerin çoğu analjezik terapötik girişimler ile hafifletilebilir (Malek et al., 2017).

1. Solunum Sistemi: Epigastrium ve göğüs cerrahi işlemlerinden sonra ağrı, vital kapasiteyi (VC), fonksiyonel rezidüel kapasiteyi (FRC), tidal volüm (TV), rezidüel volüm (RV) ve bir saniyede zorunlu ekspirasyon hacmini (FEV1) azaltır. Refleks yanıt olarak, abdominal kas tonusu artar ve diyafram fonksiyonu sınırlanır. Bu, akciğer kompliyansının azalması, kas sertliği, derin soluk alamama ve balgam çıkarma yeteneğini azaltır. Hasta ağrıya neden olacağı için derin nefes almaktan ve sekresyon çıkarmaktan korkar. Daha ileri vakalarda, hipoksemi, hiperkapni, sekresyon retansiyonu, atelektazi ve pnömoni gelişir. Artan kas tonusu, artan oksijen tüketimine ve laktat üretimine katkıda bulunur (Malek et al., 2017).

2. Endokrin ve Metabolik Sistem: Cerrahi girişim sonrası ağrı beden için strestir. Bu nedenle katekolamin ve katabolik hormon salınımı artar, anabolik hormonlar azalır. Bu değişiklikler; sodyum ve su retansiyonu, kan glukozu, serbest yağ asitleri, keton cisimleri ve laktat asit düzeyinin yükselmesine neden olur. Bu katabolik süreç devam eder ise, negatif nitrojen dengesi meydana gelir (Smeltzer et al., 2008).

3. Kardiyovasküler Sistem: Ağrı, sempatik stimülasyona neden olarak taşikardi, stroke volüm hacminde artış, kardiyak iş yükü ve myokardın oksijen tüketiminin artmasına neden olur. Duyarlı bireylerde bu, iskemi riskinin artmasına ve hatta myokard enfarktüsüne yol açabilir. Hastanın ağrı korkusu nedeni ile fiziksel aktivitesini kısıtlaması sonucu, venöz staz sonucu trombosit agregasyonu, olası venöz tromboz ve derin ven trombozu (DVT) neden olabilir (Malek et al., 2017).

4. İskelet ve Kas Sistemi: Erken mobilizasyonu önleyen şiddetli ağrı nedeni tromboembolik komplikasyon riskini artırır. Ayrıca, artmış sempatik aktivite alt ekstremitelerde kan akımının azalmasına, DVT riskinin artmasına neden olur (Smeltzer et al., 2008).

5. Gastrointestinal Sistem: Postoperatif ağrı, bağırsak hareketinde azalma, mide bulantısı, kusma, üreter ve mesanenin hipomotilitesi, idrara çıkma ile ilgili sorunlara neden olabilir. Opioid analjezi bu semptomlara katkıda bulunabilir. Bununla birlikte, bu doğru yapılan analjeziye engel olmamalıdır (Malek et al., 2017).

6. Nöroendokrin ve Metabolik Değişiklikler: Ağrı, suprasegmental refleks yanıtları sempatik tonu artırır, hipotalamusu uyarır, katekolaminlerin ve katabolik hormonların(ACTH, ADH, büyüme hormonu, glukagon, aldosteron, renin, anjiyotensin II) üretimini artırır ve anabolik hormonların (insülin, testosteron) sekresyonunu azaltır. Metabolizma ve oksijen tüketimi artar ve metabolik substratlar stoklardan mobilize edilir. Bu durum devam eder ise, katabolik durum ve negatif azot dengesi ile sonuçlanır (Malek et al., 2017).

7. Ameliyat sonrası ağrının psikolojik etkileri: Akut ağrı, korku ve endişe yaratabilir; bunu, öfke, kızgınlık ve hekim ve hemşireler ile negatif ilişki izleyebilir. Ağrı, zihinsel ve fiziksel iyileşmeyi daha da engelleyen uykusuzluğu şiddetlendirir (Malek et al., 2017).

2.3.8. Ağrının Değerlendirilmesi

Ağrının en kolay değerlendirme yollarından birisi, hastaya ağrısının olup olmadığını sormaktır. Ancak sadece ağrının “var” ya da “yok” olması değerlendirme için yeterli bulunmamaktadır. Değerlendirme sonrasında ağrının şiddeti, ağrının özelliği, lokalizasyonu, tipi, zaman ilişkisi gibi ağrıyı azaltan ve arttıran faktörlerin bilinmesi gerekmektedir (Aslan 2011). Ağrı şiddetinin değerlendirilmesinde hemşirelerin hastanın gelişim düzeyi ve yaşına uygun ölçüm aracı kullanması gerekir. Ağrı değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler; hastanın sayılar ya da kelimelerle bildirdiği ağrının şiddetini ve niteliğini objektif hale dönüştürerek, hasta ve sağlık bakım profesyonelleri arasında farklı yorumlamaları ortadan kaldırabilir. Bununla birlikte hangi ölçüm aracı kullanılırsa kullanılsın unutulmaması gereken nokta, cerrahi girişim öncesi ve sonrası süreçte aynı hastaya aynı ölçüm aracının kullanılması gerektiğidir (Dikmen 2013).

Ağrı uyarını psikolojik boyutu da etkileyerek ağrının algılanmasını değiştirebilmektedir. Akut ağrının giderilememesi; anksiyete artışı, uyuyamama, moral bozukluğu, çaresizlik hissi, kontrol kaybı, iletişim kurma ve düşünme süreçlerinde yetersizlik ve otonomi kaybının oluşmasına neden olabilmektedir (Cousins et al., 2004). Ameliyat sonrası etkili bir ağrı yönetiminin uygulanabilmesi ile erken iyileşme, mortalite ve morbidite azaltılabilmektedir. Ağrı, subjektif ve bireysel olup, şiddeti ve yoğunluğunda anksiyete gibi psikolojik belirleyicilerin önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir (Rosen et al., 2011; Vaajoki et al., 2012). Ağrıyı değerlendirmek için aşağıdaki ölçekler kullanılmaktadır.

1. Görsel Analog Skala (VAS)
2. Sözel Tarif Skalaları (VDS)
3. Sayısal Değerlendirme Skalaları (NRS)
4. Yüz İfadesi Skalası (Aslan,2006).

2.3.9. Anksiyete ve Postoperatif Ağrı İlişkisi

Anksiyete, beyin arterlerinde spazma yol açması ve beyinde bölgesel değişiklikler oluşturması nedeni ile ağrı şiddetini artırabilmektedir (Guyton, 2007). Anksiyete; ameliyat sonrası ağrı şiddetini etkilediği gibi, insizyon oluşumu sonrası sürekli akut nosiseptif ağrı impulsunun olması psikolojik fonksiyonu da etkileyerek ağrının algılama düzeyini değiştirebilmektedir. Akut ağrının giderilememesi; anksiyetenin artmasına, uyuyamama, stres, çaresizlik hissi, kontrol kaybı, iletişim kurma ve düşünme sürecinde yetersizlik ve otonomi kaybının oluşmasına neden olabilmektedir (Cousins et al., 2004). Ameliyat sonrası etkili ağrı yönetimi erken iyileşmeye, mortalite ve morbiditenin azalmasına neden olmaktadır. Ağrı, sübjektiftir, bireyseldir, şiddeti ve yoğunluğunda anksiyete gibi psikolojik belirleyiciler önemli bir rol oynamaktadır (Rosen et al., 2011; Vaajoki et al., 2012).

2.3.10. Ağrı Yönetimi

Optimal ağrı yönetiminin yararları iyi bilinmesine rağmen, cerrahi girişim sonrası ağrı yönetimi, sağlık bakımında evrensel, zorlayıcı bir sorun olmaya devam etmektedir (Glowacki, 2015; Joshi, Schug & Kehlet, 2014). Cerrahi girişim sonrası ağrı yönetiminin amacı, ameliyat sonrası iyileşmeyi optimize etmek, morbiditeyi ve iyileşmeyi süresini azaltmaktır (Joshi et al., 2014).

2.3.11. Ağrı Yönetiminde Hemşirenin Rolü

Cerrahi girişim sonrası etkin ağrı yönetimi; birey merkezli/bireye özgü bütüncül bir yaklaşım ve multidisipliner ekip anlayışı ile gerçekleştirilebilir. Postoperatif etkin ağrı yönetiminin temel amacı çeşitli komplikasyonlar (pulmoner, kardiovasküler, gastrointestinal, nöroendokrin, koagülasyon ve immün sistem yanıtları) ortaya çıkarmadan ve postoperatif ağrının kronikleşmesine neden olmadan kontrol altına alınmasıdır. Postoperatif ağrının etkin yönetimi için ekip ve multimodal yaklaşımların birlikte kullanılması gerekmektedir (Ettrich et al., 2007). Bilindiği gibi postoperatif ağrının giderilmesinde genellikle farmakolojik (analjezik) yöntemler kullanılmaktadır (Mackintosh, 2007). Analjezikler ameliyat sonrası ağrının yönetiminde vazgeçilmezdir. Ancak, analjezikler hastanın ağrısını her zaman yeterli düzeyde azaltamaz ve analjeziklerin istenmeyen bazı yan etkileri de bulunmaktadır. Bu nedenle hemşirelerin hastanın ameliyat sonrası yaşadığı ağrıyı hafifletmek için farmakolojik yöntemlerle birlikte farmakolojik olmayan yöntemleri de kullanmasının, farmakolojik yöntemlerin etkinliğini arttırdığı belirtilmektedir (Eid, 2008). Literatürde ağrı yönetiminde etkili olarak kullanılabilen dikkati başka yöne çekme, relaksasyon, terapotik dokunma, TENS (transkutanöz sinir uyarımı), bilgi verme, sözel destek, hipnoterapi akupunktur, müzik, masaj, aromaterapi gibi pekçok farmakolojik olmayan yöntemin var olduğu ancak, bu yöntemlerin hemşireler tarafından kullanılmadığı bildirilmektedir. Konu ile ilişkili bir çalışmada (Yılmaz & Gürler, 2011) hemşirelerin farmakolojik olmayan yöntemleri kullanmadıkları, ağrının rahatlatılmasında tamamının analjezik uyguladıkları belirlenmiştir.

Bilindiği üzere postoperatif ağrı yönetiminde hasta birey, hekim ve hemşire rol almaktadır. Hemşirelerin postoperatif dönemde görülebilecek komplikasyonları önlemek, hastaların uyum sağlamasını arttırmak amacı ile preoperatif dönemde hastanın anksiyetesini ve postoperatif dönemde ağrısını etkin yönetmesi gerekmektedir (Mei et al., 2017).

2.4. PREOPERATİF DÖNEM HAZIRLIK

2.4.1. Fizyolojik Hazırlık

Fizyolojik hazırlık dönemi, ameliyattan önceki geceye kadar olan dönemde yapılan hazırlıkları içermekte olup, hastanın sistemlerinin tamamının değerlendirilmesini, riskli durumların belirlenmesini, gerekli olan tedbirlerin alınmasını ve yönetimini

içermektedir. Fizyolojik hazırlık, ilk muayene ile başlamakta ve kliniğe kabul ile devam etmektedir.

Hasta ile görüşme yapılarak ve gözlem yöntemiyle kapsamlı olarak öz geçmiş alınmaktadır. Kapsamlı özgeçmiş; cerrahi endikasyon durumu, antiseptik, alerjiler, ilaç, anestezi, diğer ajanları tolere edememe, bilinen medikal sorunlar, cerrahi geçmiş, travma, antikoagülan ve insülin gibi özellikli ilaç kullanımı ve sigara/alkol/uyuşturucu kullanım durumu değerlendirmesini içermelidir (Card et al., 2014). Ayrıca hasta ile görüşmede postoperatif kötü iyileşme ile ilişkili olabilecek faktörlerin farkında olmalıdır. Mümkünse böyle bir sonuç oluşmaması için gerekli tedbirler alınmalı ve hastaya ve yakınlarına yanında destek ve tavsiye verilmelidir. Preoperatif değerlendirmenin amacı hastaya güvenli bakım sağlamak ve ameliyat sırasında ve ameliyat sonrası erken iyileşme sırasında komplikasyonları tahmin etmek ve önlemektir (Prabhakar et al., 2017).

2.4.2. Psikolojik Hazırlık

Ameliyat olma durumu hasta ve yakınlarında çeşitli duygusal reaksiyonlar oluşmaktadır. Son yıllardaki tıbbi gelişmeler, planlı ve gününbirlik cerrahiye artırarak hastanede yatış süresini azaltmış olmasına rağmen hastaların duygusal durumlarının gözardı edilmesine neden olmuştur (Baksi et al., 2014). Bu nedenle preoperatif dönemde hemşireler hastaların psikolojik durumunu ve baş etme mekanizmalarını değerlendirmesi, hasta ve yakınlarının gereksinimi olan öğretimi konularının belirlenerek öğretim yapması gerektiği belirtilmektedir (Bailey, 2010). Literatürde ameliyata psikolojik yönden iyi hazırlanan hastaların; anksiyetesinin azaldığı, ameliyat sırasında daha az anestezi maddeye, postoperatif dönemde daha az analjezik gereksinimi olduğu, yaşam bulgularının kısa sürede düzeldiği, stres tepkisinin etkilerinin daha kısa sürede iyileştiği, ameliyat travması ile daha iyi başedilebildiği, komplikasyonların daha az geliştiği, hastaların hızlı iyileştikleri ve hastanede kalış sürelerinin daha kısa olduğu belirtilmektedir (Baksi et al., 2014).

2.4.3. Preoperatif Öğretim ve Önemi

Preoperatif öğretim, hasta sonuçlarını pozitif yönde etkileyen, bakıma önemli katkılar sağlayan, hasta bakımının en önemli hemşirelik girişimlerinden birisidir (Selimen & Andsoy,2011; Fitzpatrick & Hyde, 2006). Preoperatif öğretimde yanlış anlamaları düzeltme ve hastanın bireysel bakımındaki rol ve sorumluluklarını kavramasına

yardımcı olması hedeflenmektedir. Bu bağlamda preoperatif öğretim, hastanın cerrahi girişiminin her bir aşamasında ne olacağını bilmesine, fiziksel ve ruhsal olarak kendini daha iyi hissetmesine ve ameliyat sonuçlarının olumlu olmasına önemli katkı sağlamaktadır.

Hemşirelik rehberlerinde hasta eğitimleri sırasında; anlatma, gösterme, kitapçık/broşür gibi çoklu eğitim tekniklerinin kullanılması önerilmektedir. Öğretimin hastanın gereksinimine göre planlanması ve erişkin eğitim ilkelerine göre verilmesi ve sürekliliğinin sağlanması önemlidir. Hastanın kliniğe yatışı yapıldıktan sonra başlayan preoperatif öğretimin içeriği bireye özgü olmalıdır. Bu nedenle preoperatif öğretim programı bireyin öğrenim ihtiyaçlarına göre belirlenerek düzenlenmelidir. Öğretim sırasında açık ve anlaşılır bir dil kullanılmalı, sözlü bilginin unutulacağı düşünülerek bilginin yazılı, uygulamalı girişimler ve video gibi görseller ile desteklenmesi gerekmektedir (Sagır ve ark., 2012; De Hert et al., 2011). Öğretime hasta ve yakınlarının, gerekirse aynı cerrahiye geçiren kişilerin de katılması sağlanabilir (Yavuz, 2017).

Preoperatif öğretimin zamanlaması da bireysel olmalıdır. Çünkü erken yapılan öğretim, öğretilen bilgilerin unutulmasına, ameliyattan hemen önce yapılan öğretim ise, hastanın anksiyetesi yüksek olduğu için anlatılanları anlamamasına neden olabilmektedir (Yavuz, 2017). Bu nedenle elektif cerrahi planlanan hastanın öğretimi için en uygun zamanın ameliyattan bir gün önce öğleden sonra olduğu belirtilmektedir. Preoperatif öğretimde derin solunum ve öksürük egzersizi, bacak egzersizleri, yatakta bir yandan diğer yana dönme egzersizlerin, postoperatif dönemde ağrının giderilme yöntemleri, mobilizasyon ve takılı olabilecek sonda, ameliyatın saati vb konuları ile ilişkili verilmesi gerekmektedir (Yavuz, 2017; Neil, 2014; Gürlek, 2013).

2.4.4. Preoperatif Dönem Gece Hazırlığı

1. Gastrointestinal Sistem Hazırlığı

Genel anestezi; hastalarda öğürme, öksürük ve yutma refleksi baskılandığı için oluşabilecek olan aspirasyon riskini engellemek ve midenin boş olmasını sağlamak amacıyla sıvı ve besin alımının kısıtlanması gerekmektedir. Genellikle ameliyat öncesi dönemde gece yarısından itibaren hastanın sıvı ve besin alımı kısıtlanmaktadır. Uzayan açlık süresi sebebiyle hipoglisemi, dehidratasyon, insülin ve glukagon direncinde artış, postoperatif süreçte bulantı-kusma ve hiperglisemi, immün sistemde

zayıflama ve kaslarda güçsüzlük görülebilmektedir. Kanıta dayalı rehberlerde; elektif olarak planlanan cerrahi girişimlerde erişkin hastaların su, su dışındaki diğer sıvılar, açık çay, sütsüz kahve alabilmesi için gereken açlık süresi anesteziden iki saat öncesine kadar, tost ve süt gibi hafif yiyecekleri alması için gerekli açlık süresi ise altı saat olarak önerilmektedir. Kızarmış yağlı gıdalar ve et için açlık süresinin sekiz saat veya daha uzun süre olması gerektiği ifade edilmektedir (Card, 2014). Preoperatif dönemde, hastanın bir gece önceden aç kalması yerine metabolizmanın karbonhidratlar ile hazırlanması insülin direncini en aza indirebilemektedir. Böylece hastaların azot kaybı azaltılmakta, kas kütlesi ve kas gücü artmakta, hastanede yatış süresi kısaltılmakta ve mortalite oranı azalmaktadır. Bu önerilere rağmen pek çok merkezde bu tür klinik uygulamaya geçilememiştir. Bunun uygulanmamasındaki nedenlerin tanımlanmasına ve bu önerilerin uygulamaya geçirilmesinde işbirliğine ve yeni stratejilere ihtiyaç duyulmaktadır. Hastalara cerrahi girişim öncesi açlık süresi hakkında da eğitim verilmelidir (Aygün, 2012).

2. Anestezi Hazırlığı

Ameliyat sırasında hastaya verilen anestezi maddeleri özellikle santral sinir sistemini, dolaşım ve solunum sistemini etkilemektedir. Ayrıca gastrointestinal sistemin hareketlerini azaltmakta, renal fonksiyonların azalmasına neden olmakta, metabolik aktiviteyi yavaşlatmakta ve nörolojik değişikliklere sebep olmaktadır. Bu problemleri en aza indirmek amacıyla anestezi hazırlıklarının yapılması gerekmektedir. Hemşireler hastaların kaslarının gevşemesini sağlamak, ağrıyı gidermek, hafıza kaybı oluşturmak ve hastanın bilinç durumunu etkileyerek yapay uyku geliştirmek amacıyla anestezi verileceğini hastanın anlayabileceği bir dil ile açıklamalıdır. Hastaya ameliyat öncesinde anestezi uzmanının, kendisi ile ilgili sorular (yaş, kilo, kullandığı ilaçlar, sigara kullanma durumu vb.) soracağı böylece durumunu değerlendirebileceği açıklanmalıdır (Neil, 2014). Anestezi uzmanı gerekli durumlarda ameliyat sabahı yapılması için hastaya premedikasyon önerebilmektedir. Premedikasyonun amacı; hastanın anksiyetesini ve istenmeyen refleks aktivetelerini azaltmak, metabolik aktiviteyi yavaşlatarak daha düşük oranda anestezi madde kullanılmasını sağlamaktır. Ayrıca hemşirelerin hastaya uygulanacak ilaçlar ve etkileri konusunda da bilgi vermesi gerekmektedir. Hemşireler hastaya uygulanacak anestezi tipini bilmeli, ameliyat sonrası dönemde anestezi tipine uygun izlem ve girişimleri yapmalıdır (Neil, 2014).

3. Antibiyotik Profilaksisi

Protez veya implant yerleştirilmesini kapsayan cerrahi girişimlerden önce antibiyotik profilaksisi yapılması önerilirken, protez dışı temiz cerrahi girişimlerde rutin olarak antibiyotik yapılması önerilmemektedir (NICE, 2017). Profilaktik amaçlı uygulanan antibiyotik cerrahi insizyondan bir saat önce yapılmalı, vankomisin/fluoroquinolones uygulanması gereken durumlarda ise, insizyondan en az iki saat önce yapılması gerekmektedir (Card et al., 2014). Antibiyotiğin, ameliyat sırasında serumda yüksek konsantrasyonda bulunması gerekmektedir. Ameliyat, uygulanan antibiyotiğin yarılanma ömründen daha fazla sürerse ikinci bir doz antibiyotik yapılması gerekmektedir (NICE, 2017).

4. İstirahat ve Uykunun Sağlanması

Preoperatif süreç fiziksel ve duygusal açıdan streslidir. Yapılacak cerrahi girişim hastanın ameliyat öncesi dönemde gece uyku ve dinlenmesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Hastanın dinlenebilmesini sağlamak için stresin azaltılması gerekmektedir. Bu sebeple hastalar yeterli bilgilendirilmeli, psikososyal bakım ve sessiz, sakin bir ortam ortam sağlanmalıdır. Özellikle hemşirelik bakım, izlem ve tedavi işlemlerini hastanın uyumasını, rahatlamasını sağlayacak şekilde planlanması gereklidir (Neil,2014; Smeltzer et al., 2010).

2.4.5. Ameliyat Günü Hazırlık

Hasta ameliyathaneye gitmeden önce güvenli cerrahi uygulaması olarak kimlik kontrolü yapılmalı ve kontrol bileklik ile başlamalıdır. Güvenli cerrahi formunda yer alan ameliyat öncesi dönemi kontrolü tamamlamalıdır. Hastanın hayati bulguları değerlendirilmeli ve kayıt edilmelidir. Hastanın durumuna özel lavman, intravenöz sıvı uygulaması gibi özel istemler varsa uygulamalıdır. Kadın hastalardaki ojerler tırnaklardaki siyanoz belirtilerini engellediğinden varsa silinmelidir. Hastanın takıları varsa çıkartarak, parası da varsa yakınına teslim etmesi gerektiği söylenmelidir. Hasta yakını yoksa hemşireler ameliyat olacak hastanın takı ve parasını listeleyip kaydederek tanık eşliğinde teslim almalıdır. Takma diş, protezleri ya da gözlüğünü teslim etmesini sağlamalıdır. Hastanın aç olup olmadığı kontrol edilmelidir. Hastanın mesanesini boşaltılması sağlanmalıdır. Yasal hazırlık kapsamında cerrahi ve anestezi ile ilişkili bilgilendirilmiş onamın alındığı kontrol edilmelidir. Doğru taraf/bölge cerrahisi ve güvenli cerrahi kontrol listesi ile preoperatif dönemde kontroller yapılmalıdır.

Hastanın tüm giysilerinin çıkarılarak ameliyat gömleği giymesi ve bone takması sağlanmalıdır. Ameliyat gömleğini giyen hastanın sedyeye alınmasına yardım edilmeli ve yapılan uygulamalar gözlem formuna kayıt edilmelidir. Hasta tüm malzemeleri ile birlikte ameliyathaneye teslim edilmelidir. Hasta yakınlarına bekleyebilecekleri yer konusunda bilgi verilmelidir (Neil, 2014; Yavuz, 2017).

2.4.6. Cilt hazırlığı

Cerrahi girişim deri bütünlüğünü bozarak, cerrahi alan enfeksiyon (CAE) görülme olasılığını artırdığı için cilt hazırlığı büyük önem taşımaktadır. Cilt hazırlığı ile deri yüzeyindeki mikroorganizmaların sayıları azaltılarak CAE gelişme oranı en aza indirgenmeye çalışılmaktadır (Yavuz, 2017; Neil, 2014.). Cilt hazırlığı duş ya da banyo yapılması, gerekiyorsa kılların temizlenmesi ve insizyon alanının antimikrobiyal bir ajanla temizlenmesini içermektedir. Ameliyattan önce hastanın banyo yapması cilt üzerindeki patojen ve saprofit mikroorganizmaların azalmasını sağlamakta, ekzojen ve endojen kontaminasyon riskini azaltmakta ve hastanın kendisini rahat hissetmesini sağlamaktadır (Yavuz, 2017; Smeltzer,2010). CAE görülme sıklığını azaltma çabaları perioperatif kılların kaldırılması uygulamasında bazı değişiklikler ile sonuçlanmıştır. Bu nedenle, kılların kaldırılmasının yöntemi, zamanlaması ve kılların fiziksel konumunun enfeksiyon oranlarına etkisine ilişkin kanıtlar, Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (Centers for Disease Control and Prevention-CDC) ve PeriOperatif Kayıtlı Hemşireler Birliği (Association of periOperati ve Registered Nurses-AORN) gibi profesyonel kuruluşlar tarafından ameliyat bölgesindeki kılların zorunlu olmadıkça, ameliyatı engellemiyor ise, temizlenmemesi gerektiği ve yine kılların temizlenmesinde traş bıçağının kullanılmaması, cerrahi traş makinasının kullanımı güçlü kanıt (AI) olarak önerilmektedir. Çünkü kıl temizliğinin yapılması, sırasında derinin yaralanmasına yol açarak enfeksiyon olasılığını arttırabilir. Hastanın kıl temizliğinin yapılması gerekiyor ise, ameliyat günü, yalnızca ameliyatı engelleyecek kılların temizlenmesi yönünde ve tek kullanımlık bıçağı olan cerrahi traş makinesi ile yapılmalı ve bu temizlik ameliyat odasının dışında olmalıdır. Ayrıca kıl temizliği ameliyat odasının dışında bekleme salonunda yapılmalıdır (Spencer et al., 2018). Bununla birlikte bu grupların tümü, cerrahi alandaki kılların mümkün olduğunca yerinde bırakılması gerektiği sonucuna rağmen, epilasyon uygulaması birçok prosedürde yapılmakta ve her zaman rehber önerilere uygun olarak yapılmaya devam edilmemektedir (Xi & Pearson, 2015).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, kontrol gruplu, deneysel tipte yapıldı.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

H₀: Ameliyat öncesi öğretimin, anksiyete üzerinde etkisi yoktur.

H₁: Ameliyat öncesi öğretimin fizyolojik parametreler üzerinde etkisi yoktur.

H₂: Ameliyat öncesi öğretimin anksiyete, üzerinde etkisi vardır.

H₃: Ameliyat öncesi öğretimin fizyolojik parametreler üzerinde etkisi vardır.

3.3. Araştırmanın Yeri

Araştırma Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin genel cerrahi kliniğinde yapıldı. Araştırmanın verileri 1 Ocak-30 Haziran 2018 tarihleri arasında toplandı. Genel cerrahi kliniği hastanenin dördüncü katında yer almakta olup 58 yatak kapasitelidir. Klinikte 11 hemşire ve 6 öğretim üyesi, 5 hekim asistan olmak üzere 10 hekim görev yapmaktadır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.4.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini 1 Ocak-30 Haziran 2017 tarihler arasında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi genel cerrahi kliniğine ameliyat olmak üzere yatışı yapılan 1447 hasta oluşturdu.

3.4.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemi 1 Ocak-30 Haziran 2018 tarihler arasında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi genel cerrahi kliniğine ameliyat olmak üzere yatışı yapılan hastalar oluşturdu. Güç analizi sonucunda bu çalışmaya, alfa=0.05 beta=0.10 ve (1-Beta) = 0.90 alındığında her iki gruba 100 bireyin alınmasına karar verildi ve testin gücü P=0.95 bulundu. Hastalar deney ve kontrol grubuna 1:1 rastgele örnekleme tekniği kullanılarak atanarak eşitlendi.

Çalışmada kontrol grubuna araştırmacılar tarafından herhangi bir girişimde bulunulmadı. Deney grubuna araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulmuş

ameliyat öncesi öğretim kitapçığı kullanılarak ameliyattan bir gün önce öğleden sonra hasta odasında yüz yüze görüşme yöntemi ile öğretim yapıldı.

Araştırmaya alınma kriterleri;

1. Elektif operasyon geçirecek,
2. 18-65 yaş arası bireyler,
3. Formlarda yer alan sorulara yanıt verebilmeleri için kognitif yetenekleri yeterli,
4. Stres tepkisine bağlı kan glukoz düzeyi değerlendirileceği için diyabeti olmayan hastalar.
5. Stres tepkisine bağlı kan basıncı değerlendirileceği için hipertansiyonu olmayan hastalar

3.5.Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen veriler SPSS 23.0 paket programında değerlendirildi. Verilerin normal dağılıp dağılmadığını belirlemek için Shapiro-Wilk normallik testi yapıldı. Bağımsız gruplarda iki ortalamanın arasındaki farkın önemlilik testi, eşler arasındaki farkın önemlilik testi. Varyans analizi, tukey testi, parametrik test varsayımları yerine getirilemediğinde Man-Whitney U testi, Wilcoxon testi, Kruskal Wallis testi, sayımla elde edilmiş verilerin değerlendirilmesinde khi kare testi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak alındı.

3.6. Değişkenler

3.6.1.Bağımlı değişkenler: Anksiyete, ağrı ve fizyolojik parametreler

3.6.2.Bağımsız değişkenler: Hastaların özellikleri

3.7.Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacılar tarafından toplandı. Deney ve kontrol grubuna araştırma ile ilişkili bilgi verildi ve araştırmaya katılmak için izinleri alındı. Araştırma bir deney bir kontrol grubuna hasta atanarak tamamlandı.

a. Kontrol Grubu

Araştırmacılar tarafından kontrol grubuna herhangi bir müdahalede bulunulmadı. Kontrol grubu kliniğin rutin işlemleri ile ameliyata hazırlandı ve izlendi.

Deney Grubu

Deney grubuna preoperatif dönemde araştırmacılar tarafından hazırlanmış preoperatif öğretim kitapçığı kullanılarak ameliyattan bir gün önce öğleden sonra öğretim yapıldı.

Çalışmada kontrol ve deney grubunun kliniğe yatışı yapıldığı sırada yaşam bulguları alındı ve kayıt edildi. Daha sonra anket formu ile anksiyete ölçeği uygulandı ve glukometre ile kan alınarak kan glukoz düzeyi belirlendi. Kontrol ve deney grubundaki hastalar ameliyata gitmeden önce anksiyete düzeyi, yaşam bulguları ve kan glukoz düzeyi belirlendi ve kayıt edildi. Postoperatif dönemde hasta ameliyattan kliniğe geldikten sonra stres tepkisinin etkisini belirlemek için üçüncü saatte yaşam bulguları, glukometre ile kan glukoz düzeyi ve NRS ile ağrı düzeyi belirlendi. Ameliyatın birinci günü aynı şekilde yaşam bulguları, anksiyete, kan glukoz düzeyi ve NRS ile ağrı düzeyi belirlenerek kayıt edildi.

3.7.1. Veri Toplama Araçları

Araştırmada Anket Formu, Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği, Sayısal Ağrı Ölçeği olmak üzere üç veri toplama aracı kullanıldı. Öğretim kitapçık ile verildi.

3.7.1.1. Anket Formu

Anket formu iki bölümden oluşturulmuş olup, birinci bölüm hastanın sosyo-demografik özelliklerini içeren 13 sorudan ibarettir. İkinci bölüm ise daha önceden hastanede kalış öyküsü, daha önceden ameliyat tecrübesi varlığı, yapılacak ameliyat hakkında bilgi sahibi olup olmadığına ilişkin soruların yer aldığı 13 olmak üzere toplam 26 sorudan oluşturuldu (Ek 1).

3.7.1.2. Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği (AÖKÖ)

Bu ölçek Karancı ve Dirik tarafından Türkçe olarak 2003 yılında geliştirilmiştir. Ölçek cerrahi hastalarında ameliyat esnasına ve sonrasına özgü anksiyetenin ölçülmesi amacıyla geliştirilmiştir. Maddeler ağırlıklı olarak ameliyat sırasındaki ağrı ve ölüm korkusu ve ameliyat sonrası komplikasyonlar ve kısıtlamalar ile ilişkili anksiyeteyi ölçmeye yöneliktir. Bu nedenle cerrahi hastalarında kullanılabilir. Toplam 10 maddeden oluşmaktadır. Beşli likert tipinde düzenlenmiştir. Formda ("Hiç katılmıyorum" 1 puan, "katılmıyorum" 2 puan, " kararsızım" 3 puan, katılıyorum 4 puan, "tamamen katılıyorum" ise 5 puan) olarak hesaplanmaktadır. Formdaki

8.sorunun puanlaması ters olarak yapılmaktadır. Ameliyata özgü kaygı puanı tüm maddelere verilen yanıtların toplanmasıyla elde edilir. Toplam puan 50'dir. Ölçek puanlarının değerlendirilmesinde kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçek puanının artması, anksiyete düzeyinin arttığını göstermektedir. Ölçeğin Cronbach'ın alfa değeri 0.79 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada Cronbach'ın alfa değeri 0.88 olarak belirlendi (Ek 2).

3.7.1.3. Sayısal Ağrı Ölçeği (NRS- Numerical Rating Scala)

Ölçek bir çizgi üzerine eşit aralıklarla yerleştirilmiş, giderek büyüyen sayılar içerir. Sayılar 0-10 ya da 0-100 arasında olabilir. NRS kullanımı basit, etkili, geçerlik ve güvenilirliği gösterilmiş, ağrı şiddeti ölçüm ölçeğidir (Ek 3).

3.7.1.4. Öğretim Kitapçığı

Kitapçıkta; ameliyat ekibi, anestezi ekibi, ameliyathanenin nasıl bir yer olduğu, ameliyattan önceki akşam aç kalmanın neden gerekli olduğu, ameliyata gitmeden önce takıları ve takma dişleri ve makyajı çıkarmak neden önemlidir, ameliyata gitmeden önce bağırsaklar neden boşaltılmalıdır, ameliyathaneye nasıl gideceklerine, ameliyat bittikten sonra nerede bekletilecekleri, ameliyat sonrası ne zaman yemek yiyecekleri ameliyattan sonra üzerinde ve etraflarında bulunma ihtimali olan cihaz araç ve gereçlerin neler olabileceği, ameliyat sonrası yapmaları gereken hareketler, egzersizler, ameliyat sonrası ayağa nasıl kalkabilecekleri ve ayağa kalkmanın önemi ve ameliyat sonrası ağrılarının nasıl kontrol edileceği konularında bilgilere yer verildi (Ek 6).

3.8. Etik Boyut

Araştırmanın uygulanmasına geçmeden önce Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Klinik Uygulamalar Etik Kurulu'ndan etik kurul kararı (2017-11/04) ve Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi yönetiminden 93596471-044-E.290642 sayılı izin alındı. Araştırma kapsamına alınacak tüm hastalar yapılacak uygulamalara yönelik bilgilendirildi ve yazılı bilgilendirilmiş onamları alındı. Çalışma süresince Helsinki Bildirgesi ilkelerine uyuldu.

4. BULGULAR

Tablo 1. Hastaların Özellikleri

Özellikler	Kontrol		Deney		X ² - p	
	n	%	n	%		
Yaş	18-40 yaş	36	36	37	37	0.02-0.083
	41-65 yaş	64	64	63	63	
Eğitim	Okuryazar	84	84	88	88	1.43-0.697
	Okuryazar değil	16	16	12	12	
Cinsiyet	Kadın	53	54	69	69	5.46-0.0065
	Erkek	47	46	31	31	
Tanı	Majör Cerrahi	34	34	83	83	49.18-0.001*
	Minör Cerrahi	66	66	17	17	
Gelir Durumu	Çok Düşük	2	2	8	8	7.89-0.052
	Düşük	17	17	14	14	
	Orta	77	77	78	78	
	Yüksek	4	4	0	0	
Sağlık Güvencesi	Var	98	98	94	94	2.08-0.149
	Yok	2	2	6	6	
Sigara Kullanımı	Evet	25	25	31	31	0.89-0.345
	Hayır	75	75	69	69	
Ameliyat Sonrası Destek	Evet	97	97	96	96	1.00-0.625
	Hayır	3	3	4	4	
Kronik Hastalık Durumu	Evet	36	36	29	29	1.11-0.291
	Hayır	64	64	71	71	
Ameliyat Deneyimi	Evet	68	68	69	69	0.02-0.879
	Hayır	32	32	31	31	
Hastane Deneyimi	Evet	83	80	80	80	1.16-0.558
	Hayır	17	17	20	20	
Ameliyat Bekleme Süresi	1saatten az	14	14	10	10	4.28-0.369
	1-2 saat	22	22	26	26	
	3-5 saat	32	32	40	46	
	5 saat ve üzeri	32	32	24	24	
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Yalnız	3	3	2	2	2.70-0.609
	Eş ile birlikte	18	18	16	16	
	Eş ve çocuklar	60	60	64	64	
	Bakıcı	0	0	2	2	
	Diğer	19	19	16	16	
Çocuk	Var	85	85	86	86	1.14-0.563
	Yok	15	15	14	14	
Yaşadığı Yer	Kentsel	79	79	72	72	1.32-0.250
	Kırsal	21	21	28	28	

Tablo 1’de görüldüğü gibi kontrol ve deney grubundaki hastaların özellikleri benzerdir.

Tablo 2. Hasta Gruplarının Anksiyete Düzeyinin Karşılaştırılması

Anksiyete Ölçüm Zamanları	ANKSİYETE		TEST	
	Kontrol Grubu X± Ss	Deney Grubu X± Ss	t-test	p
Yatış	26.09±7.62	25.80±7.23	0.27	0.782
Preop sabah	29.37±8.52	27.31±8.28	1.74	0.082
Postop 3. saat	26.27±8.10	21.63±6.19	4.4	0.001*
Postop 1. gün	24.23±6.38	19.30±6.95	5.21	0.001*
F	16.66*	53.49*		
p	0.001	0.001		

* $p<0.05$

Tablo 2’de görüldüğü gibi hasta gruplarının kendi içindeki karşılaştırılmasında hastaların anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Kontrol grubunda ölçümler ikişerli karşılaştırıldığında yatış-preop, preop-postop üçüncü saat, preop-postop üçüncü saat, postop birinci gün, postop üçüncü saat- postop birinci gün arasındaki fark anlamlı ($p<0.05$), yatış-postop üçüncü saat, yatış-postop birinci gün arasında farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Deney grubunda ölçümler ikişerli karşılaştırıldığında yatış-preop, yatış-postop üçünü saat, yatış-postop birinci gün arasındaki fark, postop üçüncü saat –postop birinci gün arasındaki fark önemli bulundu ($p<0.05$).

Kontrol ve deney grubunun yatış ve preop sabah anksiyete ortalama puanları arasında farkın anlamlı olmadığı ($p>0.05$), postop üçüncü saat ve birinci gün arasında ortalama puanları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptandı ($p<0.05$).

Tablo 3. Hasta Gruplarının Vücut Sıcaklığı Değerlerinin Karşılaştırılması

Vücut Sıcaklığı Ölçüm Zamanları	VÜCUT SICAKLIĞI			
	Kontrol Grubu	Deney Grubu	TEST	
	X± Ss	X± Ss	t-test	p
Yatış	36.34±0.32	36.38±0.37	0.95	0.39
Preop sabah	36.28±0.32	36.35±0.34	1.50	0.135
Postop 3. saat	36.28±0.38	36.37±0.37	1.73	0.085
Postop 1. gün	36.54±0.48	36.54±0.41	0.03	0.975
F	12.49*	6.64*		
p	0.001	0.001		

* $p<0.05$

Tablo 3’de görüldüğü gibi hasta gruplarının preoperatif ve postoperatif dönemlerde ölçülen vücut sıcaklığı puan ortalamaları arasında farkın anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$). Kontrol grubunda ölçümler ikişerli karşılaştırıldığında yatış-postop birinci gün, preop, postop birinci gün, postop üçüncü saat-postop birinci gün arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlendi($p<0.05$).

Deney grubunda ölçümler ikişerli karşılaştırıldığında yatış-postop birinci gün, preop-postop birinci gün, post op üçüncü saat-postop birinci gün arasındaki farkın önemli olduğu ($p<0.05$) ancak, diğer ölçümler arasında farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Gruplar arası karşılaştırmada ortalamalar arasında farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Tablo 4. Hasta Gruplarının Solunum Değerlerinin Karşılaştırılması

Solunum Ölçüm Zamanları	SOLUNUM		TEST	
	Kontrol Grubu X± Ss	Deney Grubu X± Ss	t-test	p
Yatış	21.42±1.65	20.49±1.74	3.83	0.001*
Preop sabah	21.59±1.82	21.22±1.81	1.36	0.174
Postop 3. saat	21.66±2.15	21.00±1.88	2.31	0.022*
Postop 1. gün	21.53±2.04	20.81±1.79	2.65	0.009*
F	0.36	3.61		
p	0.819	0.061		

Tablo 4 incelendiğinde hasta gruplarının değişik zamanlarda ölçülen solunum ölçümleri puan ortalamaları arasındaki farkın önemsiz olduğu belirlendi ($p>0.05$).

Kontrol ve deney grubunun solunum ortalama puanları arasındaki farkın preop sabah dışında anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Tablo 5. Hasta Gruplarının Nabız Değerlerinin Karşılaştırılması

Nabız Ölçüm Zamanları	NABIZ		TEST	
	Kontrol Grubu	Deney Grubu	t-test	p
	X± Ss	X± Ss		
Yatış	79.80±7.14	78.78±8.93	0.89	0.373
Preop sabah	82.44±9.17	80.79±12.06	1.09	0.277
Postop 3. saat	81.70±9.64	80.07±10.35	1.15	0.250
Postop 1. gün	81.14±9.89	81.49±9.62	0.25	0.800
F	1.77	2.03		
p	0.152	0.110		

Tablo 5’de hastaların nabız değerlerinin karşılaştırılması verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi hasta gruplarının değişik zamanlarda ölçülen nabız ölçüm puan ortalamaları arasında farkın önemsiz olduğu bulundu ($p>0.05$).

Kontrol ve deney grubu arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede nabız ortalama puanları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi($p>0.05$).

Tablo 6. Hasta Gruplarının Sistolik ve Diyastolik Kan Basıncı Değerlerinin Karşılaştırılması

Kan Basıncı Ölçüm Zamanları	Sistolik KB*				Diyastolik KB			
	Kontrol Grubu	Deney Grubu	TEST		Kontrol Grubu	Deney Grubu	TEST	
	X± Ss	X± Ss	t-test	p	X± Ss	X± Ss	t-test	p
Yatış	115.25±12.66	116.77±13.45	0.82	0.411	69.90±8.47	71.61±7.23	1.53	0.126
Preop sabah	119.87±15.14	115.66±11.53	2.21	0.028*	72.64±10.78	70.22±7.62	1.83	0.069
Postop 3. saat	118.63±13.65	114.89±11.85	2.06	0.040*	70.80±8.78	69.31±8.94	1.18	0.236
Postop 1. gün	114.45±13.08	113.69±11.14	0.044	0.659	70.15±9.06	70.12±7.50	0.02	0.980
F	5.82	1.64			2.54	1.74		
p	0.001**	0.179			0.057	0.157		

*KB: kan basıncı ** p<0.05

Tablo 6’da görüldüğü gibi kontrol grubunda değişik zamanlarda ölçülen sistolik kan basıncı puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulundu (p< 0.05). Ölçümler ikişerli karşılaştırıldığında yatış- preop, preop-postop birinci gün, postop üçüncü saat ve birinci gün arasındaki fark anlamlı (p<0.05) bulundu. Kontrol grubunun diyastolik kan basıncı ortalama puanları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi (p>0.05).

Deney grubunda sistolik ve diyastolik kan basıncı değerleri arasındaki fark önemsiz bulundu (p>0.05).

Kontrol ve deney grubu preop ve postop üçüncü saat sistolik kan basıncı ortalama puanları arasındaki farkın anlamlı(p<0.05), diğer ölçümlerin anlamlı olmadığı saptandı (p>0.05). Grupların diyastolik kan basıncı ortalama puanları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi (p>0.05).

Tablo 7. Hasta Gruplarının Kan Glukoz Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Kan Glukoz Düzeyi Ölçüm Zamanları	KAN GLUKOZ			
	Kontrol Grubu	Deney Grubu	TEST	
	X± Ss	X± Ss	t-test	p
Yatış	97.71±26.40	118.40±95.40	2.09	0.038*
Preop sabah	125.70±46.62	105.06±29.91	3.72	0.001*
Postop 3. saat	123.06±42.35	107.81±28.03	3.00	0.003*
Postop 1. gün	111.37±31.70	102.98±28.05	1.99	0.048*
F	17.62	1.78		
p	0.001*	0.151		

* $P < 0.05$

Tablo 7 incelendiğinde deney grubunda kan glukoz düzeyi puan ortalamasının yatışta 118.40, preop sabah 105.060 olduğu belirlendi. Ancak kan glukoz puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulundu ($p > 0.05$). Kontrol grubunda yatıştaki kan glukoz düzeyi puanı 97.71, preop sabah 125.70 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Ölçümler ikişerli karşılaştırıldığında yatış-preop, yatış-postop üçüncü saat, yatış-post op birinci gün, preop-postop birinci gün, postop üçüncü saat-postop birinci gün arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulundu ($p < 0.05$).

Kontrol ve deney grubunun kan glukoz düzeyi ortalama puanları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.05$).

Tablo 8. Hasta Gruplarının Ameliyat Sonrası Ağrı Şiddetinin Karşılaştırılması

Ağrı Ölçüm Zamanları	AĞRI		TEST	
	Kontrol Grubu	Deney Grubu	t-test	p
Postop 3. saat	X± Ss 4.11±1.95	X± Ss 3.51±1.89	-2.208	0.028*
Postop 1. gün	2.55±2.24	1.76±1.75	-2.774	0.006*
	t-test 5.96	6.06		
	p 0.001*	0.001*		

* $P < 0.05$

Tablo 8 incelendiğinde her iki grubunda ameliyat sonrası üçüncü saat ağrı şiddetinin daha yüksek olduğu ve birinci gün ağrı şiddetinin azaldığı, kontrol grubunun ağrı şiddetinin deney grubuna göre daha yüksek olduğu, grupların kendi içinde ve gruplar arasında ameliyat sonrası üçüncü saat ile birinci gün ağrı şiddeti ortalama puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulundu ($p < 0.05$).

Tablo 9. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Anksiyete ve Fizyolojik Parametreler Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Anksiyete ve Fizyolojik Parametreler	KONTROL GRUBU				DENEY GRUBU				
	Okuryazar (n:16)	Okuryazar değil (n:84)	TEST		Okuryazar (n:88)	Okuryazar değil (n:12)	TEST		
	X±Ss	X±Ss	t-test	p	X±Ss	X±Ss	t-test	p	
Yatış	Anksiyete	21.19±7.22	27.02±7.34	2.92	0.002*	24.67±9.80	26.23±6.77	1.61	0.110
	Kan glukoz	89.62±16.32	99.25±27.72	1.34	0.183	107.42±29.44	119.90±101.13	0.42	0.673
	SKB	114.37±13.15	115.42±12.63	0.30	0.765	113.33±6.51	117.24±14.09	0.94	0.348
	DKB	68.75±9.57	70.12 ±8.29	0.59	0.556	70.00 ±7.38	71.83±7.22	0.82	0.414
	Nabız	81.12 ±7.30	79.55 ±7.12	0.80	0.402	82.67±6.41	78.25±9.11	1.62	0.108
	Solunum	21.50±2.00	21.40±1.60	0.23	0.818	20.38±1.84	20.77 ±1.50	1.02	0.310
	Vücut sıcaklığı	36.43±0.33	36.31±0.32	1.33	0.186	36.31±0.34	36.39± 0.37	0.71	0.445
Preop	Anksiyete	24.75±9.07	30.26±8.11	2.44	0.016*	24.75±9.90	27.66±8.03	1.14	0.245
	Kan glukoz	105.00±36.78	129.64±47.43	1.96	0.052	106.50±32.68	104.86±29.71	0.17	0.860
	SKB	117.50±13.90	120.32±15.40	0.67	0.497	108.75±9.08	116.60±11.55	2.25	0.026*
	DKB	73.75 ±10.88	72.43±10.82	0.44	0.656	66.25±5.69	70.76±7.72	2.25	0.025*
	Nabız	85.81±11.64	81.80±8.55	1.61	0.109	87.67 ±10.91	79.84±11.96	2.14	0.035*
	Solunum	20.94±1.91	21.69±1.78	1.53	0.273	21.38±1.95	20.90±1.45	1.20	0.232
	Vücut sıcaklığı	36.25±0.44	36.28±0.33	0.38	0.703	36.41±0.46	36.34±0.32	0.65	0.517
Postop 3. saat	Anksiyete	24.19±8.42	26.59±8.01	1.09	0.227	19.41±5.14	21.93±6.28	1.32	0.168
	Kan glukoz	111.12±29.26	125.33±44.18	1.23	0.220	110.58±39.37	107.43±26.40	0.16	0.717
	SKB	117.50±10.64	118.84±14.20	0.36	0.720	110.83±9.00	115.44±12.12	1.58	0.131
	DKB	71.87 ±7.50	70.59 ±9.03	0.53	0.596	67.50±7.54	7.54±9.12	0.74	0.454
	Nabız	85.06±8.16	81.06±9.81	1.53	0.129	80.00±5.17	80.08 ±10.88	0.03	0.980
	Solunum	21.31±1.58	21.73±2.23	0.129	0.728	21.03±1.97	20.97±1.71	0.15	0.881
	Vücut sıcaklığı	36.30±0.44	36.27±0.36	0.27	0.781	36.36±0.35	36.37±0.37	0.08	0.917
Ağrı	5.31 ±1.62	3.88 ± 1.93	2.78	0.006*	3.67 ±1.56	3.49 ±1.94	0.30	0.762	
Postop 1. gün	Anksiyete	21.06±6.18	24.84±6.27	2.16	0.026*	18.83±8.96	19.36±6.69	0.24	0.806
	Kan glukoz	99.00±19.39	113.73±33.10	1.72	0.089	101.83±22.35	103.14±28.84	0.15	0.881
	SKB	116.87±10.78	113.99±13.48	0.80	0.421	108.75±8.56	114.36±11.32	2.04	0.052
	DKB	72.50 ±6.83	69.70±9.39	1.13	0.361	69.17±6.68	70.25 ±7.63	0.46	0.641
	Nabız	83.94 ±9.15	80.61±9.98	0.123	0.202	79.91 ±5.76	80.61 ±9.98	0.123	0.202
	Solunum	21.12±2,03	21.60±2.03	0.08	0.929	20.91±1.82	20.60±1.75	0.79	0.429
	Vücut sıcaklığı	36.52±0.51	36.54±0.47	0.9	0.928	36.52±0.40	36.54±0.42	0.08	0.816
Ağrı	2.12 ±2.02	2.63 ±2.28	0.82	0.411	1.75 ±1.71	1.76 ± 1.77	0.02	0.983	

Tablo 9’da hastaların eğitim düzeylerine göre anksiyete, fizyolojik parametreleri verilmiştir. Tablo incelendiğinde kontrol grubunda eğitim düzeyine göre yatış, preop ve postop birinci gün anksiyete puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli ($p<0.05$), postop üçüncü saat puan ortalamaları arasında farkın önemsiz olduğu belirlendi ($p>0.05$). Deney grubunda eğitim düzeyine göre yatış, preop, postop üçüncü saat ve postop birinci gün anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulundu ($p>0.05$). Deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların eğitim düzeylerine göre preop SKB, DKB ve nabız puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Kontrol grubunda eğitim durumuna göre postop üçüncü saat ağrı puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu belirlendi($p<0.05$).

Eğitim düzeyine göre grupların yatış, preop, postop üçüncü saat ve postop birinci gün vücut sıcaklığı, solunum, sistolik kan basıncı, diastolik kan basıncı, nabız, kan glukoz düzeyi puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulundu ($p>0.05$).

Tablo 10. Hastaların Ameliyat Büyüklüğüne Göre Anksiyete ve Fizyolojik Parametreler Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Anksiyete ve Fizyolojik Parametreler	KONTROL GRUBU				DENEY GRUBU				
	Majör Cerrahi (n:36)	Minör Cerrahi (n:64)	TEST		Majör Cerrahi (n:29)	Minör Cerrahi (n:71)	TEST		
	X±Ss	X±Ss	t-test	p	X±Ss	X±Ss	t-test	p	
Yatış	Anksiyete	27.80±9.02	25.12±6.54	156	0.123	27.07±5.56	25.15±7.71	1.19	0.235
	Kan glukoz	108.55±33.68	91.61±18.97	3.22	0.001*	117.82±26.98	118.50±112.20	0.03	0.975
	SKB	116.11±12.71	114.76±12.70	0.050	0.612	116.96±11.49	116.08±13.32	0.37	0.759
	DKB	69.72±8.10	70.00 ±8.73	0.15	0.876	70.75 ±7.11	71.69±7.02	0.59	0.551
	Nabız	80.78 ±6.29	79.25 ±7.56	1.02	0.306	79.68±9.04	78.32±8.94	0.67	0.500
	Solunum	21.05±1.62	21.61±1.64	1.62	0.108	20.46±1.67	20.48 ±1.78	0.37	0.970
	Vücut sıcaklığı	36.36±0.34	36.32±0.32	0.58	0.567	36.32±0.35	36.40± 0.38	0.90	0.367
Preop	Anksiyete	31.05±9.24	28.44±7.93	142	0.139	28.36±7.37	26.77±8.61	0.85	0.394
	Kan glukoz	136.61±49.35	119.56±44.22	1.77	0.079	108.00±24.96	103.66±31.86	0.64	0.520
	SKB	118.61±13.55	120.58±16.02	0.62	0.516	119.36±12.40	114.00±10.84	2.12	0.036*
	DKB	70.00 ±11.71	74.12±10.01	1.85	0.088	70.46±7.43	69.98±7.71	0.28	0.779
	Nabız	83.33 ±8.84	81.94±9.38	0.72	0.468	83.03±10.40	79.38±11.84	1.43	0.156
	Solunum	21.25±1.91	21.75±1.74	1.32	0.188	21.71±2.01	21.01±1.71	1.74	0.085
	Vücut sıcaklığı	36.26±0.30	36.29±0.33	0.39	0.693	36.32±0.30	36.35±0.35	0.30	0.762
Postop 3. saat	Anksiyete	27.97±8.42	25.22±7.78	164	0.12	23.07±5.28	20.93±6.41	1.55	0.123
	Kan glukoz	130.25±50.08	119.01±37.13	1.27	0.244	112.93±32.19	104.80±24.94	1.34	0.183
	SKB	118.28±15.41	118.83±12.68	0.19	0.849	118.86±15.25	113.53±9.87	2.04	0.043
	DKB	70.69 ±9.79	70.86 ±8.24	0.09	0.629	71.00±8.72	68.77±8.99	1.11	0.266
	Nabız	84.47±10.60	79.26±9.01	2.6	0.011	84.28±10.48	80.13 ±8.86	1.99	0.052
	Solunum	22.08±2.72	21.42±1.72	1.49	0.139	21.07±1.98	21.01±1.83	0.13	0.895
	Vücut sıcaklığı	36.26±0.45	36.28±0.33	0.29	0.767	36.42±0.44	36.35±0.34	0.85	0.394
Ağrı	4.20 ±1.92	4.06 ±1.97	1.36	0.726	4.12 ±1.99	3.37± 1.86	1.45	0.148	
Postop 1. gün	Anksiyete	25.14±5.93	23.71±6.62	16	0.288	20.64±6.60	18.62±6.97	1.31	0.19
	Kan glukoz	116.61±34.07	108.42±30.16	1.24	0.217	107.00±32.30	101.10±26.34	0.94	0.881
	SKB	117.92±14.80	112.50±11.68	2.01	0.046*	118.78±11.46	111.73±10.50	2.93	0.004*
	DKB	71.11 ±9.19	69.61±9.01	0.79	0.432	72.53±6.97	69.17 ±7.58	2.03	0.045
	Nabız	85.08 ±10.47	79.80±8.66	2.71	0.012*	81.93 ±13.10	78.86±8.11	1.40	0.199
	Solunum	21.94±1.69	21.30±2.18	1.54	0.127	21.18±1.98	20.66±1.71	1.29	0.200
	Vücut sıcaklığı	36.58±0.47	36.51±0.48	0.67	0.5023	36.61±0.46	36.51±0.59	1.11	0.268
Ağrı	3.08 ±2.51	2.27 ±2.06	1.73	0.085	2.25 ±1.95	1.66 ±1.72	0.22	0.224	

Tablo 10 incelendiğinde kontrol ve deney grubundaki bireylerin tanısına göre yatış, preop, postop üçüncü saat ve postop birinci gün anksiyete, vücut sıcaklığı, solunum ve nabız ve ağrı şiddeti puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulundu ($p>0.05$).

Kontrol grubunda postop birinci gün nabız puan ortalamaları arasındaki fark önemli ($p>0.05$), SKB tüm ölçümlerde önemsiz ($p>0.05$), postop birinci gün anlamlı ($p>0.05$) DKB postop birinci gün önemli ($p>0.05$), diğer tüm ölçümlerde önemli olmadığı ($p>0.05$), kan glukoz düzeyi puanları yatışta önemli ($p<0.05$) diğer ölçüm puan ortalamaları arasındaki farkın önemsiz olduğu bulundu ($p>0.05$).

Deney grubundaki hastaların SKB puan ortalaması yatış ve postop üçüncü saat önemsiz ($p>0.05$), preop ve postop birinci gün önemli ($p<0.05$), DKB puanları arasındaki fark tüm ölçümlerde önemsiz ($p>0.05$), kan glukoz düzeyi puan ortalamaları arasındaki farkın tüm ölçümlerde önemsiz olduğu belirlendi ($p>0.05$).

Tablo 11. Hastaların Cinsiyetine Göre Anksiyete ve Fizyolojik Parametrelerin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Anksiyete ve Fizyolojik Parametreler	KONTROL GRUBU				DENEY GRUBU				
	Kadın(n:53)	Erkek(n:47)	TEST		Kadın(n:69)	Erkek(n:31)	TEST		
	X±Ss	X±Ss	t-test	p	X±Ss	X±Ss	t-test	p	
Yatış	Anksiyete	27.09±7.37	25.00±7.84	1.36	0.174	27.07±7.34	22.73±6.17	2.82	0.006
	Kan glukoz	107.41±29.45	96.02±26.23	0.69	0.487	110.22±29.71	138.27±168.52	1.34	0.182
	SKB	114.06±12.29	116.74±13.17	1.03	0.300	117.81±14.30	114.27±11.32	1.20	0.232
	DKB	67.92 ±8.17	72.39 ±8.21	2.70	0.008*	71.72 ±7.33	71.40 ±7.23	0.20	0.839
	Nabız	78.47 ±7.50	81.19 ±6.49	1.91	0.059	78.59 ±8.67	79.67 ±9.40	0.55	0.583
	Solunum	21.09±1.48	21.72±1.76	1.91	0.059	20.38±1.84	20.77 ±1.50	1.02	0.310
	Vücut sıcaklığı	36.35±0.33	36.31±0.32	0.75	0.452	36.43±0.40	36.26±0.24	2.13	0.035
Preop	Anksiyete	30.17±8.25	28.15±8.50	1.20	0.234	28.33±7.89	24.80±8.84	1.97	0.051
	Kan glukoz	122.81±45.48	128.89±48.67	0.64	0.522	103.93±29.84	108.67±30.29	0.72	0.472
	SKB	117.77±16.11	122.50±13.77	1.55	0.123	116.71±10.54	113.10±13.54	1.43	0.155
	DKB	70.45 ±10.18	75.22 ±11.10	2.22	0.028	70.81 ±7.62	69.20 ±7.53	0.97	0.334
	Nabız	81.15 ±8.13	84.02±10.18	1.15	0.122	81.69 ±12.53	79.13 ±10.87	0.97	0.334
	Solunum	21.38±1.93	21.78±1.68	1.10	0.273	21.38±1.95	20.90±1.45	1.20	0.232
	Vücut sıcaklığı	36.31±0.31	36.26±0.32	1.12	0.262	36.36±0.36	36.32±0.29	0.49	0.620
Postop 3. saat	Anksiyete	27.19±8.30	24.74±7.43	1.53	0.128	22.81±6.21	18.97±5.43	2.93	0.004
	Kan glukoz	116.87±30.84	129.72±52.40	1.51	0.134	110.51±29.90	102.53±22.67	1.30	0.195
	SKB	116.70±13.88	120.39±13.03	1.35	0.178	115.71±13.12	113.00±8.37	1.04	0.300
	DKB	69.07 ±8.78	72.80 ±8.54	2.13	0.035	69.43 ±10.13	69.00 ±5.63	0.22	0.826
	Nabız	78.85 ±9.53	84.98±8.89	3.29	0.001*	80.75 ±10.85	78.77 ±9.17	0.87	0.384
	Solunum	21.57±2.28	21.71±1.98	0.34	0.728	21.03±1.97	20.97±1.71	0.15	0.881
	Vücut sıcaklığı	36.24±0.38	36.30±0.36	0.80	0.422	36.38±0.40	36.33±0.29	0.56	0.570
Ağrı	4.27 ±1.82	3.91 ±2.09	0.93	0.353	3.58±1.87	3.35±1.97	0.54	0.585	
Postop 1. gün	Anksiyete	25.61±5.63	22.56±6.87	1.61	0.018	20.10±7.47	17.67±5.32	2.41	0.110
	Kan glukoz	110.68±32.31	111.98±31.65	0.20	0.841	103.04±30.08	103.40±23.53	0.05	0.954
	SKB	113.77±13.62	115.54±12.48	0.67	0.504	113.54±11.76	114.17±9.92	0.25	0.798
	DKB	69.72 ±8.79	70.87 ±9.39	0.63	0.530	70.68 ±7.63	68.83 ±7.27	1.12	0.264
	Nabız	79.90 ±8.40	82.63±11.37	1.36	0.175	82.61 ±10.10	78.97 ±8.20	1,74	0.085
	Solunum	21.53±2.30	21.56±1.71	0.08	0.929	20.91±1.82	20.60±1.75	0.79	0.429
	Vücut sıcaklığı	36.58±0.51	36.48±0.42	1.01	0.313	36.57±0.44	36.44±0.33	1.44	0.152
Ağrı	2.83±2.27	2.22±2.19	1.37	0.173	1.74±1.67	1.81±1.96	0.17	0.864	

Tablo 11’de görüldüğü gibi her iki grupta da erkeklerin anksiyete puan ortalamalarının kadınlara göre daha düşük olduğu ve tüm ölçüm zamanlarında solunum, SKB, DKB ve kan glukoz düzeyi ve ağrı puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Kontrol grubunda postop birinci gün anksiyete ortalama puanları arasındaki fark anlamlı ($p<0.05$), diğer zamanlarda anlamlı olmadığı ($p>0.05$) ve postop üçüncü saatte nabız puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Deney grubunda yatış ve postop birinci gün anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz ($p>0.05$) diğer tüm ölçüm zamanlarında önemli olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Tablo 12. Hastaların Yaş Gruplarına Göre Anksiyete ve Fizyolojik Parametrelerin Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Anksiyete ve Fizyolojik Parametreler	KONTROL GRUBU				DENEY GRUBU				
	18-40(n:36)	41-65 (n:64)	TEST		18-40 (n:37)	41-65 (n:63)	TEST		
	X±Ss	X±Ss	t-test	p	X±Ss	X±Ss	t-test	p	
Yatış	Anksiyete	23.86±7.15	27.34±7.60	2.24	0.027*	25.62±7.35	25.90±7.22	0.18	0.851
	Kan glukoz	90.00±19.35	102.05±28.88	3.39	0.001*	123.22±152.76	115.57±30.99	0.38	0.701
	SKB	111.67±12.30	117.26±12.50	2.16	0.035*	113.43±8.84	118.73±15.26	1.92	0.057
	DKB	67.50±8.74	71.25 ±8.07	2.16	0.035*	71.19 ±6.56	71.86±7.64	0.44	0.658
	Nabız	79.89 ±6.33	79.75 ±7.59	0.09	0.926	79.35±8.98	78.44±8.94	0.48	0.626
	Solunum	21.28±1.73	21.48±1.61	0.59	0.551	20.43±1.46	20.52 ±1.89	0.25	0.801
	Vücut sıcaklığı	36.38±0.35	36.30±0.31	1.17	0.245	36.41±0.40	36.36±0.34	0.63	0.524
Preop	Anksiyete	27.33±8.31	30.53±8.41	1.83	0.070	27.73±9.27	27.06±7.71	0.38	0.700
	Kan glukoz	110.89±41.62	134.03±47.50	2.47	0.014*	94.51±18.69	111.25±33.47	2.29	0.002*
	SKB	69.17±9.96	74.59±10.80	2.45	0.015*	68.89±7.24	71.00±7.79	1.34	0.183
	DKB	69.17 ±9.96	74.59±10.80	2.47	0.014*	68.89±7.24	71.00±7.79	1.34	0.183
	Nabız	84.64±9.66	81.20±8.71	1.81	0.072	82.02 ±12.22	80.05±12.00	0.78	0.424
	Solunum	21.11±1.98	21.83±1.68	1.92	0.058	21.27±1.89	21.19±1.78	0.21	0.833
	Vücut sıcaklığı	36.27±0.34	36.28±0.30	0.26	0.791	36.40±0.36	36.31±0.30	1.29	0.199
Postop 3. saat	Anksiyete	23.89±7.76	27.51±8.03	2.21	0.031*	19.84±6.13	22.68±6.03	0.008	0.026*
	Kan glukoz	105.97±33.90	132.67±43.80	3.16	0.001*	97.92±21.05	113.62±30.08	3.05	0.001*
	SKB	116.11±11.02	120.05±14.82	1.39	0.168	113.94±9.33	115.44±13.14	0.60	0.544
	DKB	70.55 ±9.84	70.94 ±8.21	0.20	0.836	69.24±8.91	69.35±9.01	0.05	0.955
	Nabız	85.58±8.70	79.51±9.52	3.25	0.001*	80.67±8.43	79.71 ±11.37	0.46	0.626
	Solunum	21.39±1.80	21.81±2.31	0.92	0.345	20.72±1.76	21.16±1.94	1.13	0.273
	Vücut sıcaklığı	36.32±0.44	36.25±0.33	0.92	0.356	36.47±0.36	36.30±0.36	2.24	0.024*
	Ağrı	4.11 ±1.90	4.11 ±1.99	0.01	0.997	3.40 ±2.00	3.57 ±1.84	0.42	0.674
Postop 1. gün	Anksiyete	22.00±6.59	25.51±5.94	2.71	0.008*	18.30±7.09	19.89±6.85	1.10	0.271
	Kan glukoz	99.17±23.44	118.23±33.78	3.00	0.001*	94.24±23.09	108.11±29.57	2.44	0.016*
	SKB	112.22±10.98	115.70±14.05	1.28	0.203	112.43±9.73	114.43±11.90	0.86	0.390
	DKB	69.03 ±8.26	70.78±9.48	0.96	0.355	70.51±6.78	69.89 ±7.93	0.40	0.690
	Nabız	82.44 ±9.31	80.41±10.19	0.98	0.325	78.89 ±6.49	83.01 ±10.81	2.01	0.052
	Solunum	21.25±2.18	21.69±1.94	1.03	0.304	20.62±1.55	20.92±1.92	0.80	0.423
	Vücut sıcaklığı	36.45±0.48	36.58±0.47	1.25	0.217	36.51±0.36	36.55±0.44	0.43	0.666
	Ağrı	2.61 ±2.33	2.51 ±2.21	0.20	0.839	1.70 ±1.79	1.79 ±1.74	0.24	0.834

Tablo 12 incelendiğinde yaş gruplarına göre kontrol grubunda yer alan hastaların preop yatışta, postop üçüncü saat ve birinci gün anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı ($p<0.05$), preop sabah önemsiz ($p>0.05$), kan glukoz düzeyi tüm ölçümlerde, yatış ve preop SKB ve DKB ve postop üçüncü saat nabız önemli olarak belirlendi ($p<0.05$),

Deney grubunda postop üçüncü saat anksiyete, tüm zamanlarda kan glukoz düzeyi ve postop üçüncü saat vücut sıcaklığı puan ortalaması önemli ($p<0.05$), diğer fizyolojik parametrelerin ortalama puanları arasındaki fark önemsiz bulundu ($p>0.05$).

Her iki grupta ağrı puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulundu. ($p>0.05$).



Tablo 13. Hastaların Ameliyat Deneyimine Göre Anksiyete ve Fizyolojik Parametrelerin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Anksiyete ve Fizyolojik Parametreler	KONTROL GRUBU				DENEY GRUBU				
	Deneyimi Var (n:68)	Deneyimi Yok (n:32)	TEST		Deneyimi Var (n:69)	Deneyimi Yok (n:31)	TEST		
	X±Ss	X±Ss	t-test	p	X±Ss	X±Ss	t-test	p	
Yatış	Anksiyete	25.83±7.09	26.62±8.66	0.48	1.44	26.14±6.98	25.03±7.83	0.70	0.480
	Kan glukoz	96.65±21.92	99.97±34.35	0.58	0.560	110.54±31.08	135.90±165.48	1.23	0.221
	SKB	113.31±11.12	119.37±14.80	1.41	0.143	116.88±13.95	116.52±12.46	0.12	0.900
	DKB	68.82±8.02	72.19 ±9.06	1.87	0.064	71.75 ±6.77	71.29±8.27	0.29	0.769
	Nabız	79.82 ±7.76	79.75 ±5.69	0.29	9.769	78.36±8.67	79.71±9.54	0.69	0.488
	Solunum	21.38±1.69	21.47±1.58	0.24	9.732	20.49±1.84	20.48 ±1.50	0.02	0.961
	Vücut sıcaklığı	36.35±0,32	36.29±0.33	0.83	0.144	36.39±0.35	36.34± 0,39	0.63	0.529
Preop	Anksiyete	30.04±8.07	27.97±9.25	0.255	0.418	27.34±8.38	27.22±8.18	0.06	0.946
	Kan glukoz	124.10±42.22	129.09±55.40	0.49	0.620	106.07±30.44	102.81±29.04	0.50	0.616
	SKB	118.48±14.88	122.81±15.50	2.11	0.022*	116.51±11.96	113.77±10.47	0.13	0.896
	DKB	71.09 ±10.24	75.94±11.32	2.15	0.035*	70.58±8.09	69.42±6.51	0.70	0.484
	Nabız	81.69 ±8.28	84.03±10.79	0.04	0.962	79.78±11.84	83.03±12.45	1.25	0.214
	Solunum	21.44±1.97	21.84±1.42	1.03	0.303	21.24±1.71	21.16±2.05	1.21	0.829
	Vücut sıcaklığı	36.27±0.30	36.30±0.35	0.255	0.418	36.31±0.31	36.43±0.40	1.67	0.098
Postop 3. saat	Anksiyete	26.66±8.20	25.25±7.89	0.81	0.413	22.70±6.43	19.26±4.92	2.64	0.010
	Kan glukoz	120.66±37.51	128.16±51.44	0.82	0.412	110.06±25.69	102.81±32.56	1.19	0.233
	SKB	117.41±13.57	121.22±13.67	1.31	0.191	116.22±13.07	111.93±7.92	1.15	0.243
	DKB	69.56 ±8.67	73.44 ±8.56	2.00	0.039*	70.16±9.81	67.42±6.33	1.42	0.157
	Nabız	82.40±9.35	80.22±10.22	1.19	0.236	79.90±10.96	80.45 ±8.98	0.24	0.806
	Solunum	21.41±1.84	22.19±2.63	1.70	0.091	21.04±1.85	20.90±1.97	0.34	0.732
	Vücut sıcaklığı	36.30±0.37	36.22±0.37	0.81	0.413	36.35±0.40	36.40±0.28	0.46	0.633
	Ağrı	4.06±1.93	4.35±2.06	0.56	0.575	3.46±1.87	3.78±2.02	0.67	0.502
Postop 1. gün	Anksiyete	24.43±6.14	23.81±6.95	0.43	0.668	20.30±7.44	17.06±5.13	2.52	0.014
	Kan glukoz	110.97±29.53	112.22±36.37	0.18	0.855	105.65±28.17	97.03±27.29	1.42	0.156
	SKB	112.72±12.47	118.12±13.78	1.30	0.198	114.65±11.79	111.55±9.36	2.05	0.035
	DKB	70.44 ±8.88	69.53±9.53	0.46	0.642	70.84±8.07	68.52±5.82	1.44	0.151
	Nabız	81.62 ±10.14	80.12±9.40	0.41	0.484	81.68 ±10.39	81.06±7.76	0.79	0.800
	Solunum	21.59±1.83	21.40±2.43	0.41	0.679	20.94±1.89	20.51±1.52	1.10	0.273
	Vücut sıcaklığı	36.55±0.49	36.51±0.45	0.43	0.668	36.56±0.43	36.48±0.37	0.91	0.364
	Ağrı	2.55 ±2.20	2.53±2.50	0.04	0.967	1.80±1.82	1.63 ±1.49	0.37	0.710

Tablo 13 değerlendirildiğinde kontrol grubundaki hastaların ameliyat deneyimine göre preop SKB, DKB ve postop üçüncü saat DKB ortalama puanları arasındaki fark anlamlı ($p<0.05$), tüm ölçüm zamanlarında anksiyete, kan glukoz ve diğer fizyolojik parametrelerin puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu ($p>0.05$).

Deney grubunda postop üçüncü saat ve postop birinci gün anksiyete ve postop birinci gün SKB puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı ($p<0.05$) diğer zamanlarda anlamlı olmadığı ve diğer fizyolojik parametrelerin ortalama puanları arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$).

5.TARTIŞMA

Hasta ve ailelerini olumlu sağlık eylemleri üstlenmeleri ve özerk karar vermeyi desteklemeleri için güçlendirmeyi amaçlayan preoperatif öğretim, ERAS (Enhanced Recovery After Surgery-Postoperatif Hızlandırılmış İyileşme) için temel bir bileşendir. Preoperatif öğretim, hastalara sağlıkla ilgili bilgi sağlama, onlara rahatsızlığı ve komplikasyonları azaltmayı amaçlayan becerileri öğretme ve psikolojik destek sunma olarak tanımlanmaktadır (Ljungqvist, Scott, & Fearon, 2017). Ayrıca perioperatif dönemde hasta öğretilimi, bilgilendirilmiş onam gerekliliği nedeniyle neredeyse evrenseldir (Wilson et al.,2016).

Anksiyete, tehdit edici bir olayın öngörülmesinden kaynaklanan endişe ve korku ile karakterize duygusal bir durumdur. Preoperatif anksiyete insidansı erişkin hastalarda %11-%80 arasında olup, farklı cerrahi gruplar arasında değişmektedir (Bansal & Joon, 2016). Hastaneye yatış, hastalığın yokluğunda bile ameliyat için kabul edilen hastada anksiyeteyi proveke eder (Adetayo & Akinade, 2019). Preoperatif anksiyetenin yeterli yönetimi, daha iyi bir ameliyat sonucuna neden olabilir (Matthias & Samarasekera, 2012).

Bu çalışmada, preoperatif dönemde kontrol ve deney grubu hastalarının anksiyete puan ortalamalarının yüksek olduğu ve postoperatif üçüncü saat ve birinci gün düştüğu belirlendi. Bilim insanları tarafından cerrahi hastaların çoğunun preoperatif dönemde anksiyete yaşadığı ve preoperatif anksiyete düzeyi yüksek hastaların postoperatif ağrı, postoperatif analjezik tüketimi, hastanede kalış süresinin uzaması, iyi olma duygusunda azalma, iyileşmede gecikmeye neden olduğu bildirilmektedir (Mulugeta et al., 2018). Son zamanlarda yapılan bir çalışmada (Adetayo & Akinade, 2019) da, bu çalışmanın bulgusuna paralel olacak şekilde yapılandırılmış hemşirelik bilgisinin verildiği deneysel çalışmada her iki grupta da %33 oranında preoperatif anksiyete görüldüğu belirlenmiştir. Bir çalışmada da (Mulugeta et al.,2018), hastaların anksiyete düzeyinin preopratif dönemde yüksek olduğu (%61) ve preoperatif anksiyeteye neden olan faktörün komplikasyon gelişme korkusu olduğu (%52.4), kadın ve preoperatif bilgi eksikliği olan hastaların anksiyete düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Major elektif cerrahi hastalarının preoperatif ve postoperatif anksiyete düzeyinin değerlendirildiği bir başka çalışmada (Akinsulore, Owojuyigbe, Faponle & Fatoye, 2015), hastaların % 51.0'ının

preoperatif %15.7'sinin postoperatif anksiyete yaşadıkları ve durumluk anksiyete envanterine (STAI) göre preoperatif anksiyete skorunun 42.72 (Ss=9.84), postoperatif anksiyete skorunun 37.73 (Ss=8.44) olduğu, hastaların preoperatif anksiyetesinden komplikasyon gelişme korkusu ve ameliyatın sonucu olduğu belirlenmiştir. Bir başka çalışmada (Bedaso & Ayalew, 2019), elektif cerrahi için bekleyen hastaların %47'sinin, preoperatif anksiyete skorunun STAI'ye göre 44'ün üzerinde olduğu belirlenmiştir. Kalp cerrahi hastaları ile yapılan bir başka çalışmada (Guo, East & Arthur, 2012) da, bu çalışmanın bulgularına benzer şekilde preoperatif öğretim verilen hastaların anksiyete ortalama puanlarında daha büyük bir düşüş olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç ameliyat öncesi öğretimin hastaların anksiyetesini yönetmek için kullanılması gereken önemli bir strateji olduğu şeklinde düşünülebilir.

Bu çalışmada preoperatif öğretim yapılan deney grubundaki hastaların postoperatif üçüncü saat ve birinci gün ağrı ortalama puanının kontrol grubundan düşük olduğu iki grup arasındaki ortalama puan farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi. Transvezikal Prostatektomi yapılan yaşlı hastalarda anksiyete ve ağrı ilişkisinin değerlendirildiği bir çalışmada (Bandeira, Gomes, Bezerra & Duarte, 2017) da, preoperatif anksiyete ve ağrı yoğunluğu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Diğer çalışmalarda da (Bradshaw, Hariharan & Chen, 2016; Kumar, 2015) benzer şekilde preoperatif anksiyetenin postoperatif ağrı üzerinde önemli derecede etkili olduğu bulunmuştur. Preoperatif anksiyete, hastada birtakım postoperatif komplikasyonlara neden olmaktadır. Ağrı bu komplikasyonlardan birisidir. Akut postoperatif ağrı, cerrahi işlemde kaynaklanan bir yaralanmanın neden olduğu nosiseptif stimülasyon ile ilişkili olup, otonomik ve davranışsal tepkiler ve yüksek anksiyete ile ilişkili duygusal, bilişsel ve duygusal deneyimlerin sonucudur (Bandeira et al., 2017). Bilim insanları tarafından ağrı ve duygunun ortak dilsel ve nörolojik yollara sahip olduğu (Wierzbicka, 2012), bu nedenle elektif cerrahi geçiren hastalarda preoperatif anksiyetenin, postoperatif ağrı ile doğrudan bağlantılı olduğu (Alvarez-Bastidas, González & Valdez, 2018; Mulugeta et al., 2018) belirlenmiştir. Bu bağlamda preoperatif anksiyete, korku, iletişim zorluklarını ve postoperatif ağrının şiddetini arttırdığı bildirilmektedir (Stamenkovic et al., 2018).

Anksiyete birçok yolla ölçülebilir. Doğrudan plazma kortizol, idrar katekolaminleri ve kan glukoz düzeyi ile veya dolaylı olarak kan basıncı ve nabız ile ölçülebilir (Matthias & Samarasekera, 2012). Bu nedenle nabız ve kan basıncı gibi fizyolojik anksiyete belirtileri, hem klinik hem de araştırma ortamlarındaki anksiyeteyi tanımlamak için sıklıkla kullanılmaktadır (Burton, King, Bartley, Petrie & Broadbent, 2019). Bu çalışmada, kontrol ve deney grubundaki hastaların tüm zamanlarda ölçülen nabız ölçüm puan ortalamaları arasında farkın önemsiz olduğu, kontrol grubunda sistolik kan basıncı ortalama ölçümleri arasındaki farkın anlamlı, deney grubunda anlamlı olmadığı belirlendi. Çalışmanın bu sonucunun deney grubuna preoperatif dönemde yapılan öğretimden kaynaklandığı şeklinde yorumlanabilir.

Bu çalışmada kontrol grubundaki hastaların kan glukoz düzeyinin yatışta düşük olduğu ancak daha sonra yükseldiği ve deney grubuna göre diğer zamanlarda ortalama kan glukoz düzeyi puanının yüksek kaldığı belirlendi. Bu sonuç preoperatif öğretimin deney grubundaki hastaların anksiyete düzeyinin azalmasını sağladığı için stres tepkisinde beklenen düzeyde kaldığı için kan glukoz düzeyinin normal sağlıklı düzeyine gerilediği şeklinde düşünülebilir.

Bu çalışmada, kadınların anksiyete ortalama puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlendi. Preoperatif anksiyete için birkaç risk faktörü tanımlanmıştır. Elektif ve acil ameliyatlarda kadın hastaların anlamlı derecede daha fazla anksiyete rapor ettikleri gösterilmiştir (Mulugeta et al.,2018). Bazı çalışmalarda ise, erkek hastaların preoperatif anksiyete düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Jafar & Khan, 2009; Arslan ve ark.,2017). Bu çalışmanın sonucu Türk toplumunda erkeklerin duygu dışı vurumunun daha kısıtlı olması ve duygusal yakınmalarını daha az ifade etmeleri ile ilişkili olabileceği, kadınların annelik rolü, çalışma rolü, ev işleri, çocukların bakımı ve eşlerine karşı rol ve sorumluluklara sahip olmalarından kaynaklandığı düşünülebilir.

Bu çalışmada yaş, cinsiyet, eğitim, ameliyat deneyimi, ameliyatın büyüklüğü ile preoperatif anksiyete, postoperatif ağrı ve fizyolojik parametrelerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu, ayrıca genç ve orta yaşlı hastaların yaşlı gruba göre, eğitim düzeyi düşük olanların, daha önce ameliyat olanların ve majör cerrahi geçirenlerin preoperatif anksiyete

puan ortalamasının yüksek olduğu saptandı. Bu sonuç hastaların bireysel özelliklerinin ve cerrahi girişimin özelliklerinin anksiyete ve fizyolojik parametreleri etkilediği söylenebilir.

Sonuç olarak, bu çalışmada kontrol grubunun anksiyete, ağrı ve fizyolojik parametrelerinin preoperatif öğretim yapılan deney grubuna göre daha yüksek olduğu bulundu. Bu nedenle preoperatif öğretim ameliyat olacak hastalar için yararlı olduğu sonucuna varıldı.



6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun kadın, okur-yazar, 41-65 yaş aralığında, minör cerrahi girişim yapıldığı, ameliyat deneyimlerinin olduğu, ameliyat sonrası destek olacak yakınlarının olduğu, gelir- gider düzeyinin eşit olduğu, sigara kullanmadığı, kentte yaşadığı ve hastane deneyimi olduğunu belirlendi (**Tablo 1**).
2. Çalışmada kontrol grubunun deney grubuna göre tüm ölçüm zamanlarında anksiyete puan ortalamasının yüksek olduğu ve kontrol ve deney grubunun hem kendi içinde hemde gruplar arası karşılaştırmada postop üçüncü saat ve birinci gün anksiyete ortalama puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$) (**Tablo 2**).
3. Çalışmada, kontrol ve deney grubunda preop ve postop dönemlerde ölçülen vücut sıcaklığı puan ortalamaları arasında farkın ve ölçümler ikişerli karşılaştırıldığında yatış-postop birinci gün, preop, postop birinci gün, postop üçüncü saat-postop birinci gün arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlendi($p<0.05$). Deney grubunda ölçümler ikişerli karşılaştırıldığında yatış-postop birinci gün, preop-postop birinci gün, post op üçüncü saat-postop birinci gün arasındaki farkın önemli olduğu ($p<0.05$) ancak, diğer ölçümler arasında farkın anlamlı olmadığı bulundu ($p>0.05$). Gruplar arası karşılaştırmada ortalamalar arasında farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$) (**Tablo 3**).
4. Çalışmada, kontrol ve deney grubunda değişik zamanlarda ölçülen solunum ölçümleri puan ortalamaları arasındaki farkın önemsiz ($p>0.05$), kontrol ve deney grubunun solunum ortalama puanları arasındaki farkın preop sabah dışında anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$) (**Tablo 4**).
5. Çalışmada, kontrol ve deney grubunda değişik zamanlarda ölçülen nabız ölçüm puan ortalamaları arasında farkın ve gruplar arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede nabız ortalama puanları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$) (**Tablo5**).

6. Çalışmada, kontrol grubunun değişik zamanlarda ölçülen sistolik kan basıncı puan ortalamaları arasındaki ve ölçümler ikişerli karşılaştırıldığında yatış- preop, preop-postop birinci gün, postop üçüncü saat ve birinci gün arasındaki fark anlamlı ($p<0.05$) bulundu. Kontrol grubunun diyastolik kan basıncı ortalama puanları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Deney grubunda sistolik ve diyastolik kan basıncı değerleri arasındaki fark önemsiz bulundu ($p>0.05$). Kontrol ve deney grubu preop ve postop üçüncü saat sistolik kan basıncı ortalama puanları arasındaki farkın anlamlı ($p<0.05$), diğer ölçümlerin anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$). Grupların diyastolik kan basıncı ortalama puanları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$) (**Tablo 6**).
7. Çalışmada, kontrol grubunun yatıştaki kan glukoz düzeyinin deney grubuna göre düşük olduğu ancak, preop sabah deney grubuna göre daha yüksek olduğu ve kontrol grubunun kendi içinde puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu ($p<0.05$), deney grubunun ise, yatışta kan glukoz düzeyi puan ortalamasının yüksek, preop sabah daha düşük olarak belirlendi. Deney grubunun kendi içinde kan glukoz puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulundu ($p>0.05$). Kontrol ve deney grubunun kan glukoz düzeyi ortalama puanları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$) (**Tablo 7**).
8. Çalışmada her iki grupta ameliyat sonrası üçüncü saat ağrı şiddetinin daha yüksek olduğu ve birinci gün ağrı şiddetinin azaldığı, kontrol grubunun ağrı şiddetinin deney grubuna göre daha yüksek olduğu, grupların kendi içinde ve gruplar arasında ameliyat sonrası üçüncü saat ile birinci gün ağrı şiddeti ortalama puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulundu ($p<0.05$) (**Tablo 8**).
9. Çalışmada, kontrol grubunda okuryazar olmayan hastaların yatış, preop ve postop birinci gün anksiyete puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli ($p<0.05$), okuryazar olmayanların preop KB yüksek, ağrı şiddetinin ise, okuyazar olanlarda daha yüksek olduğu belirlendi (**Tablo 9**).
10. Çalışmada, kontrol grubunda majör cerrahi planlanan hastaların yatış kan glukoz düzeyi, postop birinci gün nabız ve sistolik kan basıncı önemli bulundu. Deney grubunda ise, grubunda majör cerrahi planlanan hastalarda preop ve postop birinci gün sistolik kan basıncı puan ortalamaları önemli bulundu ($p<0.05$) (**Tablo 10**).

- 11.** Çalışmada, her iki grupta da erkeklerin anksiyete puan ortalamalarının kadınlara göre daha düşük olduğu görüldü. Kontrol grubunda yer alan kadınların postop birinci gün anksiyete puanları arasındaki farkın anlamlı ($p<0.05$), diğer zamanlarda anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Deney grubunda kadınların, yatış anksiyete ve postop üçüncü saat anksiyeteleri önemli bulundu ($p<0.05$) (**Tablo 11**).
- 12.** Çalışmada, kontrol grubunda yaşı 41-65 grubunda olan hastaların yatış, postop üçüncü saat ve birinci gün, anksiyete ortalaması önemli ($p<0.05$), 41-65 yaş kontrol grubunda yatış, preop, postop üçüncü saat ve birinci gün kan glukoz düzeyi, yatış preop diyastolik ve sistolik kan basıncı puan ortalaması önemli bulundu ($p<0.05$). Deney grubunda 41-65 yaş arası grubunda bulunan hastaların postop üçüncü saat anksiyete, preop, postop üçüncü saat ve postop birinci gün kan glukoz düzeyi puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ($p<0.05$) (**Tablo 12**).
- 13.** Çalışmada, kontrol grubunda ameliyat deneyimi olmayan hastaların preop, postop üçüncü saat diastolik kan basıncı, preop sabahı sistolik kan basıncı ortalama puanı arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Deney grubunda ameliyat deneyimi olan hastaların postop üçüncü saat ve birinci gün anksiyete ortalama puanı arasındaki fark önemli bulundu ($p<0.05$) (**Tablo 13**).

6.2. ÖNERİLER

Bu çalışmada hastaların preoperatif öğretim yapılmayan kontrol grubunun anksiyete düzeyi ve fizyolojik parametrelerin ortalamasının deney grubuna göre daha yüksek olduğu belirlendi. Hasta merkezli, preoperatif bakımın ana hedefi, anksiyete ile ilişkili negatif biyo-davranışsal değişiklikleri değerlendirmek ve bu değişiklikleri hafifletmek için stratejiler uygulamaktır. Kitapçık ile yapılan preoperatif öğretim bu stratejilerden birisidir. Bu nedenle;

1. Cerrahi kliniklerinde hastaların anksiyete düzeyinin belirlenmesi,
2. Psikofizyolojik cerrahi stres tepkisinin büyüklüğü belirlemek için fizyolojik parametreleri izlemesi,
3. Psikofizyolojik cerrahi stres tepkisini büyümesine neden olduğu için fizyolojik parametrelerden ağrının yönetimi için etkin stratejilerin belirlenmesi,
4. Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin hastaları ameliyata preoperatif öğretim yaparak hazırlamaları,
5. Farklı öğretim yöntemleri kullanılarak ve farklı cerrahi grupları ile çalışmanın tekrarı önerilebilir.

7.KAYNAKLAR

- Adetayo A.O., & Akinade S.R. (2019). Assessment of Baseline Anxiety and Effect of Nursing Intervention on Post-Operative Anxiety among Surgical Patients of Obafemi Awolowo University Teaching Hospitals Complex, Ile Ife, Nigeria. *J Nurs Care*,8(1):2-4.
- Akinsulore, A., Owojuyigbe, A.M., Faponle, A.F., & Fatoye, F.O. (2015). Assessment of preoperative and postoperative anxiety among elective major surgery patients in a tertiary hospital in Nigeria. *Middle East J Anesthesiol*, 23(2):235–40.
- Aksoy, G., Kanan, N., & Akyolcu, N. (2012). Cerrahi Hemşireliği. *Cerrahi Hemşireliği. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul*
- Ala, S. (2007). Tiroidektomi Ameliyatı Öncesi Hemşirenin Bilgilendirici Rolünün Hastaların Ameliyat Sonrası Anksiyete Düzeyine Etkisi. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Dursun Ali Şahin).
- Arslan, S. Taylan, S. & Deniz, S. (2017). Nöroşirürji hastalarının ameliyat öncesi anksiyete düzeyleri. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences* 20(1): 17-21.
- Aslan, F.E, (2006). Tarihsel Süreçte Ağrı: Kültürün ağrı algısı ve kontrolüne etkisi. İçinde: Ağrı doğası ve kontrolü. Editör: Aslan FE, 1. baskı. İstanbul: Mart Matbaacılık Sanatları Ltd Sti, s. 3-9
- Aslan F.E. (2011). Ağrı. İçinde: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Editörler: Karadakovan A, Aslan EF, 2. Baskı. Adana: Nobel Kitabevi, s. 145-61
- Aslan, F.E. (2009). History of the surgical nursing. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 12(1):104-13
- Aust,H., Eberhart, L., Sturm T., Schuster, M., Nestoriuc,Y., Brehm F. D., & Rüşch, D. (2018). A cross-sectional study on preoperative anxiety in adults. *Journal of Psychosomatic Research*. 111:133-139.
- Aygin, D.(2012). Current approaches in the surgery. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 15(1):63-7.

- Aykent,R., Kocamanoğlu, D.S., Üstün, E., Tür. A.,& Şahinoğlu, H. (2007). The reasons and evaluation of preoperative anxiety: a comparison of APAIS and STAI scores. *Journal of Turkey Clinics Anaesteziyoloji Reanimation.* 5, 7–13.
- Bailey, L. (2010). Strategies for decreasing patient anxiety in the perioperative setting. *AORN J*, 92(4):445-57.
- Baksi-Şimşek, A., & Bilik, O. (2014). Surgical nurse's touch to life of patients and their family: preoperative and postoperative psychological approach. *IJBACS*, 3(1):88-98.
- Bandeira R.A., Gomes, L.O., José ,A., Bezerra, C., & Duarte, J.A. (2017). Correlation between preoperative anxiety and acute postoperative pain in elderly patients submitted to transvesical prostatectomy. *Rev Dor. Sao Paulo*,18(4):291-7
- Bansal, T., & Joon, A.(2016). Preoperative anxiety- an important but neglected issue: A narrative review. *Indian Anasesth Forum*, 17: 37-42
- Bastidas, L.A., González, J.M., & Valdez ,T.V. (2018).Correlation between degree of preoperative anxiety and postoperative pain in patients under elective surgery. *Dev Anesthetics Pain Manag*, 1(5): DAPM.000523.
- Bedaso, A., & Ayalew. (2019). Preoperative anxiety among adult patients undergoing elective surgery: a prospective survey at a general hospital in Ethiopia. *Journal of Patient Safety*, 13(1):1-8.
- Bradshaw, P., Hariharan, S., & Chen, D.(2016). Does preoperative psychological status of patients affect postoperative pain? A prospective study from the Caribbean. *British Journal of Pain*,10(2): 108-15.
- Burton,D., King,A., Bartley, J.,Keith, J., Petrie & Broadbent, E. (2019). The surgical anxiety questionnaire (SAQ): development and validation. *Psychology and Health*, 34: 2, 129-146.
- Card, R., Sawyer, M., Degnan, B., Harder, K., Kemper, J., Marshall, M., & et al. (2014). Health care protocol. Bloomington (MN): *Institute for Clinical Systems Improvement, (ICSI)*:124.
- Cousins, M.J., Brennan, F., & Carr, D.B.(2004). Pain relief: a universal human right. *Pain*,112 (1-2): 1-4.

- Cüceloğlu, D. (2005). İnsan ve Davranışları Psikolojinin Temel Kavramları. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Çetinkaya, F., & Karabulut, N. (2010). Batın ameliyatı olacak yetişkin hastalara verilen eğitimin ağrı ve kaygı düzeyine etkisi. *Anadolu Hemşire Sağ Bil Derg*, 13(2):20-6
- De Hert, S., Imberger, G., Carlisle, J., Diemunsch, P., Fritsch, G., & Moppett, I. et al. (2011). Preoperative evaluation of the adult patient undergoing noncardiac surgery: guidelines for preoperative evaluation of the adult non-cardiac surgery patient. *Eur J Anaesthesiol*, 28(10):684-722.
- Dikmen, Y. (2013). Ağrı ve Yönetimi. İçinde: Hemşirelik esasları. Editörler: Ataberk Aştı T, Karadağ, A. 1.baskı. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, s.633-67
- Dimopoulou, I., Tzanela, M., Vassiliadi, D., Mavrou, I., Kopterides, P., Orfanos, S., Kotanidou, A., Kontogiannopoulou, S., Vasdekis, S., Tsangaris, I., Armaganidis, Macheras, A., Ilias, I., Kostopanagiotou, G., & Tsagarakis, S. (2008). Pituitary-adrenal responses following major abdominal surgery. *Hormones (Athens, Greece)*, 7(3):237-242.
- Eid, T., & Bucknall, T. (2008). Documenting and implementing evidencebased postoperative pain management in older patients. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 12: 90-98.
- Ellison D.L. (2017). Physiology of Pain. *Critical Care Nursing Clinic*, 29(4):397-406.
- Ettrich, U., Seifert, J., Scharnagel, R., & Günther, K.P.A.(2007). Multimodal and multidisciplinary postoperative pain management concept. *Orthopade*, 36(6): 546-51.
- Fitzpatrick, E., & Hyde, A., (2006). Nurse-Related factors in the delivery of preoperative patient education. *Journal of Clinical Nursing*, 15(6):671-7.
- Glowacki, D., (2015). Effective pain management and improvements in patients' outcomes and satisfaction. *Critical Care Nurse*, 35(3):33-43.
- Goleman, D. (2001). Duygusal Zeka. Çeviren: B.S. Yüksel. İstanbul: Varlık Yayınları.
- Gonçalves, K.K.N., Silva, J.I., Gomes, E.T., Pinheiro, L.L.S., Figueiredo, T.R., & Bezerra, S.M.M.S. (2016). Anxiety in the preoperative period of heart surgery. *Rev Bras Enferm*, 69(2):397-403.

- Guo, P., East, L., & Arthur, A. (2012). A preoperative education intervention to reduce anxiety and improve recovery among Chinese cardiac patients: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 49:129-37.
- Guyton, A.C., & Hall, J.E., (2007). Tıbbi Fizyoloji. Editörler: Çavuşoğlu H, Yeğen BÇ, 11. baskı. İstanbul: Nobel Tıp kitapçıları, s. 598-608.
- Güleç, C., & Köroğlu, E. (2007). Psikiyatri Temel Kitabı (2. bs.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği
- Gürlek, Ö., & Yavuz, M. (2013). Application cases of preoperative education of patients by nurses working in surgical clinicals. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(1):8-15.
- Horney, K. (2003). Çağımızın Nevrotik Kişiliği (S. Koçak, Çev.). İstanbul: Doruk Yayıncılık
- Huiku, M., Uutela, K., van Gils, M., Korhonen, I., Kymäläinen, M., Meriläinen, P., Paloheimo, M., Rantanen, M., Takala, P., Viertiö-Oja, H., & Yli-Hankala, A. (2007). Assessment of surgical stress during general anaesthesia. *Br J Anaesth*, 98(4):447-55.
- International Association for the Study of Pain (IASP). IASP Taxonomy, Pain, Updated 2014. Erişim: <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain> Erişim Tarihi:12.04.2015
- Jafar, M.F., & Khan, F.A. (2009). Frequency of preoperative anxiety in Pakistani surgical patients. *J Pak Med Assoc*, 59(6):359-63
- Jawaid, M., Mushtaq, A., Mukhtar, S., & Khan, Z. (2007). Preoperative anxiety before elective surgery. *Neurosciences*, 12(2):145-148
- Joshi ,G.P., Schug, S.A., & Kehlet, H. (2014).MD. *Elsevier Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. Pages 191-201.
- Karabulut, N., & Çetinkaya, F., (2011). The Impact on the level of anxiety and pain of the training before operation given to adult patients. *Surgical Science*, 2, 303-311.
- Karanci, A.N., & Dirik, G., (2003). Predictors of pre- and postoperative anxiety in emergency surgery patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 55:363-69.
- Kaya, H., Acaroğlu, R., Sendir, M., & Güldas, S. (2007). Nöroşirurji hastalarında iyimser yaşam eğiliminin ameliyat öncesi anksiyete ile başetme durumuna etkisi. *İ.U.F.N. Hem. Dergisi*, 15 (59): 75-81.

- Kumar, S. (2015). The effect of preoperative anxiety on post operative pain. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 6(6):622-24.
- Lellan, K. (2006). *Management of Pain*. United Kingdom: Nelson Thornes Ltd.
- Ljungqvist, O., Scott, M., Fearon, K.C. (2017). Enhanced recovery after surgery: A review. *JAMA Surg*, 152: 292-98.
- Mackintosh, C. (2007). Assessment and management of patients with post-operative pain. *Nurs Stand*, 22(5):49-55
- Malek, J., Sevcik, P., & et.al. (2017). Postoperative Pain Management. Published by: Mladá fronta a. s., Mezi Vodami 1952/9.
- Marrs, J.A. (2006). Stress, Fears and Phobias: the impact of anxiety. *CJON*, 10 (3): 319-22.
- Matthias, A.T. & Samarasekera, D. N. (2012). Preoperative anxiety in surgical patients- experience of a single unit. *Acta Anaesthesiologica Taiwanica*, 50:3-6.
- Mei, X., Zhi-yong S., Zhou, F., Luo, Z-p., & Yang, H-l. (2017). Analysis of pre- and postoperative pain variation in osteoporotic vertebral compression fracture patients undergoing kyphoplasty. *Med Sci Monit*, 23: 5994-6000.
- Mendell, L.M. (2014). Constructing and deconstructing the gate theory of pain. *Pain*, 155(2): 210-16.
- McCaffery, M. (1968). Nursing practice theories related to cognition, bodily pain, and man-environment interactions. *Los Angeles University of California*
- Mulugeta, H., Ayana, M., Sintayehu, M., Dessie, G., & Zewdu, T. (2018). Preoperative anxiety and associated factors among adult surgical patients in Debre Markos and Felege Hiwot referral hospitals, Northwest Ethiopia. *BMC Anesthesiology*, 18 155: 1-9.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Surgical site infections: prevention and treatment. Last updated February;2017.
- Neil, J., Preoperative care. In: Lewis, S.L., Dirksen, S.R., Heitkemper, M.M., Bucher, L., eds.(2014). *Medical-Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems*. 9th ed. St. Louis, Missouri: *Elsevier Mosby*; p.317-32.
- Öz, F. (2010). *Sağlık Alanında Temel Kavramlar* (2. bs.). Ankara: Mattek Matbaacılık.
- Özer, K. (2004). *Kaygı: Sınanma Duygusuyla Baş Edebilme*. İstanbul: Sistem Yayıncılık.

- Papathanasiou, I.V., Tsaras, K., Neroliatsiou, A., & Roupa, A. (2015). Stress: concepts, theoretical models and nursing interventions. *American Journal of Nursing Science. Special Issue: Mental Health Care: Aspects, Challenges and Perspectives*, 4(2-1): 45-50
- Pellino, T.A., Gordon, D.B., & Engelke, Z.K. (2005). Use of nonpharmacologic interventions for pain and anxiety after total hip and total knee arthroplasty. *Orthopaedicia Nursing*, 24(3):182-90.
- Pogatzki-Zahn, E.M., Zahn, P.K., & Brennan, T.J., (2007). Postoperative pain-clinical implications of basic research. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*, 21, 3-13.
- Prabhakar, A., Helander, E., Chopra, N., Kaye, A.J., Urman, R.D., & Kaye A.D. (2017). Preoperative assessment for ambulatory surgery. *Current Pain & Headache Reports*, (10) 21: 43
- Pritchard, M.J.(2011). Using the hospital anxiety and depression scale in surgical patients. *Nursing Standard*, 25:34,35-41.
- Rosen, I.H., Bergh, H.I., & Oden, A. (2011). Patients' experiences of pain following day surgery - at 48 hours, seven days and three Months. *Open Nurs J*, 5:52-59.
- Sagir, G., Kaya, M., Eskicirak, H.E., Kapusuz, O., & Kadiogulları, A.N. (2012).The effect of visual information on preoperative anxiety in spinal anesthesia. *Turk J Anesth Reanim*, 40(5):274-8.
- Saraçoğlu. T., Ünsal, A., & Taşkın, F. (2012). The impact of pre-procedural waiting period and anxiety level on pain perception in patients undergoing transrectal ultrasound-guided prostate biopsy. *Diagn Interv Radiol*, 18:195–199
- Selimen, D., & Andsoy, I.I. (2011). The Importance of a Holistic Approach during the Perioperative Period. *AORN Journal*, 93(4):482-7
- Scott, M.J., Baldini, G., Fearon, K.C., Feldheiser, A., Feldman, L.S., Gan, T.J., & et al.(2015). Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) for gastrointestinal surgery, part 1: pathophysiological considerations. *Acta Anaesthesiol Scand*, 59(10):1212-31.
- Scott, M.J., & Miller, T.E. (2015). Pathophysiology of major surgery and the role of enhanced recovery pathways and the anesthesiologist to improve outcomes. *Anesthesiol Clin*, 33(1):79-91.

- Sidar, A., Dedeli, Ö., Dedeli, & İşkesen. A.İ. (2013). Açık kalp cerrahisi öncesi ve sonrası hastaların kaygı ve ağrı distressi: ağrı düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi. *Yoğun Bakım Derg*, 4: 1-8.
- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L., & Cheever, K.H. (2008). Textbook of medical and surgical nursing. *Eleven ed. London, Lippincott Williams wilkins*, 258-95
- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L., & Cheever, K.H. (2010). Preoperative Nursing Management. Brunner& Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. 12th ed. Philadelphia: *Lippincott Williams & Wilkins*; ss:422-82.
- Spielberger, C.D. State-Trait Anxiety Inventory: A comprehensive bibliography. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1983.
- Spencer, M., Barnden, M., Johnson, H.B., Fauerbach, L.L., Graham, D., & Edmiston, C.E. Jr.(2018). Perioperative hair removal: A review of best practice and a practice improvement opportunity. *J Perioper Pract*, 28(6):159-166.
- Stamenkovic, D.M., Rancic, N.K., Latas, M.B., Neskovic, V., Rondovic, G.M., Wu, J.D., & Cattano, D. (2018). Preoperative anxiety and implications on postoperative recovery: what can we do to change our history. *Minerva Anesthesiol*,84(11):1307-17.
- Sukumaran, S., Reynolds, M.P.,& Sansaloni, C. (2018). Genome-Wide Association Analyses Identify QTL Hotspots for Yield and Component Traits in Durum Wheat Grown under Yield Potential, Drought, and Heat Stress Environments. *Front Plant Sci*, 6:9:81.
- Szabo, S., Tache Y., & Somogyi, A. (2012). The legacy of Hans Selye and the origins of stress research: A retrospective 75 years after his landmark brief "Letter" to the Editor of Nature. *Stress*, 15(5): 472–478.
- Tan, S.Y., & Yip, A. (2018). Hans Selye (1907-1982): Founder of the stress theory. *Singapore Medical Journal*, 59(4), 170–171.
- Tonhajzerova, M. Mestanik.(2017). New Perspectives in the Model of Stress Response. *Physiol, Res*. 66 (Suppl. 2): 173-185,
- Törüner, E.K.,& Büyükgönenç, L. (2012). Çocuk Sağlığı. Birinci baskı. Ankara, Göktaş Yayıncılık, ss:151-60.

- Wierzbicka, A. (2012). Is pain a human universal? A cross-linguistic and cross-cultural perspective on pain, *Emot. Rev*, 4:307-17.
- Wilson, C.J., Mitchelson, A.J., Tzeng, T.H., El-Othmani, M.M., Saleh, J., Vasdev, S., LaMontagne, H.J., & Saleh, K.J.,(2016). Caring for the surgically anxious patient: a review of the interventions and a guide to optimizing surgical outcomes. *Am J. Surg*, 212(1):151-9.
- Woldegerima, Y.B., Fitwi, G.L., Yimer, H.T., & Hailekiros, A.G.(2018). Prevalence and factors associated with preoperative anxiety among elective surgical patients at University of Gondar Hospital. Gondar, *Northwest Ethiopia. International Journal of Surgery Open*, 10:21-9.
- Xi, H., Pearson, L. (2015). Minimizing hair dispersal: Is this an opportunity for improvement in HAI prevention? *Open Forum Infectious Diseases*, 2 (S1): 373.
- Vaajoki, A., Pietila, A.M., & Kankkunen, P. (2012). Effects of listening to music on pain intensity and pain distress after surgery: an intervention. *J Clin Nurs*, 21:708-71
- Vigotsky, A.D., & Ryan, P.B. (2015).The Role of Descending Modulation in Manual Therapy and Its Analgesic Implications: A Narrative Review. *Pain Research and Treatment*,1-11.
- Yavuz, M. (2017). [Preoperative care]. Karadakovan A, Aslan FE, editörler. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 4. Baskı. Adana: Nobel Kitabevi; p.223-38.
- Yilmaz, M., & Gürler, H. (2011). Hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik hemşirelik yaklaşımları: Hasta görüşleri. *Ağrı Dergisi*, 23(2):71-9.
- Yilmaz, M., Sezer, H., Gürler, H., & Bekar, M. (2012).Predictors of preoperative anxiety in surgical inpatients. *J Clin Nurs*, 21(7-8):956-64.

EKLER

Ek 1. Anket Formu

1 BÖLÜM

1. Tanı

2.Cinsiyet Kadın Erkek

3. Yaş

4.Yaşadığı Yer: Kentsel Kırsal

5.Medeni durum: Evli Bekar Dul

6.Eğitim:

7.Çocuk: Var Yok

8.Mesleği:

9.Gelir Durumu : Çok düşük Düşük Orta Yüksek Çok Yüksek

10.Sağlık Güvencesi: Var Yok

11.Sigara kullanıyor musunuz? Evet Hayır

12.Ameliyat sonrası bakımınıza destek olacak birisi var mı? Evet Hayır

13.Birlikte yaşadığı kişiler : Yalnız Eşi ile birlikte Eş ve çocuklar Bakıcı Diğer

II BÖLÜM

1.Kronik hastalığınız var mı? Evet Hayır

2.Daha önce ameliyat oldunuz mu? Evet Hayır

3.Daha önceden hastanede yattınız mı? Evet Hayır

4.Ameliyat öncesi bekleme süresi :

1saatten az 1-2 saat 3-5 saat 5 saat ve üzeri

5.Ameliyatınızda ertelenme oldu mu? Evet Hayır

6.Hastalığınız hakkında bilginiz var mı? Evet Hayır

7.Size uygulanacak narkoz hakkında bilginiz var mı? Evet Hayır

8.Ameliyat öncesi hazırlıklar ve yapılacak işlemler hakkında bilginiz var mı?

Evet Hayır

10.Ailenizde ameliyat olan bireyler var mı?

Evet Hayır

11.Ameliyatınız hakkında bilginiz var mı?

Evet Hayır

12.Cevabınız evet ise bilgiyi kimden aldınız?

Hekim Hemşire Akraba/arkadaş/tanıdık İnternet

13.Aldığınız bilgi sizin için yeterli oldu mu?

Evet Hayır

14.Cevabınız hayır ise; bilgi almak ister misiniz?

Evet Hayır

15.Kimden bilgi almak istersiniz?

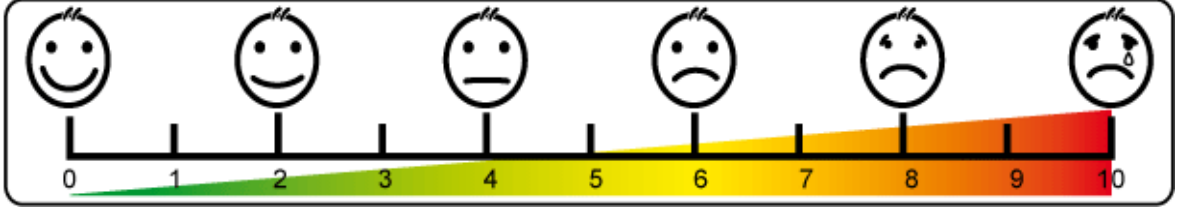
Hekim Hemşire

Ek 2. Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği (AÖKÖ)

Aşağıda, ameliyat olan kişilerin yaşadıkları bazı duygu ve düşünceler ile ilgili ifadeler yer almaktadır. Her bir ifadeyi dikkatlice okuyun. Her bir ifadeye ne kadar katıldığınızı aşağıdaki 5'li derecelendirmeyi kullanarak belirtin.

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

Ek 3. Ağrı Şiddeti (NRS)



0 : Ağrı Yok

1-3 : Hafif Ağrı

4-6: Orta Düzey Ağrı

7- 10 : Şiddetli Ağrı



C. Ü. KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KONTROL GRUBU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Ek 4. C. Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kontrol Grubu Bilgilendirilmiş Olur Formu

Sayın ...

Bu katılacağımız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı; ameliyat öncesi öğretimin anksiyete ve fizyolojik parametreler üzerine etkisidir.

Bu araştırmanın amacı; ameliyat öncesi anksiyetenin en önemli nedenlerinden biri olan bilinmezlik korkusunun neden olduğu anksiyete ve gelişebilecek komplikasyonları azaltmaktır.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmada yattığınız gün vital bulgularınız (ateş, solunum, nabız, tansiyon) ve kan şekerinize bakılacak, ardından 28 sorudan oluşan bir anket formu araştırmacı tarafından yüzyüze görüşerek doldurulacaktır. Anket formu iki bölümden oluşmaktadır; birinci bölüm hastanın sosyodemografik özelliklerini içeren 13 sorudan ibarettir. İkinci bölüm ise, ameliyat öncesi bekleme süreniz, ameliyatınızın ertelenip ertelenmediği, ameliyat öncesi hazırlıklar hakkında bilginiz olup olmadığına, yakın çevreden veya akrabalarından ameliyat öyküsü olan var mı, ameliyat hakkında bilgi sahibi olup olmadığınızı, bilgi aldıysanız yeterli olup olmadığı ve ameliyat hakkında bilgi almak isteyip istemediğinize dair soruların yer aldığı 15 sorudan oluşmaktadır ve toplam soru sayısı 28'dir.

Ameliyat olmak için bir saat önce; kan şekerinize, tansiyonunuza, ateşinize, nabzınıza bakılacaktır. Anksiyetenizi ölçmek için 10 adet soru içeren anket doldurulacak ve ameliyata alınacaksınız.

Ameliyat olmak için kliniğe ilk yatışınızda ve ameliyattan 1 saat önce; kan şekerinize, tansiyonunuza ateşinize, nabzınıza bakılacaktır. Anksiyetenizi ölçmek için 10 adet soru içeren anket doldurulacak ve ameliyata alınacaksınız.

Ameliyat sonrası yatağınıza alındıktan 3 saat sonra ve bir gün sonra tekrar vital bulgularınız ölçülecek ve kaydedilecektir. Anksiyete düzeyinizi tekrar ölçmek için ameliyat öncesi doldurduğunuz 10 sorudan oluşan anket uygulanacak ve ağrı düzeyinizi belirlemek için bir çizelge gösterilecektir. Bu çizelgede ağrınız 0-10 arasında rakamlarla ifade edilecektir. 0 hiç ağrı yok,1-3 hafif ağrı var,4-6 orta düzeyde ağrı, 7-10 şiddetli ağrı şeklinde değerlendirilecektir.

Araştırma için uygulanan formlar ameliyattan 1 gün sonra sonra tamamlanacaktır.

Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen, araştırmacının sorularına uygun ve doğru cevap vermeniz ve vital bulgularınız ve kan şekerinize bakılmasına izin vermenizdir.

Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz işlem öncesi ve sonrası size anketler uygulanacak ve ek olarak vital bulgularınız ve kan şekerinize bakılacaktır. Kan şekerinize bakılırken parmağınızdan kan almak için batırılacak iğneden dolayı biraz ağrı hissedebilirsiniz.Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 05304336811 numaralı telefonda araştırmacı hemşireniz Zuhal Tamer'e başvurabilirsiniz.

Ayrıca bu araştırma kapsamındaki anket uygulamak, kan şekeri düzeyine bakmak herhangi bir ücrete tabii değildir.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı: Zuhâl Tamer

Görevi: Genel Cerrahi Sorumlu Hemşiresi

Adresi: Cumhuriyet Üniversitesi, Araştırma Ve Uygulama Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

Tel.-Faks: 05304336811

Tarih ve İmza:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:



C. Ü. KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU DENEY GRUBU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Ek 5. C.Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Deney Grubu Bilgilendirilmiş Olur Formu

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı; ameliyat öncesi öğretimin anksiyete ve fizyolojik parametreler üzerine etkisidir.

Bu araştırmanın amacı; ameliyat öncesi anksiyetenin en önemli nedenlerinden biri olan bilinmezlik korkusunu gidermek ve anksiyeteye bağlı gelişecek komplikasyonları azaltmaktır.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararımızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmada yattığınız gün vital bulgularınız (ateş, solunum, nabız, tansiyon) ve kan şekerinize bakılacak, ardından 28 sorudan oluşan bir anket formu araştırmacı tarafından yüzyüze görüşerek doldurulacaktır. Anket formu iki bölümden oluşmaktadır; birinci bölüm hastanın yaş cinsiyet vb. özelliklerini içeren 13 sorudan ibarettir. İkinci bölüm ise ameliyattan öncesi bekleme süreniz, ameliyatınızın ertelenip ertelenmediği, ameliyat öncesi hazırlıklar hakkında bilginiz olup olmadığına, yakın çevreden veya akrabalardan ameliyat öyküsü olan var mı, ameliyat hakkında bilgi sahibi olup olmadığınızı, bilgi aldıysanız yeterli olup olmadığı ve ameliyat hakkında bilgi almak isteyip istemediğinize dair soruların yer aldığı 15 sorudan oluşmaktadır ve toplam soru sayısı 28'dir.

Anket formunu doldurmak için herhangi bir süre beyan edilmeyecektir. Anket formu uygulandıktan sonra size ameliyat öncesi öğretim ile ilgili öğretim kitapçığı verilecektir. Bilgi kitapçığı araştırmacı tarafından size anlatılacak ve sorularınız yine araştırmacı tarafından cevaplanacaktır. Bilgi verme işlemi sonrası kitapçık sizde kalabilir. Öğretim kitapçığı ameliyat ekibi, ameliyathanenin nasıl olduğu, ameliyat öncesi yapılacaklar ve nedenleri, ameliyathaneye nasıl gideceğiniz, ameliyat sonrası üzerinizde ve etrafınızda

bulunma ihtimali olan araç ve gereçler bulunacağını, ameliyat sonrası yapmanız gerekenlerin neler olduğunu içermektedir.

Ameliyattan bir saat önce; kan şekerinize, tansiyonunuza, ateşinize, nabzınıza bakılacak ve yine sorularınıza cevap verilecektir. Kaygınızı ölçmek için 10 adet soru içeren anket doldurulacak ve ameliyata alınacaksınız.

Ameliyat sonrası yatağınıza alındıktan üç saat sonra ameliyattan bir gün sonra tekrar vital bulgularınız kaydedilecek ve içerisinde anksiyete durumunuzu ölçmek amacıyla 10 sorudan oluşan test tekrar uygulanacak ve ağrı düzeyinizi belirlemek için bir çizelge gösterilecektir. Bu çizelgede ağrınız 0-10 arasında rakamlarla ifade edilecektir.0 hiç ağrı yok,1-3 hafif ağrı var, 4-6 orta düzeyde ağrı, 7-10 şiddetli ağrı şeklinde değerlendirilecektir.Araştırma formlarının uygulanması ameliyattan bir gün sonra tamamlanacaktır.Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen, araştırmacının sorularına uygun ve doğru cevap vermek ve vital bulgularınız ve kan şekerinize bakılmasına izin vermenizdir. Sizin için beklenen yararlar işlem öncesi bilinmezlik korkunuzun azalması ve sorularınıza yanıt bulmaktır. İşlem hakkında bilgi aldıktan sonra daha rahatlayacaksınız.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz işlem öncesi ve sonrası size anketler uygulanacak ve ek olarak kan şekerinize bakılacaktır. Kan şekerinize bakılırken parmağınızdan kan almak için batırılacak iğneden dolayı biraz ağrı hissedebilirsiniz. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 05304336811 numaralı telefonda araştırmacı hemşireniz Zuhal Tamer'e başvurabilirsiniz.

Ayrıca bu araştırma kapsamındaki bilgi vermek, anket uygulamak, kan şekerinize bakmak herhangi bir ücrete tabii değildir. İster doğrudan ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununuzun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahale sizden ücret talep edilmeden ve sosyal güvenceniz kullanılmadan sağlanacaktır. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya

tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı: Zuhall Tamer

Görevi: Sorumlu Hemşire

Adresi: Fatih mah. Alsancak cad. Vista Plus sitesi A-2 Giriş No: 16 Tel.-Faks: 05304336811

Tarih ve İmza:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Ek 6. Ameliyat Öncesi Öğretim

Sevgili hastamız;

Bu kitapçık, ameliyat olmadan önce aklınıza gelen bazı soruları cevaplamak, ameliyat olduktan sonra mümkün olduğu kadar çabuk normal yaşamınıza (evinize, işinize) dönmenizi sağlayabilmek amacı ile hazırlanmıştır. Bu kılavuzda resimlerle anlatılan hareketler (egzersizler) size ameliyat olmadan bir gün önce hemşire tarafından öğretilecektir.

Bir an önce sağlığınıza kavuşmanız dileğiyle.



Doç. Dr. Meryem YILMAZ

Sorumlu Hemşire Zuhul TAMER

Ameliyat Ekibi

Bir ameliyat ekibi en az bir öğretim üyesi veya uzman doktor, bir ya da daha fazla asistan, bir hemşire, bir sağlık teknisyeninden oluşur. Asistana ameliyat sorumluluğu verilmez. Her ameliyatta en az bir uzman doktor bulunmak zorundadır. Öğrenciler ameliyata katılamazlar, yalnızca izlerler.



Anestezi Ekibi

Bir öğretim üyesi veya uzman doktor, bir veya daha fazla asistan ve anestezi teknisyeninden oluşur. Asistan teknisyen tek başına anestezi veremez.

Her ameliyat salonunda güvenli bir ameliyat yapmak için gerekli olan her türlü malzeme vardır.



Ameliyathane nasıl bir yerdir?

Ameliyathane özel olarak yapılmış ve düzenlenmiş bir yerdir. Bu nedenle ameliyathaneye günlük giyilen elbiselerle girilmez. Hastaların mikrop kapmamaları için ameliyathanede

çalışanlar özel elbise giyerler ve maske takarlar. Ameliyat ekibi ise, bu özel kıyafetin üzerine mikroplardan arındırılmış özel elbise ve eldiven giyer.



Ameliyat tehlikeli bir iş midir?

Her ameliyatın belirli bir tehlikesi olmakla birlikte, bu tehlike, bugünün modern teknolojisi, bilgi ve tekniğindeki önemli gelişmeler ile en aza indirilmiştir.

Ameliyattan önceki akşam aç kalmanız neden gereklidir?

Ameliyat sırasında kusmamanız veya kusarsanız kusmuşun akciğerlerinize kaçmasını önlemek için midenizin boş olması gerekir.

DİKKAT!!! Gece saat 24' ten sonra hiçbir şey yemeyiniz ve içmeyiniz.

Ameliyata gitmeden önce giysilerinizi çıkarmanız neden gereklidir?

Ameliyathaneler özel ve temiz mekanlardır. Oraya günlük giysilerle girilemez. Günlük giysiler buranın kirlenmesine ve sonuçta ameliyat yerinizin mikrop kapmasına neden olur. Bu nedenle bütün giysilerinizi (iç çamaşırlarınız dahil) çıkarınız ve ameliyat önlüğü giyiniz.

Ameliyata gitmeden önce takılarınızı çıkarmanız neden önemlidir?

Ameliyata giderken üzerinizde hiçbir takı (alyans dahil) bulunmamalıdır. Çünkü ameliyat sırasında kullanılan elektrikli aletler, takıların bulunduğu yerde yanıklara neden olur. Takılarınızı çıkarıp bir yakınınıza veya sorulu hemşireye teslim ediniz. (Alyans veya bileziğiniz çıkmıyorsa kestirilerek çıkartılması gerekir.)

Takma dişlerle ameliyata gidilir mi?

Hayır gidilmez. Narkoz verilirken takma dişleriniz nefes veya yemek borunuza kaçabilir. Dişlerinizi serviste bırakınız.

Ameliyata makyajla gitmeniz bir sakıncası var mıdır?

Evet vardır. Ameliyat sırasında anestezi doktoru, hastanın solunum ve dolaşımının yeterli olup olmadığını, aletler dışında hastanın tırnak, cilt ve dudak rengi ve gözlerine bakarak takip eder. Bu nedenle oje dahil hiçbir makyaj malzemesi kullanılmamalıdır.

Ameliyata gitmeden önce verilen ilaçların amacı nedir?

Heyecanınızı, sıkıntınızı ve alacağınız narkozun miktarını azaltmaktır.

DİKKAT!!! Kalçanızdan iğne yapıldıktan sonra başınız dönüp düşebileceğinizden ayağı kalkmayınız.

Ameliyata gitmeden önce barsaklar neden boşaltılmalıdır?

Ameliyat sırasında barsak içeriğinin ameliyat bölgesini kirletmemesi ve ameliyattan sonra barsakların rahat çalışması için boşaltılır. Barsakların boşaltılması için makattan su ve sabundan oluşan sıvılar veya hazır ilaçlar verilir.

Barsakların boşaltılmasının yanı sıra aynı amaçla idrar kesenizinde boşaltılması gerekir. Bu nedenle ameliyata gitmeden önce tuvalete giderken idrarınızı yapınız.

Ameliyathaneye nasıl gideceksiniz?

Ameliyathaneye tüm giysi ve takılarınızı çıkarıp ameliyat gömleği giydikten sonra ameliyathane personelinin getirdiği sedye ile gideceksiniz.

Heyecan ve yapılan ilaçtan dolayı düşüp yaralanmanızı önlemek için kural olarak ameliyathaneye sedye ile gitmeniz gerekmektedir.



Ameliyat olurken ailenizin rahatça bekleyebileceği bir yer var mıdır?

Evet vardır. Aileniz sizin ameliyathaneye alındığınız yerin hemen yanında bulunan bekleme salonunda rahatlıkla bekleyebilir.

Ameliyat bittikten sonra nereye götürüleceksiniz?

Ameliyathanenin içinde bulunan özel ayılma odasına götürüleceksiniz. Orada birkaç saat kaldıktan sonra servisteki kendi yatağınıza getirileceksiniz.



Ameliyattan sonra ne zaman yemek yiyebileceksiniz?

Yapılacak ameliyatın tipine ve barsak hareketlerinizin başlama durumuna göre yemeğe başlayacaksınız.

Ameliyattan sonra gaz ve dışkı çıkarmanız barsak hareketlerinizin başladığını gösterir.

Mide ve barsak ameliyatlarında yemek yemeye daha geç başlayabilirsiniz.

AMELİYAT SONRASI ÜZERİNİZDE ve ETRAFINIZDA BULUNMA İHTİMALİ OLAN ARAÇ- GEREÇLER

SERUM: Genellikle ameliyata gitmeden önce başlatılır. Damardan serum vermenin amacı, ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrasında ilaç ve vücudun ihtiyacı olan sıvıları vermektir.



SONDALAR

İdrar Yolu Sondası: Genellikle idrar kesesini boşaltmak için ameliyat sırasında idrar yoluna takılan sondadır.

Nazogastrik Sonda: Mide ve barsakları boşaltmak için ameliyat öncesi veya ameliyat sırasında burundan mideye takılan sondadır.



DRENLER

Ameliyat alanında biriken kan ve sıvıyı dışarıya alarak iyileşmeyi hızlandırmak için ameliyat sırasında ameliyat bölgesine yerleştirilir.



Monitör: Kalbinizin ve nabzınızın izlenebilmesi için kullanılan özel araçlardır.

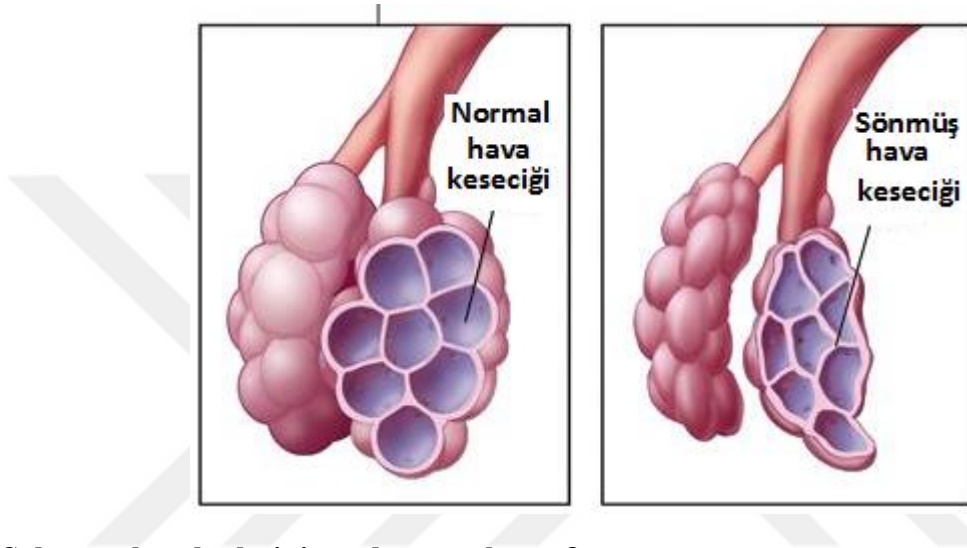
AMELİYAT SONRASI YAPMANIZ GEREKEN HAREKETLER

Derin soluk alma ve öksürük hareketleri

Ameliyattan sonra derin soluk alma ve öksürük hareketlerini yapmanız neden gereklidir?

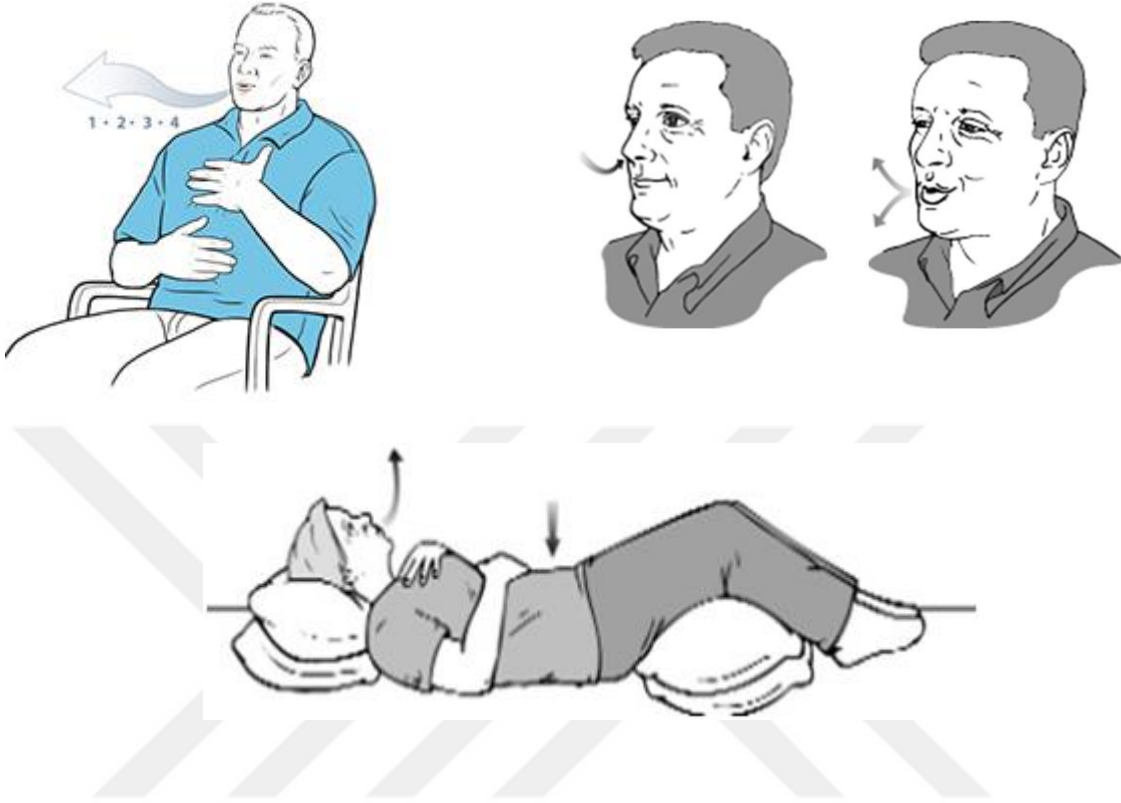
Ameliyat sırasında size verilen narkoz, ameliyat sonrası verilen ağrı kesici ilaçlar ve hareketsizlik nedeniyle akciğerleriniz tam olarak havalanamaz ve kuvvetli öksüremezsiniz. Bundan dolayı hava yolunuzda balgam birikir. Biriken bu balgamı çıkaramazsanız akciğerinizin bir kısmı sönebilir, havalanma bozulabilir ve zature gelişebilir.

Yapacağınız derin solunum ve öksürük hareketleri akciğerlerinizin yeniden genişlemesini ve hava yolunda kalan balgamın dışarı çıkmasını sağlayacaktır.



Solunum hareketlerini nasıl yapacaksınız?

- 1) Oturabiliyorsanız yatağın kenarına oturun veya oturamıyorsanız sırtınızı yastıkla destekleyerek oturun. Bu hareketi yaparken karın kaslarınızı gevşetmekte fayda vardır. Karın kaslarınızı gevşetmek için dizlerinizi karnınıza doğru çekiniz. Oturamıyorsanız sağ ve sol yanınıza dönebilirsiniz.
- 2) Ellerinizi göğsünüzün altına koyun ve burnunuzdan alabileceğiniz kadar derin bir soluk alın.
- 3) Ellerinizi yukarı kaldırdığınızı hissedin ve içinizden sayabildiğiniz kadar sayın
- 4) Dudaklarınızı büzerek ağızınızdan nefesinizi yavaşça verin.

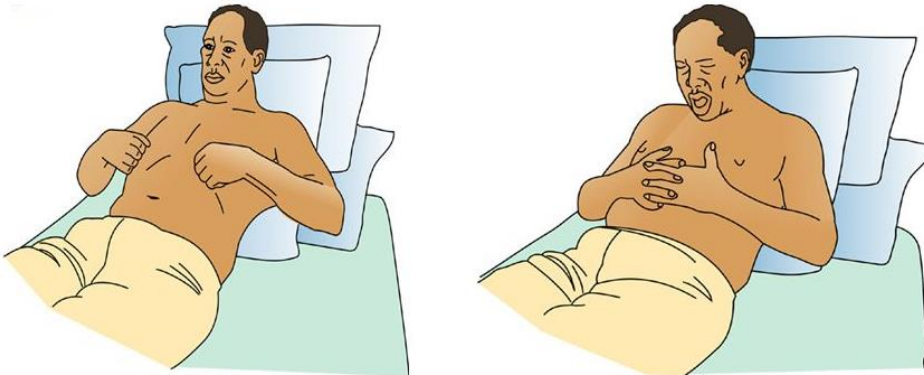


Öksürük hareketlerini nasıl yapacaksınız?

Bu hareketi yaparken yatar veya oturur pozisyonda olabilirsiniz.

1) Burnunuzdan derin bir soluk alın ve ağızınızdan soluk verirken kuvvetlice öksürün.

2) Bu hareketi rahatça yapabilmek için yaranın üzerine bir yastık veya katlanmış havlu koyarak hafifçe bastırın.



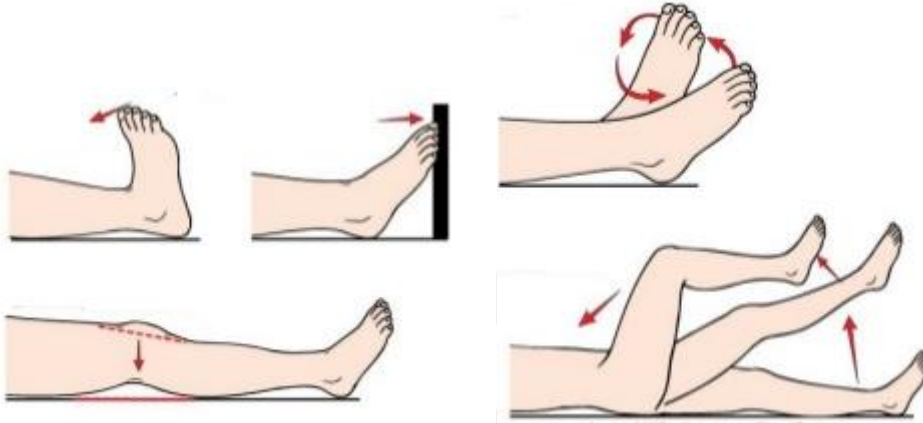
DİKKAT!!!

Yara üzerine havlu veya yastıkla hafifçe bastırmak öksürdüğünüzde ağrıyı azaltır.

YATAKTA DÖNME VE BACAK HAREKETLERİ

Ameliyattan sonra dönme hareketini yapmanız neden önemlidir?

Yatakta bir yandan diğer yana dönmeniz kan akımını hızlandırır ve solunum problemlerini önler. Dönme hareketini mümkün olduğunca sık yapınız.



Ameliyattan sonra bacak hareketlerini yapmanız neden gereklidir?

Ameliyat sırasında bacaklarındaki kan akımı yavaşlamaktadır. Kan akımı yavaşladığında pıhtılar oluşabilir. Pıhtı koparak akciğer, beyin ve kalp gibi önemli organlarımızın damarını tıkayabilir. Bacak hareketleri kan akımını hızlandırır ve böylece pıhtı oluşumu engellenir.

AMELİYATTAN SONRA AYAĞA KALKMA

Durumunuz uygunsa ameliyattan geldikten 8 saat sonra bir hemşirenin yardımıyla ayağa kaldırılıp yürütüleceksiniz.

Ameliyattan sonra ayağa kalkmanız neden önemlidir?

Ameliyattan sonra bir an önce ayağa kalkıp yürümeniz, kabızlık, karında gaz birikmesi, idrarını yapamaması gibi istenmeyen durumların ortaya çıkmasını önler, iyileşmenizi hızlandırır ve kendinizi daha iyi hissetmenizi sağlar.

AĞRI KONTROLÜ

Ameliyattan sonra olacak ağrınız nasıl giderilecek?

Ameliyattan sonra ilk günler ağrınız biraz fazla olabilir. Bu ağrılar zamanla azalacaktır. Ameliyattan sonra damar yolundan veya kalçanızdan iğne ile ağrı kesici ilaçlar verilerek daha az ağrı duymanız sağlanacaktır.

GEÇMİŞ OLSUN DİLEKLERİMİZLE... 😊

Ek 7. İzin Formu



T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi
Başhekimliği

Sayı : 93596471-044-E.290642
Konu : Anket Uygulaması

22/02/2018

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 14.02.2018 tarih ve E.288836 sayılı yazınız.

Enstitümüz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Zuhal TAMER'in "*Ameliyat Öncesi Öğretimin Anksiyete ve Fizyolojik Parametreler Üzerine Etkisi*" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasının anket uygulamasını 01 Mart-30 Haziran 2018 tarihleri arasında Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanemiz Genel Cerrahi Kliniğinde anket yapılacak kişilerinde onayının alınması şartıyla uygun görülmüştür.
Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Ahmet YILMAZ
Başhekim

Adres: Cumhuriyet Üniversitesi Kampüsü 58140 Sivas
Telefon: 0 346 2581326 Belgegeçer: 0 346 258 0024
e-Posta: hastaneyazisleri@cumhuriyet.edu.tr Elektronik Ağ: www.cumhuriyet.edu.tr

Bilgi için: FİRKILIC
Unvanı:

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

Ek 8. Etik Kurul Karar Formu

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ameliyat Öncesi Öğretimin Anksiyete ve Fizyolojik Parametreler Üzerine Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 219 10 10 / Dahili: 2092
	FAKS	-
	E-POSTA	cuetikkurul@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI ADI SOYADI	Doç. Dr. Meryem Yılmaz		
	KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği		
	KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI ADI SOYADI	--		
	DESTEKLEYİCİ	--		
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI ADI SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	--		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	--		
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>	
		Gözlemsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>	
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	<input type="checkbox"/>	
		In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	<input type="checkbox"/>	
İlaç dışı klinik araştırma		<input checked="" type="checkbox"/>		
Diger ise belirtiniz				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkan Vekili
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Gülşay Yıldırım
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ameliyat Öncesi Öğretimin Anksiyete ve Fizyolojik Parametreler Üzerine Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama			
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>			
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>			
	ILAN	<input type="checkbox"/>			
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>			
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>			
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>			
Diğer:	<input type="checkbox"/>				
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2017-11/04	Tarih: 28.11.2017			
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmann/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmann/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.				
İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.					

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Sarper Yılmaz




Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Sarper Yılmaz	Plastik Cerrahi	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Doç. Dr. Ayşe Demirkazık	Biyofizik	Cumhuriyet 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"/>	
Doç. Dr. Derya Özdemir Doğan	Protetik Diş Tedavisi	Cumhuriyet 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"/>	
Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Cumhuriyet 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. Ziyet Çınar	Biyostatistik	Cumhuriyet 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. Ahmet Altun	Tıbbi Farmakoloji	Cumhuriyet 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. Mahmut Ekici	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Cumhuriyet 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. Hatice Acar Çınar	Din Psikolojisi	Cumhuriyet 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"/>	
Uzm. Dr. Levent Sağlam	Aile Hekimi	Sivas Sağlık Müdürlüğü	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"/>	

Etik Kurul Başkan Vekili
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Gülay Yıldırım
İmza:

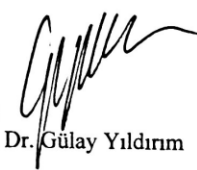
Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ameliyat Öncesi Öğretimin Anksiyete ve Fizyolojik Parametreler Üzerine Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

Uzm. Dr. Mustafa Tosun	Dermatoloji	Sivas Numune Hastanesi	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"/>	
Öğr. Gör. Mehmet Sevim	Avukat	Cumhuriyet 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"/>	
Öğret. Mehmet Şahin	Türk Dili Edebiyat Öğretmeni	Sivas Kongre Anadolu Lisesi	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

Etik Kurul Başkan Vekili
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Gülşay Yıldırım
İmza: 

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

ÖZGEÇMİŞ

<u>Kişisel Bilgiler</u>	
Adı Soyadı	Zuhal Tamer
Doğum Yeri ve Tarihi	Sivas, 01.05.1975
Medeni Hali	Evli - 3 çocuk
Yabancı Dil	İngilizce
İletişim Adresi	Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi 58140-Sivas
E-posta Adresi	zuhalkcu@gmail.com

<u>Eğitim ve Akademik Durumu</u>	
Lise	Gazi Lisesi, 1992
Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi, 1997

<u>İş Tecrübesi</u>	
Cumhuriyet Üniversitesi	Anestezi Yoğun Servis Hemşiresi, 1995-1999
	Beyin Cerrahi Yoğun Bakım, 1999-2000
	Kalp Damar Cerrahi Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi 2000-2010
	Genel Cerrahi Sorumlu Hemşiresi 2010-
	Genel Cerrahi Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi 2011- 2017